

GAZETA LEKARSKA

I. Niezwykły krwotok do jamy brzusznej urazowego pochodzenia, przy zachowaniu całości powłok brzusznych.

Napisał

A. Gabszewicz.

Uszkodzenia narządów jamy brzusznej urazowego pochodzenia, przy zachowaniu całości powłok zewnętrznych, nie należą do zbyt rzadkich; powstają one albo jako następstwo bezpośredniego uderzenia w brzuch tępym narzędziem, lub też pośrednio przy upadnięciu ze znacznej wysokości. Mięsiste narządy, jak wątroba, śledziona, nerki, często ulegają rozdarciu w wielu kierunkach; pęcherz moczowy, żołądek, pęcherzyk żółciowy w stanie napełnienia również mogą ulec pęknięciu, jeżeli siła z zewnątrz działa w ich kierunku. Jelita często ulegają pęknięciu, szczególnie w tych razach, kiedy tępe narzędzie, uderzając w brzuch, przygniata jelito do kolumny kręgowej, lub do kości biodrowej; w ostatnich latach znaczna liczba tych przypadków była spostrzeżana w naszym szpitalu; miał je wszystkie zebrać i ogłosić drukiem jeden z kolegów, pracujących w oddziale chirurgicznym, ale z racji wyjazdu jego na teatr wojny pracę tę odłożono do lepszych czasów. W Gazecie Lek. [1893 i 1896 r.] kol. FR. KIJEWSKI ogłosił parę spostrzeżeń pęknięcia jelita, urazowego pochodzenia przy zachowaniu całości powłok zewnętrznych. K. ZAGÓRSKI w 1886 r. w Medycynie poruszał tę sprawę. Niekiedy powstaje po urazie brzucha oderwanie jelita od krezki; 2 takie przypadki opisał kol. KRAUZE [Gaz. Lek. 1888 r.]; jeżeli to ma miejsce na znacznej długości, to może nastąpić zgorzel jelita. Nawet tak głęboko leżący narząd, jak trzustka, ulegał rozdarciu przy uderzeniu tępym narzędziem w okolicę nadbrzusza.

Niebezpieczeństwo dla życia wrazie uszkodzenia narządów jamy brzusznej, zależy od 2-ch przyczyn: krwotoku i zakażenia otrzewnej; rozpoznanie jednak z ścisłą dokładnością, jaki narząd uległ uszkodzeniu, przy zachowaniu całości powłok brzusznych, napotyka nieraz na wielkie trudności. We wszystkich tego

rodzaju poważniejszych przypadkach zaraz w pierwszej chwili występują objawy wstrząsu; w razie istnienia krwotoku wewnętrznego, po ustąpieniu objawów wstrząsu, stan się zwykle nie poprawia, ale występuje niepokój, błądliwość twarzy się zwiększa, tętno słabnie, często przychodzą omdlenia: najcharakterystyczniejszym objawem dla krwotoku wewnętrznego jest to, że przy ciągle wzmagającej się niedokrwistości występują jednocześnie objawy podrażnienia otrzewnej, manifestujące się wzdęciem brzucha i napięciem ścian brzusznych po pęknięciu jelit; po przejściu wstrząsu, zazwyczaj stan się nieco poprawia, ale w większości przypadków na czas bardzo krótki; już po 6—12-u godzinach występują objawy podrażnienia otrzewnej; u jednego chorego, który otrzymał uderzenie laską w brzuch, wykonałem laparotomię w 4 godziny po wypadku, a już po upływie tak krótkiego czasu znalazłem rozlane włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej, zależne od pękniętego cienkiego jelita. Przytoczę teraz przypadek przeze mnie spostrzegany, ciekawy ze względu na to, że odbiega od zwykłego szablonu.

W dniu 10 października 1902 roku przywieziono po południu do szpitala św. Rocha 20-letniego mężczyznę, który, schodząc z wozu, potknął się i upadł na kant deski prawą połową brzucha. W pierwszej chwili zemdlął i dopiero po upływie kilku minut odzyskać miał przytomność; po przybyciu do szpitala chory uskarżał się na ból w prawym podżebrzu; tętno miał słabe, ale niezbyt przyspieszone; w obec objawów osłabienia zastrzyknięto mu jedną strzykawkę PRAYAZ'a 20%-owego roztworu *Coffeini natro-salicylici*. Chorego po raz pierwszy widziałem wieczorem; chory przytomny zupełnie, uskarża się na ból samoistny w górnej połowie mięśnia prostego prawego brzucha, ból, który się wzmacnia przy naciskaniu tej okolicy mięśnia i dolnych prawych żeber; podczas dotyku chory pręży mięsień prosty z prawej strony. Brzuch bardzo mało wzdęty; przy opukiwaniu wszędzie słychać odgłos bębenny; tętno 84, słabe, ciepłota 37°. Mocz oddał sam chory w ilości około 200,0, bez domieszki krwi. Wymiotów nie był. Ze względu na ból w okolicy prawego mięśnia prostego brzucha, zastrzyknięto choremu 1 centygram morfiny. Noc przeszła względnie spokojnie; dopiero na drugi dzień nad ranem chory dostał wymiotów. Ciepłota zrana 36,8°, tętno 120; błądliwość twarzy nieznaczna. Brzuch zato bardzo wzdęty; mięśnie brzuszne mocno napięte; przy opukiwaniu odgłos bębenny, tylko w podbrzuszach nieco przytłumiony; przy dotyku bolesność największa w okolicy górnej połowy mięśnia prostego brzucha z prawej strony; przy naciskaniu jednak cały brzuch jest wrażliwy; bóle napadowe samoistnie zjawiają się w brzuchu. Mocz, wypuszczony cewnikiem, żadnych zmian nie przedstawia. Gazy nie odchodziły.

Wobec tak wyraźnych objawów pogorszenia stanu chorego w porównaniu ze stanem spostrzeganym wieczorem i wobec wyraźnych objawów podrażnienia otrzewnej, natychmiast przystąpiłem do otworzenia jamy brzusznej. Mając na uwadze tak ściśle od początku umiejscawianie bólu przez chorego w górnej połowie prawego mięśnia prostego brzucha, cięcie przeprowadziłem w smudze od wyrostka mieczykowatego do pępka; po przecięciu otrzewnej, z jamy brzusznej zaczęła wypływać w tak obfitej ilości krew, że nawet kilka ser-

wet wprowadzonych nie było w stanie utrzymać ciągłego upływu; przypuszczając uszkodzenie wątroby, dla szybszego i łatwiejszego do niej dostępu, poprowadziłem jeszcze od cięcia środkowego, cięcie poprzeczne poniżej łuku żebrowego prawego; po obejrzeniu jak najdokładniejszym wątroby, pęcherzyka żółciowego, naczyń wątrobowych, nie znaleźliśmy ani śladu uszkodzenia tych narządów; pod więzadłem sierpowatym wątroby (*liq. suspensorium*) żadnych podbiegnięć krwi nie można było zauważyć. Krew tymczasem obficie się jeszcze wylewała z dolnych części jamy brzusznej; wobec tego przedłużyłem cięcie pośrodkowe od pępka ku dołowi, nie dochodząc do spojenia łonowego; tym sposobem choremu zrobiono nieomal cięcie sekcyjne. Z miednicy dużej i małej wylała się masa krwi; serwetami wybraliśmy resztki skrzepów i płynnej krwi, tak że po niedługiej chwili opanowaliśmy zupełnie upływ krwawego płynu. Choremu, w obec wystąpienia nadzwyczajnej bledości i nikłego tętna, zastrzyknięto pod skórę przeszło 1000 cmt. sz. roztworu fizyologicznego soli.

Wobec upływu tak niesłychanie wielkiej ilości krwi [ilości tej nie mogę nawet porównywać z tą, jaką znajdowałem podczas parokrotnych laparotomii z powodu pęknięcia ciąży jajowodowej] należało jednak odszukać źródło tego krwawienia. Dzięki dokonany cięciom ściany brzusznej, dostęp do wszystkich narządów był nadzwyczaj ułatwiony. Spotkała nas jednak niespodzianka; przeszukaliśmy z kol. CIECHOMSKIM najdokładniej wszystkie narządy, wątrobę po raz wtóry, śledzionę, trzustkę, krezkę na całej jej przestrzeni, naczynia i t. d. i pomimo najstaranniejszych poszukiwań, nigdzie nie mogliśmy odszukać śladów uszkodzenia; jedynie na sieci można było w niektórych miejscach zauważyć naddarcie otrzewnej; robiły one wrażenie jednak takie, jak gdyby powstały wskutek manipulacji serwetami w jamie brzusznej. Chory po zastrzyknięciu soli poprawił się; tętno słabe, ale dobrze wyczuwalne. Jakiś czas jeszcze przeczekałem, czy nie ukaże się miejsce krwawiące; otrzymawszy jednak wynik ujemny, zaszyłem na głucho całą ranę brzucha.

Wieczorem tego dnia ciepłota 37°, tętno 90 na minutę; bólów w brzuchu chory nie doznaje; na drugi dzień chory ogólnie czuje się o wiele lepiej, ciepłota prawidłowa, tętno 84; wzdęcia brzucha niema. 3-go dnia po operacji zrana obfite wymioty, przy ciepłocie prawidłowej i tętnie 84 na minutę. Po przepłukaniu wodą żołądka wymioty się więcej już nie powtarzały. 4-go dnia stolec prawidłowy; wzdęcia brzucha, ani bólów niema. 6-go dnia ciepłota podniosła się do 35,3°. Przy zmianie opatrunku dostrzegłem obecność głębszego ropienia w okolicy mięśnia prostego na linii cięcia poprzecznego; po usunięciu kilku szwów i rozdarciu sklezionej skóry, z głębi wylało się trochę gęstej ropy; zebranie się ropy ściśle było ograniczone do miejsca, które uległo uderzeniu i w którym od początku chory uczuwał ból największy. Od tego czasu stan chorego stale się poprawiał; rana podłużna zagoiła się *per primam intentionem*. 2-go grudnia, t. j. w 7 tygodni po wypadku chory opuścił szpital i powrócił do pracy; nosi pas brzuszny. Do ostatnich czasów niema śladów przepukliny.

Przypadek ten ciekawy jest z paru względów: 1) objawy przedoperacyjne nie zdradzały takiego stopnia niedokrwistości, jaki by być powinien wobec tak

znacznej ilości krwi, znajdującej się w jamie otrzewnej; 2) pomimo takiej masy krwi nie można było wyszukać źródła istotnego krwotoku; 3) że w miejscu, w którym nastąpiło uderzenie, powstało w mięśniu prostym ropienie, pomimo, że podczas przecinania powłok zewnętrznych brzucha nie zauważono w nich żadnych zmian widocznych. Brak tych zmian makroskopowych jest prawie stałym we wszystkich przypadkach uszkodzeń narządów jamy brzusznej, bez względu na stopień ich uszkodzenia; TILLAUX np. u chorego, który otrzymał uderzenie w brzuch dyszlem i wkrótce zmarł, nie znalazł żadnych zmian makroskopowych w powłokach brzusznych, pomimo, że u tego chorego nastąpiło zupełne oderwanie kretek od kolumny kręgowej.

W przypadku moim robiłem operację w 18 godzin po wypadku, t. j. kiedy wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej; w ogóle jednak należy śpieszyć z operacją, jeżeli po ustąpieniu wstrząsu stan chorego nie poprawia się, a staje się coraz gorszym; takie przypadki, jak ZIMMERMANN'a (*der Militärarzt*. 1901 r.) należą do rzadkich; mianowicie u 21-letniego mężczyzny, który upadł na ziemię i stracił przytomność, nie wykonano operacji na drugi dzień ze względu na beznadziejny stan chorego; chory jednak zaczął się poprawiać i dopiero 17-dnia po wypadku, z racyi wysokiej gorączki, dokonano przecięcia jamy brzusznej i znaleziono w jamie otrzewnej przeszło litr ciemno-czerwonej krwi o zapachu kałowym; chory wyzdrowiał. Do rzadszych także przypadków należy spostrzeżenie kol. FR. KIJEWSKIEGO, w którym, pomimo objawów krwotoku do jamy brzusznej po uderzeniu w brzuch, nastąpiło wyzdrowienie bez operacji. Obecność krwi sprawdzona była zapomocą próbnego przekłucia; w tym jednak przypadku stan ogólny był niezły, nie występowały objawy podrażnienia otrzewnej.

