

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 25.

Warszawa d. 24 (II) Czerwca 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O choleryze ze stanowiska bakterjologii, biologii i higieny publicznej. Podał Wł. Palmirski. (Dokończenie). — Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Podał d-r med. L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. Leczenie zapalenia płuc u dorosłych. — Streszczenia i Wyciągi. 38. Rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie sekcji ginekologicznej. — XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (26—29 kwietnia r. b.). Skreślił A. J. Goldman (Łódź) (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. PALMIRSKI — Le cholera au point de vue de la bacteriologie, biologie et hygiène publique. 2) D-r L. BREGMAN — Contribution au traitement opératoire des néoplasmes de la moelle.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Wł. PALMIRSKI — Die Cholera vom Standpunkte der Bakteriologie, Biologie und öffentlicher Hygiene. 2) D-r L. BREGMAN — Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Neubildungen des Rückenmarks.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni bakterjologicznej w Warszawie.

O CHOLERYZE

ze stanowiska bakterjologii, biologii i higieny publicznej.

Podał

Wł. Palmirski.

(Dokończenie. — Zob. N. 24).

Sprawa szczepionek przeciwocholerycznych jest bardzo ważna, dlatego też pomówimy o nich obszerniej. Jak nam wiadomo, we krwi zwię-

rzęta, uodparnianych względem pewnych zarazków, znajdują się t. zw. ciała bakterjobójcze — bakterjolizyny, posiadające własność niszczenia żywych zarazków i ochraniania w ten sposób ustroju od zakażenia. Istota chemiczna bakterjolizynów nie jest nam znana. Oprócz bakterjolizynów w ciele zwierząt uodparnianych powstają jeszcze aglutyniny, posiadające własność zlepiania i strącania zarazków w próbówce.

Bakterjolizyny, jak i aglutyniny, posiadają nadzwyczaj silny wpływ na swoiste zarazki, nie działają na jad, w ciałach zarazków zawarty

lub przez nie wytwarzany. Pod tym względem ustrój wprowadza w grę inną grupę ciał ochronnych, mianowicie antytoksyny, posiadające własność zobojętniania tych jadów.

Uodparnianie więc ustroju bywa: czynne czyli izopatyczne i bierne czyli antytoksyczne. Pod nazwą czynnego uodparniania rozumiemy te zmiany, jakie zachodzą w ustroju po wprowadzeniu doń zarazków lub ich wytworów, przy czem sam ustrój wytwarza na drodze odczynu pierwiastki ochronne. Odporność na tej drodze powstaje nie zaraz po dokonaniem szczepieniu, lecz po upływie pewnego czasu i stopniowo wzrasta. Pod nazwą biernego uodparniania rozumiemy wprowadzenie do ustroju ciał ochronnych w stanie gotowym, t. j. w postaci surowicy krwi zwierząt uodpornionych. Odporność, nabyta na tej drodze, występuje odrazu, natomiast trwa krócej.

Szczepionki przeciwcholeryczne wywołują zatem w ustroju odporność czynną.

Pierwszy FERRAN w roku 1885 zastosował szczepionki przeciwcholeryczne w Hiszpanii. Zastrzykiwał on ludziom hodowle zarazków cholery, zmieszane z żółcią. Brak jednak dokładnych obserwacji i ścisłej statystyki pomimo 200000 szczepień nie daje nam możności sądenia o wartości i wynikach tej metody, tembardziej, że dokładny sposób przygotowywania i dawkowania szczepionek nie jest nam znany.

