

# GAZETA LEKARSKA

## I. Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica.

Przez

Dra med. J. Pawińskiego.

Według przemówienia na posiedzeniu Akademii Medycznej w Paryżu w dniu 2.XI. 1904 r.

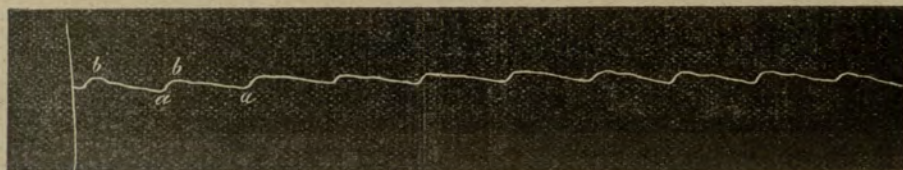
Wzmoczone napięcie tętnicze jest niewątpliwie cechą zaburzeń klimakterycznych. Zdarzają się jednak przypadki o typie odmiennym: odznaczają się one małym napięciem naczyniowym, słabą działalnością serca i głębokim zajęciem sfery nerwowej. Łączymy je w jedną grupę pod nazwą: „*Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica*“.

Do charakterystyki tej postaci należy, oprócz pewnej parezy całego układu naczyniowego, znaczne przygnębienie moralne, nastrój hypochondryczny, rozmaitego rodzaju przestrazy i niezmiernie wybitna wyczerpalność układu mięśniowego. Osoby dotknięte podobną niemocą, nie są w stanie niczem się zająć, przez całe nieraz dni i tygodnie unikają wszelkiego ruchu, nie dadzą się wyciągnąć z łóżka. Uskarżają się na wielkie zmęczenie, które niekiedy bywa tylko subiektywnem, gdyż siła mięśniowa [na opory] jest zachowana. Niekiedy jakiś przypadek, np. ciężka choroba u blizkich osób, przestrach i t. p. sprawiają, że osoby takie odrazu odzyskują swą siłę mięśniową i pewną wytrzymałość: są w stanie nieraz całe noce czuwać nad chorym, spełniać ciężką pracę fizyczną i t. p.

Nieda się jednak zaprzeczyć, iż bywają przypadki, w których istnieje rzeczywista, a nie pozorna wyczerpalność całego układu mięśniowo-nerwowego, lub tylko pewnych jego terytoriów. Nawet i mięsień serca zdaje się podleść temu samemu stanowi. Osoby takie przy najmniejszym ruchu, np. podnoszeniu ręki przy jedzeniu, trzymaniu w ręku przez kilka minut książki lub gazety, czesaniu się i t. p. doznają silnego bicia serca, lub, przeciwnie, tracą tętno, wpadając w stan zapaści, wprowadzający otoczenie, a nawet i lekarza w niepokój. Zdarza się, iż stan taki przedłuża się i że ustępuje dopiero po silnie pobudzających środkach. R y t m s e r c a ulega również pewnym zmianom: *bradycardia* zdarza się częściej niż *tachycardia* [na 24 przypadki w 16-u mie-

liśmy do czynienia ze zwolnionym rytmem, w 6-u—z przyspieszonym, a w 8-u — z normalnym]. Tony bywają zwykle słabe, a zwłaszcza pierwszy ton u wierzchołka serca i drugi w aorcie; niekiedy oba tony posiadają jednakową siłę, występują w równych prawie odstępach czasu—tym sposobem dają powód do powstania rytmu wahadłowego, lub zarodkowego. Wymiary tępości serca bywają zwykle normalne; zdarza się jednak, że serce ulega pewnemu rozszerzeniu w wymiarze poprzecznym, wówczas wystąpić może szmer skurezowy u wierzchołka serca, w zależności od względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Takie rozszerzenie serca ustępuje zazwyczaj po kilku dniach, przy odpowiednim zachowaniu się i użyciu środków tonizujących.

Tętno bywa zwykle małe, słabo napięte, rytmiczne, niekiedy przepuszczające. Na rysunku sfigmograficznym przedstawia się w postaci linii falistej



o małym podniesieniu, przyczem wzgórki fali odbitej jest niewidocznym, podobnie i wzgórki, zależne od drgań elastycznych, bywają zatarte. Z obrazu tętna należałoby wnosić, że ściany naczyń nie tylko utraciły swą elastyczność, lecz pozbawione zostały wpływu nerwów naczynioruchowych. Tym sposobem są one podobne do zwykłych zużytych już rurek kauczukowych.

Co do napięcia tętniczego, to jest ono nieznaczne, wynosiło bowiem na sfigmomanetrze BASCH'a:

w 12-u przypadkach	110 mm Hg.
w 6-u „	100 „ „
w 4-ch „	96 „ „

Do charakterystyki postaci chorobowej, o której mowa, należy brak danych, któreby wskazywały na istnienie neurastenii, lub histeryi przed zjawieniem się *climacterium*. Wywiady nie wykazują również, aby przed zachorowaniem miały miejsce obfite upływy krwi, którymi możnaby w pewnej mierze wyjaśnić ogólną adynamię. Brak także wszelkich stygmatów histerycznych.

Zachodzi pytanie, jaki typ zaburzeń w miesiączkowaniu usposabia do występowania powyżej opisanej postaci chorobowej? Nic pewnego nie da się w tym względzie powiedzieć, zdaje się jednak, że *hyposthenia cardio-vasculosa* zdarza się częściej u osób, u których zatrzymanie peryodów trwa przez dłuższy przeciąg czasu.

Przebieg bywa zwykle przewlekły, od kilku tygodni do kilku miesięcy, przeplatany to okresami poprawy, to pogorszenia.

Rokowanie bywa zazwyczaj pomyślne. Chore, choć zwolna, do zdrowia powracają, przygnębienie moralne ustępuje, siła mięśniowa wzmagą się, w następstwie czego zjawia się chęć do wstawania i przechadzania się. Łaknienie, dotychczas nieznaczne, wzmagą się, ogólne odżywianie poprawia się. Jednocześnie i w układzie naczyniowym stwierdzić można pewne ożywienie: serce kurczy się energiczniej, tony serca stają się silniejszymi, fala tętna zwiększa się, ściany tętnic odzyskują stopniowo swą elastyczność i napięcie (*tonus*). Na rysunkach sfigmograficznych widać wówczas, jak ramię wstępujące krzywej tętna sięga wyżej niż poprzednio, a na ramieniu zstępującem zarysowują się już: wzgórek fali odbitej, jak również mniejsze wzniesienia pod i nad nim, zależne od drgań elastycznych.

W obszernej literaturze, dotyczącej *climacterium*, udało nam się zaledwie u dwóch autorów, a mianowicie prof. KISCH'a i CLEMENT'a [z Lyonu], odszukać pewną analogię z przypadkami, spostrzeganymi przez nas. Wprawdzie prof. KISCH wyróżnia wśród różnych grup zaburzeń cyrkulacyjnych, występujących w okresie krytycznym u kobiet, pewną grupę, cechującą się osłabieniem czynności serca; osłabienie to było jednak następstwem obfitych utrat krwi i wyczerpania całego organizmu. Tymczasem według naszych spostrzeżeń, grupa *hypermenorrhoea* dostarczyła nam zaledwie 2 przypadki na ogólną sumę 24-ch przypadków.

Prócz tej różnicy zachodzi jeszcze inna, a mianowicie, zaburzenia ze strony systematu nerwowego nie były tak wydatne, jak w naszych przypadkach.

Tym sposobem pozostają nam tylko spostrzeżenia dra CLEMENT'a z Lyonu, przedstawiające większe podobieństwo z naszymi, aniżeli przypadki, opisywane przez niemieckiego autora. W każdym razie nie są one identyczne z naszymi.

Patogeneza. Wobec ciężkich zaburzeń, jakkolwiek tylko funkcyjnych, towarzyszących syndromowi objawów, o którym mowa, należy przypuszczać, że istota tej ogólnej niemocy zależy od oddziaływania *climacterium* na układ mózgodzeniowy [głównie na *psyche*]. Jajniki zdają się wywierać potężny wpływ na *psyche*. Przemawiają za tem częste choroby umysłowe, rozwijające się podczas okresu krytycznego, jak również różne stany psychiczne, występująco po wytworzeniu sztucznej menopauzy [wycięcie jajników GLAVECKE]. W tem też duchu przemawiał niedawno dr MAUCLAIRE w pracy swej: „*Neurasthenie et psychoses génitales ante et post - opératoires chez la femme. (Journal des praticiens. 1904. N. 39).*”

Czy ten wpływ na *psyche* przychodzi do skutku drogą odruchu z organów płciowych [z jajników zwłaszcza], czy też drogą autointoksykacji, trudno orzec. To drugie jednak przypuszczenie ma dla nas więcej prawdopodobieństwa. Źródłem tej autointoksykacji jest albo zupełny brak tak zwanej sekrecji wewnętrznej jajników, lub też niedostateczna wyróbka tejże na skutek zaniku jajników. Być może, że w zachwianiu się równowagi psychicznej odgrywają pewną rolę i inne gruczoły o sekrecji wewnętrznej, jak gruczoł tarczowy (*gl. thyroidea*), nadnercza (*gl. suprarenales*) i t. p. Za takim toksycznym pochodzeniem przemawiałoby podobieństwo obrazu klinicznego w naszych

przypadkach do obrazu *myxoedemae*, i to nie tylko pod względem zaburzeń nerwowych, lecz i cyrkulacyjnych.

W układzie naczyniowym istniał, podobnie jak i w nerwowym, stan parezy, hipostenii [hipotensyi]. Przyczyny tegoż należy także dopatrywać się w depresyjnym oddziaływaniu zanikania jajników na ośrodki cyrkulacji [zwłaszcza na ośrodki wazomotoryjne] i na odżywianie w ogóle. Prócz tego w tłumaczeniu objawów chorobowych, właściwych *hyposteniae cardio-vasculosae*—trzeba mieć na względzie i wzajemne oddziaływanie systematu krwiobieg i nerwowego.

Leczenie powinno być odmienne, aniżeli w neurozach klimakterycznych o wysokim ciśnieniu—o czem była mowa na innem miejscu. Z powodu stniejącej depresyi [parezy] w układzie cyrkulacyjnym i nerwowym, na pierwszym planie powinny być środki podnoszące ciśnienie, tonizujące: kofeina, żelazo, arsenik, *nux vomica*, wino w umiarkowanej ilości, dyeta pożywna. Prócz tego zaleca się pozostawanie w łóżku, unikanie przez dłuższy czas wszelkich ruchów, lekkie procedury hydropatyczne. Później pobyt na świeżem powietrzu, w niewysokich górach, lub nad morzem południowem.

---

## II. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

---

Dość często się zdarza, że stosowane przeciwko wrzodowi żołądka zwykle środki i metody lecznicze do celu nie prowadzą, że chorzy, pomimo usilnych naszych starań o sprawienie im ulgi, nie przestają cierpieć na silne bóle, albo też tracą ustawicznie krew, która w mniejszej, lub większej ilości uchodzi z wymiotami i z wypróżnieniami stolcowemi. W tych przypadkach najskuteczniejsza metoda leczenia, którą już od kilkunastu lat stosuję, polega na pozostawieniu przez czas dłuższy żołądka dotkniętego wrzodem w zupełnym spokoju, co daje się osiągnąć jedynie tylko przez wstrzymanie się chorego od wszelkiego jadła i napoju.

Już przed 25-u laty różni autorowie, zwłaszcza zaś LEUBE, bardzo tę metodę leczniczą zachwalali. Nie znalazła ona jednak odrazu należytego uznania. Dopiero w ostatnich latach bardziej się rozpowszechniła i obecnie z wielkim pożytkiem dla chorych często przez lekarzy bywa zalecaną.