II. Przyczynę do pneumotomii.

Skreślił

dr Fr. Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31].

W jednym z przytoczonych powyżej spostrzeżeń pneumotomię wykonałem przy zgorzeli płuc, a w dwóch — przy rozstrzeniach oskrzeli.

Odnosnie do zgorzeli płuc spostrzeżenie pierwsze upoważnia mię oprócz uwag, wypowiedzianych już w innem miejscu do położenia nacisku na wczesną operację i na szerokie otwieranie klatki piersiowej, a zatem usu-

wanie dwóch, a nawet i więcej żeber, co szczególnie należy mieć na względzie przy ogniskach w górnych płatach. Takie postępowanie ma podwójne znaczenie: 1) ułatwia odpływ wydzieliny zgorzelinowej i usuwanie części nekrotycznych; 2) sprzyja szybszemu zakończeniu się sprawy i zupełnemu zabliznieniu. Znaczna utrata tkanki płucnej skutkiem zgorzeli nie może być wyrównaną przez wzrost takiejże tkanki, powstaje rozległa blizna, rozedma pozostałej części płuca i przemieszczenie sąsiednich narządów, co wszystko wypełnia wolną przestrzeń w klatce piersiowej; usuwanie zaś kilku żeber sprzyja zapadnięciu się klatki piersiowej i zmniejsza jej pojemność.

Przy zgorzeli płuca w większości znajdujemy zrosty opłucnej, a stąd też wykonanie pneumotomii w tych razach nie przedstawia trudności. Z zestawionych przez TUFFIER'a ¹⁾ 74-ch przypadków zgorzeli, leczonych drogą chirurgiczną, okazuje się, że w 6-u przypadkach zrostów nie było, w 14-u napotkano zrosty niewystarczające, na ograniczonej przestrzeni, a w 54-ch zrosty były trwałe i rozległe.

Nieobecność zrostów opłucnej bynajmniej nie stanowi przeciwwskazania do operacji, zwiększa tylko jej trudności i rokowanie czyni w zależności, pomijając inne warunki, od powikłań ze strony opłucnej, których niekiedy uniknąć nie możemy.

Pneumotomia w zgorzeli płuca daje dosyć znaczny procent zejścia pomyślnego. TUFFIER w swojej statystyce podaje na 72 pneumotomie w zgorzeli płuca 42 zejścia pomyślne, w 29-u przypadkach śmierć, a jedno zejście niewiadome.

GARRÉ ²⁾ zebrał 122 przypadki pneumotomii w gangrenie płuca, z tej liczby wyzdrowiało 80, a zmarło 42. „My chirurdzy, mówi GARRÉ, musimy być zadowoleni z tych 34% śmiertelności, wobec tego, że VILLIÈRE przy wewnętrznej terapii tego cierpienia oznacza 75—80% śmiertelności.“

Na zejście w tych razach, jeżeli tylko niema powikłań ze strony opłucnej skutkiem jej zakażenia wydzieliną zgorzelinową przy nieobecności zrostów opłucnowych, wpływa ogólny stan chorego, rozległość i natężenie sprawy zgorzelinowej, możliwość zaciekania płynów gnilnych do drugiego płuca, oraz możliwość rozwoju powikłań, jak np. krwotoków, niekiedy nawet śmiertelnych, skutkiem przeżarcia naczyń krwionośnych znaczniejszych rozmiarów. Na zejście pooperacyjne, jak zaznacza TUFFIER, również wpływa sam rodzaj zgorzeli, etyologia jej. Najlepsze wyniki daje zgorzel, stanowiąca zejście zapalenia płuca,—na 55 przypadków w 15-u notowano śmierć; daleko gorsze rokowanie daje zgorzel, towarzysząca rozstrzeniom oskrzeli i pochodzenia embolicznego, a szczególnie przy gorączce popołogowej (*febris puerpuralis*),—[przy

¹⁾ T. TUFFIER. Chirurgie du poumon i t. d. 1897.

²⁾ C. GARRÉ. Operative Therapie der Lungeneiterungen. Grundriss der Lungenchirurgie C. GARRÉ und QUINCKE. 1903.

GARRÉ. Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten. Mitteilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1902.

bronchectasia—na 4 przypadki w 3-ch śmierć, a przerzutowego pochodzenia na 7—w 5-u zejście śmiertelne].

Ogniska zgorzelinowe w dolnych płatach płuc przedstawiają najwięcej szans na zejście pomyślnie; towarzyszy im nierzadko ograniczony otok ropny i rozwój mocnych zrostów opłucnej [GARRÉ].

Niekiedy jednak zgorzel płuc nie ogranicza się: pomimo ułatwionego odpływu wydzieliny wytwarzają się nowe ogniska, nawet liczne, sprawa stopniowo się szerzy, wywołując szereg nasileń, i powolnie wyniszcza ustrój. Taki przebieg zgorzeli płuc przedstawia spostrzeżenie JABŁOKOWA, dotyczące dziewczynki wiejskiej, która przybyła do szpitala z objawami gangreny prawego płuca. Rezekowano część 7-go żebra, otworzono ognisko zgorzelinowe i usunięto sekwestr tkanki płucnej, długości 5 cm.. Wkrótce jednak wystąpiły objawy nowego ogniska zgorzelinowego i po upływie miesiąca przystąpiono do ponownej operacji, — usunięto w dalszym ciągu 7-e żebro i otworzono trzy niezbyt wielkie jamy. Po 3-ch tygodniach nowe nasilenie, lecz tu objawy zwolna same ustępowały. Po upływie 2-ch miesięcy od czasu ostatniej operacji—krwioplucie, a w pół roku nowe obostrzenie, gorączka, napady kaszlu, płwocina cuchnąca, nader obfita, co wszystko ostatecznie doprowadziło do śmierci chorej¹⁾.

Podobne spostrzeżenia zachęcają nas w zgorzeli płuc do wcześniejszych i rozleglejszych operacji, gdyż wtedy, stawiając chorego w korzystniejszych warunkach, możemy oczekiwać na wyniki lepsze.

Zastanović się tu muszę nad rozstrzeniami oskrzeli (*bronchectasiae*), jako wskazaniem do pneumotomii. Pod tym względem obadwa moje spostrzeżenia przedstawiają wiele ciekawych i ważnych stron.

Jako ogólną zasadą kierujemy się tem, że małe bronchektazy, rozsiane, nie przedstawiają wskazań do tak poważnego zabiegu, jakim jest pneumotomia; przy większych rozstrzeniach oskrzeli wtedy otwieramy ogniska ropne, jeżeli one są pojedyncze, zawartość ich nie opróżnia się dostatecznie przez oskrzela, pewna część jej zostaje i ulega rozkładowi, lub też jeżeli skutkiem tych lub innych przyczyn ściana jamy rozstrzeni wrzodziuje, otaczająca ją tkanka płucna rozpada się, co wszystko powoduje gorączkę, kaszel męczący, zatrąwa organizm i wyniszcza siły chorego. Takie rozstrzenia oskrzeli wymagają czynnej interwencji chirurga. Otworzenie jednej z jam przy licznych bronchektazach bynajmniej nie rozwiązuje sprawy, ułatwiamy wtedy odpływ z jednego tylko ogniska.

W jednym z naszych spostrzeżeń mieliśmy do czynienia z pojedynczą jamą, umiejscowioną w dolnym płacie, a w drugim — z licznymi. W tym ostatnim przypadku szczegółowe nader badania i liczne próbne przekłucia nie pozwoliły nam na bliższe określenie liczby jam. Przypuszczaliśmy, że bronche-

¹⁾ N. JABŁOKOW. Deux cas de chirurgie pulmonaire chez l'enfant. Extrait des „Annales de Médecine et Chirurgie infantiles“. 1900.

ctasia znajduje się głęboko w dolnym płacie lewego płuca, tymczasem rozstrzenie oskrzeli były w dolnej części górnego płata i nie tylko usadowione głęboko, lecz jedna nawet była zupełnie powierzchowna, a oprócz tego pojedyncza jama w drugim płucu.

Bronchektazy te były niewielkie, bardzo być może całkowicie nie opróżniały się z zawartości gęstej, lepkiej, mocno przylegającej do ścian, a stąd tak mało dawały objawów przy opukiwaniu i osłuchiwaniu. W dolnej części górnego płata znajdowała się jama większych rozmiarów i ta tylko na zasadzie danych, otrzymanych przy badaniu chorej, była brana w rachubę przy operacji; o innych rozstrzeniach tak w lewym płucu, jak i w prawym nie wiedzieliśmy. A jednak jedna z nich, mianowicie powierzchowna bronchektazy, miała najważniejsze znaczenie dla chorej, gdyż ona stanowiła przyczynę śmierci. Podczas mocnego kaszlu nader cienka jej ściana pękła, zawartość jej przedostała się do opłucnej, wywołała *pleuritis septica*, która przecięła pasmo dni chorej. Zatem na zasadzie dostępnych nam metod badania nie byliśmy w możności bliższego określenia liczby i umiejscowienia jam rozstrzeniowych oskrzeli; pomimo to nadmiernie obfita, cuchnąca wydzielina, stopniowo się zwiększająca, napady męczącego kaszlu, pojawiające się krwioplucie, zwolna postępujące wyniszczenie i upadek sił stanowiły dla nas wskazanie do operacji, o którą chora sama prosiła. Badanie nasze pozwoliło na przypuszczenie nieobecności zrostów opłucnej i cała też operacja była wykonana z uwzględnieniem tego warunku.

W drugim znów mojem spostrzeżeniu, dotyczącem 12-letniego chłopca, mogliśmy określić bronchektazę większych rozmiarów oraz umiejscowienie jej. W tym przypadku napady mocnego kaszlu, zwiększająca się ilość cuchnącej wydzieliny, wahania gorączkowe zniewoliły nas do operacji; przypuszczaliśmy, że zrosty opłucnej istnieją i operacja nie będzie przedstawiała trudności, tymczasem nasze przypuszczenia nie sprawdziły się.

Wogóle wszystkie cechy rozpoznawcze zrostów opłucnych i metody wykazania obecności ich mają więcej znaczenie teoretyczne, w praktyce zaś często bardzo nie wystarczają.

Ani ograniczenie ruchów klatki piersiowej, ani miejscowe wciąganie tejże przy wdechu, stłumienie na miejscu zrostów, osłabienie oddechu, ani zmiany granicy dolnej płuc przy oddechu, ani nawet wahania igły, wprowadzonej do jamy opłucnej, nie zawsze mogą służyć za wskazówki do wykazania zrostów opłucnych. Prędzej możnaby osiągnąć wynik dodatni przy stosowaniu igły PRAVAZ'a w połączeniu z manometrem, jak to radził SAPIEŻKO: jeżeli igła tkwi w wolnej jamie opłucnej, płyn w manometrze powinien się obniżyć.

Najpewniejszy wynik dałoby otworzenie klatki piersiowej i zbadanie palcem i okiem stosunków, t. j. wykonanie torakotomii w celach rozpoznawczych, co w zwykłych warunkach ciśnienia mogłoby być zgubne, gdyż wtedy powstałaby odma piersiowa, która powoduje często znaczne zaburzenia w oddechu i krwiobiegu.

Według TUFFIER'a, zrosty opłucne przy bronchektazyach napotymano w większości przypadków: na 48 spostrzeżeń były w 40-u, w 5-u przypadkach zupełnie ich brakowało, a w 3-ch były niewystarczające. Zrosty opłucne występują wtedy, jeżeli odcinek płuca wraz z opłucną, otaczający rozstrzeń skutkiem rozmaitych przyczyn ulega zapaleniu.

