

# GAZETA LEKARSKA

## I. PRZYCZYNEK DO OPERACYI

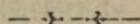
### PRZEMIĘSZCZANIA ŚCIEGIEN W CELU LECZENIA ZNIEKSZTAŁCEN ŚTOPY

#### WSKUTEK PORAŻENIA DZIECINNEGO.

P dat

**D-r H. Schramm.**

docent chirurgii przy uniwersytecie lwowskiem.



Jedną z najczęstszych przyczyn zniekształceniu kończyn, a zwłaszcza stopy jest bezwątpienia tak zwane porażenie esencyalne, właściwe wiekowi dziecinnemu, polegające według badań J. HEINEGO, SEELIGMUELLER'a, SIEMERLING'a i innych na mniej lub więcej rozlanem zapaleniu przednich rogów szarej substancji rdzenia. Skutkiem cierpienia tego występują nagle mniej lub więcej rozległe porażenia mięśni; choroba w ciągu 24 godzin dosięga zwykle swego szczytu, poczem zwykle już nie postępuje, owszem często się cofa tak, że po kilku dniach pozostają porażone tylko poszczególne kończyny, lub nawet poszczególne grupy mięśni. W ciągu następnych tygodni, zwłaszcza przy odpowiedniem leczeniu, mogą jeszcze mięśnie odzyskać władzę, po upływie 6 do 10 miesięcy jednak nadzieja przywrócenia czynności porażonego mięśnia zupełnie ginie, występują w nim bowiem przemiany wsteczne, zwyrodnienie tłuszczowe i łączno-tkankowe, które prowadzi wreszcie do zupełnego zaniku właściwej tkanki mięśniowej.

Według ważności funkcji, jaką miał wypełniać porażony mięsień, muszą też wystąpić mniej lub więcej ważne zmiany w czynności stopy, a w ślad za tem i zniekształcenie stopy. Przy porażeniach zatem mięśni wyprostnych wytworzy się stopa końska, przy równoczesnem porażeniu mięśni strzałkowych rozwinąć się musi wskutek kurczenia się mięśni przeciwnych, działania mechanicznego ciężaru stopy, stopa szpotawa, przy porażeniu zginaczy i m. nawrotnych musi przez chodzenie wytworzyć się stopa płaska. Porażenia zupełne mięśni łydkowych spowoduje tak zwane *pes calcaneus* i t. d.

Wszystkie te zбочzenia do niedawnego czasu uważać musieliśmy jako właściwie nieuleczalne. Mogliśmy wprawdzie przez nałożenie odpowiedniego opatrunku lub przyrządu zapobiedz wytworzeniu się wzmiankowanych zбочzeń

położenia stopy; mogliśmy przez różne zabiegi operacyjne usunąć wytworzone już zboczenia, w każdym jednak razie dziecko, dotknięte tem cierpieniem, skazane było na noszenie przyrządów ortopedycznych prawie przez całe życie, w przeciwnym razie zboczenia wracały na powrót.

To samo, co wyżej powiedziałem, da się zastosować i do przypadków, w których porażenie poszczególnych grup mięśni wystąpiło z innych powodów, mianowicie po urazach, w których z jakichkolwiek przyczyn nie dało się przywrócić prawidłowej czynności mięśni przez zespojenie przeciętego nerwu lub ścięgna.

Dopiero w najnowszych czasach, bo ledwie przed kilkunastu laty i to cierpienie stało się dostępne leczeniu, mianowicie w chwili, gdy NICOLADONI wpadł na myśl, aby ścięgno porażonego mięśnia przyczepić do odpowiedniego i czynnością swą zbliżonego mięśnia zdrowego i tym sposobem zastąpić mięsień porażony. Operację tę wykonał NICOLADONI w r. 1882 u dziewczynki z porażeniem mięśni łydkowych w ten sposób, że przeciął ścięgno zdrowych mięśni strzałkowych i dośrodkowe ich końce zeszył z nadciętem ścięgnem ACHILLESA; wynik operacji był ten, że dziecko było w stanie zginać stopę ku podszewie, a istniejący poprzednio *pes calcaneus* znacznie się poprawił.

HACKER w r. 1881 wykonał tę samą operację, lubo z nie tak dobrym skutkiem. Operacja ta nowa na razie mało znalazła naśladowców. Dopiero w r. 1892 DROBNIK ogłosił swój pierwszy przypadek w Gazecie Lekarskiej, a prawie równocześnie, bo w maju tegoż roku, wykonał PARRISH przeniesienie ścięgna porażonego mięśnia goleniowego przedniego na zdrowy mięsień wyprostny palucha. W dyskusji nad tym przypadkiem wspomniał SAYRE, że podobną operację wykonał niedawno u 14-letniej dziewczyny, a PHELPS przedstawił pacyenta z *pes calcaneus*, u którego ścięgno ACHILLESA skrócił o 1 cal, a nadto połączył je ze ścięgnem zdrowego mięśnia zginacza palców stopy długiego.

Wkrótce potem ogłosił PHOCAS przypadek, w którym u 4-letniej dziewczynki z porażeniem mięśnia ksobnego i osłabieniem mięśni łydkowych uzyskał dość znaczną poprawę przez zeszywanie obwodowego końca porażonego mięśnia goleniowego przedniego z dośrodkowym końcem mięśnia wyprostnego palucha. Wynik operacji, jak wspominałem, nie był zbyt zadawalający, bez wątpienia z powodu tego, iż wybrany mięsień palucha był za słaby, aby sam mógł objąć czynność tak silnego mięśnia, jakim jest mięsień goleniowy.

W następnym roku ogłosił WINKELMANN przypadek, w którym przy stopie szpotawej porażennej przeciął ścięgno mięśnia łydkowego i połączył je ze ścięgnem mięśnia strzałkowego długiego; wynik operacji był zadawalający.

W tym samym roku operował GHILLINI 14-letniego chłopca, cierpiącego w 1-ym roku życia na porażenie prawej stopy. Badanie wykazało zupełne porażenie mięśnia goleniowego przedniego. W celu zastąpienia jego czynności zespojono obwodowy koniec tego mięśnia z dośrodkowym końcem ścięgna mięśnia strzałkowego długiego. Wynik był doskonały: chłopiec chodzi bardzo dobrze bez żadnego przyrządu, tylko z nieco wyższym korkiem.

Zajmujący przypadek opisał LIPBURGER. Chłopiec 4-letni upadł na rozbite naczynie porcelanowe i przeciął sobie zupełnie oba mięśnie strzałkowe, wskutek czego z biegiem czasu powstała stopa szpotawa. W celu usunięcia tego zбочenia wyszukał LIPBURGER w 9 lat po wypadku obwodowe końce przeciętych ścięgien i przyszył je do płatu, utworzonego z zewnętrznej połowy mięśnia łydkowego.

Wynik funkcjonalny był tak dobry, że zбочenie kształtu stopy już w ciągu kilku miesięcy zupełnie się wyrównało, a w kilka lat potem robił chłopiec dalekie wycieczki w góry bez zmęczenia.

Na VII Zjeździe chirurgów polskich we Lwowie r. 1894 omawiał DROBNIK tę operację na podstawie 8 własnych przypadków; w 2 lata później ogłosił obszerną pracę o przemieszczaniu ścięgien, opartą na 16 spostrzeżeniach. W rozprawie tej, lubo, o ile się zdaje, nie znając prac swych poprzedników, podał DROBNIK szczegóły i dokładny sposób operowania, zastosowany do różnych przypadków. Sposoby te w zupełności prawie zostały potwierdzone przez następnych badaczy.

Od tego czasu operację przemieszczania ścięgien zaczęto wykonywać coraz częściej: FRANKE, WINKLER a szczególnie VULPIUS w Niemczech, PIECHAUD i BERGONIE we Francji, MILLOKEN i BRADFORD w Ameryce, opisali po kilka, albo kilkanaście przypadków, tak, że obecnie liczba znanych w literaturze operacji dochodzi blisko stu.

Jeżeli jednak zważymy, że blisko  $\frac{2}{3}$  wszystkich przypadków rozdziela się na 3-ch autorów, mianowicie: DROBNIKA, VULPIUS'a i BRADFORD'a, z których każdy rozporządza materiałem blisko 30 przypadków, to, zdaje mi się, można słusznie powiedzieć, iż operacja ta jest za mało jeszcze rozpowszeczniiona.

Z tego powodu, jakoteż ze względu, że każdy przyczynek do tej stosunkowo nowej operacji może mieć pewne znaczenie, uważam za stosowne podać opis przypadku, jaki miałem w leczeniu.

W dniu 24 lutego r. b. zgłosiła się do mnie dziewczynka 11-letnia z powodu osłabienia i zniekształcenia stopy lewej. Według opowiadania matki, dziecko było zupełnie zdrowe i chodziło dobrze aż do trzeciego roku życia, kiedy po nagłej chorobie gorączkowej zauważono porażenie nogi lewej. Przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia stan kończyny poprawił się o tyle, że dziecko mogło chodzić, chód jednak był zawsze utrudniony: dziecko powłóczyło stopę i z biegiem czasu wytworzyło się zniekształcenie stopy.

Badanie we wspomnianym wyżej dniu wykazało, co następuje. Dziewczynka, na swój wiek dobrze rozwinięta, nie przedstawia żadnych zmian chorobowych z wyjątkiem na kończynie dolnej lewej. Kończyna ta jest o  $2\frac{1}{2}$  ctm. krótsza, niż prawa, a to z powodu skrócenia goleni, która też jest znacznie szczuplejszą, niż druga, głównie z powodu zupełnego zaniku mięśni łydkowych. Ścięgno ACHILLESA rozciągnięte i zanikłe, stopa przedstawia wybitny typ tak zwanego *pes calcaneus cavus*, wyrostek piętowy przeciągnięty ku dołowi i przodowi, podeszwa stanowi ostry łuk, palce łukowato zgięte. Badanie prądem

elektrycznym, łaskawie przez prof PRUSA uskutecznione, wykazało, że na prąd stały i przerywany nie oddziaływa wcale mięsień łydkowy i mięsień wyprostny długi palucha, mięśnie strzałkowy długi i krótki i mięsień wyprostny wspólny długi palców oddziaływają leniwie na prąd przerywany, a przy zastosowaniu prądu stałego skurecz przy zamknięciu anody jest nieco większy, niż skurecz przy zamknięciu katody, albo przynajmniej równy; mięśnie te zatem są osłabione; zupełnie dobrze oddziaływają na prąd przerywany i stały: mięsień goleniowy przedni, zginacz długi palucha, zginacz długi wspólny palców stopy i wyprostny krótki palców; mięśnie te są zatem zupełnie zdrowe.

Wynik badania wyjaśnia zupełnie zmiany kształtu, znalezione na stopie; włómaczenie VOLKMANN'a powstawania tego zniekształtnienia da się tu zastosować w zupełności.

Po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych dziecko chodziło bez żadnego przyrządu; wskutek porażenia zupełnego mięśni łydkowych, a utrzymanej w większej części kurczliwości mięśni wyprostnych przy każdym podniesieniu nóżki musiała stopa zginać się ku grzbietowi tak, że przy następnym kroku najpierw dotykała ziemi pięta, wskutek czego ścięgno ACHILLESA ulegało coraz większemu rozciąganiu, a wyrostek piętowy wyginał się coraz więcej ku dołowi i przodowi i w ten sposób powstał *pes calcaneus*. Osłabienie mięśni strzałkowych, a utrzymana zupełnie kurczliwość mięśni, koło kostki wewnętrznej przebiegających, zapobiegły wytworzeniu się częstej w takich razach stopy płaskiej; natomiast wskutek osłabienia mięśni, na grzbiecie stopy przebiegających, a mianowicie: zupełne porażenie mięśnia wyprostnego palucha i osłabienie mięśnia wyprostnego długiego palców, spowodowało, iż przednia część stopy pod działaniem własnego ciężaru opadła ku dołowi, co w połączeniu z łukowatym zgięciem palców, wskutek silnego kurczenia się zginaczy łydki, spowodowało rozwinięcie się *pes cavus* w wysokim stopniu.

W celu usunięcia tych zniekształceń można było myśleć o skróceniu ścięgna ACHILLESA, czy to przez wycięcie kawałka tego ścięgna podług WILLET'a i WALSHAM'a, czy przez przesunięcie końców skośnie przeciętego ścięgna, jak to polecał GIBNEY, czy wreszcie przez sfałdowanie ścięgna podług PHOCAS'a.

Operacje te dały wprawdzie w przypadkach *pes calcaneus* nieraz dobre wyniki, jednak w przypadku moim, wobec całkowitego porażenia i zupełnego zaniku mięśni, do tego ścięgna się przyczepiających, można było na pewno przypuścić, że operacja taka nie doprowadziłaby do celu, gdyż, jak pierwotnie ścięgno uległo rozciągnięciu, tak samo i powstała blizna musiałaby już w krótkim czasie ustąpić pod naciskiem ciężaru ciała przy chodzeniu. Z tego powodu postanowiłem wykonać u pacjentki mej przemieszczenie ścięgna. Wynik badania prądem elektrycznym wskazywał, iż najodpowiedniejszym będzie, aby porażony i zanikły mięsień łydkowy zastąpić zdrowym zupełnie i silnym mięśniem zginaczem długim palucha.