O wiele dokładniejsze i oparte na podstawach naukowych są szczepionki HAFKIN'a, które stosowane były w Indjach na wielu dziesiątkach tysięcy ludzi. HAFKIN stosuje 2 szczepionki: słabszą i silniejszą. Pierwsza otrzymuje się przez hodowanie zarazka cholery na agarze w ciepłocie 39° C. przy silnem przewietrzaniu hodowli. Druga szczepionka jest to hodowla wzmocniona przez przeprowadzenie zarazka cholery przez ustrój świnki morskiej. Szczepionki zastrzykiwane bywają w przerwach 5—7 dni ludziom dorosłym w ilości $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{4}$ hodowli agarowej w fizyologicznym rozczywie soli kuchennej,

dzieciom dwa razy mniej. 0.1 hodowli agarowej odpowiada na wagę 0.002 grm., a dawka szczepionna jest tak obliczona, żeby objętość nie przewyższała 1 ctm. sz. Szczepionki HAFKIN'a są zastrzykiwane podskórnice, wywołują one ból w miejscu szczepienia w przeciągu 3—4 dni, dreszcze, obrzmienie gruczołów, a ciepłota podnosi się niekiedy do 38,5° C. Objawy te następnie przechodzą, nie pozostawiając po sobie najmniejszych następstw. Sam KOLLE mówi o szczepionkach HAFKIN'a opiera się na 40000 szczepień ochronnych u ludzi. Dane te z niektórych miejscowości są bardzo pouczające np. w Kalkucie w 1894 r. z 340 nieszczepionych zachorowało 13,43% z odsetką śmiertelności 11,64, podczas gdy ze 181 szczepionych zachorowało 2,21% i tyleż umarło.

Zamiast szczepionek, przygotowywanych według sposobu HAFKIN'a, KOLLE radzi zastrzykiwać hodowlę agarową w ilości $\frac{1}{10}$ (0,002 grm.) w fizyologicznym rozczywie soli kuchennej (1 ctm. sz.) i zabita przy 58° C. Według KOLLE'go jednorazowe szczepienie zmniejsza możność zarażenia się cholera w bardzo znacznym stopniu. Surowica człowieka, szczepionego ochronnie w ilości 3 mgr. lub znacznie mniejszych dawkach, zabezpiecza świnkę morską od zakażenia śmiertelnego, podczas gdy surowica normalna nawet w ilości 0,5 ctm. sz. nie daje tych wyników. Nabyta odporność według KOLLE'go trwa bez zmiany przeszło rok. Dalsze jednak próby wykazały, że szczepionkę KOLLE'go również lepiej powtórzyć po 5—7 dniach po pierwszej szczepionce. Wywołują one odczyn miejscowy i ogólny, lecz słabszy od szczepionek HAFKIN'a. Na poparcie skuteczności szczepionek KOLLE'go pozwolę sobie przytoczyć dane statystyczne MURAT'y. Z danych tych wynika, że z 825287 nieszczepionych zachorowało na cholera 1152 osoby, t. j. 0,13% z odsetką śmiertelności 75, podczas gdy z 77907 szczepionych zachorowało 47 osób, t. j. 0,06% z odsetką śmiertelności 42. BESREDKA dodaje do ciał bakterii w fizyolo-

logicznym rozczywie soli kuchennej zabitych przez ogrzewanie surowicy swoistej silnie aglutynującej i w ten sposób zmodyfikowaną szczepionkę KOLLE'go radzi szczepić ludziom.

NEISSER i SHIGA nalot z 24 godzinnej hodowli agarowej zarazka cholery zawieszają w 10 ctm. sz. rozczywu fizyologicznego soli kuchennej, ogrzewają przez godzinę przy 60° C, stawiają na 2 dni do termostatu przy 37° C. i przesączają przez świeczkę REICHEL'a. W surowicy królików, którym zastrzyknięto do żyły 3 razy po 10 ctm. sz. tego płynu, zjawiają się aglutyniny (1 : 20000) i bakteryolizyny w dużej ilości. Dla nadania trwałości tej szczepionce dodaje się niewielką ilość fenolu.