Obecność zrostów opłucnych wogóle przy pneumotomii ma ważne znaczenie tak dla chirurga, jak i dla chorego, stanowi ona bardzo często o wyniku operacyi; jeżeli zrosty są rozległe i trwałe, pneumotomia nie przedstawia żadnych trudności w wykonaniu i bynajmniej sama operacya nie jest niebezpieczną dla chorego, ani też nie doprowadza do powikłań ze strony opłucnej. Dlatego też przy pneumotomiach chirurdzy starają się usilnie o wywołanie zrostów opłucnych w razie ich nieobecności. Stąd powstał cały szereg metod—zastrzykiwania do jamy opłucnej nalewki jodowej [QUINCKE], formaliny [SAPIEŻKO], stosowanie na opłucną tamponów, pasty z chlorku cynku, przyszywanie płuca do ściennej opłucnej bez otwierania lub z otwieraniem uprzedniem worka opłucnej [ROUX, WILLARD]. Postępowanie takie ma swoje dodatnie i ujemne strony. Pomijając już tę okoliczność, że zrosty, wywołane drogą zastrzykiwań lub przyżegań, są dosyć słabe i powstają na ograniczonej przestrzeni, co przy wykonaniu operacyi ma swoje znaczenie, zmuszeni jesteśmy w tych razach do wykonywania operacyi z przerwami kilka lub kilkunastodniowemi. Przyszywanie płuca do opłucnej ściennej przy zachowaniu całości worka nie należy bynajmniej do łatwych rzeczy. Szew należy nakładać wtedy, kiedy płuco opuszcza się najniżej i najszczelniej przylega do ściany klatki piersiowej; igłę potrzeba wkuwać głęboko, aby przejąć tkankę płuca na znacznej przestrzeni. Przy zawiązywaniu nitki należy baczyć, aby ta ostatnia nie przecinała cienkiej opłucnej ściennej, gdyż wtedy powstaje szczelina, przez którą ze świstem powietrze przechodzi. Roux podał metodę szycia—*la suture à arriere points*, lecz i ta nawet nie zawsze zabezpiecza opłucną od rozdarcia. Mając to na uwadze, w jednym z moich przypadków pod każdą nitkę podkładałem tamponik z gazy i na nim zawiązywałem ligaturę, przyczem asystent starał się wolnymi brzegami tamponu zakrywać miejsca ukłucia; tampon przesiąknięty wydzieliną rany szczelnie zamykał otwórki.

Na XIV-ym Zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu 21—26-go października 1901 r. DELAGENIÈRE¹⁾ mówił o znaczeniu chirurgicznej odmy piersiowej, opierając swoje wnioski na 6-u własnych spostrzeżeniach. Według DELAGENIÈRE'a odma piersiowa, powstająca przy operacyach na płucach przy nieobecności zrostów opłucnowych, wtedy tylko powoduje groźne objawy, jeżeli występuje nagle, niebezpieczeństwo stanowczo się zmniejsza przy powolnem tworzeniu się odmy piersiowej. Dlatego przy operacyach płucnych DELAGENIÈRE radzi wolno otwierać jamę opłucnej, po skończeniu zaś operacyi

¹⁾ DELAGENIÈRE. Du pneumothorax chirurgical, ses dangers et sa valeur au point de vue de la chirurgie pleuro-pulmonaire d'après six observations. La Presse médicale. 1901. N. 88.

i zaszyciu rany z jamy opłucnej wyciągać zapomocą aparatu POTIN'a pozostałe powietrze, aby płuco przyjęło swoją pierwotną objętość. Jednak DELAGENIÈRE w 3-ch przypadkach musiał po otworzeniu opłucnej unieść płuco ku górze i przyszyć do brzegów rany.

LOWSON of HULL ¹⁾ już uprzednio w 1893 r. w celu wykonania pneumektomii zrobił maleńki otwór w opłucnej i zwolna wpuszczał wyjąłowane powietrze, powodując tym sposobem odmě piersiową. Po otwarciu szerokiem następnie jamy opłucnej nie miał żadnych ciężkich objawów ze strony serca i oddechu i mógł swobodnie wyciąć część płuca.

Jakkolwiek szereg podobnych spostrzeżeń ośmiela chirurgów i daje im wskazówki, jak się zachować w razie nieobecności zrostów, jednak chirurgiczna odma piersiowa może sprawić nieraz wiele kłopotu operatorowi. Na sto kilkadziesiąt doświadczeń na zwierzętach po otwarciu klatki piersiowej widziałem kilka razy śmierć na stole operacyjnym tylko skutkiem zaburzeń w cyrkulacyi i oddechu; podobne zejście spostrzegali i inni badacze.

Francuscy chirurdzy w celu usunięcia zgubnego wpływu odmy piersiowej starali się podnieść ciśnienie wewnątrz samych płuc. Próby podobne przedstawili TUFFIER i HALLION w 1896 r., a następnie QUENU et LONGUET, którzy dowiedli, że potrzeba zaledwie zwiększyć ciśnienie o 6 mml słupka rtęci, aby można było swobodnie operować wewnątrz klatki piersiowej. W r. 1898 DOYEN przy podobnych operacjach radzi wykonywać intubację krtani i wprowadzać przy pomocy odpowiedniego aparatu powietrze pod zwiększonym ciśnieniem do płuc.

Już po tych przygotowawczych pracach i wskazówkach SAUERBRUCH ²⁾, zachęcony przez prof. MIKULICZA, wziął się do szerszego opracowania tej sprawy. Po licznych próbach na zwierzętach SAUERBRUCH wybudował do operacyi dla ludzi kamerę z rozrzedzonym powietrzem, w której ciśnienie było o 10 mml. mniejsze, aniżeli zewnętrzne. W kamerze objętości 14 m. sz. umieszcza się chorego, operatora i asystentów; głowa chorego jednak pozostaje na zewnątrz. Tym sposobem chory oddycha powietrzem przy zwykłym ciśnieniu, klatka zaś piersiowa jego znajduje się pod zmniejszonym ciśnieniem, które odpowiada temu, jakie jest na wysokości 300 metr. W kamerze tej prof. MIKULICZ na klinice Wrocławskiej wykonał szereg operacyi na płucach i w ogólne narządach w klatce piersiowej bez ujemnego wpływu odmy piersiowej. Na XXXIII Zjeździe chirurgów niemieckich w 1904 r., kiedy SAUERBRUCH ³⁾ przedstawiał swoją kamerę i mówił o fizyologicznych i fizycznych warunkach przy

¹⁾ LOWSON of HULL. A case of pneumectomy. Britsh. med. Journ. 1893.

²⁾ SAUERBRUCH. Ueber die Ausschaltung der schädlichen Wirkung des Pneumothorax bei Intrathorakalen Operationen. Zentralbl. f. Chir. 1904. N. 6.

SAUERBRUCH. Zur Pathologie des offenen Pneumothorax i t. d. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1904. p. 399—482.

³⁾ SAUERBRUCH. Ueber die physiologischen und physikalischen Grundlagen bei intrathorakalen Eingriffen in meiner pneumatischen Operationskammer. Zentralblatt f. Chir. 1904. N. 27. Beilage p. 44.

wykonywaniu operacji wewnątrz klatki piersiowej, jednocześnie BRAUER ¹⁾ wystąpił z modyfikacją aparatu SAUERBRUCH'a. BRAUER urządził małą kamerę, objętości $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ m. sz. w której umieszcza głowę chorego i zwiększa ciśnienie powietrza; chory zatem oddycha pod zwiększonym ciśnieniem. ENGELKEN ²⁾ jeszcze dalej rozwinął tę kwestyę; wybudował on kamerę o zwiększonym ciśnieniu, w której oprócz głowy operowanego znajduje się asystent chloroformujący; powietrze w aparacie jest odświeżane zapomocą odpowiedniego wentylu.

Jak widzimy z tego krótkiego przeglądu, usuwanie następstw odmy piersiowej stanowiło i stanowi przedmiot mozolnych poszukiwań licznych badaczy. Kwestya ta bezsprzecznie zrobiła znaczne postępy, lecz czy trudności jej udało się całkowicie przezwyciężyć, przyszłe doświadczenie okaże. Dotąd zbyt mała liczba operacji odnośnych była wykonana pod zwiększonym lub zmniejszonym ciśnieniem, abyśmy mogli należycie ocenić wszystkie dodatnie i ujemne strony tych metod. W każdym razie wiemy, że pod osłoną kamery SAUERBRUCH'a przy zmniejszonym ciśnieniu można szeroko otwierać klatkę piersiową, zbadać okiem i ręką zmiany w całym płucu, czyli otrzymujemy warunki podobne do tych, jakie mamy przy laparotomiach próbnych.

Sprawa zatem lokalizacji ognisk chorobowych byłaby rozwiązana, a wykonanie pneumotomii nawet przy najtrudniejszych warunkach znacznie ułatwione. Mając to na względzie, większe oddziały chirurgiczne winny posiadać odpowiednie kamery do wykonywania operacji na narządach w klatce piersiowej.

Wracam jednak do bronchektazji. Zaznaczyć tu muszę, że wyniki stosowania pneumotomii przy rozstrzeniach oskrzeli nie są zbyt świetne. Według danych TUFFIER'a na 38 przypadków pneumotomii skutkiem bronchektazji śmierć nastąpiła w 10-u; z liczby wyleczonych zaledwie tylko 7-u można uważać za uzdrowionych, u których operacja doprowadziła do zupełnego zabliznienia. GARRÉ przytacza na 57 operacji 21 zejść niepomysłnych, w których śmierć nastąpiła bądź to zaraz po operacji, bądź też w ciągu pierwszych tygodni, a 36 wyników pomyslnych, — w tej ostatniej liczbie zaledwie połowę można uważać za wyleczoną, a u reszty pozostały przetoki, przewlekłe cierpienia oskrzeli, albo też nawet i bronchektazye.

Na zasadzie zebranych spostrzeżeń TUFFIER zaznacza, że forma rozszerzenia oskrzeli i umiejscowienie jego, przedstawiają pewne znaczenie przy rokowaniu; na 15 przypadków rozstrzeni w r z e c i o n o w a t y c h jeden tylko zakończył się śmiertelnie; przy rozszerzeniach workowatych [ampularnych], na 24 przypadków—w 8-u śmierć; przy dwustronnej zaś sprawie—jeszcze gorszy stosunek: na 5 przypadków w 4-ch śmierć. Według GARRÉ'go wielkie

¹⁾ BRAUER. Eine Modification des Sauerbruch'schen Verfahrens zur Verhütung des Pneumothoraxfolgen. Zentralbl. f. Chir. 1904. N. 27. Beilage p. 48.

BRAUER. Die Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen mit Hilfe der Ueberdruckverfahrens. Mitteilungen aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1904. p. 483—500.

²⁾ ENGELKEN. Deutsche med. Woch. 1905. N. 12.

workowate rozszerzenia oskrzeli, umiejscowione w dolnych płatach, z zatrzymaniem się wydzieliny, nadają się głównie do operacji.

Oдноśna kazuistyka wykazuje, że mniejsze rozszerzenia niezawsze przy operacji można wykryć i otworzyć. QUINCKE przytacza przypadek, w którym 4-krotnie wykonywano operację, zawsze z ujemnym wynikiem; rany się pogoiliły, lecz bronchektazy pozostały, chory ulgi nie miał. Prof. SPIŻARNYJ podaje nader ciekawe spostrzeżenie, dotyczące chorej z rozstrzeniami oskrzeli w obydwóch płucach i z wytworzeniem się jamy większych rozmiarów w lewym płucu. Na zasadzie wyników badania klinicznego postanowiono wykonać pneumotomię; usunięto 2 żebra (7 i 8), z obawy jednak, aby nie wywołać zapalenia opłucnej wobec braku zrostów, wytamponowano ranę gazą; po upływie kilku dni przystąpiono do otworzenia ogniska, lecz pomimo licznych przekłuć na jamę nie natrafiono. Zabieg pozostał bez wyniku, stan chorej się nie poprawiał i wkrótce nastąpiła śmierć¹⁾.