Operację tę wykonałem dnia 27. II. r. b. w uśpieniu chloroformowem i pod opaską ESMARCH'a. Cięcie poprowadziłem wzdłuż wewnętrznego brzegu słabo wyczuwalnego ścięgna ACHILLESA, długie na 18 ctm., a rozszerzywszy ranę hakami, wyszukałem łatwo mięsień zginacz palucha, którego żywo czerwone utkanie odbijało bardzo od woskowo-żółtej barwy zwyrodniałego mięśnia łydkowego.

Ustawiwszy teraz stopę w nadmiernem zgięciu, przeciąłem ścięgno ACHILLESA w odległości 2 ctm. od przyczepienia się do kości piętowej, nie w całości, lecz tak, że po obu stronach pozostawiłem mostki szerokie na 1½ mm. i z całej grubości ścięgna wyciąłem płat ku górze, długi na 3 ctm.. Następnie wyciągnąłem ścięgno zginacza palucha i przeciąłem je prawie na granicy przejścia w mięsień, tak, iż linia przecięcia tego ścięgna leżała prawie w tej samej wysokości, co górna granica cięcia w ścięgnię ACHILLESA. Dośrodkowy koniec ścięgna zginacza palucha przeciągnąłem przez otwór, utworzony w ścięgnię ACHILLESA i przyczepiłem go do dolnego zatem obwodowego końca ścięgna ACHILLESA za pomocą 5 szwów węzłkowych z cienkiego jedwabiu. Pozostawione mostki boczne ścięgna ACHILLESA przymocowałem szwami do bocznych brzegów przemieszczonego ścięgna, a nadto płat, utworzony ze ścięgna ACHILLESA, przyczepiłem kilkoma szwami do tylnej powierzchni mięśnia zginacza, zyskując tym sposobem bardzo znaczne i szerokie połączenie między ścięgnem ACHILLESA a przemieszczonym mięśniem.

Stopa wolno puszczonej pozostawała w nadanem jej zgięciu, a po ostrożnem wyprostowaniu wracała swobodnie w nowe położenie.

Ranę skórną zespoilem 8-u szwami węzłkowymi i szwem kuśnierskim z jedwabiu i założyłem warstwę gazy i watę aseptyczną, a po zdjęciu opaski ESMARCH'a ustaliłem kończynę opatrunkiem gipsowym, sięgającym powyżej kolana.

Przebieg dalszy był zupełnie prawidłowy. Po 10 dniach wyciąłem okno w opatrunku gipsowym w celu wyjęcia szwów skórných, a przekonawszy się, że rana zagoiła się zupełnie przez rychłozrost, wzmocniłem opatrunek przez założenie kilku opasek gipsowych i pozwoliłem pacjentce chodzić.

W 6 tygodni po operacji opatrunek zdjęto, pacjentka jest w stanie zgiąć czynnie stopę ku grzbietowi i ku podeszwie i po raz pierwszy od czasu swej choroby mogła stanąć na palcach, wykazując zarazem, że przemieszczony na ścięgno ACHILLESA mięsień objął zupełnie czynność mięśnia łydkowego.

Pacjentka udała się na wieś i zgłosiła się do mnie dopiero w połowie czerwca. Stan jej bardzo zadawalający. Chód znacznie poprawiony, łydka grubsza, niż przed operacją, stopa znacznie mniej wygięta, tak, że prawie cała podeszwa przylega do podłogi, palce nie są tak szponowato zgięte, zwłaszcza duży palec ma położenie prawidłowe; stawianie na palcach możliwe, a badanie prądem elektrycznym, łaskawie przez prof. PRUSA wykonane, wykazało również, że cel operacji, t. j. zastąpienie zanikłego *m. gastrocnemii* innym mięśniem—został osiągnięty w zupełności.

W przypadku moim operacja była stosunkowo łatwa i wskazanie, jakim mięśniem zastąpić mięsień porażony, było jasne i proste. Nie zawsze jednak

tak bywa; często trzeba przeszczepiać dwa i więcej ścięgien; często wolno tylko część mięśnia zużytkować: to też w każdym przypadku, w którym operację zamierzamy wykonać, konieczne jest dokładne zbadanie prądem elektrycznym w celu ścisłego oznaczenia, które mięśnie są porażone, które osłabione, a które zupełnie zdrowe i stosownie do otrzymanego wyniku, jakoteż, rozważywszy czynnościowe znaczenie każdego mięśnia, ułożyć z góry plan postępowania operacyjnego. O konieczności tego świadczy, że nawet tak doświadczony na tem polu operator, jak VULPIUS, miał jeden przypadek niekorzystny, jak sam powiada z powodu fałszywego obrachowania.

Stałych i pewnych reguł podać tu nie można, gdyż każdy prawie przypadek przedstawia się inaczej. Jako wskazówki ogólne służyć mogą proste, a jednak bardzo dobre zasady podane przez VULPIUS'a na Zjeździe w Brunświku, a mianowicie:

Jeżeli mięsień, mający dać siłę czynnościową nie jest ważny, to ścięgnąć jego można zupełnie przeciąć i całą jego siłę zużytkować do zastąpienia porażonego mięśnia.

Jeżeli jednak warunki zmuszają do użycia mięśnia, którego zupełne wyłączenie od normalnej czynności mogłoby za sobą pociągnąć złe następstwa, natenczas wolno tylko część jego do transplantacji zużytkować, np. przy porażeniu mięśni strzałkowych i następnem rozwinięciu się stopy szpotawej, a przy utrzymaniu kurczliwości *m. gastrocnemii* nie można przeciąć całego ścięgna ACHILLESa, by cały mięsień przenieść na ścięgnąć mięśni strzałkowych; wolno tylko część jego i to mniejszą oddzielić, lub utworzyć płat, jak to np. zrobił LIPBURGER, i ten zużytkować do zastąpienia mięśni strzałkowych.

Jeżeli mięsień, mający być zastąpiony, jest zupełnie porażony, wolno go całkiem przeciąć, aby i tak zwykle ścięczałe ścięgnąć jego w całości, a zatem z większą pewnością przy gojeniu się przyszyć do mięśnia, mającego dać siłę.

Jeżeli mięsień ten jest jednak tylko osłabiony, natenczas pozostałą jeszcze część jego działania można zużytkować, a działanie jego wzmocnić przez przyszywanie bądź całego, bądź części mięśnia zdrowego, lub można tak mięsień osłabiony, jak i zdrowy podzielić i część osłabionego przyszyć do zdrowego i na odwrót część zdrowego zespoić z drugą częścią mięśnia schorzałego.

W przypadku moim mięśnie, które miały być zastąpione, t. j. *gastrocnemius* i *soleus*, były zupełnie porażone i zanikłe, zatem ich ścięgnąć przeciąłem zupełnie; mięsień, mający dać siłę, t. j. zginacz palucha, nie jest czynnościowo bardzo ważny, przeciąłem go też w całości i cały przyczepiłem do ścięgna ACHILLESa, aby uzyskać jak najlepsze jego działanie; koniec obwodowy ścięgna zginacza palucha pozostawiłem wolny w tej nadziei, że po zupełnym zniesieniu działania tego mięśnia, a pod wpływem ciężaru stopy i działania zdrowego wyprostnika krótkiego palców, ustąpi szponowate zgięcie palucha, które bardzo przeszkadzało w chodzeniu.

Obrachowanie to, jak wspomniałem, nie zawiodło. W celu łatwiejszego oryentowania się w ranie i wyszukania odpowiednich mięśni należy prowadzić cięcie długie, jak na to zwrócił już uwagę DROBNIK; to samo poleca i VUL-

rius, a i w moim przypadku przekonałem się, jak dokładne i łatwe jest oryentowanie się w ranie, jeżeli cięcie skórne jest dostatecznie długie. Ma to zresztą i to za sobą, że nawet w razie, jeżeli mięśnie, których ścięgną mamy przeszczepić nie leżą tuż koło siebie, to przez rozciąganie brzegów rany dadzą się wyszukać i do siebie zbliżyć, a do zeszcicia ich nie potrzeba używać tak skomplikowanych sposobów, jak to np. zrobił GHILLINI, który w celu połączenia porażonego mięśnia goleniowego przedniego ze zdrowym mięśniem strzałkowym długim poprowadził dwa cięcia, między nimi skórę podminował i wciągnął pod nią ścięgną obu mięśni za pomocą założonych na nie pętlic.

Sposób zespojenia ścięgien może być różny. GHILLINI np. we wspomnianym dopiero co przypadku założył na oba ścięgną pętlice na 4 ctm. od ich końca i założył je tak w siebie, że jedno ścięgną zachodziło 2 ctm. za drugie; wolne końce ścięgien porozdzielał na kilka części, te splótł ze sobą w rodzaj warkocza i zaszył jedwabiem. Jest to zapewne sposób dokładnego połączenia, postępowanie jest jednak za długie i, o ile mi się zdaje, zbyt narażające żywotność ścięgien, zwłaszcza mięśnia porażonego. Sposób przezemnie użyty wydaje mi się równie pewny i znacznie prostszy. Jako materiał do szycia poleca VULPIUS katgut, MILLOKER zaleca nitki ze ścięgną kangura. W moim przypadku użyłem podobnie, jak ERANKE, GHILLINI i inni, cienkiego jedwabiu, który byle dobrze wyjałowiony wydaje mi się w tych przypadkach odpowiedniejszym, niż materiał, ulegający czasem zbyt szybkiemu wessaniu.

Prawie wszyscy autorowie, a zwłaszcza VULPIUS zalecają, aby przed przystąpieniem do operacji usunąć najpierw zniekształcenie stopy; w moim przypadku tego nie zrobiłem, a to z tej przyczyny, że w celu zniesienia deformacji kości piętowej trzeba było chyba wykonać częściową jej resekcję, a i do usunięcia bardzo znacznego wygięcia łukowatego stopy, a zwłaszcza szponowatego zgięcia palców potrzebowałyby zabiegów już skomplikowanych i długotrwałych; zaniechałem tego w nadziei, że po przywróceniu czynności ścięgną ACHILLESA zniekształcenie samo się wyrówna pod wpływem zmienionej statyki i przewidywanie to się spełniło, gdyż już po upływie 4 miesięcy kształt stopy był prawie prawidłowy.

Nie potrzebuję chyba dodawać, że najściślejsza aseptyka jest koniecznym warunkiem dobrego wyniku, powstałe bowiem ropienie pociąga za sobą rozejście się zespojonych ścięgien, wskutek czego naturalnie i zamierzony cel operacji się niweczy. Jeden z 3 przypadków VULPIUS'a zawdzięcza ujemny wynik tej przyczynie.

Następcze leczenie jest bardzo proste. Opatrunek gipsowy pozostaje przez 6 do 7 tygodni, a po zdjęciu jego, prócz mięsienia kończyny w celu wzmocnienia mięśni, wszelkie inne leczenie jest zbyteczne. Polepszenie postępuje zwykle samo, jak to miałem sposobność przekonać się i w moim przypadku; przemieszczony mięsień nabiera przez ruch większej sily, deformacje przez poprawienie funkcji stopy same mogą się do reszty wyrównać, a ostatecznie poprawa może dojść do tego stopnia, że dzieci, nie mogące się dawniej prawie ruszać, bez przyrządu ortopedycznego odbywają swobodnie długie spacerzy, a na-

wet mogą się ślizgać, jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez FRANKE'go.

Jak dotychczas, najczęstszym wskazaniem do wykonania operacji przemieszczenia ścięgien były porażenia tak zwane esencyjalne u dzieci. Ten sam zabieg da się jednak zastosować przy podobnych zбочzeniach, powstałych z innych przyczyn, zwłaszcza po urazach, jak to miało miejsce w przypadkach, opisanych przez LIPBURGER'a, WINKLER'a i innych. Operację najczęściej wykonywa się na goleni, lubo znane są przypadki, w których operację tę wykonano na udzie, np. VULPIUS przyczepił mięsień krawiecki do *m. quadriceps*.

Wielkie znaczenie posiada ta metoda przy zniesieniu funkcji poszczególnych mięśni przedramienia i ręki, czy to z powodu porażen, czy po urazach. Tutaj bowiem zniesienie zбочzeń kształtu i przywrócenie czynności za pomocą przyrządów, które przecie po porażeniach na kończynach dolnych mogą przynieść znaczną ulgę i pomoc, jest prawie zupełnie niemożliwe.

W nowszych czasach mnożą się przypadki, w których za pomocą przemieszczania ścięgien na przedramieniu i ręce osiągnięto doskonałe wyniki, że wspomnę tu, obok przypadków, opisanych przez DROBNIKA i KRYŃSKIEGO, także przypadek MAILLEFORT'a, który przez połączenie obwodowego końca porażonego mięśnia zginacza długiego palucha z mięśniem *flexor carpi radialis* uzyskał prawie zupełne wyleczenie.