O tej to właśnie znakomitej metodzie leczniczej, o wskazaniach, o sposobach jej stosowania, o dobrych i złych jej stronach, chciałbym na tem miejscu kilka słów powiedzieć.

Najpierw, co się wskazań wogóle tyczy, to przedewszystkiem zauważyć muszę, że pod tym względem niezbędnem jest zachowanie pewnej ostrożności. Jak to poniżej bowiem zobaczymy, leczenie zapomocą głodzenia niezawsze bywa dobrze znoszone, a niekiedy sprowadza groźne dla życia komplikacje. Ponieważ, prócz tego, skutkiem głodzenia następuje zazwyczaj, ale niezawsze, znaczne wycieńczenie chorych, przeto będącą w mowie metodę leczenia zalecać należy w tych tylko razach, w których wypróbowano bezskutecznie zwykłe metody leczenia przewlekłego czyli peptycznego wrzodu żołądka, t. j. spokój, dyetę mleczną, ewentualnie płynną, okłady ciepłe i znane powszechnie środki farmaceutyczne.

Najczęściej zmuszeni jesteśmy uciekać się do tej metody leczniczej w razach obfitych, lub niewielkich, ale długotrwałych krwotoków żołądkowych. Równie często zalecać ją musimy w przypadkach uporczywych, zastarzałych, lub wznawiających się wrzodów, wielokrotnie już zwykłymi sposobami i środkami leczonych. Bywają jednakże przypadki zupełnie świeżych wrzodów, przy których wewnętrzna powierzchnia żołądka jest tak wrażliwą, że bez bólu, lub bez wymiotów nie znosi nawet najmniejszej ilości najobojętniejszego płynu. W tych więc także razach metoda leczenia zapomocą głodzenia powinna znaleźć zastosowanie. Wogóle rzeczą jest najwłaściwszą, wobec każdego chorego na przewlekły wrzód żołądka, postąpić w sposób następujący. Należy mu przedewszystkiem zalecić pokarm płynny, jednorodny, w umiarkowanej ilości; pozostawanie w łóżku; ciepłe lub zimne [zależnie od wskazania] okłady na okolicę żołądka i odpowiednie środki farmaceutyczne [azotan srebra, podazotan bismutu, jodek potasu, środki alkaliczne, narkotyczne i inne — zależnie też od wskazania]. Jeżeli, przy przyjmowaniu w ciągu kilku dni przepisanego pokarmu i zaleconych środków, bóle lub wymioty nie ustępują, to należy zmniejszyć ilość, lub zmienić gatunek pokarmu. Często się bowiem zdarza, że chory nie znosi mleka, w większej naraz przyjętego ilości, a bardzo dobrze znosi tenże sam pokarm w małej ilości; nierzadko się też zdarza, że chory wcale czystego mleka nie znosi, a czuje się daleko lepiej, pijąc mleko z wodą alkaliczną, śmietankę, lub kefir. Bywają też i tacy chorzy, którzy nie znoszą mleka pod żadną postacią, a dobrze znoszą kleiki, lekkie rosoly z żółtkiem i t. p. Skoro zaś się okaże, że niezależnie od ilości i od gatunku płynnego pokarmu, bóle nie przestają choremu w dalszym ciągu dokuczać, to, nie zwlekając zbyt długo, przejść należy do leczenia zapomocą głodzenia, które prawie zawsze pomyślnym bywa uwieńczone skutkiem. Samo się przez się rozumie, że chorym dotkniętym większego natężenia krwotokiem z żołądka od razu należy zalecić takie zupełne powstrzymanie się od przyjmowania pokarmu i napoju.

W stosowaniu będącej w mowie metody leczniczej trzymam się zasad następujących. Zalecam choremu przedewszystkiem spokój, t. j. bezustanne leżenie w łóżku. Nawet dla umycia się, lub dla oddania moczu, albo stolca, nie powinien chory łóżka opuszczać. Od pierwszej chwili zabraniam przyjmowania nie tylko pokarmu, ale i wody; zabraniam również połykania śliny. Celem uniknięcia pragnienia i suchości w ustach polecam częste płukanie ust i gardła.

W celu dostarczenia ustrojowi wody i odżywczych pierwiastków, w możliwej w tych warunkach ilości, zaleca się wprowadzanie tych ciał do przewodów kiszki przez odbytnicę, czyli t. zw. lawatywy odżywcze. Przez pierwszy dzień, lub przez parę pierwszych dni, w celu przyzwyczajenia odbytnicy i zbadania jej tolerancji, zalecam zazwyczaj wprowadzanie jedynie tylko ciepłej wody, w ilości 150 — 200 grm., kilka razy dziennie, samej przez się, lub z dodatkiem soli kuchennej, ewentualnie kilku kropel nalewki makowcowej. Te wodne enteroklizy czynią przytem zadość pierwszemu i najważniejszemu w danej chwili wskazaniu, mianowicie usuwają trapiące chorego uczucie pragnienia. Skoro się okaże, że odbytnica dobrze wodę znosi i że całkowicie ją wchłania, co ma miejsce w przeważnej liczbie przypadków, to przystąpić można do stosowania lawatyw odżywczych. W przeciwnych wyjątkowych razach poprzestać musimy na tych wodnych enteroklizach i ograniczyć czas leczenia tą metodą do możliwego *minimum*. Dlatego, żeby chory mógł osiągnąć z lawatyw odżywczych jaknajwiększy pożytek, musimy, przy stosowaniu ich, trzymać się następujących prawideł. Przedewszystkiem nie powinny one ani swą objętością, ani ciepłotą, ani zawartością, zbytecznie drażnić błony śluzowej odbytnicy. Na jakąś godzinę przed pierwszą lawatywą odżywczą trzeba kishkę przepłukać czystą ciepłą wodą. Zarówno do tej operacji, jak i do wprowadzania płynu pokarmowego do odbytnicy, używać należy kanki gutaperkowej miękkiej i odpowiednio urządzonego irygatora [z lejkowatym, przedziurawionym na środku dnem], albo szprycy szklanej, lub gutaperkowej. Starać się bardzo o to należy, żeby jednocześnie z płynem nie wprowadzać do kishki powietrza, ponieważ ono sprawia wzdęcie, podrażnia kishkę, a skutkiem tego spowodować może wydalenie wprowadzonego do kishki płynu odżywczego. Dla uniknięcia tej ewentualności, należy rurę idącą od irygatora, przed połączeniem jej z kishką, wypełnić płynem, a jeżeli używamy szprycy, to należy usuwać z niej powietrze, przez dokładne napełnienie płynem, lub przez ucisk ręką przed wprowadzeniem kanki do odbytnicy. Są to na pozór drobne szczegóły, ale mają wielkie praktyczne znaczenie, a, o ile się przekonałem, niezawsze bywają uwzględniane. Lawatywy odżywcze powinny być robione niezbyt często, nie częściej, jak 2 — 3 razy na dobę; im rzadziej się je robi, tem dłużej kishka je znosi. Na każdą lawatywę należy brać z początku, przez pierwszych kilka dni, nie więcej, nad 100 ctm. sz. płynu odżywczego, a potem stopniowo dojść można do 150 — 200 ctm. sz. Ciepłota wprowadzanego do kishki płynu nie powinna znacznie się różnić od ciepłoty ciała. Co się tyczy najważniejszego punktu, t. j. składu płynu, któryby był najodpowiedniejszym dla lawatyw odżywczych, to, po licznych wieloletnich próbach z rozmaitymi naturalnymi i sztucznymi przetworami, doszedłem do przekonania, że dla tego celu najodpowiedniejszym, najpraktyczniejszym jest płyn, złożony ze 150 — 160 ctm. sz. rosółu, 2 surowych żółtek i 1 — 2 grm. soli kuchennej. Do płynu tego można jeszcze dodać 8 — 10 grm. cukru gronowego, o ile można dostać czystego, nie zawierającego kwasu przetworu i łyżeczkę koniaku, lub łyżkę mocnego wina, o ile te dodatki są wskazane. Dobrze jest też dodawać do każdej odżywczej lawatywy 3 — 5 — 8 kropel nalewki makowcowej, w celu zmniejszenia wrażli-

wości błony śluzowej i uspokojenia czynności ruchowej kiszek. Tak przygotowany i w takiej ilości wprowadzony płyn, powinien chory zupełnie w kiszki zatrzymać. Często się daje słyszeć zdanie, że chory dobrze znosi lawatywy odżywcze, gdyż je w sobie zatrzymuje przez 3 lub 4 godziny, a po upływie dopiero tego czasu pozostałość z siebie wydalą. Jest to pogląd błędny. Taki chory pożytku prawie żadnego z lawatyw odżywczych nie odnosi, ponieważ w odbytnicy i w dolnej części kiszki grubej wchłanianie przychodzi do skutku bardzo powoli. Dwieście ctm. sz. stosowanego przez mnie odżywczego płynu ulega prawie całkowitemu wchłonięciu nie prędzej, jak w ciągu 6-u—8 u godzin. Lawatywy więc odżywcze tylko wówczas pożytek ustrojowi przynoszą, jeżeli całkowicie i na zawsze pozostaną zatrzymane. Po stosowaniu w ciągu dnia lawatyw odżywczych, nazajutrz zrana odbytnica okazywać się powinna albo zupełnie pustą, albo zawierać kawałki uformowanego w górnych częściach kiszki grubej kału, albo nieznaczne tylko, zeschnięte resztki wprowadzonego przez odbyt płynu odżywczego. Dla osiągnięcia zatem możliwego pożytku z lawatyw odżywczych, powinniśmy zalecić choremu, żeby je w sobie zupełnie zatrzymywał, żeby przed zastosowaniem rannej oczyszczającej lawatywy nic z odbytnicy nie wydalą. Po największej części udaje się to chorym w zupełności. Jeżeli nawet, wkrótce po wprowadzeniu płynu odżywczego do odbytnicy, zjawia się lekkie parcie na stolec, to chory może je zazwyczaj pohamować i płyn w sobie zatrzymać. W znacznie rzadszych przypadkach choroby już od samego początku, albo dopiero później, po zastosowaniu kilku lawatyw odżywczych, pomimo całej woli, nie mogą zatrzymać w odbytnicy odżywczego płynu, powstaje silne parcie na stolec, bóle brzucha i mniej lub więcej częste i obfite rozwolnienie. Ale, jakżeśmy mówili, pomijawszy te nieliczne wyjątki, chorzy wogóle dobrze takie odżywcze lawatywy znoszą, i jakkolwiek nie dostarczają one ustrojowi wszystkich w odpowiedniej ilości pierwiastków odżywczych, to jednakże stanowią bardzo ważny czynnik leczniczy. Często widuję chorych, którzy po kilkanaście [10 — 15] dni wyśmienicie lawatywy odżywcze znoszą. Kiszka ich prawie nie reaguje na wprowadzanie do niej płynu odżywczego, nie powstaje ani parcie, ani bóle, ani wzdęcie brzucha, wchłanianie odbywa się powoli, bez żadnych dolegliwości.