LUSTIG i GALEOTTI polecają swoje szczepionki, które wywoływały jakoby słabszy odczyn ze strony szczepionego ustroju i bardziej trwałą odporność. Szczepionki te otrzymuje się przez rozpuszczenie młodych hodowli agarowych w słabym ługu potasowym i strącanie trujących nukleoproteidów za pomocą kwasu octowego. Nukleoproteidy te zawierają ciała ochronne.

TAVEL i KOLLE uważają szczepionki LUSTIG'a za lepsze od HAFKIN'owskich i innych, gdyż mogą być przechowywane w stanie suchym przez czas bardzo długi i są jakoby skuteczniejsze. Na jedno szczepienie wystarcza 0,002 grm. nukleoproteidów, rozpuszczonych w 1 ctm. sz. 1% rozczywu sody, wyjałowionego w przeciągu 30 minut przy 115—120° C. Szczepienie, wykonane aseptycznie, nie wywołuje miejscowego odczynu, ciepłota ciała może być cokolwiek podniesiona. TAVEL radzi zastrzykiwać szczepionkę w tkankę podskórną ramienia.

Z wyżej przytoczonych danych wynika, że szczepionki przeciwcholeryczne należą do najświeższych zdobyczy naukowych, z niemi powinniśmy wystąpić do walki z cholera, w razie zawiania jej do nas.

Prawda, szczepionki te nie zabezpieczają absolutnie szczepionych od cholery, lecz moż-

ność zarażenia się zmniejszają bardzo znacznie, o czym wymownie świadczą dane statystyczne ze szczepień ochronnych w Indyach i innych miejscowościach.

Wobec tych danych i u nas należy pomyśleć o masowym stosowaniu szczepionek przeciwcholerycznych, tembardziej, że wobec ciężkiego stanu ekonomicznego, braku oświaty i innych czynników ujemnych, walka z cholera będzie bardzo ciężka.

Pomimo woli nasuwa się pytanie, którą z wyżej wymienionych szczepionek należy zalecać.

Na to pytanie nie mogę dać stanowczej odpowiedzi.

Opierając się na uchwałach zjazdu Pirogowskiego z r. b., przedewszystkiem należy mieć na uwadze szczepionki KOLLE'go. Przemawiają za niemi zebrane już z lat ubiegłych dane statystyczne. Nie należy również zapominać o świeższych zdobyczach umysłu ludzkiego, mianowicie o szczepionkach NEISSER'a i SHIG'i i szczepionkach LUSTIG'a i GALEOTTI'ego, chociaż nie popartych tak licznymi danymi statystycznymi. W tej sprawie postaramy się zabrać głos po przeprowadzeniu odnośnych doświadczeń w pracowni.

Walka z cholera ze stanowiska higieny publicznej powinna się oprzeć na dokładnem poznaniu własności morfologicznych i biologicznych zarazki cholery, które w ogólnem zarysie starałem się przedstawić. Opierając się na tych własnościach zarazki, walka z cholera powinna przedewszystkiem polegać na izolacji chorych i ich otoczenia, na starannem odkażaniu wypróżnień chorych, bielizny, ubrania i t. d., na środkach zabezpieczenia wody i produktów spożywczych od możliwości zakażenia i na odkażaniu ich za pomocą różnych środków fizycznych i chemicznych.

Pomijam szczegóły, powinny być one przedmiotem następnej pracy. Zaznaczę tylko jeszcze raz, że walka z cholera, jeżeli zawita do

nas, będzie ciężka i o tyle będzie skuteczniejsza, o ile ogół jaknajliczniej będzie powołany do niej. Cały plan walki i cały nadzór nad środkami zaradczymi powinien ześrodkować się w komitetach obywatelskich. W zakres działalności komitetów obywatelskich wchodzić powinno nie tylko uświadamianie wszystkich warstw naszego społeczeństwa o niezbędności zachowania środków zaradczych, ogólnie przyjętych, oraz zakładanie punktów obserwacyjnych na kolejach i punktów ratunkowych z najpotrzebniejszymi środkami leczniczymi i kamerami dezynfekcyjnymi i zakładanie domów izolacyjnych i szpitali cholerycznych w miejscowościach, przez cholera nawiedzonych.