Przy rozszerzeniach oskrzeli chirurg powinien mieć na względzie ponowne operacje; może zajść potrzeba otwierania nowego ogniska, którego obecność została wykazaną podczas przebiegu pooperacyjnego, albo też przetoka na klatce piersiowej po pneumotomii zniewala niekiedy do nowych zabiegów. Zagojenie zaś takiej przetoki przedstawia niekiedy sprawę nader trudną, jak to widzimy ze spostrzeżeń, podanych przez POMERANCEWA, KRAUSSE'go, PICON'a i innych. W tych razach chirurdzy zmuszeni byli przystąpić do rezekcji płuca, usunięcia całej zmienionej części płata, gdyż kilkakrotne wycinanie żeber i oczyszczanie przetoki nie dawały żadnego rezultatu.

Widzimy zatem, że przy rozstrzeniach oskrzeli pomimo ich otwierania niezbyt często następowało zupełne wyleczenie, przynajmniej mało posiadamy spostrzeżeń, gdzie jama całkowicie uległa zabliznieniu; poprawę jednak przez pneumotomię i powrót do względnego zdrowia otrzymano w znacznej większości przypadków.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— † — † —

O balneoterapii.

Streszczenie prac, odczytanych na Kongresie Balneologicznym w Berlinie r. b.

1. F. KRAUSE. Balneologia w chirurgii. Na zasadzie statystyki, bardzo starannie zebranej przez dr DEGE w szpitalu wojskowym

¹⁾ Prof. J. K. SPIŻARNYJ. K woprosu o chirurgii logkich. Wracz. Gaz. 1905. N. 21.

w Wiesbaden, można dojść do przekonania, że hydroterapia w połączeniu z innymi zabiegami leczniczymi, stosowanymi w zakładach kąpielowych [masaż, gimnastyka, elektryzacja] odgrywa wielką rolę w leczeniu chorób chirurgicznych. Wszystkich chorych w r. 1903 było 2469, z tych liczba chorych chirurgicznych wynosiła 972, pozostałych 1497. Z powyższej grupy wyleczonych było 423, względnie wyleczonych 537, z drugiej grupy odnośne cyfry wynosiły 679 i 775; reszta pozostała bez poprawy [12 z 1-szej grupy, 21 z 2-giej]. Wogóle kuracja bez zabiegów operacyjnych dała w chorobach chirurgicznych 34% wyleczenia i 62% względnej poprawy. W spisie chorób widzimy tu złamania, zwłchnienia, chroniczne sprawy zapalne, bóle w kończynach, cierpienia stawów i t. d.

Prelegent z własnego doświadczenia poleca stałe długotrwałe kąpiele przy flegmonach i zastrzałach oraz przy niektórych formach uporczywych *ulcus cruris*. Gorące kąpiele można z powodzeniem stosować u chorych z przewłęką *osteomyelitis*. Kąpiele słone są odpowiednie w gruźlicy stawów tylko w tym razie, jeśli u chorych niema objawów sprawy zapalnej; zato zawsze można z dobrym skutkiem polecać chorym przebywanie w ciepłym klimacie [morskim lub górskim]. Kuracja klimatyczna bardzo się również nadaje do leczenia neuralgii n. trójdzielnego, i tą drogą nawet można uniknąć koniecznej w innym wypadku operacji. Należy jednak zalecać chorym klimat ciepły, w przeciwnym razie bowiem grożą im nawroty i możliwość pogorszenia. Na zasadzie własnych obserwacji autor przekonał się, że wielką rolę w leczeniu neuralgii odgrywa uregulowanie stolca, a pod tym względem kuracja w Marienbadzie przynosi doskonałe wyniki [przy zaparciach stolca]. W przypadkach bardzo ciężkich można z powodzeniem stosować u chorych akonietynę.

2. L. STEINSBERG. Leczenie miażdżycy. — O. BURWINKEL. Etiologia i terapia ogólna miażdżycy naczyń krwionośnych. Cierpienie *arteriosclerosis* w małym stopniu zależy od fizycznego wyczerpania, rzadko bowiem daje się ono spotykać w klasie robotniczej ciężko pracującej. Przyczyna miażdżycy kryje się raczej w nadużywaniu pewnych pokarmów, jak np. mięsa, wysokoku, paleniu tytoniu i t. p. Wogóle miażdżycą jest cierpieniem czysto miejscowym, występującem zwykle jako skutek zaburzeń przemiany materii w ustroju. Wogóle przy leczeniu *arteriosclerosis* należy się trzymać zasady KREHL'a: „usunąć oddziaływanie na ustrój czynników mechanicznych i toksycznych“. Należy ograniczyć dietę chorego, zabronić picia wysokoku i palenia, polecać pokarmy niesolone, wogóle zaś starać się o dobre odżywianie chorego, pamiętając o tem, że stłuszczenie i zwyrodnienie naczyń krwionośnych zwłaszcza łatwo występuje w tych przypadkach, gdzie krew słabo utlenia się w płucach. BURWINKEL poleca robić chorym co pewien czas upust krwi (*venesectio*), co przez obniżanie ciśnienia w systemie krwionośnym zbawienie oddziałuje na przebieg miażdżycy w początkowym i późniejszym okresie. STEINSBERG uważa za szkodliwe nadmierne używanie pokarmów roślinnych w początkach choroby, gdyż wprowadza to do ustroju obfitą ilość związków wapnia. W celu leczniczym poleca on gorąco zabiegi hydroterapeutyczne, zwłaszcza w okresie początkowym choroby, więc zimne nacierania, kąpiele w wodzie z kwasem węglanym, kąpiele błotne w Francensbadzie [o miernej temperaturze], a zwłaszcza skombinowane leczenie jodem [wewnętrznie] i kąpielami, zawierającemi CO₂. W pełnym rozwoju miażdżycy podobne zabiegi przynoszą o wiele mniejszy pożytek; w tym okresie można stosować antysklerozynę oraz surowicę TRUNCEZK'a z pewnymi widokami powodzenia.

3. S. MUNTER. O zabiegach hydropatycznych w chorobach sercowych. Woda, stosowana ogólnie lub miejscowo, wpływa na serce w sposób następujący: 1) pod działaniem zimnej wody ciśnienie

krwi się podnosi, liczba uderzeń serca zmniejsza się; 2) pod wpływem wody ciepłej, przeciwnie, tętno przyspiesza się, naczynia są rozszerzone, a ciśnienie krwi spada. Przy leczeniu chorób sercowych należy przyjąć za zasadę, że serce znajduje się w najpomyślniejszych warunkach przy tętnie zwolnionem, t. j. wtedy, gdy pauzy są dłuższe, a praca mięśnia mało uciążliwa wobec ciśnienia krwi.

LANDOIS mianowicie wykazał, że

przy 71 uderz. serca na min. serce pracuje 0,32 sek., odpoczywa 0,52 sek.

"	84	"	"	"	"	"	"	"	"	0,29	"	"	0,42
"	55	"	"	"	"	"	"	"	"	0,34	"	"	0,67

Otóż właśnie naparstnica powoduje zwolnienie tętna i przedłuża pauzę, co wzmaga z jednej strony sprawność mięśnia, a z drugiej nie forsuje go. Zupełnie podobnie jak *Digitalis*, działa zimna woda, którą z tego powodu WINTERNITZ nazywa „*hydratische Digitalis*“.

Dla celów leczniczych należy odróżniać przedewszystkiem dwa stany mięśnia sercowego: 1) wydolność (*sufficientia*) i 2) niedomogę (*insufficientia*). Ostatnią fazę dzielimy zwykle na bezwzględną i względną. Co się tyczy niedomogi absolutnej, to ta powstaje zazwyczaj pod wpływem zwyrodnienia mięśnia lub ośrodków i nie nadaje się już do leczenia hydropatycznego; naparstnica w tym razie również już nie działa. Przeciwnie przy niedomodze względnej (*relative Insufficienz*) zabiegi lecznicze nieraz odnoszą dobry skutek: osiągamy mianowicie z początku akomodację mięśnia sercowego [serce jest zdolne do pracy przy spokoju chorego] oraz kompensację [serce jest zupełnie wyrównane i może wykonywać pracę na większą skalę]. W 1-szem stadyum—akomodacyi autor odróżnia 2 fazy: 1) serce akomodujące się i 2) serce w stanie akomodacyi. W 1-szym przypadku wskazany jest absolutny spokój i użycie naparstnicy; zabiegów hydropatycznych nie zaleca się — można je stosować miejscowo na samym początku choroby, zanim od *Digitalis* otrzymamy skutek. Wogóle serce w tym okresie należy postawić w warunkach bezwzględnego odpoczynku (*absoluteste Schonung*). W okresie zaś właściwej akomodacyi, gdy serce już wystarcza na potrzeby życia codziennego, można przejść do „*übende Schonung*“, t. j. ćwiczenia serca w połączeniu z oszczędzaniem. Dlatego też ważną jest rzeczą określić w tej fazie stopień wyczerpania mięśnia sercowego, aby nie zastosować środków zanadto silnych. KRAUS, FISCH i inni podali nawet sposoby badania stopnia zmęczenia serca; w praktyce codziennej można się powodować siłą i częstością tętna, działaniem naparstnicy, ciśnieniem krwi, zjawiskami osłuchowymi w aorcie [wzmożenie 2-go tonu] i tętnicy płucnej, bezładem serca i t. p. W tym okresie można z powodzeniem stosować hydroterapię, tembardziej że zabiegi wodolecznicze bardzo się nadają do stopniowania siły podrażnień i powolnych konsekwentnych przejść od oszczędzania serca do ćwiczenia. Autor zaleca między innymi kąpiele słone z kwasem węglanym o temp. 30° — 34° C w przeciągu 10 — 20 min., oraz następcze suche wycieranie skóry ciepłym prześcieradłem.

Dochodzimy tą drogą do okresu wyrównania serca, w którym autor również odróżnia dwie fazy: 1) serce wyrównujące się, 2) serce wyrównane (*kompensiertes Herz*). W 1-szym przypadku w dalszym ciągu prowadzimy ćwiczenia serca z oszczędzaniem (*von der übenden Schonung zur schonenden Uebung*), aby wydobyć z mięśnia sercowego siły zapasowe. W tym okresie można polecić zabiegi hydroterapeutyczne, wpływające na głębokość oddechu [co ułatwia sercu pracę] i podnoszące ciśnienie krwi. Należy więc ostrożnie stosować zimne kąpiele, gimnastykę, masaż. Kąpiele można stopniowo oziębiać: od 33 — 25° C do 24 — 16° C i łączyć z mechanicznem drażnieniem skóry przez wycierania zimną słoną wodą. W okresie właściwego wyrównania serca autor radzi przejść do „*reine Uebung*“, więc do właściwego ćwiczenia serca. Należy

pamiętać przytem, że nie jest w tym razie obojętne ściśle anatomiczne rozpoznanie wady sercowej, przy różnych bowiem wadach znajdujemy różne ciśnienia krwi i warunki poprawy mięśnia, co jest bardzo ważnem przy wyznaczeniu zabiegów hydropatycznych.

W nerwicach serca również z dobrym skutkiem można stosować hydroterapię: zabiegi pobudzające — przy objawach wyczerpania układu nerwowego, zabiegi uspakajające [obojętne, ciepłe kąpiele] w stanach podrażnienia.