Opisawszy powyżej sposób, w jaki leczenie wrzodu żołądka zapomocą głodzenia stosować należy, zająć się musimy odpowiedzią na pytanie: przez jak długi czas takie leczenie może i powinno być stosowane? Co się pierwszej części tego pytania tyczy, to odpowiedź nie daje się zupełnie ściśle i dokładnie sformułować. Wogóle zauważyć należy, że ponieważ nie można zazwyczaj za pośrednictwem kiszki prostej wprowadzić do ustroju potrzebnej dla niego ilości pierwiastków odżywczych, przeto chorzy przy wyłącznem odżywianiu zapomocą lawatyw muszą tracić na wadze, ale ta utrata jest stosunkowo bardzo nieznaczna, gdyż, jak wiadomo, organizm ludzi beczynnie leżących zużywa bardzo mało pierwiastków tkankowych i ponieważ zużyte pierwiastki, w części przynajmniej, zastąpione zostają przez wchłaniane w odbytnicy ciała. Ta utrata na wadze i równolegle z nią idący upadek sił, przy wyłącznem odżywianiu przez odbytnicę, zależy zresztą w stopniu bardzo znacznym od osobniczych właściwości ustroju.

Jedni chorzy chudną szybko i znacznie, inni bardzo powoli i niewiele. To samo zauważyć się daje pod względem upadku sił. Spostrzegałem wielu chorych, którzy doskonale znosili to względne głodzenie przez 10—15 dni. Zdarzało mi się spostrzegać chorych, którzy po kilkunastodniowym leczeniu tą metodą mieli się tak wyśmienicie, że nie tylko swobodnie z łóżka się podnosili, ale nawet byli w stanie przez dłuższy przeciąg czasu bez pomocy po pokoju się przechadzać. Możliwość więc stosowania będącego w mowie leczenia, przez większy lub mniejszy okres czasu, zależy przede wszystkim od indywidualności chorego. Zresztą jeżeli ten i ów chory bardzo schudnie i osłabnie, to nie należy się tem zbyt niepokoić, ponieważ chorzy tacy, skoro tylko owrzodzenie ich się zablizni, skoro tem samem odzyskają możliwość prawidłowego odżywiania się, bardzo prędko przybierają na tuszy i odzyskują utracone siły.

Lecz nie tylko mała odporność ustroju na głodzenie może nas zniewolić do przerwania leczenia. Zdarzają się i inne okoliczności, które albo zupełnie nie pozwalają na stosowanie leczenia zapomocą głodzenia, albo zmuszają do znacznego ograniczenia czasu tego leczenia. Niektórzy chorzy, jakśmy to już powyżej w krótkości wspomnieli, w ogóle ławatyw nie znoszą, nawet ławatywy z czystej wody sprawiają im boleści. Inni dobrze znoszą ławatywy z wody, ale ławatyw odżywczych od samego początku znieść nie mogą. Inni znowu chorzy znoszą z początku dobrze ławatywy odżywcze, lecz po kilku dniach dostają rozwolnienia, płyn odżywczy, do kiszki wprowadzony, zostaje natychmiast, lub wkrótce po wprowadzeniu wydalony, odżywianie tą drogą musi być przerwane. U chorych, dotkniętych szyszkami hemoroidalnymi, nieraz już po kilkodniowym stosowaniu ławatyw odżywczych, szyszki te obrzmiewają, ulegają zapaleniu i dalsze wprowadzanie płynu odżywczego do odbytnicy niemożliwym czynią.

Takie są główne okoliczności, które utrudniają, lub zgoła uniemożliwiają stosowanie leczenia wrzodu żołądka zapomocą głodzenia. Jeżeli jednakże chory dobrze ławatywy odżywcze znosi, jeżeli niezbyt znacznie i niezbyt prędko chudnie, jeżeli sił bardzo nie traci, to może być w ten sposób leczony przez czas względnie długi, przez 7—10—15 dni, a nawet i przez większy jeszcze okres czasu. Jeden z moich chorych wytrzymał takie leczenie przez dni 21 i pomimo bardzo groźnych objawów choroby do zupełnego powrócił zdrowia.

Teraz możemy odpowiedzieć na drugą część postawionego powyżej pytania, mianowicie: przez jak długi okres czasu powinniśmy stosować przeciw przewlekłemu wrzodowi żołądka metodę leczenia zapomocą głodzenia? Rozumie się samo przez się, że długość tego czasu zależy przede wszystkim od tego, przez ile dni znosić chory może głodzenie i przez ile dni zatrzymywać zdoła płyn odżywczy w kiszki. Zauważyć tutaj należy, że wielu chorych przez pierwsze 2—3 dni leczenia czuje się bardzo źle, doznaje nadzwyczajnego pragnienia i niemniej znacznego osłabienia. Po upływie jednakże tego czasu ustrój niejako przystosowuje się do zmienionych warunków i chorzy tacy w dalszym ciągu zwykle bardzo dobrze znoszą to leczenie. W przeciwnym zaś razie, skoro chudnięcie i osłabienie coraz bardziej się zwiększa, albo skoro płyn odżywczy w kiszki się nie zatrzymuje, albo jeżeli stan zapalny szyszek hemoroidalnych nie pozwala na stosowanie ławatyw odżywczych, wówczas nie osią-



gnąwszy zamierzonego skutku, przerwać musimy jak najprędzej tego rodzaju leczenie. W pomyślnych okolicznościach, gdy nic nie stoi na przeszkodzie, czas stosowania będącej w mowie metody do leczenia peptycznego wrzodu żołądka, zależnym uczynić musimy od dalszego przebiegu choroby, od trwania, ewentualnie od ustępowania objawów chorobowych. Przy krwotokach żołądkowych pozostawić musimy żołądek w absolutnym spokoju przede wszystkim dopóty, dopóki krew się wydała czy to z wymiotami, czy też z wypróżnieniami stolcowymi. Po ustaniu krwotoku dobrze jest przedłużyć jeszcze leczenie przez 5—7 dni. W zwykłych przypadkach, w których krwotoku nie ma, powinniśmy się pod tym względem kierować jednym zwłaszcza objawem, mianowicie istnieniem bólu w żołądku; dopóty, dopóki ból trwa i jeszcze przez cały tydzień po jego ustąpieniu, przerywać leczenia nie należy. W przeważnej liczbie przypadków bóle ustępują już po 2—3 dniach, tak, że cały okres leczenia trwać powinien około 10 dni. W innych razach bóle trwają dłużej, więc zależnie od tego i leczenie musi być stosowane przez czas dłuższy, mianowicie 12—15 dni. Ten ostatni okres przekraczam jedynie tylko w razach wyjątkowych. Dziesięciodniowe leczenie peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia prawie zawsze wystarcza i świetne daje wyniki. Żadna inna metoda leczenia nie jest tak pewna i nie jest tak radykalna. Nieraz zdarzyło mi się napotykać chorych, którzy wielokrotnie leczyli się zwykłym, najbardziej w użyciu będącym sposobem t. j. dyetą mleczną, spokojem, ciepłymi okładami, zasadowym azotanem bismutu i t. p. i pomimo to zdrowia odzyskać nie mogli, albo, przyszedłszy na pewien czas do zdrowia, znowu na tę chorobę zapadali. Tacy chorzy prawie zawsze zapomocą głodzenia radykalnie bywali wyleczeni.

Wykazawszy powyżej niezmiernie ważne usługi, jakie nam oddaje metoda leczenia przewlekłego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia, musimy teraz zaznaczyć, że posiada ona też i pewne ujemne strony, o których koniecznie wiedzieć powinniśmy. Jedną z tych ujemnych stron jest występowanie u pewnych osób, zwłaszcza u osób dotkniętych, prócz wrzodu żołądka, neurastenią, zaraz w pierwszych dniach leczenia tak wielkiego upadku sił, manifestującego się omdlewaniem i zaburzeniami w czynności serca, że, bez narażenia ich życia na widoczne niebezpieczeństwo, przedłużać tego leczenia nie możemy. Ta niebezpieczna komplikacja występuje u jednych chorych wcześniej, u innych później, ale zawsze przed upływem czasu, niezbędnego do całkowitego zabliznienia wrzodu. Rozumie się samo przez się, iż w takich wypadkach musimy z leczenia zapomocą głodzenia zrezygnować i uciec się do innej metody leczniczej.

Drugą ujemną stroną leczenia zapomocą głodzenia jest powstawanie, skutkiem tego leczenia spraw zapalnych w gruczołach przyusznych — *parotitis* — prowadzących zazwyczaj do zropienia gruczołów ze wszystkimi tegoż następstwami. Podczas kilkunastoletniego okresu czasu, w którym wielokrotnie, w celu leczenia wrzodu żołądka, stosowałem metodę głodzenia, miałem nieszczęście trzy razy obserwować tę komplikację, nigdzie dotąd nie opisywaną. Że nie miałem więcej takich nieszczęśliwych wypadków, to przypisać muszę tej okoliczności, iż zaraz po pierwszych przypadkach przedsiębrałem środki, zabezpieczające chorych od będącej w mowie kom-

plikacyi. Pierwszy przypadek spostrzegalem u chorego, 50-letniego mężczyzny, który podczas leczenia dostal jednostronnego zapalenia gruczołu przyusznego; zapalenie przeszło w ropienie, ropa musiała być zapomocą cięcia wypuszczona, potworzyły się przetoki, których ściany trzeba było kilkakrotnie rozcinać; ciągle bóle miejscowe i gorączka znacznie chorego wycieńczyły; zupełne wyleczenie od tej sprawy chorobowej i zagojenie ran nastąpiło dopiero po upływie kilku miesięcy. Drugim moim chorym, który uległ podczas leczenia wrzodu żołądka tej komplikacyi, był mężczyzna trzydziestokilkoletni; zapalenie było jednostronne, przeszło też w ropienie; po rozcięciu ropnia względnie prędkie zagojenie; pozostało na pewien czas porażenie niektórych mięśni twarzy. U trzeciej mej chorej, panny dwudziestoletniej, powstało podczas leczenia zapalenie obu gruczołów przyusznych, sprawa przeszła po obu stronach w ropienie; leczenie z powodu przyczyn ubocznych nie było takim, jakiem być powinno; cięcia były zbyt późno wykonane; po odejściu ropy gorączka nie ustępowała, lecz przyjęła charakter gorączki septycznej, i chora po kilku tygodniach, skutkiem tej komplikacyi, zmarła.

Powyżej opisane nieszczęśliwe wypadki zniewoliły do szukania przyczyny, skutkiem której podczas leczenia zapomocą głodzenia może się niekiedy rozwinąć zapalenie gruczołów przyusznych i do wynalezienia środka, któryby mógł zapobiedz tej groźnej komplikacyi. Według mego zdania, głównym czynnikiem chorobotwórczym jest w tych razach nagromadzenie się bakteryi ropotwórczych w jamie ustnej i w przewodach STENON'a, a przyczyną tego nagromadzenia się bakteryi jest brak dokładnego oczyszczania powierzchni błony śluzowej jamy ustnej i zmniejszone wydzielanie śliny. Przy normalnym sposobie żywienia się przeżuwany w jamie ustnej pokarm obciera i oczyszcza powierzchnię błony śluzowej i pobudza gruczoły ślinowe do wydzielania. U chorych, leczonych metodą głodzenia, brak obu tych czynników, mechanicznego i fizyologicznego, a skutkiem właśnie tego braku nagromadzają się w jamie ustnej bakterye, które do zapalenia gruczołów przyusznych prowadzą. W celu ustrzeżenia zatem chorych od tej fatalnej komplikacyi, należy starannie oczyszczać powierzchnię błony śluzowej jamy ustnej. W tym celu nie dość jest płukać usta roztworem dezynfekcyjnym, ale trzeba jeszcze mechanicznie oczyszczać powierzchnię błony śluzowej, zwłaszcza policzków, a najlepiej to wykonać wataż zmoconą w roztworze środka niszczącego bakterye. Jako taki należało wybrać środek nie posiadający silnie trujących własności i nie drażniący błony śluzowej. Tym warunkom najlepiej odpowiada 4% wodny roztwór kwasu bornego [mniej więcej 2 czubate łyżeczki na dużą szklankę wody], który od 3-ich lat polecam wszystkim chorym, leczonym zapomocą głodzenia. W ciągu tego czasu stosowałem tę metodę leczniczą daleko częściej, niż dawniej, a dzięki używaniu roztworu kwasu bornego do płukania i mechanicznego oczyszczania jamy ustnej nie miałem prawie już wypadku zapalenia gruczołów przyusznych. Wyjątek stanowi wyżej wzmiankowana nieszczęśliwa chora, któraby też prawdopodobnie uniknęła tej komplikacyi, gdyby zastosowała się do danego jej przepisu, czego, niestety, skutkiem nieporozumienia, nie uczyniła.