KIRSCH przez podobną operację przywrócił ruchomość palca dużego ręki prawie do stanu prawidłowego i przez to podniósł u pacjenta, według swego obrachowania, zdolności do zarobkowania z 50 na 80%.

HACKER przez zmodyfikowanie nieco postępowania zdołał przywrócić choremu straconą po urazie władzę prostowania palca wskazującego.

Już z tych kilku przypadków możemy sądzić, jakie dobrodziejstwo możemy wyświadczyć chorym przez te operacje, które nadto przez dalsze doświadczenie dadzą się bez wątpienia jeszcze lepiej wykształcić i wydoskonalić.

## L I T E R A T U R A.

- 1) NICOLADONI. Nachtrag zum des Calcaneus Transplantation der Peronealsehnen. Arch. für klin. Chir. XXVII.
- 2) PARRISH. Infantile paralysis-anastomosis of tendons. Med. Times and reg. 1893, febr. 4.
- 3) PHOCAS. Transplantation musculotendineuse dans le pied bot paralytique. Revue de l'ortopedie. 1891. 6.
- 4) PHOCAS. Note sur le raccourcissement operatoire du tendon d'Achille dans le pied bot talus paralytique. Revue de chir. 1894. 5.
- 5) GHILLINI. Pes valgus paraliticus, Neues Verfahren der Sehnen transplantationen. Centr. für Chir. 1895. 14.
- 6) LIPBURGER. Beitrag zur Sehnen transplantation. Centr. f. Chir. 1895. 22.
- 7) DROBNIK. O leczeniu porażen dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni. Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, str. 202.
- 8) DROBNIK. Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Functionstellung und Funktionsübertragung der Muskeln. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. XLIII, str. 473.
- 9) FRANKE. Ueber Sehnenüberpflanzung. LANGENBECK Arch. LII. 1.



- 10) E. MILLEKEN. Supplementary notes of tendon grafting and muscletransplantation for deformities following infantile paralysis. New-York med. rec. 1896. Novemb. 28.
- 11) WINKLER. Ueber Sehnentransplantationen. Zeitsch. f. prakt. Aerzte. 1897, 2.
- 12) FRANKE. Demonstration eines durch Sehnentransplantationen geheilten Falles von Kinderlähmung. Deutsch. Zeitsch. für Chir. Congr. XXVI.
- 13) VULPIUS. Zur Kasuistik der Sehnentransplantationen. Münch. med. Wochenschrift. 1897. Nr. 16.
- 14) VULPIUS. Ueber die Behandlung von Lähmungsdeformitäten des Fusses. Beitrag Naturforscher und Aerzte Versammlung im Braunsch. 1897.
- 15) MAILLEFORT. Einige kasuistische Beiträge zur Unfallheilkunde. Monatschr. für Unfallheilkunde. 1898. 1.
- 16) KIRSCH. Für Sehnentransplantation. Monatschr. für Unfallheilkunde. 1897. 12.
- 17) PIECHAUD et BERGONIE. De l'anastomose tendineuse dans les déviations du pied consécutives à la paralysie infantile. Revue de chir. 1897. 11.
- 18) BRADFORD. Tenoplastic surgery. Transact. of the Amer. surgic. Assoc. 1897.
- 19) HACKER. Neues Verfahren der Sehnenplastik. Wien. klin. Wochsch. 1898. 1.
- 20) VULPIUS. Ueber die Heilung von Lähmungen und Lähmungsdeformitäten mittelst Sehnenüberpflanzung. Samml. klin. Vorträge. N. F. Nr. 197.

Z ODDZIAŁU D-RA CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

## II. KILKA UWAG O ZAPALENIU PŁUC WŁÓKNIKOWEM.

podał

**Karol Zaleski.**

[Dokończenie.—Patrz Nr. 37].

Na szczególną uwagę zasługuje jedno z dawniejszych spostrzeżeń, w którym w 8 dniu zapalenia płuc włóknikowego zjawilo się zapalenie ropnej tkanki podskórnej (*phlegmone*), wywołane przez dwuziarniaki FRAENKEL'a.

18-letni malarz dnia 10. XI. 1893 rano dostał dreszczów i gorączki. Chcąc się wypocic dla prędszego pozbycia się choroby, poszedł do łaźni i spędził tam kilka godzin. Wieczorem ponowiły się dreszcze, zjawila się gorączka, brak sił, klucie w boku lewym, kaszel i ból głowy. Nazajutrz przybył do szpitala, gdzie znaleziono odgłos bębenkowy i trzeszczenia pod pachą lewą. Tętno 120. Oddech 36.

Dnia 12. XI. Tętno 120. Oddech 36. Cera z odcieniem żółtaczkowym. Nad całym zrazem dolnym płuca lewego stępienie, oddech oskrzelowy i trzeszczenia.

Dnia 13. XI. Tętno 130. Oddech 44. Upadek sił, bredzenie; objawy fizyczne posuwają się w górę.

Dnia 14. XI. Tętno 108. Oddech 30. Objawy fizyczne nad całym prawie płucem lewym.

Dnia 16. XI. Tętno 108. Bredzenie.

Dnia 17. XI. Chory spokojniejszy. Od dnia wczorajszego ból w pośladku prawym i uchu lewym. Dziś w nocy wystąpiło bardzo bolesne przy ucisku i ruchach obrzmienie i zaczerwienienie w okolicy napięstka prawego, zachodzące na przedramię i na połowę dłoni. W ciągu dni następujących obrzmienie to nie wzrastało. Przekłucie próbne obrzmienia dało kroplę płynu mętnego, krwawego, zawierającego mnóstwo ciałek ropnych i dwuziarniaków. Po unieruchomieniu stawu obrzmienie po 8 dniach zaczęło się zmniejszać samo przez się, a po tygodniu jeszcze znikło i pozostał tylko ból przy ruchach. W tym samym czasie wśród kilkakrotnych potów zaczęły znikać i objawy fizykalne.

Dnia 25. XI. Objawy fizykalne są jeszcze nieznaczne, a dnia 2. XII. znikły zupełnie. Tętno 80—88. Brak sił wciąż jeszcze pozostał.

Już dnia 16. XI chory narzekał na ból w pośladku prawym, potem z obawy przed przekłuciem próbnym, jak opowiadał, zupełnie zamilczał o tym bólu. Dopiero dnia 1. XII. spostrzeżono przy kości krzyżowej między grzebieniem kości biodrowej i krętarzem obrzmienie bolesne. Obrzmienie to stopniowo wzrastało, wreszcie zjawilo się w niem chęłbotanie.

Dnia 14. XII przepisano chorego na oddział D-ra JAWDYŃSKIEGO. Tu dnia 16. XII w uspieniu chloroformowem otworzono głęboki ropień pod mięśnieniem pośladkowym wielkim; ponieważ znaleziono dwie zatoki boczne, więc zrobiono jeszcze dwa przeciwotwory: u koleca biodrowego przedniego i w pobliżu odbytu. Z ropy kol. ŚWIEŻYŃSKI w pracowni D-ra JAKOWSKIEGO wyhodował dwuziarniaki FRAENKEL'a. Stan ogólny chorego z początku, acz powoli poprawiał się. w ostatnich jednak dniach grudnia nastąpiło pogorszenie: zjawil się kaszel, rzażenia wilgotne w obudwu płucach, *tachycardia* [tętno 120—140], odleżyna. Potem znowu zaczął się powoli polepszać stan ogólny chorego, który 25 stycznia wypisał się w stanie niezłym. Po niejakiś czasie ten sam chory zmarł na innym oddziale, a badanie zwłok wykazało gruźlicę płuc i osierdzia.

Dodam tu, że znalazłem kilka spostrzeżeń, z których wynika, że chorzy ci i po przebyciu typowego na pozór zapalenia płuc umierali wkrótce [około roku], a badanie zwłok wykazywało w nich gruźlicę. W trzech takich przypadkach znaleziono gruźlicę osierdzia z grubym pokładem serowatym. Jeden z tych przypadków opisano wyżej; można w nim było podejrzewać powikłanie zapalenia osierdzia podczas zapalenia płuc. W przypadku drugim objawy fizykalne [zraz górny płuca prawego] nie ustąpiły zupełnie po ustaniu gorączki. W pół roku później ten sam chory leżał znów w szpitalu z objawami *myocarditidis* [tętno niemiarrowe, obrzęki]. Tu wzmógł się kaszel i zjawila się gorączka trawiąca. Podczas badania zwłok znaleziono stwardnienie zrazu prawego górnego, pokład serowaty na osierdziu i świeżą gruźlicę osierdzia i płuc. Czyżby ten udział osierdzia w przypadkach, podlegających potem gruźlicy, był tylko wypadkowy, czy też rzeczywiście powtarzał się częściej?

Zapalenie osierdzia w przebiegu zapalenia płuc jest trudne do rozpoznania za życia. Stwierdzić go stanowczo nie udało się ani razu. Całkiem inaczej ma się rzecz przy zapaleniu osierdzia, wikłającym gościec stawowy. Za-

pewne w przypadku pierwszym bywa mniej wysięku, niż przy gościu, lecz zawsze pozostanie zagadką, dlaczego włóknik, nagromadzony obficie na osierdziu, nie daje tarcia. Co prawda i tarcie opłucnowe niezbyt często [w 10-tej części przypadków] dawało się stwierdzić, a przecież jest to powikłanie prawie stałe.

Istnienie tak zw. *pleuritis purulentae metapneumonicae* jest dobrze znane. Bywają jednak i takie przypadki, w których zapalenie opłucnej z wysiękiem ropnym daje się stwierdzić jeszcze w okresie choroby gorączkowym. Dwa takie przypadki szybko zakończyły się śmiercią. W jednym z nich [śmierć nastąpiła 8 dnia choroby] obok jednostronnego zapalenia płuc wysięk ropny, acz w niewielkiej ilości, znaleziono w jamach obu opłucnych. W drugim przypadku śmierć nastąpiła 6-go dnia choroby. W innym jeszcze wysięk surowiczy, wklajający zapalenie płuc, bezpośrednio po rozejściu się tegoż uległ zropieniu. Nakoniec w jednym przypadku, po ostatecznym opadnięciu ciepłoty, na miejscu niewątpliwego zwłóknienia zraza dolnego płuca prawego zjawiał się wysięk surowiczy w opłucnej. Chory ten miał zupełnie zapadniętą połowę lewą klatki piersiowej od dzieciństwa. Pomimo tak nieprzyjaznych warunków oddechowych i ciężkiego przebiegu cierpienia zejście było pomyślne.

Co się tyczy zejścia zapalenia płuc, to zasługuje na uwagę wzmianka o przechodzeniu zapalenia płuc włóknikowego w śródmiąższowe. Zejście takie spotykamy tam, gdzie sprawa chorobowa zaciąga się na czas dłuższy i nie ulega rozdzieleniu. Wśród naszych kart szpitalnych były 2 przypadki, o których wiedziano, że chorzy ci bardzo niedawno przebyli zapalenie płuc na innym oddziale, obecnie zaś przybyli do szpitala powtórnie z innym zupełnie cierpieniem. Pomimo najstaranniejszego badania nie udało się tu znaleźć w płucach żadnych zmian fizykalnych; tymczasem podczas badania zwłok znajdowano obraz śródmiąższowego zapalenia płuc. Zdawałoby się więc, że zniknięcie objawów fizykalnych nie upoważnia jeszcze do wniosku, że płuco rzeczywiście wróciło do stanu prawidłowego.

Wessanie wysięku płucnego często opóźnia się znacznie, a jednak ostatecznie przychodzi do skutku. Przypadków takich znalazłem 6. Objawy miejscowe pozostały tu jeszcze po 4 — 6 tygodniach stanu bezgorączkowego. W jednym z tych przypadków objawy miejscowe zniknęły po 6 tygodniach, w drugim trwały one dłużej, niż 3 miesiące, ale w rok później nie można było odnaleźć nic, prócz słabszego nieco oddechu. Chory ten w 4-tym tygodniu choroby dostał jakby nawrotu cierpienia z gorączką ciągłą do 40° i bredzeniem, a jednocześnie objawy fizykalne szerzyły się szybko. Po przełomie jeszcze w ciągu miesiąca ponawiała się nieregularna gorączka z kilkudniowymi przerwami.

U chorych naszych stosunkowo często [w 12 przypadkach] gorączka przeciągała się do dwóch tygodni; w dwóch trwała przez trzy tygodnie, a w jednym dopiero co wspomnianym 2 miesiące.

Na podstawie zebranego przezemnie materiału klinicznego możnaby się kusić o odpowiedź na pytanie, co wart jest nasz szpital dla chorych, przybywających z zapaleniem płuc, i jakie usługi im oddaje. Na przebieg choroby

bowiem i na rokowanie rażący wpływ wywiera dzień choroby, w którym chory przybywa do szpitala. Nijęj podaję odpowiednie zestawienie.