Ważniejsza literatura, tycząca się omawianej sprawy.

- 1) Bakteriologia GINTER'a w przekładzie polskim przez A. ŻURAKOWSKIEGO.
- 2) COURMONT — *Precis de Bacteriologie*.
- 3) DZIERŻAWSKI, HEWELKE, JANOWSKI, ZAWADZKI — Cholera, jej dawniejsze epidemie u nas, przyczyny, objawy, zapobieganie i leczenie — „*Kronika Lekarska*“ z 1892 r.
- 4) L. KARWACKI — Serodyagnostyka spraw zakaźnych 1904 r.
- 5) HAFFKINE — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XII.
- 6) KLEMPERER — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XIII.
- 7) TAMACHEFF — *Annales Pasteur*. 1892.
- 8) SIMPSON — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XVIII.
- 9) HAFFKINE — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XX.
- 10) KOLLE — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XIX.
- 11) KOLLE — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XXI.
- 12) POWEL — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XXI.

13) PFEIFFER und MARX — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XXIV.

14) KOLLE — *Deutsche Med. Wochenschrift*. 1897.

15) BESREDKA — *Annales Pasteur*. 1902.

16) NEISSER i SHIGA — *Deutsche Med. Woch.* 1903 r.

17) SHIGA — *Berliner klinische Woch.* 1904 r.

18) MURATA — *Centralblatt für Bacteriologie*. T. XXXV.

19) BERTARELLI — *Deutsche Med. Woch.* 1904 r.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Przyczynk do leczenia operacyjnego NOWOTWORÓW RDZENIA.

Podał

D-r med. L. Bregman.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24).

Przypadek II *).

Estera R., 14 lat, szwaczka, wstąpiła 21 marca 1903 r. do oddziału chorób nerwowych.

Chora od 3—4 miesięcy zaczęła doznawać bólów w plecach i w bokach. Nieco później bóle w lewej kończynie dolnej i w krzyżu, a potem parestezye i bóle w prawej kończynie dolnej i osłabienie tej kończyny. Chora zaczęła powłóczyć prawą nogą. Cierpienie rozwijało się stopniowo, przy względnie dobrym stanie ogólnym.

Chorób zakaźnych nie przechodziła.

W 9 roku życia po uderzeniu w oko miała napady nerwowe bez utraty przytomności,

*) Przypadek ten był przedmiotem odczytu w Towarzystwie Lekarskiem w d. 1. XII. 1903 roku z demonstracją preparatów.

z drganiem i automatycznymi ruchami kończyn, trwające $\frac{1}{2}$ — 1 godziny. Napady powtarzały się po kilkakroć dziennie, w ciągu 3 miesięcy (histerya?). Prócz przemijających bólów w brzuchu, plecach, głowie, od owego czasu była zdrowa. W ostatnim roku pracowała w magazynie ubrań, gdzie zmuszona była nosić na plecach (odnosić do klientów ubrania) dość duże ciężary.

Rodzice chorej są zdrowi. Cierpień gruźliczych w najbliższej rodzinie nie było. Matka miała 11 dzieci, z których przy życiu pozostało czworo. Dwoje zmarło w drgawkach, inne wskutek chorób zakaźnych. Chora pochodzi z bliźniąt, urodziła się w 7 miesiącu ciąży, drugie zmarło w 15 dni po urodzeniu się.

Stan przedmiotowy przy wstąpieniu do szpitala był następujący.

Chora wątłej budowy, stan odżywiania gorzej, niż średni, skóra i błony śluzowe blade. Chodzi bez pomocy, ale z wielkim trudem; chód paretyczno - spastyczny na szerokiej podstawie z widoczną przewagą parezy w kończynie prawej. Prawa stopa odwiedziwna ku zewnątrz (*pes valgus*). Ruchy prawej kończyny dolnej bardzo ograniczone, zwłaszcza ruchy palców i stopy. Ruchy kończyny lewej lepsze, ale i w niej siła mięśniowa znacznie zmniejszona.