Powyżej opisane przykre, a nawet niekiedy groźne komplikacje, będące skutkiem leczenia, nie powinny nas powstrzymywać od stosowania we właściwych przypadkach tej metody leczniczej, tak samo jak chirurga nie powinna powstrzymywać od robienia operacji obawa, że po operacji zjawie się może zapalenie otrzewny, róża, posocznica i t. p. niespodzianki. Te ostatnie komplikacje wydarzają się bowiem bardzo rzadko, obecnie coraz rzadziej, a leczenie operacyjne ratuje tysiące chorych od niechybnej zguby. Zresztą, metoda leczenia zapomocą głodzenia zaleca się tylko w tych razach, w których musi być zaleconą, w których inne metody lecznicze pożądanego skutku nie przynoszą. Więc obawa rzadkich stosunkowo komplikacji nie może stawać temu leczeniu na przeszkodzie, a rzeczą ostrożnego i doświadczonego lekarza jest wiedzieć o tem, co choremu grozi i umieć zapobiedz rozwojowi tych przykrych niespodzianek. W jaki sposób daje się to osiągnąć, o tem mówiliśmy powyżej. Zdaje mi się, że zapalenia gruczołów przyusznych da się w zupełności uniknąć przez systematyczne i staranne oczyszczanie i dezynfekowanie jamy ustnej, a przeciwko nagłemu osłabieniu i groźnym zaburzeniom w czynności serca stosowanie podskórne środków pobudzających, lub hypodermoklizy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej skutecznymi powinny się okazać. Mimo to, gdybyśmy nawet niezawsze tym komplikacyom zapobiedz mogli, to tem nie mniej metoda leczenia przewlekłych i bardzo uporeczywych wrzodów żołądka zapomocą głodzenia będzie zawsze jedną z najlepszych i najskuteczniejszych metod leczniczych, a w wielu razach jedyną skuteczną metodą.

---

### III. Tymol kamforowy w leczeniu gruźlicy kości, stawów i gruczołów<sup>1)</sup>.

Podał

Wacław Łapiński.

---

Leczenie zachowawcze gruźlicy chirurgicznej zwłaszcza u dzieci zyskało w czasach ostatnich szerokie koła zwolenników, a dążenie do utrzymania kostnych ognisk gruźliczych w stanie zamkniętym — wobec wielkich trudności zabezpieczenia przetoki gruźliczej od groźnego w swych następstwach wtórnego zakażenia ropnego — staje się wprost obowiązującym. Nieotwieranie kostnych ognisk gruźliczych nie oznacza bynajmniej zaniedbywania lub też chęci zaniechania leczenia miejscowego; raczej przeciwnie: czasy ostatnie są

---

<sup>1)</sup> Z posiedzenia chirurgicznego w Tow. Lek. Warsz. d. 11.X. 1904 r.

świadczeniem ciągłych usiłowań ze strony chirurgów w kierunku nader czynnego, aczkolwiek nieoperacyjnego, leczenia miejscowego gruźlicy chirurgicznej, z którym oczywiście równolegle iść powinno leczenie ogólne.

Leczenie miejscowe uwzględniać musi łącznie lub oddzielnie dwa wskazania, któremi są: z jednej strony spokój zupełny danego narządu, z drugiej zaś działanie bezpośrednie zapomocą odpowiednich środków chemicznych lub fizycznych na dane ognisko chorobowe, lub jego wytwory, t. j. ropnie opadowe.

Wskazaniu pierwszemu czynią zadość powszechnie znane przyrządy i opatrunki unieruchamiające dany narząd i znoszące z niego ciężar ciała, wskazaniu drugiemu—wstrzykiwania rozmaitych płynów po uprzednim opróżnieniu ropnia przez nakłucie, głębokie przyżegania ogniska cienką igłą termokauteru i t. d.

Zachęta do leczenia ropni gruźliczych zapomocą wstrzykiwania odpowiednich środków leczniczych, a w danym razie zawiesiny jodoformowej w glicerynie, wyszła, jak wiadomo, przed laty dwudziestu paru od BILLROTH'a i MIKULICZA. Liczne spostrzeżenia i badania kliniczne wprędce rozpowszechniły tę metodę i zniewoliły lekarzy do szukania nowych skuteczniejszych i odpowiedniejszych środków. Do wstrzykiwań używano zatem: roztworu jodoformu w eterze lub w alkoholu, zawiesiny jodoformu w glicerynie lub w oliwie, nalewki jodowej, chlorku cynku, naftolu kamforowego, roztworu formaliny, chinosolu, kreozotu, gwajakolu, aristolu i t. d.

Działanie lecznicze owych płynów polega na dwóch czynnikach:

1) Zastrzyknięty płyn, po uprzednim opróżnieniu ropnia przez nakłucie, niszczy, t. j. po części rozpuszcza, po części przekształca w zawiesinę, zbite masy serowate oraz strzępki ziarniny gruźliczej, znajdujące się zawsze w jamie lub na błonie wyściełającej ropień gruźliczy. Dzięki tej właściwości wstrzykiwanego płynu nakłucia późniejsze, pozwalają stopniowo opróżniać ropień z zawartości stałej, a wygląd ropy znacznie się zmienia: staje się ona coraz rzadszą, ciemniejszą, ciągnącą się, prawie przezroczystą i — jak to wykazały szczepienia na zwierzętach—mniej jadowitą; ilość zaś jej się zmniejsza.

2) Płyn działa dodatnio na samą błonę ropnia, bo nie tylko oczyszcza ją, niszcząc pokrywającą ją ziarninę gruźliczą, lecz sprzyja następnie tworzeniu się dobrej ziarniny, która w dalszym ciągu zwolna przekształca się w tkankę bliznowatą i ostatecznie następuje wygojenie się ropnia. W tym kierunku znane są badania mikroskopowe BRUNS'a i NAUWERECK'a, wykazujące owe zmiany stopniowe błony, wyściełającej ropień gruźliczy, pod wpływem wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej.

Wobec podanych dopiero co właściwości, płyny, używane w leczeniu ropni gruźliczych, słusznie uzyskały u lekarzy francuskich techniczną już niemal nazwę płynów przekształcających (*liquides modificateurs*).

Z pośród wymienionych wyżej środków uzyskał popularność i zastosowanie powszechne jodoform w postaci zawiesiny, lub rozpuszczony w eterze.

Własności przekształcające eteru jodoformowego są znacznie większe, aniżeli zawiesiny jodoformowej: sam eter działa tu już rozpuszczająco na tłuszcz; wstrzykiwania wszakże eteru są bardzo bolesne i nie dadzą się zastosować w tych razach, gdy skóra ropnia jest już ścięczała, a to z obawy jej zgorzeli i otworzenia się ropnia. Zawiesina jodoformowa tych stron ujemnych nie posiada, ale zato jej działanie na stałe zwłaszcza części składowe ropnia gruźliczego jest dość słabe. Lekarze francuscy zaczęli stosować *naftol kamforowy*, środek, który nie ma ani jednej z obu wymienionych wad eteru jodoformowego, a pod względem wartości przekształcającej nawet go przewyższa. Stroną słabą *naftolu kamforowego* jest jego działanie toksyczne, wyrażające się niekiedy objawami groźnymi, jak oto: napady drgawek, sinica i t. p.; widywano i zejścia śmiertelne u osobników wyniszczonych. Aczkolwiek objawy zatrucia zdarzają się rzadko, to jednak środek ten, jako wogóle dość nieobliczalny pod względem następstw, nie może być polecany.

MÉNARD, dyrektor wielkiego szpitala w znanym uzdrowisku w Berck-sur-Mer nad Pas-de-Calais i znawca znakomity gruźlicy chirurgicznej, po próbach z *salolem kamforowym*, środkiem zresztą niestałym i szybko rozkładającym się, zatrzymał się na *tymolu kamforowym*. Płyn ten powstaje przez rozcieranie na sucho dwu części kamfory i jednej cz. tymolu i przedstawia się w postaci dość gęstego, lepkiego, przezroczystego płynu, który z czasem często z lekka ciemnieje. Według MÉNARD'a, który wciąż posługuje się tym środkiem, działanie przekształcające tymolu kamforowego jest prawie takie samo, jak *naftolu*; wstrzykiwania są zupełnie niebolesne, odczynu miejscowego, ani też objawów zatrucia ogólnego niema wcale.

Od czasu pierwszej swej gościny w Berck-sur-Mer przed laty sześciu stale stosuję w szpitaliku kol. BĄCZKIEWICZA wstrzykiwania tymolu kamforowego w różnorodnych przypadkach gruźlicy chirurgicznej, które można podzielić na trzy grupy: 1) ropnie opadowe i zimne, 2) zamknięta gruźlica stawów, 3) gruczoly chłonne.

1. W celu leczenia ropni opadowych lub zimnych wstrzykuję po opróżnieniu ropnia przez nakłucie—o ile wogóle jest to możliwe z uwagi na obecność części stałych, t. j. zbitych mas serowatych, strzępków ziarniny gruźliczej—przeciętnie 5,0—10,0 tymolu kamforowego. Co dni kilka [trzy do ośmiu] ponawiam pompowanie zawartości ropnia i wstrzykuję taką samą ilość tymolu kamforowego. W ten sposób zostają stopniowo niszczone, *resp.* rozrzedzane i wreszcie usuwane zapomocą strzykawki stałe części składowe ropnia. Ropa pod wpływem tymolu się zmienia: po pierwszych wstrzyknięciach często ma wygląd dość gęstej galarety, później staje się coraz rzadszą i zawiera liczne kulki tłuszczowe, wreszcie staje się coraz więcej przezroczystą, ciągnącą się, lepką; jest to objaw pomyślny, zwiastun poczynającego się gojenia i wskazuje, że należy już zaniechać wstrzykiwań dalszych i poprzestać na opróżnianiu ropnia z coraz skąpszych ilości owego przezroczystego, lepkiego płynu; ostatecznie płyn przestaje się tworzyć i ropień znika. Owe stopniowe zmiany ropy pod wpływem wstrzykiwań są wielce charakterystyczne i ważne pod względem rokowania. Niepodobna określić liczby wstrzykiwań, po-

trzebnych do wygojenia dużego ropnia i wahanía są tu znaczne: niekiedy bowiem wystarczy kilku, niekiedy potrzeba kilkunastu wstrzyknień, zależnie od natężenia i rozwoju choroby, siły odpornej ustroju, mniej lub więcej pomyslnych warunków ogólnych i t. p. W ten sposób z powodzeniem leczą się, oprócz ropni zimnych, ropnie opadowe, pochodzące np. z kręgosłupa lub ze stawu biodrowego.