Przybyło w dniu choroby	Ilość chorych	Zmarło	
1	2	0	} Z 18 więc chorych żaden nie zmarł.
2	8	0	
3	8	0	
4	15	2	} Z 26 zmarło 3—12%.
5	11	1	
6	8	3	} Z 21 zmarło 5—24%.
7	9	1	
8	4	1	
później {	7	1	} Z 15 zmarło 5 <sup>1)</sup> —33%.
jeszcze {	8	4	

Ostatnia pozycya [8 chorych, z których zmarło 4] obejmuje przypadki, w których nie można było dowiedzieć się nie pewnego o czasie, kiedy zaczęła się choroba. Były to jednak przypadki zapóźnione, jak na to zresztą wskazywały wyniki badania zwłok. Tabliczka powyższa mówi sama za siebie. Dodam tylko, że i na długość trwania gorączki czynnik powyższy wywierał wpływ poważny. Wszyscy bez wyjątku chorzy, którzy zgłosili się do szpitala w pierwszych dwóch dniach choroby, gorączkowali tylko około tygodnia, nie dłużej nad 8 dni. Natomiast u przybyłych później—w 3—5 dniu choroby—gorączka częstokroć przeciągała się dłużej, a nawet 2 gorączkowało 2 tygodnie. Z przytoczonych więc danych możnaby wyciągnąć wniosek, że, pomimo wszelkich stron ujemnych szpitali naszych, pobyt w nich dla chorych na zapalenie płuc jest bez porównania korzystniejszy, niż leczenie się w domu, a względnie pozostawanie bez leczenia.

Tak by się wydawało, lecz jednak liczby te wymagają krytyki. Kto bowiem przybędzie do szpitala już w pierwszych dniach zapalenia płuc? Przewszystkiem ci, u których choroba wystąpi od razu groźnie, a więc chorzy z ostrym początkiem choroby. Widzieliśmy zaś wyżej, że taki początek zapalenia płuc daje lepsze rokowanie, niż początek powolny. Następnie wcześniej przybędą ci, którzy nie mają swego kąta i rodziny [służący, terminatorzy i t. p.], a są to najczęściej ludzie młodzi. Trafiamy więc znowu na sprawę wieku chorych. Wyżej już powtarzałem kilkakrotnie z naciskiem: że w zapaleniu płuc wiek chorych stanowi o niebezpieczeństwie choroby; że zanim jakiebądź czynnikowi przyznamy wpływ na tę chorobę, musimy sprawdzić, czy za tym pozornym czynnikiem nie kryje się wpływ wieku. Otoż z pomiędzy chorych przybyłych:

<sup>1)</sup> Do tego zestawienia wciągnąłem i chorych z r. b.

	W pierwszych 3-ch dnach.	W 4 i 5 dniach choroby.
młodszych do lat 30	było 12 [zmarło 0]	było 13 [zmarło 0]
starszych po 30 latach	6 [zmarło 0]	13 [zmarło 3]

czyli: z 25 młodszych, przybyłych do szpitala wcześniej, nie zmarł żaden, chociaż przeciętna śmiertelność w tym wieku, bez względu na czas przybycia do szpitala, wynosiła, jak widzieliśmy wyżej, 6%. Z 19 starszych zmarło 3, przeciętna zaś śmiertelność w tym wieku była 25%. I te liczby przemawiają na korzyść naszego szpitala. Niestety, nie są one tak imponujące, jak poprzednie i jak tego pragnęlibyśmy.

Wpływ warunków klimatycznych na częstość epidemii zapalenia płuc oddawna już był przedmiotem uwagi licznych badaczy. Wszystkie dotychczasowe poszukiwania stwierdzają zdanie ZIEMSSEN'a, że we wszystkich miastach, nieco odległych od morza, *maximum* częstości zapaleń płuc przypada na marzec, kwiecień i maj, *minimum* zaś na czerwiec, lipiec i sierpień. W okresie od grudnia do maja liczba zachorowań jest dwa razy większa, niż w pozostałych miesiącach. ZIEMSSEN wreszcie odróżnia klimat morski [Anglię] i lądowy [ląd stały Europy]. W Anglii największa ilość przypadków zapalenia płuc przypada na zimę, a najmniejsza na lato; w środku zaś Europy przeważną ilość przypadków zapalenia płuc widzimy na wiosnę, najmniej zaś w jesieni. Zobaczymy niżej, o ile wnioski ZIEMSSEN'a zgadzają się z naszymi warunkami klimatycznymi. Materiał odnośny, który w zestawieniu podaję niżej, czerpałem z wykazów statystycznych o ruchu chorych przez szereg lat [od roku 1883 do 1887] w szpitalu Dz. Jezus.

Miesiąc.	Rok 1883.	Rok 1884.	Rok 1885.	Rok 1886.	Rok 1887.	Ogół w mies.
Styczeń	25	17	34	29	16	121
Luty	15	14	28	33	19	109
Marzec	32	14	19	32	17	114
Kwiecień	22	24	39	38	28	151
Maj	22	14	25	34	18	113
Czerwiec	16	11	17	23	15	82
Lipiec	11	13	13	10	13	60
Sierpień	3	18	9	13	14	57
Wrzesień	18	10	8	9	15	60
Październik	22	16	9	23	23	93
Listopad	16	12	21	22	17	88
Grudzień	16	18	15	14	13	76
Razem	218	181	237	280	208	1124

Liczba ogólna chorych na zapalenie płuc wynosi za ten czas 1124. Co do pół roku, to, jak widać z załączonej tabliczki, na miesiące zimowe i wiosenne [włącznie grudzień do maja] przypada 684. Ze 100 więc zachorowań przypada na wspomniane miesiące 61,2. Jest to stosunek zbliżony do spotykanego i w innych miastach większych, gdzie liczby powyższe wahają się między 60 a 72 na 100. Ilość zachorowań w miesiącu marcu, kwietniu i maju—378—sta-

nowi prawie 33,3%, t. j. trzecią część ogólnej liczby zachorowań. Lato dostarcza znacznie mniej przypadków [119], niż jesień [241]. A zatem zdanie, wypowiedziane przez ZIEMSEN'a, można przenieść i na nasze warunki klimatyczne z bardzo nieznaczniemi ograniczeniami.

Na podstawie przytoczonych liczb możnaby wnosić, że i w Warszawie najczęściej chorych na zapalenie płuc bywa w miesiącach zimowych i wiosennych, a szczególnie niekorzystnie pod tym względem przedstawiają się marzec, kwiecień i maj. Tego samego zdania jest i JĘDRZEJEWICZ <sup>1)</sup>. Spozstrzegał on 17 epidemii zapalenia płuc w okresie czasu od roku 1875 do 1886. Rozkładając te 17 epidemii na pojedyncze miesiące, otrzymamy następującą tabliczkę, na ogół zgodną z powyższymi wynikami.

W miesiącu.	Było epidemii.
Styczniu	3
Lutym	2
Marcu	4
Kwietniu	3
Maju	1
Czerwcu	1

W miesi .cu.	Było epidemii
Lipcu	—
Sierpniu	—
Wrześniu	—
Październ.	—
Listopadzie	1
Grudniu	1

Wnikając głębiej w istotę warunków klimatycznych, które wpływają na zjawianie się epidemii zapalenia płuc, JĘDRZEJEWICZ znalazł, że z tych 12 epidemii 13 zdarzyło się w takich porach, w których ciepłota powietrza była znacznie niższa od właściwej dla nich średniej, a tylko 4 razy przy wyższej. Z tychże 17 epidemii 12 przypadło w czasach najmniejszego wadania dziennego ciepłoty. Znaczy to, że rozwijanie się zapalenia płuc szczególnie sprzyja nadmierne ochłodzenie danej pory roku, nadmierne zaś wahaniaienne ciepłoty nie wywierają tu wpływu widocznego.

Częstość zapalenia płuc w różnych porach roku bardzo podobnie występowała wśród chorych, którzy posłużyli mi do pracy niniejszej. Nieco odmiennie wypadają dane, zebrane przemnie dla szpitala Ś-go Ducha. Jako materiału, użyłem prac statystycznych, podanych przez SZUMLAŃSKIEGO <sup>2)</sup> i IWANICKIEGO <sup>3)</sup>. Praca SZUMLAŃSKIEGO podaje liczbę chorych na zapalenie płuc włóknikowe za lata: 1886, 1887 i 1888, a IWANICKI przytacza spostrzeżenia o 50 przypadkach tego samego cierpienia, spostrzeganych w roku 1891. Ilość chorych rozpadała się na miesiące oddzielne, jak widać z umieszczonej niżej tabliczki.

<sup>1)</sup> J. JĘDRZEJEWICZ. Tablice porównawcze czynników meteorologicznych i t. d. Pamiętnik fizyograf. r. 1887 str. 152.

<sup>2)</sup> W. SZUMLAŃSKI. Sprawozdanie statystyczno-lekarskie i t. d. Zdrowie 1890. str 194.

<sup>3)</sup> ST. IWANICKI. Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc i t. d. Nowiny Lekar. 1892 str. 511.

Miesiąc.	Rok 1886.	Rok 1887.	Rok 1888.	Rok 1891.
	Ilość chorych	Ilość chorych	Ilość chorych	Ilość chorych
Styczeń	2	4	4	6
Luty	3	—	2	9
Marzec	2	3	7	6
Kwiecień	2	—	11	11
Maj	6	3	7	11
Czerwiec	5	—	14	10
Lipiec	7	8	2	6
Sierpień	9	—	2	6
Wrzesień	4	1	11	4
Październik	4	6	5	4
Listopad	4	5	3	7
Grudzień	5	5	—	8
Razem	53	35	58	88

Z zestawienia tego wynika, że szpital Ś go Ducha przyjmuje takich chorych stosunkowo bardzo dużo w miesiącach letnich. Zdaje mi się, że zależy to od naszych warunków miejscowych: w lecie szpitale nasze nie są przepełnione i wtedy chorzy chętniej udają się do szpitala Ś-go Ducha, niż do Dz. Jezus.

I praca DANIELEWICZA <sup>1)</sup> wykazuje najmniejszą śmiertelność z zapalenia płuc i opłucnej (*pneumonia et pleuro-pneumonia*) na miesiące letnie: czerwiec, lipiec i sierpień. Zaznaczyć jednak trzeba, że cenna ta praca uwzględnia tylko ilość śmierci, a nie zachorowań, że polega na materyale wartości wątpliwej, jak np. świadectwa śmierci, i że autor niesłusznie wyłączył ze wspomnianej rubryki przypadki pod nazwą: *pneumonia crouposa*.

Co do charakteru poszczególnych epidemii, to mogłem zauważyć, że w roku 1895 zdarzało się więcej przypadków złośliwych i z przypadkościami mózgowymi; w roku 1897 przeważały łagodne z wypryskiem wargowym.

Wahania odsetki śmiertelności w zapaleniu płuc u różnych autorów są bardzo wielkie i niejednakowo w latach poszczególnych [od 5% do 31%]. Wątpię, żeby u nas kiedykolwiek tak nisko spadały. Wynosiły one w szpitalu Dz. Jezus za czas wyżej oznaczony [przez lat 5 było chorych 1128 ze śmiertelnością 242] średnio 21,5% <sup>2)</sup>. W naszym zaś materyale, aczkolwiek liczby są zbyt małe do porównań, na 80 chorych [licząc i tegoroczne] zmarło 13, co stanowi prawie 16,5%. Prof. KORCZYŃSKI miał w swej klinice przez 4 lata 11,1% śmiertelności, która w szpitalu Krakowskim Ś-go Łazarza wynosiła 28,8%. W szpitalu Ś-go Ducha IWANICKI w ciągu lat od 1836 do 1891 zebrał 349 przypadków, z których zmarło 70; stanowi to nieco więcej, niż 20%.

<sup>1)</sup> Przeciętą śmiertelność warszawska za czas 5-letni według przyczyny śmierci. Zdrowie. 1895. str 444.

<sup>2)</sup> W roku 1883 na 218 przypadków 27%; w roku 1885 na 237 przypadków 21,9%  
 1884 „ 184 „ 20,7%. „ 1886 281 „ 20%  
 „ 1887 203 „ 17,8%.

W sprawozdaniach dawniejszych ze szpitali warszawskich i prowincjonalnych można byłoby znaleźć dużo danych, dotyczących śmiertelności z zapalenia płuc włóknikowego. Nie miałem jednak cierpliwości na systematyczne przejrzanie tych sprawozdań. O ile przypadkowo wpadły mi w ręce, znajdowałem zawsze śmiertelność około 20%. Najniższą pewnie śmiertelność, niższą od rzeczywistej, przytaczano wtedy, kiedy toczyły się namiętne spory między przeciwnikami i zwolennikami upustu krwi, i gdy obie strony chciały przechwalić się lepszymi wynikami. Łuczkiwicz podawał wtedy śmiertelność 12% w szpitalu wilanowskim, KRYSZKA zaś u Ś-go Rocha 14,4% [z 6 lat i 671 przypadków].