Genu valgum obustronne.

Niedowład ma charakter wyraźnie spastyczny, napięcie mięśni wzmożone.

Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achilles'a wzmożone; prawe bardziej od lewych. *Clonus* stopy prawej silny, lewej słabszy.

Bezład i drżenia kończyn dolnych brak. Kończyny górne prawidłowe.

Oddawanie moczu utrudnione. Chora musi długo czekać, póki mocz wyjdzie.

Uporezywe zaparcie stolca,

Kręgosłup przy naciskaniu i opukiwaniu niebolesny.

Czucie bólowe na całym ciele zmniejszone, w niektórych miejscach (np. na twarzy) w większym stopniu.

Odruchy z łąznicy zniesione, z podniebienia zachowane, lechtaczkowe z nosa słabe, z uszu zniesione.

Chora narzeka na bóle bardzo silne w bokach, najbardziej w lewym. W nocy bóle są najsilniejsze. Dość często bóle w kończynach dolnych.

27. III. Przedmiotowe zaburzenia czucia w kończynach dolnych, zwłaszcza na podszwach, na grzbiecie stopy i dolnej części podudzia. Czucie bólowe i ciepłikowe jest najbardziej zakłócone, granica zmian czuciowych nie da się ściśle określić.

Rozpoznanie choroby w tym okresie nastęcało ogromne trudności. Mielśmy u 14 letniej dziewczyny objawy cierpienia rdzeniowego, mianowicie spastyczne porażenie kończyn dolnych, prawej bardziej, niż lewej, zatrzymanie moczu, silne ale niezupełnie dokładnie umiejscowione bóle w bokach i w nogach, wreszcie nieco później lekkie zaburzenia czucia, głównie bólu, ciepła i zimna, w obwodowych odcinkach kończyn dolnych. Kręgosłup bez zmian i niebolesny.

W wywiadach napady histeryczne i w stanie obecnym lekkie stigmata tej nerwicy.

Spastyczne porażenie kończyn dolnych wraz z przedmiotowymi zaburzeniami czucia i zatrzymaniem moczu współcześnie z brakiem jakiegokolwiek objawów ze strony kończyn górnych lub nerwów mózgowych przemawiało za ogniskiem w części grzbietowej rdzenia, powodującym zniesienie przewodnictwa tego narządu. Większe porażenie prawej kończyny dolnej dowodziło zajęcia przeważnie prawej połowy rdzenia. Dokładne jednak umiejscowienie sprawy było wobec tak niewyraźnych i li tylko obwodowych zmian czucia

i wobec braku jakichkolwiek innych objawów lokalizacyjnych zgoda niemożliwa.

Bóle w plecach i bokach, które były pierwszym objawem choroby i w następstwie również chorej bardzo dokuczaly, miały umiejscowienie rozlane i skutkiem tego mniejsze znaczenie rozpoznawcze. Odpowiednich pasów znieczulenia (jak w przypadku pierwszym) lub nadczułości nie znajdowaliśmy. Co najwyżej mogliśmy na tej podstawie wyciągnąć wniosek, że według wszelkiego prawdopodobieństwa punkt wyjścia sprawy leży zewnątrz rdzenia, ponieważ sprawy wewnątrzrdzeniowe z mniejszymi bólami lub całkiem bez nich przebiegają.

Nadmienię muszę, że bóle w kończynach dolnych, które się nieco później pojawiły, nie przeczyły bynajmniej ognisku części grzbietowej, gdyż bóle takie promieniujące przy tem umiejscowieniu już wielokrotnie spostrzegano (przy nowotworach przez SCHULTZE'go).