Technika przekłuć i wstrzykiwań dążyć musi do utrzymania ropnia w stanie zamkniętym i uniknięcia bezwarunkowego przetoki. W celu uczynienia zadość temu żądaniu należy: 1) używać igieł cienkich, przez które jednak ropa, rozrzedzona przez tymol kamforowy, daje się zwykle usunąć, 2) wkławać igłę nie w ścianę ropnia, lecz co najmniej w odstępie 1 — 2 cm. od jego obwodu i dążyć do jamy ropnia poprzez mięśnie. Oba powyższe szczegóły techniczne mają, jako środki zapobiegawcze powstaniu przetoki, znaczenie niezmiernie doniosłe: dzięki im udaje się unikać przetoki nawet w ropniach o skórze bardzo cienkiej i zmienionej i grożących lada chwila pęknięciem. W tych razach należy ropień li tylko opróżniać w sposób powyższy jak najczęściej, t. j. nawet codziennie i w ten sposób zmniejszać ciśnienie wewnątrz ropnia; do wstrzyknień zaś można przystąpić dopiero wówczas, gdy skóra dostatecznie się wzmocni i odzyska swą zwykłą spistość. Rzecz prosta, że te drobne zabiegi chirurgiczne wymagają więcej niż gdziekolwiek, najbezwzględniejszego przestrzegania zasad postępowania bezgnilnego.

2. W leczeniu gruźlicy stawów tymol kamforowy znajduje szerokie zastosowanie—oprócz przypadków z wydzieliną ropną w stawie, które leczą się w sposób dopiero co podany—w tych przypadkach, w których ropy nie ma, lecz istnieją nader obfite rozrosty ziarniny gruźliczej. Za przykład niemal klasyczny uważać tu np. można te postaci gruźlicy stawu kolanowego, w których staw jest mocno rozdęty i obrzmiały, a omacywanie wykazuje w stawie wielkie ilości miękkich elastycznych mas. W tych razach wstrzykuję w staw pod rzepeką niewielką ilość [1,0—5,0] tymolu kamforowego; po kilku dniach badanie często już wykazuje obecność płynu w górnej okolicy stawu, t. j. w uchyłku (*recessus*); jeśli płynu jeszcze nie ma, wstrzykuję ponownie tymol kamforowy w staw pod rzepeką. W razie zebrania się w uchyłku płynu, wydobywam go strzykawką przez nakłucie okolicy uchyłka, lecz poza granicą ropnia, poczem znów wstrzykuję omawiany środek w staw pod rzepeką. Postępując w ten sposób co dni kilka, można stopniowo zniszczyć, t. j. rozrzedzić i usunąć znaczną ilość ziarniny gruźliczej, wypełniającej staw; i tu również, dla wymienionych wyżej względów, baczną należy zwracać uwagę na zmiany i jakość płynu, otrzymywanego przez nakłucia.

Ten sposób oddziaływania bezpośredniego na ogniska chorobowe daje się stosować łatwo i z powodzeniem w stawach, położonych powierzchownie, jak np. w stawie kolanowym i łokciowym.

3. Wstrzykiwania przekształcające w leczeniu gruźlicy gruczołów chłonnych znajdują we Francji coraz więcej zwolenników. Stosowałem je w paru przypadkach: u dziewczyny np. wstrzykiwałem w twarde i nie-

zropiały gruczoł na szyi, wielkości orzecha włoskiego, co dni parę po kilka kropel tymolu kamforowego i wydobywałem strzykawką ropny płyn galaretowaty, pochodzący z przekształconej tkanki gruczołowej; po kilkunastu wstrzyknięciach [do paru ostatnich wstrzyknięć użyłem eteru jodoformowego] gruczoł znikł.

Leczenie gruźlicy gruczołów chłonnych zapomocą wstrzykiwań, aczkolwiek zmułne i długotrwałe, daje istotnie wyniki dobre; wszakże wskazania do takiego leczenia ograniczają się do gruczołów odosobnionych, pojedynczych i względnie niegłębokich, natomiast gruczoły pozrastane ze sobą i położone głęboko przedstawiają już środowisko niezbyt odpowiednie do leczenia wstrzykiwaniami.

Jeśli chodzi o względy bezpieczeństwa, to przyznać muszę, zgodnie ze zdaniem MÉNARD'a, że wstrzykiwania tymolu kamforowego żadnych przykrych następstw ogólnych, lub miejscowych za sobą nie pociągają. Byłem wprawdzie w początkach dwukrotnie świadkiem raptownej utraty przytomności, której towarzyszyła sinica, u dwojga dzieci po jednym z ponownych wstrzyknięć tymolu kamforowego; objaw ten trwał 1—2 minut i przeszedł bez śladu. Z uwagi jednak, że objawy te wystąpiły w samej niemal chwili wstrzykiwania i że dotyczyły dzieci niesłychanie wrażliwych i przejętych wprost strachem panicznym przed nakłuciem, powikłanie to składam nie tyle na karb tymolu, ile uzależniłbym bodaj całkowicie od wpływów psychicznych. Dzieci stopniowo coraz więcej obawiają się wstrzykiwań późniejszych i wrażliwsze—a takimi są zazwyczaj dzieci gruźlicze—dochodzą niekiedy do niezwykłego rozdrażnienia. Należy przeto od samego początku robić nakłucia w znieczuleniu miejscowym zapomocą chlorku etylu, a wówczas dzieci znoszą je dobrze i przystępują do nich zazwyczaj bez większej obawy.

W czasach ostatnich zaczynam zwykle leczenie od tymolu kamforowego, a kończę na jodoformie w postaci zawiesiny w glicerynie lub roztworu w eterze, zależnie od warunków miejscowych. To leczenie połączone ma cel następujący na względzie: wstrzyknięcie tymolu kamforowego nieomal zawsze wytwarza większe lub mniejsze ilości płynu; skoro zaś ilość i jakość owego płynu pozwala wnioskować o zmianach pomyślnych w ropniu lub w ognisku gruźliczym, dalsze wstrzykiwanie płynu staje się zbyteczne i wówczas jodoform, który owe właściwości wytwarzania płynu posiada w stopniu znacznie mniejszym, zupełnie zasadnie wchodzi w swe prawa.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej zapomocą wstrzykiwań nie wypełnia w całości zadań leczenia miejscowego; stanowi ono zaledwie jeden z przejawów, jedno tylko ogniwo w tym planie ogólnym i konsekwentnym, jakiego wymaga racjonalne leczenie miejscowe gruźlicy kości i stawów [uniemożliwienie danego narządu, zuiesienie ciężaru tułowia i t. d.].

Oprócz czynnego i systematycznego leczenia miejscowego, należy stosować zawsze, w miarę możliwości leczenie ogólne, t. j. leczenie klimatyczne, dyetetyczne, ogólne wcierania szarego mydła i t. p.

Tymol kamforowy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej nie jest środkiem niezawodnym, a tem mniej specyficznym; wszakże w zwalczaniu pewnych postaci gruźlicy kostno - stawowej jest—jak to wykazuje moje przeszło pięcioletnie doświadczenie—środkiem dzielnym i jako taki wart poznania i rozpo-wszechnienia.

## Przegląd bibliograficzny.

**Dr S. Sterling. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Łódź 1905, str. 125.**

Doniosłość leczenia sanatoryjnego suchot płucnych w odpowiednich górskim, czy też na równinach położonych zakładach, została w ciągu lat ostatnich wśród lekarzy, jako też i publiczności dostatecznie spopularyzowana, a każdemu niemal z lekarzy dobrze są znane podstawy zasadnicze tego leczenia. Niestety, jednakże wśród olbrzymiej liczby suchotników tylko nieskończenie mała ich część jest w stanie korzystać z tej wysoce pożytecznej terapii, gdyż, jak to wiadomo, leczenie w sanatoryjach, zazwyczaj długotrwałe, jest wielce kosztowne, a sanatoryów ludowych, przeznaczonych dla biednej ludności lub nawet mniej zamożnej dotychczas nie posiadamy. Wychodząc też z tego punktu widzenia, dr STERLING wybrał sobie dla swej pracy wielce wdzięczne zadanie, t. j. omówienie szczegółowe leczenia sanatoryjnego, które u chorych, nie mogących udać się do istotnych zakładów, może być przeprowadzone i to wielokrotnie z wielką korzyścią w domu albo w odpowiednio urządzonej oddziale szpitalnym. Naturalnie leczenie szczególniej poczynających się okresów gruźlicy płucnej nie zastąpi zakładu, położonego na powietrzu i zbudowanego z uwzględnieniem wszelkich wymagań odnośnej higieny, w każdym jednak razie często, jak to właśnie spostrzegaliśmy dr S. w swoim *ad hoc* urządzonej oddziale w szpitalu w Łodzi, a sprawozdawca w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie, można tej kategorii chorych przynieść istotną pomoc, a leczenie to będzie poniekąd przejściowym etapem, zanim powstaną u nas sanatoria ludowe. Jednocześnie autor starał się omówić szczegółowo nie tylko podstawowe zasady terapii higieniczno-dyetycznej, lecz jednocześnie rozebrać krytycznie wogóle nowoczesną terapię suchot i ich różnorodnych objawów i powikłań. Praca rozpada się na kilka oddzielnych rozdziałów, z których dwa pierwsze, najobszerniejsze, omawiają szczegółowo leczenie higieniczno-dyetyczne, a więc dyetę ogólną i szczegółową, zawierają wiele bardzo pożytecznych uwag, jak np. w sprawie nadmiernego używania mleka i t. p. Dalej opisana jest detalicznie metoda leczenia powietrzem, kuracja leczenia w podaniu wielce pożytecznych odpowiednich rysunków i dalej znajdują się przepisy różnorodne, odnoszące się do higieny szczegółowej suchotników, a więc: mieszkania, ubrania, płwociny i jej unieszkodliwiania i t. p. Na zakończenie tego działu omówione są pokrótce t. zw. swoiste leki [kreozot, gwajakol i t. d.], którym autor, zgodnie z panującymi dziś poglądami, przypisuje pewne wspomaga-



jące działania metody higieniczno-dyetycznej. W dziale drugim autor roz-  
biera leczenie objawowe, a więc: kaszlu, krwioplucia, gorączki i t. p., zwraca-  
jąc krytyczną uwagę na najróżnorodniejsze leki i metody lecznicze, stosowane  
w ostatnich latach w tychże objawach. Z wielką słuszością, zdaniem mojem,  
autor krytykuje stosowanie przy krwotoku wielu b. środków, rutyną jedynie  
uzasadnionych, jak np. sporyszu, natomiast podnosząc ważne znaczenie metody  
hygienicznej i fizykalnej. Przy leczeniu kaszlu i celem ułatwienia odpluwania za-  
leca gorąco t. z. krzyżowe opaski, chociaż pod tym ostatnim względem, zdaniem  
mojem, zapatrywania autora są może zbyt entuzjastyczne, gdy mówi, że opaski  
te uważa za najlepszy środek służący do rozmiękczenia mas rozpadłych  
tkanki płucnej i sprzyjający ich eliminacji<sup>4</sup>. W rozdziale o leczeniu powik-  
łań omawia autor pokrótce leczenie nowoczesne różnorodnych występujących  
w przebiegu suchot powikłań; w tym rozdziale z niektórymi poglądami autora  
sprawozdawca nie zupełnie mógłby się zgodzić, i tak np. przy leczeniu gruźlicy  
gardzieli i krtani autor sądzi, że leczenie chirurgiczne tychże powikłań stano-  
wi duży dział laryngologii. Namby się zdawało przeciwnie, że w ostatnich cza-  
sach, wogóle biorąc, wskazania do operacyjnego leczenia gruźlicy gardzieli  
i krtani, podobnie jak i leczenie chirurgiczne innych organów, dotkniętych gruź-  
licą [kości, gruczoły], zaczyna przyjmować coraz bardziej ograniczone wskaza-  
nia. Natomiast przy bardzo ważnej kwestyi ciąży i jej przerywania w gruźli-  
cy autor z wielką słuszością zaznacza, że zabieg ten stosowany być wi-  
nien jedynie wtedy, gdy z rozwojem ciąży stan ogólny chorej ulega pogorsze-  
niu wyraźnemu.