Ilość chorych na zapalenie płuc w stosunku do innych chorób przedstawia się, jak następuje. W Niemczech, Anglii i Francji pneumonicy stanowią 3% wszystkich chorych wogóle, a 6,4% chorych wewnętrznych. KORCZYŃSKI dla szpitala Ś-go Łazarza za lata od 1871 do 1875 znalazł liczbę tych chorych 567, co stanowiłoby 7,7% wszystkich chorych wewnętrznych, leczonych w tym szpitalu. W klinice swej ten sam autor odsetkę powyższą oblicza na 8,7%. U nas w szpitalu Dz. Jezus przez 5 lat [1883—1887] leczyło się chorych wogóle 31719; pomiędzy nimi chorych na zapalenie płuc było 1128, co odpowiada mniej więcej 3,5%.

Leczenie na sali 32 polegało, obok okładów, baniek, czasem narkotyków, najczęściej prawie na rutynicznym podawaniu kamfory [0,03] z kwasem będźwinowym [0,13] 3 razy dziennie, wszystkim chorym na zapalenie płuc od początku choroby. W cięższych przypadkach dodawano wino i wódkę. Na tym rodzaju leczenia zatrzymano się po wypróbowaniu wielu innych środków. Śmiertelność, jak widzieliśmy, wynosiła prawie 16,5%. Jest ona nieco niższa od przeciętnej szpitalnej, przytoczonej wyżej. Właściwie jednak różnica zmalałaby znacznie przy uwzględnieniu płci chorych. Spostrzeżenia moje pochodzą z oddziału męzkiego; u nas zaś, jak wszędzie, śmiertelność z zapalenia płuc jest wśród kobiet wyższa [29% za lata 1883i 1884], niż pomiędzy mężczyznami [21% za ten sam okres czasu. Liczby te obejmują 402 przypadki, mianowicie na 158 kobiet zmarło 46, a na 244 mężczyzn zmarło 51].

W pracy swej starałem się, o ile mogłem, uwzględnić naszą medycynę i literaturę. Kończąc ją, chciałbym przypomnieć, że u nas prócz DIETLA, którego prace nad zapaleniem płuc posiadają znaczenie europejskie, zasługuje na pamięć niepospolity klinicysta KACZOROWSKI. W roku 1872, t. j. na dwa lata przed JUERGENSEN'em, oświadczył się on stanowczo za zakaźnem i pasożytniczem pochodzeniem zapalenia płuc. Żeby nie pominąć i odwrotnej strony medalu, nadmienię, że w roku 1858 ORKISZ w Tygodniku Lekarskim wyszydził nielitościwie lekarzy, posługujących się perkusją i auskultacją. Zgromił go za to surowo SZOKALSKI. Zapewne był to właśnie okres przełomowy w rozpowszechnieniu się u nas, w Warszawie, tych metod badania. Jeszcze w 1840 roku LEBEL, opisując zapalenie płuc, nic nie wspomina o opukiwaniu i wysłuchiwanu. W roku 1842 pierwszy LEBRUN opisuje wyniki badania fizykalnego swych chorych.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 134. Riedel. W kwestyi powstawania i rozpoznawania napadu kolki wątrobowej.

Poglądy autora na patogenezę kolki żółciowej znakomicie różnią się ogólnie przyjętych zapatrywań. Według tych ostatnich, odróżniać należy t. z. typowy napad kolki wątrobowej od nietypowego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Przy typowym napadzie kamień „wędruje“, następnie zostaje „uwięźnięty“, wskutek czego powstaje ból; ten ostatni ustaje z chwilą, gdy „uwięźnięcie“ zostaje usunięte. Co wywołuje „wędrowkę“ kamieni, napewno nie jest jeszcze ustalonym; prawdopodobnie są to skurcze mięśni pęcherzyka żółciowego, które wprawiają kamienie w ruch; gdy kamienie dosięgły przewodów żółciowych, wówczas należy uważać żółć za najglówniejszy motor. Temu typowemu napadowi, połączonemu z wydaleniem kamieni *per vias naturales*, przeciwstawić należy nietypowe, o wiele rzadziej występujące, zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Autor rozporządzając olbrzymiem osobistym doświadczeniem w omawianym tu dziale patologii, na podstawie dokonanych przez siebie wczesnych operacyi kamieni żółciowych, jak również licznych oględzin pośmiertnych, doszedł do wniosków pod wielu względami odmiennych od powszechnie panujących obecnie poglądów. Wszystkie swe zapatrywania autor popiera odnośnemi spostrzeżeniami, zaczerpniętymi z własnej praktyki.

Zaczyna autor od starej nauki o „wędrowaniu“ kamieni żółciowych. Nie odrzuca tego poglądu, lecz dowodzi, że wędrowka taka odbywa się prawie zupełnie bez bólu i bez objawów. Często znajdujemy u osobników, którzy od czasu do czasu cierpią na zaburzenia w trawieniu, pęcherzyk żółciowy, zrośnięty z otaczającymi narządami, głębokie przewody żółciowe nieco rozszerzone, nawet trzustkę zgrubiałą i w stanie zapalnym; nie cierpieli ci chorzy nigdy na kolkę żółciową, a jednak mieli kamienie żółciowe, pozbywali się zaś ich bez bólu.

Kilka spostrzeżeń, przytoczonych przez autora, doskonale objaśnia dopiero co wypowiedziane zdanie. Że kamienie bardzo często przechodzą przez przewody żółciowe do jelit zupełnie bez bólu, dowodzi częstość zrostów przy wolnym od kamieni pęcherzyku żółciowym. Autor otwierał jamę brzuszną około 15–20 razy wyłącznie wskutek podobnych zrostów między pęcherzykiem żółciowym z jednej strony, a siecią, dwunastnicą i poprzecznicą z drugiej. Większa część tych chorych przedtem nie miała żadnych objawów kolki żółciowej; obecność jednak zrostów dowodziła, że większość ich miała kamienie żółciowe, które odeszły były niepostrzeżenie, pozostawiając tylko zrosty. Istnieje zatem samodzielna, posuwająca kamienie czynność pęcherzyka żółciowego, lecz czynność ta jest cicha, niebolesna.

Gdzie jest ból, tam jest zapalenie. Kamienie żółciowe jednak w stosunku do swej częstości względnie rzadko wywołują zapalenie. Wolni od dolegliwości są przedewszystkiem ci wszyscy, których przewód pęcherzykowy (*d. cysticus*) pozostaje stale otwarty. Żółć wówczas wchodzi do pęcherzyka i wychodzi, obmywa kamienie i wygładza je. Tysiące osób nosi ze sobą podobne spoczywające kamienie, doznając najwyższej pewnego bólu ciągnącego przy energicznych ruchach, szybkim chodzeniu, jeździe po nierównej drodze. Dolegliwości najczęściej zaczynają się dopiero wówczas, gdy kamień usadawia się w szyjce pęcherzykowej. Tam został on bez bólu wpędzony, dzięki skurczom mięśni pęcherzyka żółciowego; tam zatrzymuje się, rośnie i stopniowo zamyka

przewód pęcherzykowy. Zawartość pęcherzyka wówczas powoli się zmienia, stając się coraz bardziej wodnistą; po pewnym czasie rozwija się puchlina pęcherzyka, przyczem o uwieżnięciu kamienia i mowy niema.

W pewnych przypadkach kamień pozostaje spokojnie na swoim miejscu, nie powodując żadnych zaburzeń; w innych zaś, o wiele częstszych, rzecz ma się inaczej; kamień wprawdzie nie posuwa się dalej, nie „węduje“, a jednak daje o sobie znać przez zapalenie, jakie dokoła siebie wywołuje. Ta sprawa zapalna naokoło obcego ciała stanowi najglówniejszy punkt całej kwestyi kamicy żółciowej. Autor szczegółowo rozpatruje to pojęcie, przytaczając dla ilustracyi przykłady z różnych dziedzin patologii [dna, zapalenie wyrostka robaczkowego, martwaki w kościach i t. d.]. Zapalenie naokoło obcego ciała [kamienia żółciowego], które autor dla krótkości nazywa *perialienitis*, rozwija się niezmiernie rzadko w zupełnie normalnym, zawierającym kamienie, pęcherzyku żółciowym. Póki przewód pęcherzykowy jest otwarty tak, że żółć może swobodnie wlewać się i wylewać, póty niema warunków, sprzyjających powstawaniu *perialienitidis*. Powstaje ona w zmienionych w jakikolwiek sposób pęcherzykach. Należy liczyć się z tym faktem, że przynajmniej w 95% przypadków pęcherzyk żółciowy przed wystąpieniem pierwszego napadu kolki wątrobowej jest mniej lub więcej zmieniony [to samo mamy przy zapaleniu wyrostka robaczkowego]. O tem przekonały autora wczesne operacye, t. j. takie, które zostały wykonane bezpośrednio po pierwszym napadzie kolki. Zmiany dotyczą w pierwszej linii zawartości pęcherzyka, w drugiej—ścian tegoż.

Przy zataniu szyjki pęcherzykowej żółciowe składniki zawartości zostają wchłonięte; znajdujemy z początku jeszcze żółto zabarwioną, później zaś tylko jasną surowicę. Poza pierwszym, najstarszym, tkwiącym w szyjce pęcherzykowej kamieniem, mogą tworzyć się nowe pokolenia kamieni; ściana pęcherzyka ulega zgrubieniu. Wszystkiego tego chorego nie odczuwa, jeśli błona surowicza pęcherzyka pozostaje nietkniętą, lecz często nawet przy zajęciu tej błony i wytwarzaniu się zrostów z sąsiednimi narządami chorego nie doświadcza żadnych dolegliwości.

W większości przypadków chorego czują jednak pewne zaburzenia: cierpią na niestrawność, dostają często „kurczów żołądka“. Największą winę w powstawaniu tych „zaburzeń żołądkowych“ przypisać należy zrostom pęcherzyka żółciowego; towarzyszą one kamicy żółciowej w 75% przypadków. Początkowo zrostowi ulega sieć, następnie dwunastnica, która najczęściej zrasta się z szyjką pęcherzykową, wreszcie poprzecznicą. Zrosty te często w najrozmaitszy sposób zmieniają kształt pęcherzyka. Ponieważ zrosty — po odejściu kamieni *per vias naturales*—często powodują „kurcze żołądka“, przeto przyjąć należy, że grają ważną rolę także przy istniejących jeszcze w pęcherzyku kamieniach.

Napady kolki występują często bez wszelkiego powodu, niekiedy zaś po lekkim urazie. Rozwija się wówczas, na dobrze już przygotowanym gruncie, zapalenie pęcherzyka (*perialienitis*). Prowadzi ono najczęściej do wytworzenia się wysięku surowiczego, podobnie jak pierwszy napad dny powoduje także zazwyczaj *synovitiidem serosam*. W pojedynczych przypadkach wysięk od razu jest surowiczo-ropnym, albo czysto ropnym, w wyjątkowych przypadkach żółciowo-mętym. Ten mniej lub więcej szybko zbierający się wysięk usiłuje przepchnąć tkwiący w szyjce pęcherzyka kamień dalej. Udaje mu się to niekiedy, jeśli kamień jest mały. Kamień przechodzi przez *d. cysticus* do *d. choledochus*; odbywające się w pęcherzyku zapalenie rozprzestrzenia się na układ przewodów żółciowych wątroby, gdzie również dochodzi do zwiększenia ilości płynu.

Przy występowaniu żółtaczki kamień zostaje popychany naprzód, przekracza *papillam*, i napad kończy się nagle, przyczem krótko przedtem silnie

napięty i powiększony pęcherzyk opadu, żółtaczka znika. Kamień po kilku dniach bywa znajdowany w stolcu. Jest to dawny „typowy napad kolki żółciowej“, uwarunkowany zapaleniem surowiczem (*perialienitis serosa*). Autor nazywa tego rodzaju napad „zupełnie skutecznym“ (*volkommen erfolgreich*). Gdy kamień, tkwiący w szyjce pęcherzyka, jest duży, to ciśnienie, wywierane przez zebrany w pęcherzyku płyn, nie może go dalej posunąć; to samo ma miejsce i przy małym kamieniu, gdy przewod pęcherzykowy jest obrzmiały wskutek rozszerzenia się nań przewlekłej sprawy zapalnej z błony śluzowej pęcherzyka; wreszcie wypędzenie kamienia nie udaje się przy zarosnięciu przewodu pęcherzyka. We wszystkich tych przypadkach zapalenie będzie „bezsłuczne“.

Dawniej sądzono, że zupełnie skuteczne napady kolki wątrobowej [t. j. z odejściem kamienia, *resp.* kamieni drogami naturalnymi] są bardzo częste, wskutek czego nazwano je „typowymi“. Autor twierdzi, że są one niezmiernie rzadkie. Mniemana częstość napadów skutecznych tłómaczy się tem, że napady bezskuteczne często uważane bywają za skuteczne. Na 300—400 chorych z kamieniami żółciowymi autor spostrzegł bardzo mało takich, którzy cierpieli na t. zw. typowe napady z natychmiast występującą żółtaczką i odejściem małych kamieni *per vias naturales*.