4. FISCH. Balneoterapia w wadach serca niewyrównanych. Cel wodolecuictwa w wadach serca polega na następujących zasadach: 1) należy serce chorego względnie wyrównane w stanie zrównoważonym możliwie długo utrzymać; 2) chorych z niewyrównaną wadą serca należy się starać doprowadzić do stanu kompensacji. W obu przypadkach zabiegi hydroterapeutyczne mogą okazać wielką przysługę, a zwłaszcza przez stopniowe przyzwyczajanie chorych do kąpeli z coraz większą zawartością kwasu węglanego i związków chloru. Takie stopniowanie tych słabych środków pobudzających, połączone z ostrożną gimnastyką serca zapomocą ruchów mechanicznych, przyczynia się właśnie do tego, co prelegent nazywa „*Herzschonung und Herzübung*“, t. j. osiągamy ćwiczenie się serca obok jednoczesnego jego oszczędzania. Prócz tego chorym zalecać należy picie wód mineralnych, które regulują sprawę trawienia i oddziałują dodatnio na przemianę materii w ustroju; baczną uwagę zwracać należy nadto na dietę chorego [wogóle lekko strawne pokarmy, czasem wskazane bywa forsowne odżywianie] oraz na odzież [ubranie lekkie, wolne, zabronić noszenia gorsetów; u otyłych wskazane jest noszenie szerokiej podtrzymującej przepaski na brzuchu]. Czynniki klimatyczne należy w szerokim stopniu indywidualizować. Wogóle zaś pamiętać należy, że balneoterapia nie jest oczywiście *panaceum* na wszystkie przypadki; obok zabiegów wodoleczniczych należy stosować w miarę potrzeby leki sercowe, lód zewnętrznie, wypuszczanie wysięku, spokój bezwzględny i t. p.

5. KOBLANCK. Hydroterapia w chorobach kobiecych. Zabiegi wodolecznicze odgrywają wielką rolę przy paliatywnem leczeniu mięśniaków macicy, zwłaszcza w przypadkach przejścia sprawy zapalnej na sąsiednie narządy: otrzewną, *parametrium*, tuby; kąpiele solankowe i błotne powodują wessanie się wysięków. Jeśli przydatki są wolne, hydroterapii stosować niema potrzeby, chyba że wskazanem jest usunięcie podrażnień ze sfery płciowej. Wówczas można polecić krótkotrwałe kąpiele zimne w domu lub w sanatorium. Zwłaszcza skutecznemi się okazują zabiegi hydropatyczne w leczeniu czynnościowych zaburzeń narządów płciowych. Np. brak miesiączki (*amenorrhoea*): jeśli zaburzenie to jest wywołane przez ogólną niedokrwistość, wówczas wskazane są wody mineralne żelazne, jeżeli zaś przyczyna polega na onanizmie [dość częsty przypadek], wówczas z dobrym skutkiem można stosować zimne kąpiele [„nasiadówki“] oraz zalecać mało drażniące, lekko strawne pokarmy. Podobnie, jeśli chodzi o *menorrhagia*, należy również odszukać przyczynę i oddziaływać na nią; stosowanie środków gryzących, gorącej pary należy zarzucić, a zamiast leczenia miejscowego zastosować ogólną terapię choroby. Bezpłodność bardzo często pochodzi od „obojętności“ (*Frigidität*) chorej — w tym razie bardzo pomocnemi są kąpiele w wodzie z kwasem węglanym. W cierpieniach ginekologicznych pochodzenia nerwowego dla hydroterapii jest szerokie pole zastosowania. Wogóle prelegent nawołuje do możliwego zaprzestania miejscowego leczenia chorób kobiecych; do operacji należy uciekać się w krańcowych przypadkach, nieraz bowiem wyczekujące, bierne leczenie może doprowadzić do doskonałych wyników. Bywa to zwłaszcza przy *parametritis retrahens posterior*, albo przy tyłozgięciu macicy; według dawniejszych poglądów wskazaną była tu operacja — dziś obywamy

się leczeniem ogólnem, wzmocnieniem sił chorej i nieraz dochodzimy do tych samych wyników. Podobnie ma się rzecz przy *oophoritis* niezakaźnego pochodzenia, — leczenie miejscowe często szkodę przynosi; według spostrzeżeń prelegenta wyniki były tem gorsze, im energiczniejsze stosowano zabiegi. Leczenie ogólne ma większe widoki powodzenia — a w tej dziedzinie znaczenie balneoterapii może być potężne.

6. BRUHNS. Hydroterapia w chorobach skórnych i wenerycznych. Prócz własności usuwania obcych ciał ze skóry przez wodę, resp. oczyszczania, woda wpływa jeszcze na skórę w sposób następujący: 1) rozpuszcza i rozpułchnia naskórek, 2) zmienia krążenie krwi w skórze, powodując obfity przyływ ciałek białych, 3) wpływa na unerwienie czuciowe, 4) oddziaływa pobudzająco na działalność gruczołów skórnych, 5) umożliwia stosowanie środków zewnętrznych [np. w kąpeli leczniczej]. Własności te dadzą się w wysokim stopniu użytkować w leczeniu chorób skórnych. Powiedzieć to można zwłaszcza o wodzie cieplej lub gorącej, której stosowanie bardzo polecają w ostatnich czasach. Według ROSENTHAL'a gorące okłady usuwają zastój, przyspieszając krążenie krwi, wznowiają napięcie zwiótczających naczyń krwionośnych oraz wpływają dodatnio na odżywianie skóry; najważniejszym jednak w danym przypadku jest wpływ gorących okładów na czuciowość, mianowicie łagodzenie bólu i swędzenia. Ma to wielkie znaczenie np. przy pryszczycy [ekzemie], zwłaszcza w formie przewlekłej. Kąpiel [całkowita lub częściowa] od 35° — 40° w przeciągu 3 — 5 min. znakomicie łagodzi swędzenie. W stanie ostrym ekzemy podobnych zabiegów należy unikać, z wyjątkiem zresztą przypadków ekzemy owłosionej części głowy, w których śmiało można stosować okłady i mycie wodą z mydłem, podobnie, jeśli paleńie i swędzenie przy ekzemie ostrej jest bardzo silne, można z powodzeniem stosować zimne i gorące okłady na przemian — ale przez czas krótki, by potem przejść do zwykłego leczenia maściami i pudrem. Wracając do pryszczycy przewlekłej, należy zalecić stosowanie wody w połączeniu ze środkami lekko drażniącymi, czy w postaci mydeł [np. dziegiowych], czy kąpeli [np. siarczanych]. Podobny zabieg można stosować z dobrym skutkiem w *neurodermitis chronica*, przy którym zwłaszcza skuteczne są kąpiele dziegiowe. Przy łuszczycy (*psoriasis*) woda mydlana rozpuszcza łuski; podobnie przy *ichtyosis* można je łatwiej oddzielić przy tym zabiegu. Przy *ulcera cruris* można wywołać młode granulacje przez stosowanie gorących kąpeli, albo letnich okładów z wodą, zawierającą słabe środki odkażające. Ciepłe i gorące kąpiele znakomicie usuwają zastój krwi w obiegu żylnym przy *varices*. Przy *acne rosacea* znowu można otrzymać dobre wyniki od stosowania częściowego wody gorącej: np. chorą kończyć co rano zanurza się 5 — 10 razy w gorącą wodą i trzyma się w niej za każdym razem w ciągu minuty. Wodę stosować można również w postaci pary, która oddziaływa pobudzająco na gruczoły skórne [np. potowe], co ma wielkie znaczenie w leczeniu *acne vulgaris* [BONS i inni]. Przy innej chorobie, polegającej również na przekrwieniu, a mian. przy pokrzywce należy być z podobnymi zabiegami ostrożnym, w danym przypadku bowiem podrażnienie, spowodowane przez wyschnięcie skóry [gdy przestaniemy stosować okłady], wywołuje pogorszenie się choroby. Zato przy *urticaria*, jak również przy *pruritus cutaneus* przy pewnych ostrożnościach można oddziaływać kojąco na podrażnione nerwy czuciowe.

Co do leczenia przymiotu, to oczywiście hydroterapia nie może tu stać na pierwszym planie wobec rtęci i jodu, ale i kuracja rtęciowa zazwyczaj nie może się obyć bez jednoczesnego stosowania kąpeli. Wzięcie bowiem wanny przez chorego jest najlepszym środkiem do usunięcia resztek szarej maści ze skóry. Przytem hydroterapię uważać należy za wcale nie drugorzędny środek pomocniczy w tym przypadku, jeśli chory syfilityk cierpi na przygnę-

bienie i silny rozstrój nerwowy, co zwłaszcza często się zdarza w początkowych okresach choroby. Wanny zresztą wpływają dodatnio na przemianę materii, odświeżają i wzmacniają ustrój, co również nie może być w żadnym przypadku obojętnem. Kąpiele siarczane można polecić zwłaszcza w okresie trzeciorzędnym. Owrzodzenia syfilityczne przy *lues maligna* również wymagają zabiegów wodoleczniczych.

7. E. GRAWITZ. Hydroterapia i choroby krwi. W danym wypadku działanie wód mineralnych i klimatu w zakładach kąpielowych nie polega tyle na leczeniu chorób, ile na zapobieganiu im. Zastanówmy się nad przyczynami, wywołującymi choroby krwi. Niedostateczna przemiana materii, słaby rozwój szpiku kostnego, zaburzenia nerwowe w ustroju, przypadłości żołądkowe — wszystko to są sprawy patologiczne, którym skutecznie można zapobiedz przez wodolecznictwo. Niedostateczny rozwój mięśni w znacznym stopniu, jak to stwierdził autor, wpływa na stan szpiku kostnego; tem zapewne należałoby tłómaczyć rzadkie stosunkowo pojawienie się niedokrwistości u chłopów, którzy bądź co bądź więcej używają ruchu na świeżem powietrzu, niż dziewczęta, które są i przez strój i przez wychowanie zmuszone do życia bardziej siedzącego i dlatego prawdopodobnie częściej ulegają anemii. Hydroterapia więc może mieć zapobiegawcze znaczenie względem tej przypadłości, gdyż wpływa dodatnio i na odżywianie ustroju i na układ nerwowy oraz mięśniowy, a więc pośrednio i na szpik kostny. Jednak i przy leczeniu niedokrwistości wodolecznictwo jest środkiem potężnym; w pierwszej linii żelazne wody mineralne. BUNGE stwierdził, że przy anemii daleko skuteczniej działa żelazo nieorganiczne, niż organiczne [brane wewnątrz], a to dlatego, że zapobiega ono rozkładowi podczas trawienia tych związków żelaza, które w drobnej ilości znajdują się we wszystkich prawie pokarmach. Prócz żelaza, często w wodach mineralnych znajduje się arsenik, który również posiada wielkie znaczenie przy leczeniu niedokrwistości; to samo tyczy się jodu. W chorobach krwi, którym towarzyszy powiększenie gruczołów limfatycznych, np. w białaczce, można polecić stosowanie kąpeli solankowych. Prócz wód mineralnych oddziaływa w zakładach kąpielowych na chorych i klimat; stwierdzono, że klimat górski wpływa pobudzająco na rozwój szpiku kostnego i, jako skutek, na liczbę czerwonych ciałek krwi i ilość hemoglobiny [badania ABDERHALDEN'a, LOEWY'ego i innych]. Podobnie oddziaływa pobyt nad brzegiem morza. Wreszcie wody mineralne mogą się wielce przyczynić do zapobiegania i usuwania chorób układu trawienia, które stanowią jeden z ważniejszych czynników przy powstawaniu niedokrwistości drogą samozatrucia [autointoksykacji]. Pod tym względem działanie wód mineralnych jest bardzo skuteczne samo przez się; prócz tego ma tu znaczenie regularne życie w zakładach kąpielowych, racjonalna dyeta i t. p.