Pominąwszy owe, a być bardzo może tylko, zdaniem mojem, nie-  
znaczne usterki, do którychbym zaliczył dosyć niejasno na wstępie wyrażone  
zdanie, „że rodzaj ludzki należy do trudno ulegających zakażeniu gruźliczemu“,  
co prawdopodobnie winno być zrozumiane w sensie NAEGELE'go, „że wogóle  
ród ludzki jest mało usposobiony do gruźliczych spraw, kończących się  
śmiertelnie“, całość pracy zrobiła na mnie wielce udatne wrażenie i sądzę, że  
praca ta stanowić będzie wielce użyteczny nabytek w naszej literaturze dla le-  
karzy praktyków.

A. Sokołowski.

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

I. **Digalina, jako zamiana naparstnicy.** Zawartość składników czyn-  
nych w liściach naparstnicy jest bardzo zmienna. Ta okoliczność od dawna  
była pobudką do zamiany naparu z liści naparstnicy na jakiś inny  
mniej zmienny przetwór. Wszystkie jednakże zalecane dotychczas w tym  
celu przetwory, że wymienimy tylko najwięcej znane, jak oto: *Digitalinum*  
*verum*, *Digitacum*, *Dialysatum digitalis* Golaz, nie zdołały wyprzeć z użycia  
liści naparstnicy.

W ostatnich czasach prof. CLOËTTA po wieloletnich usiłowaniach wy-  
dzielił z liści naparstnicy białe bezkształtne ciało, łatwo rozpuszczające się  
w wodzie, łatwo dyfundujące, i nieposiadające własności drażniących. Środek  
ten, wyrabiany przez firmę HOFFMANN-LA ROCHE et Co. w Bazylei, znajdu-  
je się w handlu w wodnym roztworze z dodatkiem 25%<sub>100</sub>-ym gliceryny w małych  
flakonikach pod nazwą „*Digalen*“ (*Digitoxinum solubile* CLOËTTA). Jeszcze

przedtem, nim CLOËRTA opisał nowy ten środek, prof. NAUHYN stosował go z dobrym skutkiem u chorych w postaci wstrzykiwań podskórnych; właszcza wychwała on szybko następujące działanie tego środka.

BIBERGEIL (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. N. 51), w klinice prof. SENATOR'a, w całym szeregu przypadków przeważnie wad serca stosował digalinę wewnątrznie 3 razy dziennie po 1 c. sz. po jedzeniu w słodkim winie, wodzie selcerskiej lub mleku. Wszyscy chorzy dobrze znosili ten środek; po jego zastosowaniu obok podmiotowej poprawy szybko ustępowały również niektóre uciążliwe objawy. Bicie serca znikало; działalność serca się wzmacnia; tętno stawało się wolniejszym, regularniejszym i pełniejszym; ilość moczu cokolwiek się zwiększała, obrzęki się zmniejszały. Autor nie spostrzegал ze strony przewodu pokarmowego żadnych zaburzeń, które, jak wiadomo, niezbyt rzadko występują przy stosowaniu naparstnicy. W razach, gdy podawanie digaliny *per os* nie jest pożądanem, może ona być stosowana *per rectum* bez obawy wywołania podrażnienia. Nowy środek posiada przeto w porównaniu z naparstnicą, obok jej przymiotów, tę jeszcze wyższość, iż 1) może być łatwo dawkowany, 2) nie posiada, o ile się zdaje, własności działania kumulacyjnego i 3) nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia.

Wacław Breszel.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### I. Ferd. Lagrange. Leczenie chorób serca ćwiczeniami i ruchem.

Od dość dawna w terapii cierpień sercowych stosowano dwie metody: ćwiczeń i ruchu. OERTEL zaproponował stopniowe wznoszenie się na pochyłości i tą drogą miał otrzymać przez wzmocnienie serca wpływ na ogólne krążenie; szkoła zaś szwedzka z LING'em na czele — zapomocą łagodnych i rozczłonkowanych ruchów działa miejscowo, nie dotykając samego serca, i ułatwiając krążenie obwodowe, zmniejsza przeszkody, a tem samym i pracę chorego serca. LAGRANGE jednak obie te metody, jako nadto jednostronne, uważa za niewystarczające dla wszystkich przypadków, a nadto w metodzie OERTEL'a widzi w niektórych razach wyraźne niebezpieczeństwo. Nawet późniejsze uzupełnienia wspomnianych systematów — jak SCHWEININGER'a — dodanie mięsienia i odpowiedniej diety do sposobu OERTEL'a, lub SCHOT'a, który prócz gimnastyki szwedzkiej stosował jednocześnie kąpiele słono-gazowe, nie uważa autor za dostateczne. Nie zwrócono bowiem dostatecznej uwagi na tak ważny np. czynnik, jak wpływ ćwiczenia na nerwy serconaczyniowe, a przecież wpływ ten, który autor nazywa „reedukacją” narządu obiegowego, zajmuje poważne miejsce w fizjologii leczenia. Zadaniem autora było dać najdokładniejszy obraz najnowszych usiłowań na drodze leczenia chorób serca zapomocą ćwiczeń i ruchu. Doświadczenie osobiste i obfity materiał kliniczny pozwoliły autorowi, zdaje się, wywiązać się z zadania w zupełności.

Praca LAGRANGE'a składa się z 3-ch części. Pierwsza część omawia zaburzenia krwiobiegu po drobniagowem rozpatrzeniu takich punktów, jak: siły wewnętrzne narządu obiegowego [serce, tętnice, naczynia włosowate, żyły i „*vis a tergo*“]; dalej — siły pomocnicze krążenia [ruchy czynne, bierne, mięsienie i oddychanie], dalej omawia autor mechanizm zaburzeń w krążeniu przy ćwiczeniach mięśniowych, a więc: wysilek, pobudzenie serca, *plethora ve-*

*nosa*, przepracowanie serca, brak tchu przy ćwiczeniach. Następnie mechanizm zaburzeń w krwiobiegu u chorych i tu rozpatruje: choroby serca, stan wyrównania i stan dyskompensaty; *asystolia*; choroby naczyń; zaburzenia czynnościowe serca; zaburzenia krążenia krwi w chorobach odżywiania dotyczą: zaburzeń u otyłych, [tutaj też rozpatruje autor rolę przetłuszczenia serca i nieudawanie się kuracyi odłuszczejacej; pierwszą przyczynę wspomnianych zaburzeń i wnioski terapeutyczne]; zaburzenia cyrkulacyjne u dotkniętych dną, niestrawnością i mechanizm powstawania ich w ostatnim przypadku. Dalej idą zaburzenia nerwowe w krwiobiegu — pierwotne i wtórne [zaburzenia u neurasteników oraz znaczenie wrażeń czuciowych dla prawidłowego krążenia].

Część druga zawiera teorię leczenia; składają ją następujące działy: przerost wyrównywuający; rozszerzenie wskutek przepracowania, rzadkość przerostu bez rozszerzenia. Dalej następuje: wpływ ćwiczeń na odżywianie; znaczenie „oczyszczające“ ćwiczeń. Metoda OERTEL'a: *cure de terrain*“, skutki tegoż, samospostrzeganie OERTEL'a, wytłomaczenie wyników tej metody. Gimnastyka naczyń krwionośnych — metoda szwedzka i ruchy rozczłonkowane, teoria ruchów „oporu“, stopniowe łagodnienie ćwiczeń, wybór ruchów — wypełniają zakończenie części drugiej wraz z „reedukacją“ narządu obiegowego [dział ten składa się z następujących pytań: „reedukacja“ serca, wrażliwość narządu obiegowego; zmiany czynnościowe; leczenie gimnastyką stanu niemiarowości [arytmii], „utykanie“ serca; regulowanie krążenia naczyniowego, obniżenie ciśnienia tętniczego zapomocą ruchu oraz wzmożenie jego.

Część trzecia, obejmująca stronę praktyczną leczenia, składa się z działów: wskazania do ćwiczeń w zaburzeniach krwiobiegu [leczenie zapobiegawcze i kuracyjne, przeciwwskazania [rzadkość istotnych przeciwwskazań i przeciwwskazania względne co do ilości pracy, środki kontroli, i przeciwwskazania względne co do formy ruchów]. Kwestye praktyczne — jak i kiedy używać ćwiczeń, leczenie otyłych, dotkniętych wadą *vae mitralis* lub *aortae*; przerosty u dorastających; początki okresu dyskompensaty, okres *asystoliae*. Zaburzenia miejscowe w krążeniu w naczyniach włosowatych, w krążeniu skórnem; przekrwienia narządów wewnętrznych i rozszerzenia żył.

Wnioski kończą tę drobiazgową i ciekawą pracę autora.

A. Majewski.

**2. M. Silbermark. O znieczulaniu rdzeniowem.** W oddziale chirurgicznym prof. MOSETIG - MOORHOF'a w Wiedniu od roku stosowany bywa ten sposób znieczulania, z którego wyników zdaje sprawę autor na podstawie 200-u dokładnie spostrzeganych przypadków. Dotychczas metoda znieczulania zapomocą wstrzykiwania do kanału rdzeniowego, znana pod nazwą metody CORNING-BIER'a, nie rozpowszechniła się zbytnio, aczkolwiek zyskała wśród chirurgów gorących zwolenników, ale też i stanowczych przeciwników. Do tych pierwszych zalicza się i SILBERMARK i wyniki, przez niego przedstawione, są rzeczywiście bardzo zachęcające. Do wstrzykiwań używa on prawie wyłącznie eukainy  $\beta$  [tylko w kilku przypadkach stosował tropakokainę], ostrzega zaś przed używaniem kokainy, jako daleko silniej trującej. 3%-owy roztwór wyjałowiony eukainy w ilości 1 — 2 ctm. sz., stosownie do wieku chorego i potrzebnej długości znieczulenia, wstrzykuje on według postępowania, podanego przez TUFFIER'a. A mianowicie, u chorego w pozycji siedzącej o tułowiu mocno zgiętym ku przodowi oznacza się dokładnie położenie wyrostka kolczystego 4-go kręgu lędźwiowego, który leży na linii poziomej, łączącej górne punkty obydwóch grzebieni biodrowych, i tuż poniżej niego na 1 ctm. ku stronie prawej

wbija się długą igłą strzykawki PRAVAZ'a do kanału stosu kręgowego. Ukazanie się kropeł płynu mózgowo-rdzeniowego stanowi dowód wejścia igły pod oponeę twardą rdzenia. Wypuściwszy tego płynu 3 — 5 ctm. sz., wkłada autor do otworu igły strzykawkę z 3% -owym roztworem eukainy  $\beta$  i wstrzykuje do jamy rdzeniowej 2 ctm. sz. tego roztworu u dorosłych, u dzieci zaś i dla mniejszych zabiegów połowę tej ilości. Znieczulenie poczyna występować już po 5-u minutach i rozpoczyna się na kroczu i częściach płciowych, skąd rozpromienia się, obejmując stopniowo całe kończyny dolne, ku górze zaś sięga zwykle tylko do wysokości pępka. W większości przypadków [170] znieczulenie było zupełne tak, iż wszystkie manipulacje w tkankach odczuwali chorzy jedynie jako ucisk, zaś w 30-u przypadkach zdawali sobie dokładnie sprawę, odróżniając cięcie, rozsuwanie tkanek i t. p., nie odczuwając wcale bólu. Czas trwania znieczulenia wynosił od 25-u minut do  $1\frac{3}{4}$  godziny. Z wyjątkiem trzech, we wszystkich przypadkach zdolność ruchowa i wrażliwość na dotyk pozostały bez zmiany.