I. Bezskuteczny napad kolki wątrobowej. Ze zwiastunami [zaburzenia żołądkowe] lub bez nich występują nagle w okolicy pęcherzyka żółciowego silne bole, którym zazwyczaj towarzyszą nudności, często także wymioty. Okolica nadbrzuszną wzdyma się i często staje się tak wrażliwą, że nie znosi najłżejszego ucisku. Napad przebiega z gorączką lub bez niej; im więcej napiętym jest pęcherzyk żółciowy, tem wogóle wyższa jest ciepłota. Jeśli pęcherzyk przed napadem był normalnej wielkości, to wyczuwa się tuż pod wątrobą podczas lub w samym początku napadu ciało gruszkowatego kształtu; jeśli chory pozwala na dokładniejsze obmacywanie, można niekiedy wyczuć delikatne trzeszczenie. Często pęcherzyk żółciowy już przed pierwszym napadem jest skurczony lub zmieniony w swym kształcie; natenczas nie wyczuwa się go podczas napadu.

U mężczyzn wskutek napięcia twardych mięśni prostych bardzo rzadko daje się wyczuć pęcherzyk żółciowy. Jeśli zapalenie pęcherzyka żółciowego jest surowicze, jak to najczęściej bywa przy pierwszym napadzie, to po kilku godzinach lub dniach znika ono tak samo, jak napad duży. Następny napad przyjść może dopiero po kilku lub kilkunastu latach, a niekiedy rzecz kończy się na jednym napadzie. *Perialienitis* jednak zwykle powtarza się, przyczem charakter wysięku często pozostaje ten sam. Napady albo stają się silniejsze, albo słabsze, zupełnie jak przy dnie.

W niektórych przypadkach obraz chorobowy stopniowo zmienia się: napady występują przy towarzyszeniu dreszczy i wysokiej gorączki. Zdarza się to także przy *perialienitis serosa*, najczęściej wskazuje na zmianę wysięku z surowiczego na surowiczo-ropny lub czysto ropny. Napad trwa wówczas dłużej, ustępuje jednak i przy ropnym wysięku prawie zawsze, przedstawiając analogię z występującem niekiedy ostrem zapaleniem naokoło ropnia kostnego. W dalszym jednak przebiegu ropienie staje się postępującem; bóle przechodzą w stałe, właściwe napady kolki z zupełnie wolnymi przestankami ustają, rozwija się gorączka przepuszczająca, jak przy każdym innym ropniu.

Przy pierwszym napadzie, podczas którego występuje zazwyczaj *perialienitis serosa*, nie znajdujemy żadnych drobnoustrojów w wysięku; natomiast wysięk surowiczo-ropny lub czysto-ropny zawiera je stale. W powstawaniu ostrej sprawy zapalno-ropnej drobnoustroje odgrywają niejasną rolę; ponieważ znajdują się po większej części już dawno przed ostro występującą sprawą zapalną, przeto nie można ich czynić odpowiedzialnymi za tę ostatnią. Na-

pady *perialienitidis serosae et purulentae* występują także wówczas, gdy przewód pęcherzykowy jest zarośnięty. Już jedna ta wieloma spostrzeżeniami stwierdzona okoliczność obala dawną naukę, według której kolka żółciowa prawie zawsze polega wyłącznie na uwięzieniu kamienia. Przewód pęcherzykowy zarasta stosunkowo często [w 5—7% przypadków autora] wskutek tego, że kamienie, które poprzednio przezeń przeszły [bez objawów, lub wywołując napad], uszkodziły go. Gdy w pęcherzyku zostają jeszcze kamienie, chory może później być trapiiony takimi samymi napadami, jak przy niezarośniętym przewodzie pęcherzykowym. W istocie wszak na jedno wychodzi, czy przewód ten jest mniej lub więcej stale zatkany przez kamień, czy zarośnięty, czy też nieodróżny skutkiem silnego obrzmienia własnych ścian.

We wszystkich tych 3 przypadkach istnieje jama, odgraniczona od reszty ustroju, co sprzyja powstawaniu *perialienitidis*. Chory z zarośniętym przewodem pęcherzykowym ma jednak tę wyższość, że sprawa zapalna, odbywająca się w pęcherzyku żółciowym, nie rozszerza się bezpośrednio na cały układ dróg żółciowych, co przy zwyczajnem zatkaniu tego przewodu przez kamień niekiedy się zdarza.

Co się tyczy rozpoznawania napadów bezskutecznych, to zauważyć należy, że bardzo często uważane bywają za skuteczne, zwłaszcza przy *perialienitis serosa*. Pęcherzyk żółciowy, silnie napięty podczas napadu, staje się po napadzie niewyczuwalnym; ponieważ „napad kolki wątrobowej jest następstwem uwięźnięcia“ [dotychczas jeszcze panujący pogląd], przeto zazwyczaj przyjmuje się, że pęcherzyk opadł dlatego, że kamień „przeszedł“; szuka się go w wypróżnieniach i nie znajduje, wnioskuje się zatem, że źle był szukany. Kamień tymczasem spokojnie tkw w szyjce pęcherzykowej, gdyż wcale się nie poruszył.

Gdy pęcherzyk w czasie napadu nie jest wyczuwalny, lub przypadkowo go się nie wyczuwa, rozpoznaje się często „kurcze żołądka“ lub inne jakieś cierpienie żołądkowe (*ulcus ventriculi etc.*). Jeśli po pierwszym napadzie pozostaje mało wrażliwy guz, częstokroć przyjmuje się nerkę wędrującą. Jeśli pęcherzyk żółciowy przed pierwszym napadem kolki na dużej przestrzeni zarośnięty jest z dwunastnicą lub poprzecznicą, to wymioty podczas napadu mogą być tak silne, że rozpoznaje się *ileus*, tembardziej, że wypróżnienia, wskutek przymocowania *coli transversi*, są opieszale, albo wcale ich niema. Napad, występujący przy wysokiej ciepłocie (*perialienitis purulenta*), daje niekiedy powód do fałszywego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego. Trudności rozpoznawcze przedstawiać mogą także zropiałe bąblowce wątroby, albo krezki. To samo powiedzieć można o przepuklinie w linii białej (*hernia lineae albae retrofascialis*). Wreszcie bóle napadowe, wywoływane przez zrosty pęcherzyka z sąsiednimi narządami [po odejściu kamieni], często przyjmuje się za napady kolki żółciowej; rzadziej ma to miejsce przy *crises epigastriques* u tabetyków. Najważniejsze jednak źródło błędów rozpoznawczych przedstawiają tak zwane „kurcze żołądka“. Dalsze spostrzeżenie chorego często pozwala usunąć wątpliwości rozpoznawcze i naprowadza na właściwą drogę.

Gdy chory po pierwszym napadzie kolki pozostaje przez szereg lat wolnym od napadów, lekarz nierzadko utwierdza się w przekonaniu, że napadów był „skuteczny“, że zatem chorego uważać można za wyleczonego; w rzeczywistości zaś choroba trwa dalej. Przyopuszczenie, że chory jest na zawsze wolny od kamieni, przechodzi w pewność, gdy podczas napadu istniała żółtaczką. 90% bezskutecznych spraw zapalnych pęcherzyka przebiega w istocie bez żółtaczką; cierpienie rozgrywa się wyłącznie w pęcherzyku i w najbliższem tegoż sąsiedztwie, ma ono charakter zupełnie miejscowy, tak, że wątroba i jej bezpośredni przewód odprowadzający (*d. hepaticus et d. choledochus*)

nie przyjmują udziału w cierpieniu. W 10% przypadków występuje jednako-  
woż żółtaczką. Ta ostatnia tłumaczy się tem, że sprawa zapalna, odbywająca  
się w pęcherzyku żółciowym, za pośrednictwem przewodu pęcherzykowego  
rozszerza się na wątrobę, jakkolwiek kamień tkwi w szyjce pęcherzykowej.  
Autor nazywa żółtaczkę tego pochodzenia „zapalną“ w przeciwstawieniu do  
spowodowanej obecnością kamienia w przewodzie żółciowym (*d. choledochus*).  
Lecz i ten ostatni rodzaj żółtaczki („*reell-lithogener Icterus*“) zawdzięcza swe  
pochodzenie sprawie zapalnej (*perialienitis in d. choledochu*). Pierwszy rodzaj  
żółtaczki jest zazwyczaj nie tak silny, jak drugi, trwa po większej części  
wszystkiego kilka dni, lecz może być i długotrwałym [kilka miesięcy]. Może  
on nawet przy zatkanym *d. cysticus* występować w postaci *icteri gravis*.

Ponieważ omawiana tu żółtaczką zapalnego pochodzenia dotąd jeszcze  
nie przez wszystkich jest uznawana, przeto autor przytacza na korzyść  
swego poglądu kilka przekonywujących spostrzeżeń. Żółtaczką zapalnego  
pochodzenia daje zwykle dobre rokowanie, ma jednak tę ujemną stronę,  
że zaciemnia ocenę danego przypadku, gdyż nie wiemy wówczas, z jakie-  
go rodzaju żółtaczką mamy do czynienia. Nawet dalsze spostrzeżenie może  
kwestyi nie wyjaśnić.

Zazwyczaj, jak się już wyżej rzekło, żółtaczką zapalną jest krótkotrwałą  
i małego natężenia, żółtaczką zaś wskutek zatkania przewodu żółciowego  
(*reell lithogener Icterus*), jeśli kamień nie odchodzi podczas t. zw. zupełnie sku-  
tecznego napadu, trwa dłużej i jest silniejszą. Lecz bywa i odwrotnie: nawet  
duży kamień, tkwiący w przewodzie żółciowym, może nie wywoływać silnej żół-  
taczki, a nawet wogóle żółtaczki nie wywołuje, gdy nie występuje naokoło  
niego zapalenie; żółtaczką zaś zapalnego pochodzenia, jak tego dowodzą spo-  
strzeżenia autora, może odznaczać się znacznem natężeniem. Dla odróżnienia  
od siebie obu rodzajów żółtaczki pozostaje tylko jedno: jak najstaranniej badać  
wyróżnienia chorych z żółtaczką.

Bezskuteczne napady kolki wątrobowej występować mogą nie tylko przy  
surowiczem, surowiczu-ropnem lub ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego.  
Zdarzają się i takie, wprawdzie nieliczne przypadki, w których przy przecięciu  
pęcherzyka znajdujemy w nim żółć. Jest to możliwem:

1) Gdy występuje *parialienitis serosa* w zawierającym kamienie pęche-  
rzyku żółciowym, którego przewód jest otwarty, gdyż w szyjce pęcherzyka  
nie tkwi żaden kamień [rzadko]. Podobne pęcherzyki są najczęściej zrosnięte  
z otaczającymi narządami, a bóle napadowe zależą wówczas prawdopodobnie  
więcej od tych zrostów, aniżeli od odbywającej się w pęcherzyku sprawy za-  
palnej (*perialienitis*).

2) Gdy w czasie skutecznego napadu *perialienitidis serosae* jeden lub wię-  
cej kamieni przeszły przez *d. cysticus* i *choledochus*, nie wywoławszy przytem  
tak ciężkiego uszkodzenia w ścianie przewodu pęcherzykowego, ażeby miało  
nastąpić zarośnięcie tego przewodu.

3) Gdy wskutek przemijającego usuwania się kamienia, siedzącego  
w szyjce pęcherzyka [np. do istniejącego przypadkowo w tym ostatnim uchyl-  
ka], wysięk, zebrany w pęcherzyku, może przez otwarty *d. cysticus* przedostać  
się do układu żółciowego, a żółć odwrotnie do pęcherzyka.

W następstwie kamicy rozwija się niekiedy rak pęcherzyka żół-  
ciowego, który bez kamieni prawie nigdy nie występuje. Według statystyki  
autora, 10% wszystkich zgłaszających się do operacji chorych cierpi na raka  
pęcherzyka żółciowego. Przypadki te znacznie zwiększają śmiertelność od  
operacji kamieni żółciowych. Sama operacja kamieni pęcherzyka jest tak  
mało niebezpieczna, że wogóle zejście śmiertelne już prawie się nie zdarza,

jeśli chory, wskutek przedziurawienia zropiałego pęcherzyka, nie został jeszcze ogólnie zakażonym. Rak rozwija się najczęściej u tych chorych, którzy przedtem mało lub wcale nie cierpieli z powodu kamieni. Sam nowotwór występuje początkowo zupełnie bez bólu; dopiero gdy powstał już duży guz, zjawiają się bóle. Wskutek tego prawie wszystkie raki, gdy rzecz dochodzi do operacji, okazują się *inoperabiles*, przyczem ani chorym, ani lekarzom nie można robić żadnego z tego powodu zarzutu. Początkowo nie jesteśmy wcale w stanie rozpoznać raka pęcherzyka; chorzy nie mają żółtaczki, lecz tylko bóle w okolicy pęcherzyka żółciowego. Ponieważ te występują także okresowo, a nawet z gorączką, przeto nie można ich odróżnić od zwykłych bezskutecznych napadów zapalenia pęcherzyka żółciowego. Bóle wkrótce stają się stałymi, co również zdarza się przy sprawach ropnych w pęcherzyku żółciowym. Później, przy przejściu nowotworu na wątrobę i głębokie przewody żółciowe, występuje zwykle żółtaczka, która staje się wkrótce bardzo silną, lecz niektórzy chorzy z kamieniami przewodu żółciowego wyglądają nie lepiej. Obecność puchliny brzusznej ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze, brak zaś tego objawu, rozumie się, nie przemawia przeciw rakowi. Dla upewnienia się w rozpoznaniu pozostaje jeszcze tylko cięcie próbne.