8. A. EULENBURG. Balneoterapia w chorobach nerwowych. Odróżniamy choroby nerwowe organiczne i funkcyjne, czyli t. zw. nerwice. Ostatnie są ściśle związane z zaburzeniami natury psychicznej — histeryą, hipochondryą, tak że niektóre formy tego rodzaju skomplikowanych chorób można uważać za psycho-neurozy. Dlatego też choroby nerwowe czynnościowe zwłaszcza się nadają do leczenia drogą sugestyi, poddawania, i w tem znaczeniu balneoterapia może obok wielu innych zabiegów odgrywać rolę czynnika psycho-terapeutycznego. Co się tyczy chorób nerwowych pochodzenia organicznego, to, jak wiadomo, są to choroby uporne, trudne do wyleczenia. Mimo to hydroterapia jest i w tym przypadku środkiem potężnym. Jeśli w Nauheim, Cudowa, Warmbrunn, Teplitz i t. d. co rok zbiera się pokaźna liczba chorych na węd rdzenia, bezwład, zanik mięśni, *poliomyelitis*, — to nie jest to oczywiście dziełem przypadku, ale zasługą i skutecznością tych miejsc leczniczych. Rzecz prosta, nie tyle wody mineralne

o określonym składzie działają tu z takim skutkiem, ile odpowiednie urządzenie zakładu, dokładny dozór, należyte kierownictwo lekarza i t. d. Wogóle choroby nerwowe organiczne nie są nieuleczalne. Jeśli lekarz dziś stosuje u chorego z nowotworem mleczka paciierzowego wcierania maści, albo u tabetyka przypalanie PAQUELIN'em kręgosłupa, to śmiesznym tu jest nie środek zastosowany, ale punkt widzenia lekarza — czysto anatomo - fizyologiczny. Na wiad rdzenia np. nie należy patrzeć tylko jako na zwyrodnienie pęczków tylnych, ale wiązać go należy z zaburzeniami czynnościowemi układu nerwowego. A z tego punktu widzenia można kurację balneologiczną traktować zupełnie na seryo.

Przy wyborze zakładu leczniczego dla chorego nerwowego należy się kierować kilkoma względami: 1) klimatologicznym, 2) terapeutycznym, 3) indywidualnym, 4) dotyczącym środowiska, lekarza i t. p. W danym przypadku należy się liczyć z usposobieniem chorego, jego społecznym stanowiskiem, dawnymi przyzwyczajeniami. Czynnikiem klimatyczny zasługuje na specjalne uwzględnienie na tem miejscu. Najbardziej odpowiednią dla wszelkich chorych na neurozy i psycho - neurozy jest okolica górzysta, gdyż chorzy doświadczają tu ciągle lekkiej i orzeźwiającej gimnastyki mięśniowej. Co do poziomu miejscowości górzystych — nie powinien on przekraczać 1100 — 1200 m., stwierdzono bowiem, że w zakładach takich, jak Mürrren, Madonna di Campiglio [1500—1600] chorzy doznają niepokoju, bicia serca, cierpią na brak snu, apetytu i t. p. Górzyste miejscowości o średnim poziomie [1000 m.] wpływają pośrednio na układ nerwowy, oddziałując pobudzająco na szpik kostny i tworzenie się czerwonych krążków krwi, co poprawia odżywianie u chorego [badania Foà: po 10-u dniach powiększenie ilości erytrocytów]. Pobyt nad brzegiem morza przeciwwskazany jest u chorych apatycznych, przygnębionych, cierpiących na hipochondryę i melancholię; tego rodzaju chorzy daleko lepiej się czują w sanatoriach w miejscowościach górzystych. Podobnie cięższe przypadki histeryi i choroba BASEDOW'a nie nadaje się do leczenia klimatem morskim; podobnie neuralgie, np. *ischias*. Niektóre przypadki neurastenii i lekkie formy histeryi można zato z powodzeniem leczyć nad brzegiem morza.

9. C. A. EWALD. Choroby narządów trawienia i balneologia. Autor rozróżnia cztery rodzaje wód mineralnych: 1) wody obojętne i alkaliczne, 2) wody alkaliczne słone i czyste słone, 3) wody solankowe i gorzkie, 4) wody siarczane i wapienne.

1) Wody obojętne głównie mają własność przemywania żołądka i kiszek. MERING wprawdzie stwierdził, że działalność gruczołów żołądka, kiszek, trzustki wzrasta nieznacznie pod wpływem wody obojętnej, ale nie ma to wielkiego znaczenia wobec innych własności wody tego rodzaju: rozrzedza ona zawartość żołądka i jelit, pobudza w małym stopniu peristaltykę oraz, powodując zwiększenie ilości wydzielanego moczu, przyczynia się do wydalania z ustroju bezużytecznych dla niego produktów rozkładu. Co do wód alkalicznych, zawierających sodę lub kwas węglany, zdania autorów są podzielone. Według jednych pod ich wpływem czynność narządów trawienia wzmaga się, według innych — słabnie. Przedewszystkiem jest jasnem *a priori*, według autora, że wody alkalicznie zobojętniają kwas soku żołądkowego; potem jednak ustrój, silnie reagując, wytwarza nawet nadmiar kwasu. Doświadczenia LINOSSIER'a wykazały istotnie, że zrazu kwaśność soku żołądkowego [pod wpływem miernych dawek sody] spadała, potem podnosiła się wyżej miary normalnej. Co do kwasu węglanego — wszyscy autorzy zgodnie utrzymują, że pobudza on sprawę trawienia.

2) Wodom alkalicznym słonym przypisuje się powszechnie własność wzmaganie czynności gruczołów w narządach trawienia oraz rozpuszczania śluzu w kanale pokarmowym. BRAUN, BOAS, GRUETZNER stwierdzili, że sól

kuchenna, wprowadzona do krwi, silnie pobudza sprawę trawienia. Podobnież WEINTRAUD, zajmując się działaniem wód „Kissingen-Rakoczy“, doszedł do przekonania, że wzmacnia się pod ich wpływem wydzielanie pepsyny oraz wchłanianie pokarmów. WENDRINER zaś, GRUBER i ENGELMANN, prowadzący podobne badania w Kreuznach, stwierdzili, że długotrwałe przyjmowanie wód słonych powiększa diurezę, podnosi przemianę azotu, prowadzi do wzmoczenia liczby czerwonych krążków krwi oraz wzmacnia osmotyczne ciśnienie krwi [o 0,3°]. Względem własności wód słonych rozpuszczania śluzu w kanale pokarmowym autor zachowuje się sceptycznie, śluz bowiem u chorych żołądkowych bywa zazwyczaj gęsty, lepki i bardzo słabo poddaje się działaniu soli. Wody mineralne słone zwłaszcza polecić można neurastenikom, chorującym nadto na wzmozoną ilość soku żołądkowego (*hyperchlorhydria*), oraz chorym na kwaśny niezżyt żołądka. Według niektórych autorów, sól pomaga do trawienia tłuszczu; prelegent jest zdania, że pokarmy tłuszczowe źle znoszą ci chorzy, u których siła ruchowa żołądka jest osłabiona, wogóle chorzy z atonią. Na tę przypadłość wody słone działają w słabym stopniu.

3) Wody solankowe przeważnie osłabiają czynność gruczołów kanału pokarmowego [jednak co do tego istnieje wielka sprzeczność w wynikach badań różnych autorów] oraz dodatnio wpływają na przemianę materii, oddziaływać na wątrobę; dlatego też w odpowiednich chorobach mogą mieć wielkie znaczenie. Co do wód gorzkich [z solą glauberską], nie wiele mamy wiadomości. Prelegent przytacza ciekawe doświadczenie CASCIANI'ego, który obserwował u chorego z przetoką pęcherzyka żółciowego silne wzmoczenie ilości wydzielanej żółci pod wpływem wody Montecatini [anal. Karlsbad]: po 1 litrze wody ilość żółci podniosła się z 90 ccm. do 142 ccm. Wody gorzkie są środkiem lekko czyszczącym i podniecającym przemianę materii [FR. KRAUS, BARADUC].

4. Działanie wód siarczanych i wapiennych najmniej podlegało badaniu. ROBIN skonstatował zmniejszoną ilość kwasu solnego w żołądku pod wpływem wody mineralnej siarczanej.

Kuracja kąpielowa w zakładach mineralnych wpływa na trawienie również pośrednio — drogą ogólnej poprawy odżywiania, czynności układu nerwowego i t. p. Kąpiele morskie działają skutecznie przy zwiótczeniu żołądka i jelit oraz w nerwicach żołądka; przeciwwskazane są one przy większości chorób organicznych oraz stanach podrażnienia układu trawienia. Ważną nader kwestyą w leczeniu chorych w zakładach kąpielowych jest wyznaczenie diety. Porada powinna być w każdym przypadku indywidualizowana, w zależności nie tylko do choroby, ale i od społecznego stanowiska i dawnych przyzwyczajzeń chorego.

10. PASSOW. Balneoterapia w chorobach narządu słuchowego. Należy odróżnić trzy rodzaje chorób usznych: 1) zaburzenia narządu słuchowego, jako wyraz ogólnej choroby, 2) zaburzenia w uchu, towarzyszące zjawiskom patologicznym w sąsiednich narządach, 3) właściwe choroby narządu słuchowego. Z tych trzech odmian nadaje się pierwsza do leczenia zapomocą wód mineralnych, wiele bowiem chorób ogólnych, jak przymiot, *diabetes*, zapalenie nerek i t. p. wywołują zaburzenia w narządzie słuchowym, które zazwyczaj ustępują po wyleczeniu głównej choroby. Tak np. u skroflicznych widzimy szereg spraw zapalnych przewlekłych ohrzęstnej średniego ucha, u chorych na przymiot spotykamy często objawy kataralne w średnim uchu, gumaty w różnych miejscach, wysypki i t. d., u diabetyków znajdujemy często zrośnięcie kostek słuchowych, u chorych na zapalenie nerek niezadkie są sprawy patologiczne w labiryncie, wreszcie u kobiet niedokrwistych często bywa katar ucha średniego. Wszystkie te zaburzenia należy leczyć miejscowo, a prócz tego poddawać zabiegom odpowiednim choroby ogólne w zakła-

dach kąpielowych. Są jednak choroby narządu słuchowego, nadające się do bezpośredniego leczenia zapomocą wód mineralnych, a mianowicie sprawy zapalne w uchu średnim, skłonne do nawrotów, zazwyczaj szybko ustępują po leczeniu w zakładach z klimatem morskim. Co do kąpeli morskich należy być ostrożnym, zwłaszcza przy sprawach ropnych, przy których tego leczenia należy zaniechać zupełnie. Wogóle zaś przy wodorze miejsca kąpielowego należy szukać okolic lesistych, o poziomie najwyższym 1200 m. i zawsze wybierać kąpiele morskie na południu i zachodzie, nie zaś na północy. W niektórych cierpieniach usznych — np. *osteosclerosis*, chorobach labiryntu, czynniki klimatyczne i hydroterapeutyczne w nieznacznym stopniu wpływają na właściwą chorobę, ale przyczyniają się do ulżenia choremu przez usunięcie przykrych dolegliwości podmiotowych.

11. O. HEUBNER. Kuracja kąpielowa w chorobach dzieci. Badania teoretyczne, w tej dziedzinie prowadzone, są w pełnym biegu. Godne są zanotowania na tem miejscu spostrzeżenia dra LANGSTEIN'a i RIETSCHEL'a, którzy prowadzili przez pewien przeciąg czasu staranny wykaz zmian w wadze ciała i przemianie materii, zachodzących u dwóch chłopców pod wpływem kąpeli słonych. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 5-letniego chłopca; dzienny przyrost wagi jego wynosił przeciętnie 80 grm., po wzięciu zaś paru kąpeli słonych [3%] waga na razie spadła nieco, potem poczęła się podnosić o 130 grm. dziennie, ale po kilku dniach przyrost znowu uległ zmniejszeniu i wynosił już stałe około 20 grm. dziennie [kąpiele 5 — 7%]. Wydzielanie azotu z ustroju wzrosło z 9 grm. dziennie do 10,5 grm. Podobne cyfry otrzymali badacze i odnośnie drugiego chłopca: tu waga chwilami spadała [1 — 1½ grm.], wydalanie azotu wznagało się jeszcze bardziej [kąpiele 5 — 7%]. Na zasadzie tych badań autorzy dochodzą do przekonania, że kąpiele słone oddziałują pobudzająco na spalanie białka w ustroju i wogóle powiększają czynność wydzielniczą nerek. Praktyczne wnioski prelegenta są następujące: 1) dzieci skrofuliczne i chore na krzywicę zwłaszcza nadawały by się do leczenia zapomocą kąpeli słonych, tu bowiem przemywanie i oczyszczanie organizmu jest bardzo na miejscu; 2) jednak przy tego rodzaju leczeniu dzieci niedokrwistych, źle odżywionych, należy być bardzo ostrożnym; 3) zawsze w tych razach należy dokładnie obserwować działanie kąpeli na dzieci, więc stałe je ważyć, zwracać uwagę na apetyt i t. d. Kąpiele morskie można uważać za słone w stopniu spotęgowanym, dlatego też wskazania należy w tym przypadku stawiać z jeszcze większą ostrożnością. Pod wpływem kąpeli morskich według RUBNER'a wzrasta u dzieci przemiana gazowa.