Znikanie znieczulenia odbywa się w porządku odwrotnym do jego rozszerzania się, mianowicie pierwsze odzyskują wrażliwość swą końce nóg i okolica pępka, na ostatku—krocze.

Co się tyczy objawów zatrucia, to 159 przypadków, a więc prawie 80% było wolnych od nich zupełnie. Zatrucie to cechuje się objawami podrażnienia opuszkowego; w 15 minut po wstrzyknięciu występują nudności, czkawka i wymioty, nawet kilkakrotne. W pięciu przypadkach zjawily się zaburzenia w oddychaniu, rozszerzenie źrenic, zimny pot i drobne tętno. Te objawy zapadu jednak zdarzyły się w początkach stosowania tej metody znieczulenia, kiedy wykonywano ją w ułożeniu wysokiem miednicy. W 2-ch przypadkach wystąpiło takie drżenie mięśni, że nie można było operować i operator musiał uciec się do chloroformu, którego kilka kropeł już je usunęło. Najwrażliwszymi okazały się dzieci: z pomiędzy 11-u operowanych w tem znieczuleniu u 4-ch wystąpiły objawy zatrucia [wymioty, nudności].

Z pomiędzy następstw pooperacyjnych tylko w bardzo nielicznych przypadkach skarżyli się chorzy na ból głowy, i tylko raz jeden u młodej kobiety ból ten był „nieznośny“. W 7-u przypadkach wciągu paru dni po operacji wystąpiło zatrzymanie moczu. Zato w większości przypadków spostrzedz było można zjawisko, na które zwracali uwagę i inni chirurgowie, a mianowicie podniesienie ciepłoty do  $38^{\circ}$  C. i wyżej. Ciepłota taka utrzymywała się wciągu dwóch lub trzech dni po operacji, poczem ustępowała, nie powodując wcale ujemnych następstw ogólnych dla chorego, ani też miejscowych w przebiegu gojenia się rany. Żadnych ujemnych następstw późniejszych w przeciągu roku po operacji nigdy autor nie zauważył. Co się tyczy przeciwwskazań do tej metody, to za jedyne uważa SILBERMARK wiek poniżej lat 10-u; termin ten względnie przedłużyć można do 16-go roku; zarówno przeciwwskazanie względne stanowi opilstwo. Ani miażdżycy tętnic, ani wady serca, ani wjad rdzenia, choroby płuc, ani późny wiek nie stanowią przeszkody do stosowania znieczulenia rdzeniowego. To samo już wykazuje wielką zaletę tego postępowania w porównaniu z metodami znieczulania wdchowego. Dlatego może i powinno ono znaleźć szerokie zastosowanie we wszystkich operacjach w okolicy pachwinowej, na narządach płciowych i moczowych, wreszcie na kończynach dolnych, z uwzględnieniem jedyne go przeciwwskazania, t. j. wieku dziecięcego. Wyraża przeto autor nadzieję, że każdy chirurg, który, nie zraziwszy się pierwszymi przypadkami niezupełnie może gładko przebiegającej *analgesiae spinalis*, zechce ją stosować w dłuższym ich szeregu, stanie się niewątpliwie stałym zwolennikiem tej metody znieczulania.

#### 4. Stäubli. Meningismus typhosus i Meningotyphus.

Autor opisuje 3 spostrzegane przez siebie przypadki tyfusu brzuszego, przebiegającego pod postacią wyraźnego zapalenia opon mózgowych. Pierwszy, dotyczący 21-letniego, silnie zbudowanego, dobrze odżywionego piekarza P. R., według autora zasługuje na krótką zaledwie wzmiankę, albowiem 1) badanie płynu, otrzymanego zapomocą przekłucia lędźwiowego, dało wynik zupełnie ujemny [otrzymano płyn przezroczysty, niezabarwiony, o normalnej zawartości białka; szczepienie na wyjałowionym bulionie nie daje żadnego wyniku]; 2) sekcyja wykazała rzadką bądź co bądź komplikację: ropne zapalenie śródpiersia (*mediastinitis purulenta*). Ponieważ badanie bakteriologiczne nie było wykonane, pozostaje więc nierozwiązane pytanie, czy wzmiankowana powyżej sprawa ropna wywołana została przez laseczniki tyfusowe, czy też nastąpiło tu t. zw. zakażenie mieszane. Z drugiej zaś strony badanie płynu rdzeniowego wskazuje, że ośrodkowy system nerwowy pozostał wolnym od wpływu nań bakteryi. Dla objaśnienia ciężkich objawów mózgowych, jakie istniały w danym przypadku, można przeto przypuścić zakażenie ja d e m b a k t e r y i, który przedostał się do krwi na miejscu bujania laseczników tyfusowych. Autor zwraca uwagę na zachowanie się w danym przypadku tętna.

Jednocześnie z wystąpieniem objawów mózgowych tętno podniosło się do 148 u uderzeń i pozostało na tej niezwykle dla tyfusu o normalnym przebiegu wysokości. Na sekcyi, oprócz właściwych tyfusowi zmian w kiszkiach, obrzmienia śledziony i wzmiankowanego już ropnego zapalenia śródpiersia, znaleziono jeszcze prawostronne ropne zapalenie opłucnej; zresztą żadnych innych mających znaczenie zmian.

W drugim przypadku w przebiegu tyfusu wraz z mózgowymi objawami wystąpiły wyraźne zaburzenia mowy. Te ostatnie należą wogóle do rzadkich w tyfusie powikłań. КУЕНН zebrał w literaturze 27 przypadków [prawie wszystkie dotyczą dzieci], do których autor dołącza swój 28-y. Wzmiankowane zaburzenia występują u jednych w okresie gorączki, u drugich w okresie zdrowienia. We wszystkich zanotowanych dotąd przypadkach, z wyjątkiem jednego, po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu następowało wyzdrowienie. Spostrzegane przez autora zaburzenia mowy wystąpiły u 16-letniego chłopca. Przypadek początkowo przedstawiał wiele trudności dla różniczkowego rozpoznania między gruźlicą prosówkową, posocznicą i tyfusem brzuszynym; po kilku dniach jednakże pobytu chorego w szpitalu wystąpiła różyczka, dodatni odczyn VIDAL'a i rozpoznanie stanowczo przechyliło się na stronę tyfusu brzuszego. W przebiegu choroby, na tle zupełnie nieprzytomnego stanu wyłoniły się objawy ciężkiego zapalenia mózgu wraz z zaburzeniami mowy. Zaburzenia owe nosiły wyłącznie charakter ruchowej [ataktycznej] niemoty. Grube anatomiczne uszkodzenie odnośnych ośrodków zostaje tutaj wykluczone ze względu na szybkie i całkowite zniknięcie zaburzeń. Chory wyzdrowiał zupełnie. W każdym razie mieliśmy tutaj do czynienia z ciężkim czynnościowym uszkodzeniem, które najłatwiej dałoby się objaśnić toksycznym działaniem jadu bakteryi na wrażliwe ośrodki nerwowe. Na myśl o intoksykacyi naprowadza nas w danym przypadku także bezład kończyn, zarówno jak i nienormalnie przyspieszone tętno nawet po zupełnym wyzdrowieniu. Czy zakażenie wywołane jest tutaj przez t. zw. ektotoksyny, t. j. jadowite substancje, wydzielane przez komórki bakteryjne, czy też przez endotoksyny, które przechodzą do krwi po rozpuszczeniu się w wessaniu ginących w organizmie bakteryi, jest to już kwestyją podrzedną. Za najwłaściwszą nazwę dla przypadków klinicznych wyraźnego zapalenia opon mózgowych, gdzie jednakże sekcyja nie daje anatomicznej podstawy do takiego rozpoznania, uważa autor, zgodnie z DUPRÉ'm: „meningismus“; o ile

przypadek dotyczy tyfusu, najwłaściwiej jest mówić o „*meningismus typhosus*“. Że tyfusowi brzuszemu bardzo często towarzyszą lub po nim występują najrozmaitszych rodzajów sprawy ropne w śledzionie, gruczołach, kościach i t. d., jest rzeczą ogólnie znaną, jak również i to, że bakteryologiczne badanie w tych razach po większej części wykazuje mieszane zakażenie kokami ropnymi. Bynajmniej nie tak rzadko, jak to niektórzy przyjmują, daje się spotykać przy tyfusie prawdziwe ropne zapalenie opon mózgowych. Prócz tego jednakże istnieje pewna, dość mała wprawdzie, liczba spostrzeżeń, w których udało się wykazać w zmienionym narządzie laseczniki tyfusowe, co doprowadziło odnośnych badaczy do przeświadczenia, że istnieją sprawy natury czysto tyfusowej. Trzeci przypadek autora należy zaliczyć do tej właśnie kategorii. Dotyczy on 22-letniego tapicera, który wstąpił do szpitala 28-go czerwca. Na 3 do 4 tygodni przedtem pacjent zaczął niedomagać i cierpieć na lekkie bóle głowy; 26-go czerwca raptem rozpoczęły się dreszcze i silne bóle w całej głowie. W dalszym przebiegu choroby wystąpiły objawy wyraźnego zapalenia opon mózgowych: 7-go lipca chory zmarł. Na sekcji znaleziono nieznaczne obrzmienie śledziony; w kiszka — niewielkie tylko zmiany, lekkiemu tyfusowi właściwie; skonstatowano natomiast ropne zapalenie opon mózgo - rdzeniowych, ropień w prawym płacie czołowym, obrzmienie gruczołów krezkowych z wylewami krwi, mięszone zapalenie nerek. Histologiczne badanie mózgu i rdzenia wykryło obecność bakterii; bakteryologiczne zaś badanie płynu rdzeniowego wykazało, że zawiera on tylko laseczniki tyfusowe. W powyższym przeto przypadku ropne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych wywołane zostało li tylko przez laseczniki tyfusowe. Opisany przypadek może mieć pewną wartość jako przykład zakażenia lasecznikami tyfusowymi w ścisłym tego słowa znaczeniu, zwłaszcza w porównaniu z wzięmnkowanymi powyżej przypadkami toksycznego „*miningismus typhosus*“. Trzeba jednakże na tem miejscu wyraźnie zaznaczyć, że w większości przypadków tyfusu, skomplikowanego przez ropne zapalenie opon mózgowych, istnieje mieszane zakażenie. W przeciwstawieniu do tego, jak autor nazywa „*meningitis przy tyfusie*“, określenia „*meningotyphus*“ należy używać wtedy tylko, kiedy przy odpowiednich objawach klinicznych udowodnionem zostaje zakażenie ośrodkowego systemu nerwowego przez laseczniki tyfusowe.

Ścisłe odróżnianie sprawy przeważnie czynnościowej: „*meningismus typhosus*“ od wywołanych grubemi zmianami anatomicznemi: „*meningitis przy tyfusie*“ i „*meningotyphus*“ we właściwym tego słowa znaczeniu, ma klinicznie wysoce praktyczne znaczenie, gdyż pierwsze przypadki pod względem rokowania nie mają wielkiego znaczenia, podczas gdy drugie nawet przy nieznacznych na pozór objawach mózgowych powinny być traktowane nadzwyczaj poważnie. Dla rozróżnienia tych stanów przekłucie łądzwiowe stanowi cenny środek pomościenny.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin.* Tom 82; Zeszyt 1. i 2).