II. „Skuteczny“ napad kolki wątrobowej. Mianem tem autor nazywa napad, przy którym kamień przechodzi z pęcherzyka przez przewód żółciowy do kiszki. Przejście to odbywa się powoli, albo szybko. Szybkie przejście kamienia [„zupełny skutek“, „*vollkommener Erfolg*“], które już wyżej zostało opisane, zdarza się względnie rzadko, gdyż droga jest za długa, a przeszkód za wiele. Tylko małe kamienie zdolne są do szybkiego przebycia tej drogi. Jedynie pojedyncze, bardzo małe kamienie mogą przekroczyć brodawkę (*papilla*) bez wywołania żółtaczki. Większe zatrzymują się przede wszystkim w przewodzie pęcherzykowym i pozostają tam, jeśli zapalenie pęcherzyka żółciowego szybko przemija; przewód prędko przyzwyczajają się do kamienia; ból wskutek uwięźnięcia ustępuje, zapalenie pęcherzyka ma się ku końcowi. Osobniki z kamieniami przewodu pęcherzykowego cierpią nie mniej i nie więcej, niż chorzy z kamieniami szyjki pęcherzykowej.

Po upływie krótkiego czasu kamień w *d. cysticus* zachowuje się tak samo spokojnie, jak w szyjce pęcherzykowej (*d. cysticus* stanowi wszak tylko przedłużenie *colli vesicae felleae*), o czem dowodnie świadczą spostrzeżenia autora; tak tu, jak i tam, potrzeba ponownego zapalenia, aby wywołać ból i kamień dalej posunąć. Trwałe uwięźnięcie kamienia nie istnieje. Stan chorego nagle zmienia się, gdy jedno z następnych zapaleń pęcherzyka żółciowego wrzuca kamień przez przewód pęcherzykowy do żółciowego. Z dotychczasowego miejscowego cierpienia powstaje cierpienie ogólne, gdyż odpływ żółci do jelit ustaje. Odgródenie takie jednak długo nie trwa. Jeśli zapalenie wkrótce ustępuje, to i przewód żółciowy przyzwyczajają się do kamienia, wszakże nie tak szybko i łatwo, jak przewód pęcherzykowy. Światło jego rozszerza się, tak, że żółć może przepływać obok kamienia; o uwięźnięciu kamienia wkrótce mowy niema, żółtaczka zmniejsza się, albo zupełnie znika. Kamień może przytem tkwić w ciągu lat i nawet dziesiątków lat w przewodzie żółciowym, nie wywołując ani śladu żółtaczki, ani bólu, ani napadów kolki. Im kamień z biegiem lat większym się staje, tem silniej rozciąga się sam przewód.

Takie jednak długo trwające, spokojne zachowanie się kamieni w przewodzie żółciowym należy do wyjątków. Kamień zajmuje bardzo niewygodne położenie; każdy ruch robaczkowy odźwiernika lub dwunastnicy targa nim, a ponieważ *perialienitis* często występuje przy lekkim nawet urazie, przeto zrozumiałem się staję, że często wybucha ona naokoło kamienia (*in d. choledoch*). Zapalenie takie i w tem miejscu ma często charakter surowicy; brak zupeł-

nie drobnoustrojów jadowitych, choć występuje wysoka ciepłota, bóle, oraz żółtaczką. Ze takie powtarzające się napady polegają na zapaleniu, a nie na uwięzieniu, że zapalenie to jest wolne od bakterii, dowodzi kilka przypadków autora. Większe kamienie wyjątkowo rzadko przechodzą przez brodawkę do jelit, jak o tem autor przekonał się na licznych przypadkach. Niebezpieczeństwo, jakie zagraża choremu ze strony kamienia, tkwiącego w przewodzie żółciowym, polega na tem, że z biegiem czasu zamiast *perialienitis serosa* rozwinać się może *perialienitis infectiosa*, albo że ta ostatnia z samego początku występuje. *Perialienitis infectiosa in d. choledochi* powstać może wskutek tego, że zapalenie pęcherzyka żółciowego było już zakaźne; zdarza się to jednak bardzo rzadko. Zazwyczaj mamy przy *perialienitis vesicae felleae* do czynienia z wysiękiem surowiczym, wolnym od drobnoustrojów. Kamień wchodzi do przewodu żółciowego w stanie aseptycznym i pozostaje tam początkowo w tym stanie, wskutek czego upady zapalenia w tym przewodzie prowadzą do wytworzenia wysięku surowiczego, który, mieszając się z żółcią, rozcieńcza ją. Dreszcze oraz silna gorączka nie przemawiają przeciw obecności wysięku surowiczego, przeciwnie występują przytem dość często.

Przez szereg lat *perialienitis in d. choledochi* może zachować charakter surowiczy; jest to możliwem, jak tego dowodzi jedno spostrzeżenie autora, nawet wówczas, gdy sąsiednie narządy komunikują z pęcherzykiem żółciowym. *Perialienitis infectiosa* nie zawsze jest ropną; żółć początkowo bywa tylko mętną, wskutek przymieszki gronkowców, łańcuszkowców oraz pojedynczych ciałek ropnych. Prawdopodobnie cały szereg chorych umiera, zanim jeszcze doszło do prawdziwego ropienia. Przejście zapalenia surowiczego w zakaźne odbywa się często skokami; z historyi choroby można wówczas dowiedzieć się, kiedy nastąpiło zakażenie żółci. Jak powstaje to zakażenie, autor odpowiedzieć nie umie. Przypuszczenie, że uwarunkowanem ono jest przedostaniem się bakterii z przewodu kiszkowego przez brodawkę, autor uważa za nietrafne, gdyż nie objaśnia ono, dlaczego tylko w mniejszości przypadków następuje zakażenie żółci, choć brodawka jest zawsze otwarta, dlaczego odbywa się ono często nagle, w jaki sposób powstać może zakaźne zapalenie pęcherzyka przy zatkanii szyjki pęcherzykowej.

Klinicznie cechuje się wzmiankowane przekształcenie zapalenia tem, że chorzy mniej lub więcej nagle przybierają zły wygląd (*werden „elend“*). Podczas gdy przedtem poprawiali się po każdym napadzie *perialienitidis serosae*, obecnie zapalenie zakaźne wyciska na cierpieniu piętno złośliwości. Często niepodobna przeprowadzić wówczas różniczkowego rozpoznania między zakażeniem układu żółciowego a rakiem pęcherzyka żółciowego. Pewnem jest jedynie to, że każdy chory żółtaczkowy z kamieniami żółciowymi, który ciągle się skarży i prawie wcale nie przyjmuje pokarmów, cierpi albo na *perialienitis infectiosa*, albo na raka. Przypadki *perialienitidis infectiosae* dają bardzo złe rokowanie. Nie pomagają tu często nawet operacya. Podczas tej ostatniej częstokroć trudno lub niepodobna rozpoznać zakaźnej przyrody sprawy zapalnej, gdy ta nie jest ropną. Po otwarciu jamy brzusznej przewody żółciowe i wątroba są pozornie zupełnie normalne, operacya idzie gładko i nie przedstawia trudności technicznych, jednak przebieg jest niepomyślny [przy zapaleniu zakaźnem szwy często nie trzymają] i przypadek kończy się śmiercią.

Pod tym względem pomyślniejsze są bezpośrednio-ropne sprawy dróg żółciowych; po cięciu brzuszem często od razu przekonywamy się, że mamy do czynienia ze sprawą ropną; przytem rokowanie jest lepsze, niż w przypadkach zakaźnego zapalenia bez ropy. Obecność tej ostatniej dowodzi, że ustrój walczy z zakażeniem; przy „mętnej żółci“ nie widać śladu odczynu. Rozlane sprawy zapalne lub liczne ogniska ropne kończą się prawie zawsze śmiercią,

przy pojedynczym zaś ropniu możliwe jest wyleczenie na drodze operacyjnej.

Ponieważ większa część chorych ma nie jeden, lecz wiele kamieni, przeto po odejściu pierwszego kamienia, tkwiącego w szyjce pęcherzyka żółciowego, w tym ostatnim pozostają najczęściej jeszcze kamienie. Dokładna znajomość zachowywania się pozostałych w pęcherzyku kamieni jest niezmiernie ważną, gdyż klinicznie, po wyjściu pierwszego kamienia z pęcherzyka, rozwijają się mogą najrozmaitsze obrazy chorobowe. Można ustalić tu 3 i więcej typów, jakkolwiek kombinacyi może być bardzo wiele. Najprostszy stosunek zachodzi wtedy, gdy kamienie, znajdujące się w pęcherzyku, są wszystkie albo jednakowo wielkie, albo jednakowo małe. Gdy pierwszy kamień wskutek napadu *perialienitidis serosae* wypędzony został z pęcherzyka i przedostał się do jelit, to albo ustawia się wkrótce w szyjce pęcherzyka drugi kamień, albo też nie. [D. n.]

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

24. *Eugallolum. Eugallol.* W leczeniu chorób skórnych tak zwane środki redukujące, jak wiadomo, posiadają bardzo ważne znaczenie; mamy tu na myśli: pyrogallol, rezorcynę, chryzarobinę, antrarobinę i t. d.. Wszelako środki te obok cennych własności leczniczych mają i własności drażniące, które opóźniają lub powstrzymują działanie ich lecznicze.

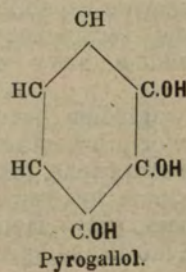
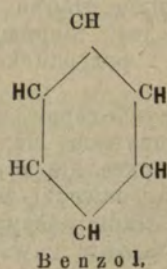
Owo niepożądane, uboczne działanie wzmiankowanych leków występuje wogóle daleko silniej przy stosowaniu środków rozpuszczalnych w wodzie, aniżeli przy stosowaniu środków w wodzie nierozpuszczalnych.

Oprócz tego środki redukujące rozpuszczalne w wodzie daleko łatwiej wywołują zapalenie wówczas, gdy stosujemy je w roztworach, aniżeli w tych razach, w których stosujemy je wprost w substancyi, a nie w roztworze.

Wprawdzie można ograniczyć drażniące, zapalne działanie owych środków przez użycie słabych roztworów, jednakże daleko łatwiej unikniemy owego działania zapalnego, jeżeli wspomniane środki redukujące nie będą stosowane w swej zwykłej postaci, ale w jakimś połączeniu chemicznym z innymi ciałami — i to mianowicie w takim związku chemicznym, z którego substancya lecznicza, czynna stopniowo się odszczepia, a więc powoli i stopniowo wywiera swe działanie lecznicze.

Ta właśnie okoliczność pobudziła KROMAYER'a i VIETH'a (*Monatsch. f. pract. Dermatologie. 1898. 1. — Therapeutische Monatshefte. 1898. 8*) do wytworzenia kilku pochodnych pyrogallolu, chryzarobiny i rezorcyny.

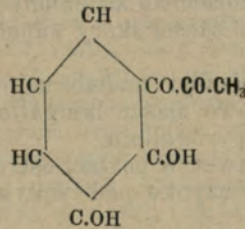
W tem miejscu należy najprzód przypomnieć sobie, że pyrogallol, czyli kwas pyrogallusowy (*pyrogallolum, s. acidum pyrogallicum*) jest to benzol, w którym trzy atomy wodoru [H] zostały zastąpione przez trzy jednowartościowe hydroksyle [OH].





W pyrogallolu wodór [H] każdej grupy hydroksylowej [OH] może zostać zastąpionym przez rodniki kwasowe. Stosownie do tego, czy to podstawienie nastąpiło w jednej grupie hydroksylowej, czy w dwóch, czy nareszcie w trzech, otrzymujemy trzy różne związki.

Otóż eugallol jest to właściwie pyrogallol, w którym jedno H w jednej grupie hydroksylowej zostało zastąpione przez jednowartościowy rodnik kwasu octowego [CO.CH<sub>3</sub>], a więc jest to jednooctan pyrogallolu.



*Pyrogallolmonoacetat, s. Eugallolum.*

Eugallol przedstawia się w postaci syropowatej, mało płynnej, przejrzystej, żółto-brunatnawej masy, która rozpuszcza się w wodzie, w alkoholu, w eterze, w chloroformie i w acetonie.