Wody mineralne, zawierające kwas węglany, wpływają dodatnio na głębokość oddechu, co powoduje przyływ krwi żyłnej do serca. Ma to wielkie znaczenie przy wadach serca niezrównanych, zatem kąpiele te są wskazane w tych przypadkach i u dzieci i u dorosłych. Zwłaszcza skuteczne wyniki można otrzymać u chorych z wadami serca pochodzenia gościcowego. U dzieci z cierpieniami narządów limfatycznych i wogóle zaburzeniami w odżywianiu można oczekiwać dobrych rezultatów od stosowania kąpeli błotnych — np. w limanach na południu Rosyi. To samo dotyczy bezwładów pochodzenia mózgowego i przewlekłego reumatyzmu stawowego. W przypadkach chorób skórnych, np. pryszczycy przewlekłej, różnych odmian pokrzywki można z powodzeniem stosować kąpiele siarczane, które tak są zaniedbywane w ostatnich czasach. Kąpiele siarczane nadają się również bardzo do leczenia *lues tarda*.

Na bezwład spastyczny u dzieci należy oddziaływać wogóle kąpielami ciepłymi [Teplitz, Wildbad, Gastein], podczas gdy w chorobach czynnościowych układu nerwowego i niektórych organicznych dobrych wyników można się spodziewać od stosowania kąpeli słonych.

(Berl. klin. Woch. 1905. N. 13—21).

T. Jaroszyński.

Przegląd bibliograficzny.

O wpływie kąpeli zwłaszcza zawierających kwas węglowy na krwiobieg.
Napisał dr med. JÓZEF PAWIŃSKI. Warszawa. 1905, str. 47. Sprawozdawca
dr FELIKS ARNSTEIN.

Praca z zakresu balneologii stanowi w naszej literaturze lekarskiej tak wielką rzadkość, że już pojawienie się jej powitać musiał każdy lekarz z prawdziwym zadowoleniem. Zadowolenie to tembardziej wzrasta, gdy się zważy, że praca ta wyszła z pod pióra tak wytrawnego i obeznanego z przedmiotem klinicysty, jakim jest autor i że porusza sprawę pierwszorzędną wagi.

Znajomość wpływu kąpeli w ogólności, a kąpeli zawierających kwas węglowy w szczególności, na krwiobieg i jego zbożenia, jest ważną zarówno dla lekarza-praktyka zalecającego leczenie kąpielowe, jak i dla lekarza zdrojowego, pod którego obserwacją znajduje się chory w zdrojowisku, w którym przeprowadza leczenie kąpielowe. Jeśli się przytem zważy, że leczenie zapomocą kąpeli, a szczególnie kąpeli zawierających kwas węglowy u chorych ze zbożeniami cyrkulacyjnymi, a raczej chorych na serce i naczynia od niedawna zostało do lecznictwa wprowadzone, a wskazania dla nich nie są dotąd ustalone, praca autra tembardziej zyska na znaczeniu. Nie wątpię też, że praca autora, z której treścią chcę zapoznać czytelników, nie mało się przyczynić powinna do umiejętniejszego stosowania leczenia kąpielowego przy chorobach serca i naczyń i do uniknięcia tak często w tym kierunku popełnianych omyłek tak ze strony lekarzy-praktyków, jak i lekarzy zdrojowych.

Zanim przejdę do krótkiego streszczenia pracy i jej oceny chciałbym zwrócić uwagę czytelnika na sam tytuł pracy, który wymaga uzupełnienia. Autor zatytułował pracę swą „O wpływie kąpeli zwłaszcza zawierających kwas węglowy na krwiobieg“, z czego możnaby wnosić, że jest to praca jeśli nie wyłącznie, to przynajmniej przeważnie fizyologiczna, tymczasem znaczna część pracy poświęcona jest terapeutycznemu działaniu kąpeli kwas węglowy zawierających przy zaburzeniach cyrkulacyjnych, towarzyszących chorobom serca i naczyń. Zakres zatem pracy jest o wiele obszerniejszy aniżeli zapowiada tytuł i to ją czyni bardziej interesującą dla szerszego ogółu lekarzy. Główną część pracy autora zajmuje, jak to zresztą zapowiada tytuł, działanie kąpeli zawierających kwas węglowy na krwiobieg w stanach fizyologicznych i patologicznych. Dla lepszego zrozumienia działania tych kąpeli konieczną jest znajomość działania kąpeli tak z wody zwyczajnej, jak i zawierającej składniki mineralne. Od fizyologicznego działania kąpeli wogóle rozpozyna też autor swą pracę. Trojakiemu rodzaju bodźce uwzględnił przy ocenianiu działania kąpeli na ustrój: mechaniczny, chemiczny i termiczny. Ostatni, jako w rzeczy samej najważniejszy i najpotężniejszy, znajduje w pracy autora szerokie uwzględnienie. Czytelnik znajdzie tu w krótkim, acz dokładnem streszczeniu, wyniki prac doświadczalno-klinicznych, dotyczących wpływu kąpeli pod względem ciepłoty obojętnych, zimnych i ciepłych na ciśnienie krwi, częstość tętna i czynność serca. W końcu wyprowadza autor z tych doświadczeń następujący wniosek dla terapeutycznego działania kąpeli bardzo ważny, a mianowicie: „ponieważ działaniu zimnych i gorących kąpeli towarzyszą zwykle nagłe zmiany w ciśnieniu krwi, więc u chorych z daleko posuniętymi zaburzeniami serca lub naczyń unikać ich należy“, z czego wnosić należy, że autor nie uważa za przeciwwskazane kąpiele ciepłe, t. j. wyższej, aniżeli 27° R. przy chorobach serca i naczyń, gdzie tego z innych powodów, jak np. u wielu cierpiących na

przewlekły gościec, dnę i t. p. zachodzi potrzeba. Pogląd ten, na który każdy z leczeniem kąpielowem obeznany zgodzić się musi, nie jest jednak powszechnie uznawany. Wystarczy dla wielu lekarzy usłyszenie jakiegoś nieznacznego szmeru w okolicy serca lub stwierdzenie stwardnienia tętnic w nieznacznym stopniu, by ostrzedz chorego przed kąpielami o nieco wyższej ciepłocie, i w tym względzie panuje niezgodność między lekarzami-praktykami a większością lekarzy zdrojowych, którzy nieraz znajdują się w niemałym kłopotcie przy ordynowaniu leczenia kąpielowego. Uważamy przeto za bardzo właściwe i pouczające twierdzenie autora, że „tylko u chorych z daleko posuniętymi zaburzeniami serca lub naczyń unikać należy ciepłych kąpeli“, choć i pod tym względem, dołalbym, kierować się należy indywidualnymi właściwościami chorego.

Przechodząc do kąpeli z kwasem węglowym, autor szczegółowo opisuje sposób przyrządzania i stosowania tych kąpeli, tak naturalnych, jak i sztucznych, oddając słusznie pierwszeństwo kąpielom sztucznym, przyrządzonym za pomocą płynnego kwasu węglowego pod ciśnieniem $1\frac{1}{2}$ do 2-ch atmosfer przy pomocy aparatów kolumnowych¹⁾.

Co się tyczy działania kąpeli, zawierających kwas węglowy, najważniejszym podług badań samego autora i innych jest wpływ ich na ciśnienie w naczyniach, które ulega wzmoczeniu. Od czego to wzmoczenie zależy, autor bardzo szczegółowo omawia, niemniej i przyczyny, dla jakich niektórzy autorzy nie byli w stanie zauważyć żadnej zmiany w ciśnieniu krwi lub nawet obniżenie ciśnienia. Przytoczywszy teorye, zapomocą których starano się wytłómaczyć wzmoczenie ciśnienia w naczyniach pod wpływem kąpeli z kwasem węglowym, autor dłużej się zatrzymuje na teorii w ostatnich czasach zyskującej coraz więcej zwolenników, do których i autor się przyłącza, a mianowicie teorii, tłómaczącej wzmoczenie ciśnienia krwi w tętnicach naprzemiennem działaniem w teje kąpeli dwóch bodźców: zimna i ciepła.

W końcu porusza autor pytanie, już niejednokrotnie stawiane, czy wogóle kąpiele z kwasem węglowym uważać można za identyczne z kąpielami zwykłemi o odpowiedniej ciepłocie i na pytanie to słusznie odpowiada przecząco, już to na mocy czystej empiryi, już ze względu na pobudzające ich działanie na nerwy czuciowe skóry przy stosunkowo nie niskiej ciepłocie. Zaliczając kąpiele z kwasem węglowym pod względem ich działania na ustrój do kąpeli o typie mieszanym, t. j. jużto ciepłych, już zimnych, autor jednak skłonny jest bardziej do zaliczenia ich do typu kąpeli zimnych.

Ostatnią część pracy autora stanowią wskazania i przeciwwskazania dla kąpeli, zawierających kwas węglowy. Omawiając przeciwwskazania, autor dłużej się zatrzymuje na dusznicy bolesnej, uważając cierpienie to jako przeciwwskazane dla leczenia kąpielami zawierającemi kwas węglowy; autor jednak dodaje, że u niektórych chorych widział pomyślny wpływ tych kąpeli na przebieg cierpienia wbrew zdaniu SCHOTT'a [w Nauheimie], który stosuje kąpiele zawierające kwas węglowy przy dusznicy bolesnej z zupełnie pomyślnym skutkiem. Ja osobiście byłbym się bardziej przychylił do poglądu SCHOTT'a. Stosując w ostatnich kilku latach kąpiele zawierające kwas węglowy w Ciechocinku u chorych na dusznicę bolesną, u wielu widziałem bardzo pomyślny wpływ na dalszy przebieg choroby. Wielu z pomiędzy nich doznało już znacznej poprawy podczas leczenia kąpielowego, wyrażającej się rzadszymi i mniejszego natężenia napadami, a u niemałej liczby chorych, których widziałem w następnych latach, stwierdziłem znakomitą poprawę. Obecnie mam w kuracyi kilku pacjentów z dusznicą bolesną, którzy z roku na rok mają lżejsze i krótsze napady i są

¹⁾ W ten sposób są przyrządzane kąpiele solankowo kwasowęglowe w Ciechocinku.

zupełnie zadowoleni ze skutków leczenia. Że należy być ostrożnym z kąpielami zawierającymi kwas węglowy u chorych ze stwardnieniem tętnic i z dusznicą, że leczenie kąpielami temi musi być oględne, na to zupełnie się zgodzę; nie uważałbym jednak dusznicy bolesnej za bezwarunkowe przeciwwskazanie dla kąpeli zawierających kwas węglowy.

W końcu autor słusznie powstaje przeciw rozpowszechnieniu w ostatnich czasach kąpeli, zawierających kwas węglowy i żąda, by leczenie kąpielami temi było kierowane umiejętną ręką i w zakładach leczniczych dobrze i odpowiednio urządzonych.