W. Breszel.

### 3. Karakascheff. O zachowaniu się wysepek Langerhans'a przy cukrzycy.

Opierając się na doświadczeniach, które wykazały, iż po podwiązaniu przewodu trzustkowego cukrzyca się nie rozwija, chociażby nawet zraziki gruczołu trzustkowego uległy całkowitemu zanikowi, niektórzy badacze [KATZ i WINKLER, W. SCHULZE SOBOLEW i inni] wpadli na domysł, czy rozwojowi choroby w tych razach nie stają na przeszkodzie wysepki LANGERHANS'a, które przy odnośnych doświadczeniach nawet po 400-u dniach [SOBOLEW] pozostały prawie niezmienione; przypuszczano, iż wysepki odgrywają pewną rolę przy asymilacji węglowodanów. Ażeby wyrobić sobie pojęcie o zmianach, jakim ulegają wysepki w przebiegu cukrzycy, przeprowadził autor w Instytucie Patologicznym prof. MARCHAND'a w Lipsku drobnowidzowe badania trzustek w 11-u przypadkach cukrzycy.

Wysepki po większej części okazały się normalnymi, w niektórych razach nawet mocno wybujałymi; z drugiej strony, w pewnej liczbie przypadków uległy one częściowej zmianie, niedostatecznej jednakże do wywołania cukrzycy. Bujanie wysepek, zarówno jak i spostrzegane rozczłonkowanie ich na oddzielne części objaśnia autor tem, że z wysepki tworzą się nowe zraziki gruczołu. Jest to jakoby objaw zastępczy: zdarza się on we wszystkich przypadkach, w których mięsz gruczołu ulega zniszczeniu, i znajduje się w zupełnej harmonii ze zmianami wysepek podczas rozwoju gruczołu. Za bardzo nieprawdopodobne uważa autor przypuszczenie, aby wysepki same jedne tylko, jako twory przyściowe lub jako jeszcze nieukształtowane części składowe trzustki, miały odgrywać jakąś swoistą rolę w przemianie węglowodanów. Należy raczej mieć tu na względzie cały mięsz trzustkowy.

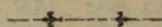
Uszkodzenia wszelakiego rodzaju jednocześnie mogą dotyczyć zarówno zrazików gruczołu, jak i wysepek; te ostatnie jednakże, na ogół biorąc, stanowią części więcej odporne. Podczas gdy zraziki gruczołu albo ulegają zniszczeniu, albo zostają poszwankowane tylko pod względem czynnościowym, wysepki LANGERHANS'a, przeciwnie, okazują większą odporność, mogą przeto tworzyć nowe zraziki, które ze swej strony podlegając zwyrodnieniu, nie są już zdolne do odnowy gruczołu. Stosownie do tego cukrzyca może nie występować we wszystkich tych przypadkach, w których [jak to bywa np. przy podwiązaniu przewodu trzustkowego] uszkodzenie więcej lub wyłącznie dotyczy zrazików gruczołu, podczas gdy wysepki w mniejszym lub większym stopniu pozostają niezmienione i w dalszym ciągu przez bujanie są w stanie wytwarzać mięsz całkiem normalny.

Badając trzustki noworodków, przekonał się autor, że wysepki LANGERHANS'a stanowią początkowy okres w rozwoju zrazików gruczołu. Można się przeto zapatrywać na nie, jako na materiał zapasowy, którego przeznaczeniem jest zastąpienie mięszu w razie, gdy on ulega zniszczeniu.

(*Deutsch. Arch. für klin. Med.* Tom 82, Zeszyty 1 i 2).

W. Breszel.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



### XV międzynarodowy Kongres lekarski w Lizbonie w r. 1906.

Na propozycję Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej, komitety narodowe wzmocnione zostały przedstawicielami tejże prasy. Jako reprezentanci prasy lekarskiej do komitetu polskiego wstąpili: dr KWAŚNICKI, redaktor „Przeglądu Lekarskiego“, prof. KADYI, red. „Archiwum Polskiego“, dr KRAMSZYK, red. „Krytyki Lek.“, dr CHEŁPOWSKI i dr ŚWIĘCICKI, red. „Nowin Lekarskich“.

Firma Cook and Soon z Londynu organizuje ułatwienia podróży dla członków Kongresu. Krzyżowiec I klasy kursować będzie—jak nam Komitet centralny donosi—pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania Kongresu i służyć będzie za hotel dla uczestników. Parowiec opuści Londyn w czwartek 12-go kwietnia, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania pasażerów francuskich, a dalej wyruszy do Corunna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości, podobnie wysadzi pasażerów na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie po południu w środę d. 18-go kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26-go kwietnia, by już prosto powrócić przez Havre do Londynu.

Dowiadujemy się dalej, że komitet centralny w Lizbonie robi starania, ażeby podobny parowiec z jednego z włoskich portów dla kongresistów wypłynął. Sądzimy, że i nasza propozycja, ażeby komitet wszedł w układy z Lloydem austriackim dla urządzenia wyprawy parowcowej z Tryestu do Lizbony z zatrzymaniem się w główniejszych miejscowościach Włoch, Algieru i Hiszpanii południowej, będzie mogła być uskuteczniłą. Ażeby umożliwić przyjsie do skutku tego, bez wątpienia bardzo dogodnego środka komunikacyjnego, trzeba nam w przybliżeniu wykazać, jaki będzie udział w kongresie ze strony ziem polskich. Z tego względu prosimy o wczesne zgłaszanie tak odczytów i referatów, jako też chęci uczestniczenia w kongresie, w ogóle.

Kraków, dn. 3.I. 1905.

*Prof. dr B. Wicherkiewicz,*

Prezes Komitetu polskiego XV międzynarodowego  
Kongresu lekarskiego w Lizbonie.



## Wiadomości bieżące.

— Bardzo często można się spotkać w prasie bieżącej z zarzutem, czynionym Warszawskiemu Towarzystwu Hygienicznemu, że całą swą działalność sprowadza do teoretycznych odczytów, a za mało dba o praktyczne wprowadzanie zasad higieny w życie. Zarzut to niezupełnie słuszny. Przedewszystkiem, zanim się coś nowego wprowadzi w życie, należy to poznać dokładnie i uświadomić sobie potrzebę tegoż, a stąd wypływa konieczność wykładów teoretycznych. Następnie, praktycznie Towarzystwo może działać o tyle, o ile na to pozwala zakres jego środków i możliwości. Otóż możemy to stwierdzić z przyjemnością, że ten zakres pomалу się rozszerza. Coraz więcej miast prowincjonalnych oraz instytucji poszczególnych zwraca się do Towarzystwa o radę i pomoc w sprawach asenizacji. W celu pobudzenia i ujednostajnienia akcji w tym kierunku urządzono w roku przeszłym zjazd wszystkich członków Towarzystwa Hygienicznego, obecnie zaś, w dniu 6, 7 i 8-ym b. m. ma się odbyć zjazd delegatów filii prowincjonalnych. Poza tem w biegu są: urządzenie muzeum higieny ludowej w Częstochowie i wystawa gospodarstwa domowego w Warszawie. Projekt, mający na celu wprowadzenie obywateli miasta do dozoru sanitarnego w Warszawie i mogący zainteresować sprawami higieny szersze koła, nie uzyskał zatwierdzenia władzy miejscowej.

— Wzmiankowana co wystawa gospodarstwa domowego została otwarta dn. 4-go b. m. w salach Muzeum przemysłu i rolnictwa [Krakowskie Przedmieście, 66].

— Na wiosnę i latem minionego roku okazał się taki brak miejsc w szpitalu dla chorób zakaźnych, że nie można tam było pomieścić nawet wszystkich chorych na ospę. Wskutek tego powstał nawet niefortunny projekt urządzenia oddziału dla chorych na ospę w szpitalu Wolskim; co się zaś tyczy róży, tyfusu i innych chorób zakaźnych, to chorych na nie pomieszczano w szpitalach ogólnych. Taki stan rzeczy zniewolił Radę Miejską Dobroczynności publicznej do rozszerzenia szpitala Ś-go Stanisława. Wybrana w tym celu komisya zakończyła obecnie swą pracę, projektując budowę dwóch nowych pawilonów, których koszt wyniesie razem 100 tysięcy rubli. Tą drogą dzisiejsza liczba łóżek 120 podniosłaby się do 220-u. Koszta tej budowy ma ponieść magistrat.

— W d. 3 b. m. w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem wybrano na rok 1905 na prezesa kol. DUNINA TEODORA, na wiceprezesa kol. KAMOCKIEGO WALENTEGO, na sekretarza I kol. KORZONA, na sekretarza II kol. LANDSZTEJNA.

— W Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem wybrano na rok 1905 na prezesa prof. NOWAKA, na wiceprezesa doc. RUTKOWSKIEGO, na sekretarza dorocznego kol. PISARSKIEGO.

— V Zjazd rosyjskich chirurgów odbędzie się w Moskwie d. 10-go, 11-go i 12-go stycznia r. b.

— Docent LEON POPIELSKI został mianowany profesorem farmakologii i farmakognozyi we Lwowie.

— Docent uniwersytetu Jagiellońskiego, BOSSOWSKI mianowany profesorem.

— W d. 17 marca r. b. MANUEL GARCIA, wynalazca laryngoskopu, obchodzi setną rocznicę urodzin. Towarzystwo laryngologiczne londyńskie wzywa specjalistów do składek na ofiarowanie podarunku jubilatowi.

## NEKROLOGIA.

— Zmarł w Warszawie d. 1-go b. m. ś. p. dr JÓZEF WSZEBOR, b. naczelny lekarz szpitala św. Rocha, następnie szpitala Dzieciątka Jezus, ostatnio kurator szpitala św. Stanisława, przeżywszy lat 68. Nieboszczyk był wychowawcą Warszawskiej Akademii med. chir., którą ukończył w r. 1862. Stopień Dra med. otrzymał w r. 1864 po obronie rozprawy na temat „O całkowitem jednostronnem i obustronnem wypilowaniu szczęki górnej“. Jako stypendysta warszawskiego Wydziału lekarskiego, pracował w klinikach zagranicznych. Po powrocie do Warszawy 1866 r. mianowany został ordynatorem szpitala Dz. Jezus.

W r. 1879 otrzymał posadę naczelnego lekarza szpitala św. Rocha; w r. 1890—1901 był naczelnym lekarzem szpitala Dz. Jezus. Poprzednio brał czynny udział w Warsz. Tow. Lek.; przez 4 lata [1868 — 1872] pełnił w niem obowiązki sekretarza dorocznego, a w latach 1869 — 1872 redagował „Pamiętnik Tow. Lek.“

Do 1881 r. WSZEBOR zaznaczył się w naszej literaturze lekarskiej, ogłaszając prace tak z dziedziny chirurgii, jak medycyny wewnętrznej i statystyki szpitalnej. Z pomiędzy 18-u prac w swoim czasie większy rozgłos miała „Chirurgia operacyjna“, opracowana wspólnie z dramą KWAŚNIEWSKIM i W. STANKIEWICZEM oraz prace, dotyczące leczenia wysięków opłucnej zapomocą aspiracji. Rękoczyn ten ś. p. WSZEBOR pierwszy u nas wprowadził.

Zawód więc lekarski ś. p. WSZEBOR rozpoczął na drodze naukowej, jako naczelny lekarz jednak dla rozwoju szpitalnictwa uczynił niewiele, naukowej działalności szpitali popierać się nie starał; więcej może zaznaczył się w kierunku unormowania stosunków administracyjnych.