Eugallol pod względem działania prawie nie różni się od pyrogallolu i tak samo, jak ten ostatni, wywołuje na skórze zdrowej mocne podrażnienie zapalne, jednakże ma tę wyższość nad pyrogallem, że można go bezpośrednio wetrzeć i w ten sposób działanie jego ograniczyć tylko do tej części skóry, która chorobą jest zajęta.

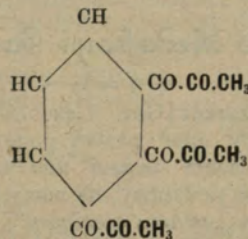
Najlepiej nadaje się do tego roztwór eugallolu w acetonie. Aceton ulatnia się, a wówczas eugallol tworzy na skórze tęgi, elastyczny werniks. Dla łatwiejszego dawkowania w handlu sprzedają gotowy roztwór eugallolu, zawierający 33% acetonu.

W każdym razie trzeba być bardzo ostrożnym ze wspomnianym środkiem leczniczym, gdyż działanie jego jest bardzo energiczne.

Do pędzlowania można przepisać:

Rp. *Eugalloli*  
*Acetoni ana* 10,0.

**25. Lenigallolum.** Lenigallol. Jest to pyrogallol, w którym trzy H w trzech grupach hydroksylowych [OH] zostały zastąpione przez rodniki jednowartościowe kwasu octowego [CO.CH<sub>3</sub>]; jest to więc trójoctan pyrogallolu.



*Pyrogalloltriacetat, s. Lenigallolum.*

Lenigallol przedstawia się pod postacią białego proszku, który w wodzie zupełnie się nie rozpuszcza. Dopiero przy ogrzewaniu wobec jakiegoś roz-

tworu alkalicznego ów proszek powoli się rozpuszcza, przyczem lenigallol stopniowo się rozszczepia na swoje dwie części składowe.

Na zdrowej skórze lenigallol nie wywiera żadnego działania, nawet w maściach, zawierających bardzo wysoką odsetkę wzmiankowanego środka. Tylko przy silnem wydzielaniu się potu alkalicznego następuje stopniowy rozkład, który można poznać z czarnego zabarwienia maści, jeśli lenigallol przepisano wraz z pastą cynkową (*Lenigalloli, Past. Zinci, Lanolini ana 10,0*).

Taki sam rozkład następuje na powierzchni skóry, dotkniętej chorobą; a więc tylko na miejscach chorobowo zmienionych kwas pyrogallusowy wywiera swe działanie; zdrowe zaś części skóry zupełnie pozostają wolne od jego wpływu.

Łuszczycę (*psoriasis*) niezbyt nadmiernego natężenia mają daleko szybciej usuwać wysokoprocetowe maści lanigallolowe, aniżeli zwykle w tych razach stosowana maść 10% pyrogallolu.

Przyszczyca (*eczema*), nawet w postaci ostrej (*eczema acutum*), ma podobno zupełnie zniknąć i to dziwnie szybko pod wpływem słaboprocentowych maści lenigallolu, jak np.

*Lenigalloli 0,5—5,0.*

*Past. Zinci 100,0*

Wreszcie dodać tu należy, że lenigallol nie jest trującym, co stanowi niezmiernie ważną zaletę jego.

26. *Saligallolum. Saligallol.* Jest to pyrogallol, w którym dwa H w dwóch grupach hydroksylowych [HO] zostały zastąpione przez dwa rodniki jednowartościowe kwasu salicylowego, jest to zatem dwusalicylan pyrogallolu.

Przedstawia się pod postacią ciała stałego, żywcowatego. Pyrogallol w tem połączeniu chemicznem jest daleko silniej związany, aniżeli w lenigallolu; dlatego też działanie saligallolu jest bardzo łagodne.

Z powodu stanu żywcowatego nadaje się saligallol bardzo dobrze do wyrobu tak zwanych werniksów leczniczych. Roztwór saligallolu w 2 częściach acetonu, albo w 15 częściach chloroformu, wtarty za pomocą pędzla w skórę, szybko wysycha i pozostawia na skórze elastyczny, dobrze przylegający werniks.

Chcąc wzmocnić działanie saligallolu, można dodać pewną część eugallolu, np.

*Saligalloli 2,0—15,0*

*Eugalloli 1,0—40,0*

*Acetoni ad 100,0.*

Pod nazwą „*Solutio Saligalloli*“ sprzedają w handlu przetwór saligallolu, zawierający 66% acetonu. *Wiktor Grostern.*

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— s. = s. —

Kol. BRONOWSKI robi mi zarzut [Gaz. Lek. 1898. str. 958], że „za mało zebrałem materiału dowodowego, aby mieć prawo podane przez siebie przypadki [Gaz. Lek. Nr. 27. 1898] ochrzcić mianem *asthma uterinum*“, że usiłowania moje „były zbyt jednostronne, a mianowicie podstawy, na mocy których autor dochodzi do określenia swoich przypadków, jako „*asthma uterinum*“, są następujące:

1) wykryte przez autora w płwocinie kryształki CHARCOT'a i włókna spiralne CURSCHMANN'a,

2) związek czasu powstawania napadów z miesiączkowaniem“.

Otóż nie na tych tylko dwóch podstawach oparłem moje rozpoznanie „*Asthma uterinum*“, ale na całym obrazie chorobowym i zbiorze poszczególnych objawów,

badalem chore nie jeden raz, ale kilkakrotnie i to tak w czasie napadów dychawicy, jak w chwilach zupełnie od niej wolnych.

Na poparcie swoich zarzutów przytacza kol. BRONOWSKI cytacę z dzieła BIEGAŃSKIEGO. Otóż w odpowiedzi zaznaczam, że nie tylko to, co pisze kol. WŁ. BIEGAŃSKI na stronie 216 „Dyagnostyki Różniczkowej Chorób Wewnętrznych“, ale i prace oryginalne PEL'a, BUJWIDA, CHEŁCHOWSKIEGO, UNGER'a i CURSCHMANN'a są mi znane i na ich podstawie kryształkom CHARCOT'a i włóknom spiralnym CURSCHMANN'a nie dałem takiego znaczenia, jakie narzuca mi kol. BRONOWSKI, ale dychawicę rozpoznalem na podstawie całego obrazu klinicznego, który też dokładnie opisałem na str. 688.

W przypadkach dotąd ogłoszonych nie była dokładnie zbadaną płwocina i dlatego jej zbadaniem zająłem się dokładniej i przekonałem się, że po za objawami klinicznymi i w niej znajduję wszystkie cechy, jakie powinna mieć płwocina w typowych przypadkach dychawicy; nie ograniczyłem się również tylko do stwierdzenia kryształków CHARCOT'a i włókien spiralnych CURSCHMANN'a, ale podałem [str. 688]: „Płwocina niezbyt obfita, wykrztuszona przy końcu napadu, jest śluzową, zawiera nieliczne ciała czerwone i białe krwi, masy rozpadowe, liczne nabłonki pęcherzyków płucnych, myelinę, kryształki CHARCOT'a i włókna spiralne CURSCHMANN'a“, a w drugim przypadku [str. 689]: „Płwocina śluzowa, ciągnąca się o cechach przypadku pierwszego z bardzo licznymi kryształkami CHARCOT'a i włóknami spiralnymi CURSCHMANN'a“.

Dychawicy w moich przypadkach nie nazwałem, jak kol. BRONOWSKI życzy sobie, „*asthma bronchiale nervosum*“, gdyż chore nie przedstawiały cech usposobienia nerwowego, nie odczuwały żadnych dolegliwości ze strony układu nerwowego, jakie w przeważnej ilości podczas miesiączkowania spotykamy, a co najważniejsze, to, że poszczególne napady dychawicy nie występowały nigdy napadowo i w nieoznaczonych odstępach czasu, ale zawsze i to przez szereg lat jak najregularniej jedynie tylko podczas miesiączkowania i zawsze ustępowały zupełnie z chwilą ustąpienia takowego.

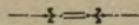
Tyle co do powyższych obu zarzutów. Nie na tem atoli koniec. Kol. BRONOWSKI powiada [str. 959]: „ale najważniejsza usterka w pracy i podaniu szan. kol. NARTOWSKIEGO jest ta, że szan. autor zaniechał zbadania moczu i tembardziej tego należy żałować, że w przypadku II-gim autora ojciec chorej zmarł na zapalenie nerek“. Otóż w obu przypadkach mocz badałem kilkakrotnie, tak podczas napadu, jak i w czasie wolnym od niego, a na str. 688 piszę: „W wydzielinach niema nic nienormalnego“. Zmian atoli żadnych nie znalazłem. Wprawdzie, zwłaszcza w przypadku drugim, nie wspomniałem wyraźnie o badaniu moczu, jeżeli atoli badałem mocz w przypadku pierwszym, to tem bardziej zwrócić musiałem uwagę na mocz w przypadku drugim, w którym ojciec chorej zmarł na zapalenie nerek, i trudno mi przypuścić, by kol. BRONOWSKI zechciał mnie posądzić o to, że mocz nie badałem wcale, jeżeli bowiem nauka nakazuje nam przed każdym rozpoznaniem zbadać mocz dokładnie, to tem bardziej w przypadkach moich, w których przed rozpoznaniem „*asthma uterinum*“ należało wpierv wyłączyć „*asthma uraemicum vel toxicum*“.

Nie na jednym zatem, ani na dwu objawach, ale na dokładnem badaniu, sprawdzeniu kilkakrotnem wszystkich objawów, na podstawie dłuższego obserwowania całego obrazu klinicznego, badaniu wydzielin i możności wyłączenia innych form dychawicy oparłem swoje rozpoznanie: „*asthma uterinum*“.

D-r Mieczysław Nartowski.

Kraków, 5-go września 1898 roku.

## Wiadomości drobne.



— BRAUN do znieczulania sposobem SCHLEICH'a używa rozczyну eukainy B. podług przepisu: [eukainy 0,1, *natrii chlorati* 0,8, *aqu. destill.* 100,0]; tego płynu, na-

grzanego do ciepłoty ciała wstrzykuje do 300,0 naraz i nie otrzymuje żadnych ubocznych, niepożądanych objawów, co się tłumaczy tem, że eukaina, jako przeciwstawienie kokainy, jest środkiem prawie obojętnym. Znieczulenie otrzymuje się zupełnie.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26.*)

E. L.

— ROGER i JOSÉ opisali przypadek choroby LANDRY'ego, powstałej wskutek zakażenia pneumokokkami. Najnowsze prace utrzymują, że choroba LANDRY'ego polega na zapaleniu przednich rogów rdzenia i powstaje wskutek zakażenia najróżnorodniejszymi bakteriami. W literaturze autorowie znaleźli 9 prac, w których bakteryologiczne poszukiwania dały następujący wynik: w 2 przypadkach wykryto bakterie, podobne do lasecznika czarnej krosty, w 2 przypadkach nieokreślone bakterie, w jednym lasecznika EBERTH'a, w dwóch gronkowce żółte (*staphylococcus aur.*) i w dwóch paciorkowce (*streptococcus*). Przypadek autorów dotyczył 33-letniego robotnika, u którego w ciągu 10 dni choroba LANDRY'ego rozwinęła się i doprowadziła do śmierci. Na sekcji badanie makroskopowe nie wykryło zmian żadnych; drobnowidzowe zaś, po zastosowaniu zabarwienia metodą NISSL'a, wykryło w komórkach przednich rogów rdzenia znaczne zmiany, mianowicie: miejscami zanik bryłek chromatynowych, jądro o niezbyt jasnych konturach zmienia swe środkowe położenie, miejscami widać duże puste przestrzenie (*vacuolae*). Autorowie z krwi wyhodowali czystą hodowlę pneumokokków, następnie przeprowadzili szereg szczepień z dodatnim wynikiem, stwierdzającym, że miano do czynienia z pneumokokkami.

(*La Presse Méd. Nr. 62. 1898.*)

K. S.

— M. WILMS leczy zapalenia stawów trypowego pochodzenia za pomocą wysokiej ciepłoty: na staw nakłada lekki opatrunek gipsowy, z wierzchu okręca go wężem cienkiej rury metalowej, przez którą przepływa woda, ogrzana do 50° C. [wyższej ciepłoty chorzy nie znoszą].

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26.*)

E. L.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski*. Nr. 37. H. SCHRAMM. Leczenie wodogłowia za pomocą sączkowania [drenowania] śródczaszkowego. W. ARNOLD. O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwnika żółci w moczu. A. SZULISŁAWSKI. O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i przenikaniu ich przez skórę. PELZER. *Nephritis acuta vaccinosa*. — *Medycyna*. Nr. 37. PECHKRANC. Białkomocz oraz ostre rozlane zapalenie nerek w niektórych cierpieniach skóry. — *Zdrowie*. Nr. 156. L. RUTKOWSKI. Przyczynę do badań nad odżywianiem się polskiej ludności wiejskiej. J. POLAK. Projekt organizacji zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. H. FIDLER. Projekt nowej diety szpitalnej.

---

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

---

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

---

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою Варшава 4 Сентября 1898. Друк Ковалевського. Варшава, Mazowiecka 8,