Jak z powyższego streszczenia widzimy, praca autora porusza niemal wszelkie kwestye, dotyczące leczenia zbroczeń w obiegu krwi zapomocą kąpeli zawierających kwas węglowy i to tak z teoretycznego, jak i klinicznego punktu widzenia. Na większą część poglądów autora zgodzić się można. Zdaje mi się tylko, że autor zbyt przecenia wpływ kąpeli zawierających kwas węglowy na ciśnienie krwi. Wzmożenie ciśnienia krwi pod wpływem kąpeli tych nie jest bynajmniej objawem stałym i jedynie zależnym od zawartości w kąpeli kwasu węglowego, lecz w dużej części zależnym i od ciepłoty kąpeli. Według mego przekonania główne działanie kąpeli zawierających kwas węglowy polega na pobudzeniu obwodowego krążenia krwi, na przekrwieniu skóry, które stale występuje i jest dla kąpeli tych objawem charakterystycznym. Wartość i specyficzność kąpeli zawierających kwas węglowy polega, zdaje mi się, najbardziej na tem, że zapomocą żadnego niemal innego środka nie możemy w tak łagodny i bezpieczny sposób sprowadzić tak obszernego przekrwienia skóry, które przy wielu zbroczeniach w obiegu krwi tak jest pożądane.

Ogólne wrażenie, jakie się odbiera po przeczytaniu pracy autora, jest wysoce dodatnie. Autor dał nam pracę, która w sposób niemal wyczerpujący przedstawia całość sprawy, dotyczącej tak ważnego przedmiotu, jakim jest leczenie zbroczeń w obiegu krwi zapomocą kąpeli zawierających kwas węglowy. Zapewnić mogę czytelnika, że nie znajdzie chyba w literaturze lekarskiej zagranicznej pracy w tym przedmiocie, którąby mógł odczytać z równym pożytkiem.

Autor zasłużył się wielce naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, dając lekarzowi-praktykowi wskazówki, jakimi się kierować powinien przy poleceniu leczenia kąpielowego w tak ważnych cierpieniach, do jakich należą cierpienia serca i naczyń; gorąco przeto polecić mogę pracę, która winna się znajdować w ręku każdego lekarza-praktyka, a szczególnie lekarza zdrojowego, najczęściej obserwującego chorych, używających kąpeli z zawartością kwasu węglowego.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Z posiedzeń sekcji chirurgicznej przy Warszawsk. Towarz. Lekarskim.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 32].

Oczywiście, wlewać możemy tylko w takich przypadkach, w których udaje się całkowicie zamknąć jamę otrzewnej. Co do techniki wlewania, to początkowo skutecznialiśmy je w sposób następujący. Przystępując do zaszycia

otrzewnej, wprowadziliśmy do jamy tejże koniec wyjałowionej, długiej rurki gumowej. Po nałożeniu szwów na otwór w otrzewnej, zawiązywaliśmy wszystkie prócz tego, który był nałożony w miejscu rurki. Rurkę łączyliśmy z wyjałowionym lejkiem i wlewaliśmy do lejka wyjałowiony roztwór zapomocą wyjałowionego kubka. Obecnie zamiast lejka i kubka używamy wyjałowionej, dużej strzykawki. Po wlaniu płynu rurkę szybko wyciągamy i niezawiązany szew szybko zawiązujemy. Następnie nakładamy inne piętra szwów.

Przeglądając odnośne piśmienictwo, L. spostrzegł, że autorzy na wlewaniu roztworu soli do otrzewnej przeważnie zapatrują się z niedowierzaniem, obawą. Jak widać z powyższego, z punktu widzenia klinicznego obawa taka wcale nie jest uzasadnioną. Odnośne doświadczenia również dowodzą bezzasadności obawy. Mianowicie, drobnoustroje chorobotwórcze, wprowadzone do jamy otrzewnej razem z roztworem soli, szybko znikają, wchłaniały się wraz z wlanym płynem. Fakt ten daje się tłumaczyć doświadczeniami MIRAKKE. Tenże, przerabiając doświadczenia we wrocławskim instytucie higienicznym, przekonał się, że fizjologiczny roztwór soli kuchennej, wlały do jamy otrzewnej, wywołuje zwiększoną leukocytozę w płynie otrzewnowym oraz krwi, a zatem zwiększoną odporność na zakażenie wewnątrz jamy otrzewnej. Mianowicie, po upływie 17-u godzin liczba leukocytów była 4 razy większą, niż zazwyczaj w płynie otrzewnowym, po upływie 24-ch godzin hyperleukocytoza dosięga szczytu.

Jednorazowe wlanie roztworu soli kuchennej do jamy otrzewnej natychmiast po zakończeniu operacji wywiera niewątpliwie na razie bardzo dodatnie działanie na chorego. Przychodziło jednak L. do głowy zapytanie, czy nie dałoby się użytkować jamy otrzewnej i do dalszych wstrzykiwań. Otóż przeglądając odnośną literaturę, napotkał L. rozprawę EICHEL'a, drukowaną w LIII tomie archiwu LANGENBECK'a „O wewnątrzotrzewnowem wlewaniu roztworu soli kuchennej“. Dokonywane dotychczas wlewania ma, zdaniem E., tę słabą stronę, że może być wykonane tylko raz jeden, następnie zaś wobec tego, że wlewając jednorazowo bardzo dużą ilość roztworu, wywołujemy w naczyniach raptownie bardzo duże podniesienie ciśnienia. Powziął tedy zamiar przekonać się, czy nie udałoby się wlewać do otrzewnej płynu w małych ilościach, lecz w przeciągu dłuższego czasu. Najpierw przerobił doświadczenia na zwierzętach. Przez otwór w otrzewnej wprowadzał na stałe do jamy tejże cewnik NÉLATON'a, zaopatrzony w naciskadło, i przezeń wlewał przez dłuższy czas roztwór soli kuchennej. Ciecz nie wypływała na zewnątrz i otrzewna wobec starannego zachowania przepisów aseptyki nie ulegała zakażeniu. Pomysł ten zastosował E. również z dobrym wynikiem raz jeden u człowieka, mianowicie po dokonaniu laparotomii 20-letniemu młodzieńcowi wskutek krwotoku z uszkodzonej wątroby. Wlewał on przez cewnik płyn powoli w przeciągu 48-iu godzin. Sposób ten miał L. możność zastosować dwukrotnie. Pierwszy przypadek dotyczył wiekowej kobiety, której L. dokonał laparotomii z powodu raka żołądka. Wobec znacznego rozszerzenia się sprawy nowotworowej L. ograniczył się na zespoleniu żołądka z pętlą kiszki cienkiej sposobem MASSNAT'a. Natychmiast po operacji wstrzyknął L. do otrzewnej 800 ctm. sz. roztworu; wieczorem tegoż dnia — 600 ctm. sz., chora bólu nie czuła wcale, stan bardzo zadowolający. Nazajutrz wstrzyknął zrana 450 ctm. sz. — bez bólu; natomiast wieczorem tegoż dnia, już po wstrzyknięciu 150 ctm. sz. chora zaczęła wskazywać na ból w lewej górnej części brzucha; gdy L. wstrzyknął następne 150 ctm. sz., ból wzmógł się znacznie, zjawiała się bardzo szybko znaczna zapaść: twarz zapadnięta, skóra zimna, pokryta lepkiem potem, tętno szybkie, bardzo małe. L. natychmiast przerwał wstrzykiwanie i zastosował rozmaite sposoby i środki w celu przewyciężenia zapaści, atoli chora wśród objawów wzmagającej się zapaści zmarła nad ranem. Oględziny zwłok, dokonane przez

kol. DMOCHOWSKIEGO wykazały, że szwy trzymały jak najlepiej, powierzchnia otrzewnej wszędzie polyskująca, czysta, w niej pewna ilość niewchłoniętego roztworu soli. Wobec tych danych sekyjnych, nagłe wystąpienie tak fatalnej dla chorej zapaści tłómaczył L. w ten sposób, że wstrzykując naraz dość duże ilości roztworu i to szybko, ze znaczną siłą, zanadto drażnił mechanicznie otrzewną, dokonywał poniekąd doświadczenia GOLTZ'a. Dlatego też w następnym przypadku postępowanie jego było bardzo ostrożne. W przypadku tym kol. BR. SAWICKI dokonał młodemu człowiekowi z powodu zwięzienia *duodeni* zespolenia żołądka z kiszka z jednoczesnem zespoleniem ramienia wstępującego ze zstępującem. Temu choremu wiano bezpośrednio po operacji 600 ctm. sz. roztworu NaCl, wieczorem tegoż dnia 200 ctm. sz.; nazajutrz zrana 220 ctm. sz., wieczorem 250 ctm. sz.; trzeciego dnia po operacji zrana 220, wieczorem 200, wreszcie czwartego dnia wstrzyknięto zrana 150 ctm. sz. i rurkę drenową usunięto. Wlewania powyższe znosił dobrze, wskazując czasami na nieduży ból w lewej stronie dołu brzucha. Brak najmniejszych objawów podrażnienia otrzewnej. Jednocześnie pod skórę wprowadzano codziennie 75 — 100 ctm. sz. wyjałowionej oliwy. Przez wymieniony okres czasu nie zgoła nie pił, pomimo to miał się zupełnie zadowalająco. Dalszy przebieg leczenia był pomyślny dla chorego.

Na podstawie nielicznego wprawdzie materiału ośmiela się L. zalecić podany sposób do szerszego wypróbowania, zachęcając do zachowania wskazanych ostrożności.

L. nie napotkał w piśmiennictwie wzmianki, czy nie wprowadzano do jamy otrzewnej jakichś substancji bardziej odżywczych, np. oliwy. [D. n.]

L. Zembrzuski.

Wiadomości bieżące.

— Kol. MACIESZA, ordynator szpitala św. Aleksego i lekarz więzienia w Płocku uwolniony został z zajmowanych stanowisk na zasadzie § 788, zb. pr. t. III, ust. o służ. cyw., wyd. 1896 r. (art. 77 ust. cyw. Król. Pol. 10 marca 1859).

— Wyszła z druku broszura p. t. „O cholery, skąd do nas przychodzi, jaka jest jej przyczyna, i w jaki sposób jej się ustrzedz można“, napisana przez dra H. RUNDO z Łodzi. Cena książeczki, opatrzonej mapą, wskazującą drogi, któremi szerzą się epidemie cholery, wynosi kop. 15.

— Powołani zostali na Daleki Wschód koledzy: EDWARD BEATUS [z Kalisza] i EUGENIUSZ ARNOLD [z Sosnowca].

— W Kaliskiem Towarzystwie Lekarskiem wybrano na prezesa kol. ADAMA DROZDOWSKIEGO, na wiceprezesa kol. WALERYANA WILCZEWSKIEGO, na sekretarza kol. MARCINA KASPRZAKA.

— Prof. ESMARCH'owi, który liczy obecnie 82 lata życia, wystawiono pomnik w jego rodzinnem mieście Töning w Szleswiku.

— Prof. GABRYEL ANTON z Gracu mianowany został następcą WERNICKE'go na katedrze psychiatrii w Halli.

— VII-y Kongres międzynarodowy hydrologii i klimatologii odbędzie się w Wenecyi 10-go — 18-go października r. b. Prezesem Komitetu organizacyjnego jest dr A. ROBIN z Paryża.

— Z okazji 400-letniego jubileuszu otrzymali tytuł doktorów honorowych Uniwersytetu Edynburskiego: BERGMANN [Berlin], CHAMPIONNIÈRE [Paryż], DURANTE [Rzym], EISELSBERG [Wiedeń], HALSTED [Baltimore], LENNANDER [Upsala], SAXTORPH [Kopenhaga], SHEPHERD [Montreal], SUBBOTIN [Petersburg].

Do bieżącego numeru Gazety dołącza się broszurka o Phytinie.

Дозволено Цензурою, Варшава, 11 авг. 1905. Друк К. Ковалевського, Warszawa. Mazowiecka 8

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny Dr Wł. Gajkiewicz.