Istota sprawy patologicznej nie dała się również w tym czasie ściśle określić. Zapalenie kręgow (spondylitis) można było wyłączyć ze względu na brak zбочenia i bolesności kręgosłupa przy posuniętem porażeniu. *Meningomyelitis luetica* (przymiot rdzenia i opon) dać może objawy podobne, aliści brak było jakichkolwiek w tym kierunku danych w wywiadach lub stanie obecnym chorej. Nowotwór rdzenia w rachubę również wzięty być musiał. Za tem przemawiało wystąpienie bólów w okresie początkowym i z tak wielkiem nasileniem, dość szybkie, choć stopniowe, powstawanie porażenia, z początku w jednej, potem w drugiej kończynie. Przy tem wszystkim jednakowoż, powtarzam raz jeszcze, obraz i przebieg choroby były nie dość jasne i nie pozwalały na pewne rozpoznanie.

Dalszy przebieg choroby był następujący.

6 IV. Bóle trwają w dalszym ciągu, wzmagają się po nocach. Chora umiejscawia je w plecach i bokach, w lewym są nieco większe, aniżeli w prawym. Niedowład kończyn dolnych większy, chodzenie bardzo utrudnione. Niedowład prawej kończyny bardziej posunięty; zmiany uczucia te same. Odruchy ścięgnowe bardzo wzmożone, zwłaszcza w kończynie prawej. Z prawej strony *clonus* stopy i kolana. Ciepłota ciała stale nieco podniesiona, podgorączkowa w godzinach popołudniowych.

Ordinatio: kali jodatum 12,0 na 200,0, 3 łyżki dziennie; *unguentum hydrargyri cinereum* 3,0 wcieranie codzienne.

10. IV. Bóle mniejsze, samopoczucie lepsze.

12. IV. Po dwudniowem polepszeniu, bóle się ponowiły. Nie spała. Ciepłota wieczorem 38,5°.

14. IV. Na zmianę z zatrzymaniem moczu i trudnością oddawania go daje się zauważyć osłabienie zwieracza — chora niekiedy bardzo krótko mocz zatrzymać może.

16. IV. Chora nie może się całkiem na nogach utrzymać. Bóle nie ustają. Leczenie rtęciowe po 20 wcieraniach szaruchy przerwano. *Kali jodatum* dalej podawano.

18. IV. *Paquelinisatio* kręgosłupa w części grzbietowej. Przemijająca poprawa.

20. IV. Ciepłota zrana 36,9°, po południu 38,9°. Dreszczów nie było.

26. IV. Porażenie kończyn dolnych zupełne; skłonność do przykurczenia ich w zgięciu. Znieczulenie posunęło się znacznie ku górze, dosięga z przodu 6 żebra, z tyłu dolnej 1/3 łopatki; z obu stron m. w. jednakowo. Między 6—9 żebrzem pas przejściowy, w którym znieczulenie jest w mniejszym stopniu. Różne rodzaje uczucia jednakowo zakłócone.

Oddawanie moczu niesamowolne, w pewnych odstępach czasu,

Kręgosłup przy naciskaniu i opukiwaniu niebolesny; przy ucisku na barki chora doznaje większych bólów w bokach, to samo — niekiedy — przy ucisku na głowę.

Bóle są stałe i bardzo silne. Chora z tego powodu nie może wcale leżeć na wznak, ani na prawym boku. Noce bezsenne pomimo zastrzykiwań morfiny.

2. V. Kończyny dolne stałe przykurczone, w kolanach zgięte.

Mocz wydziela się kroplami.

Wyrůstki cierniste 4 i 5 kręgów grzbietowych bolesne. Cała część grzbietowa i lędźwiowa na ucisk nieco wrażliwa.

Z powodu silnych bólów chora dniem i nocą pozostaje w położeniu siedzącym. Na prawym skrętaczu powierzchowna odleżyna.

13. V. Zaburzenia czucia dosięgły 4 żebra. Poniżej 6—7 żebra znieczulenie jest całkowite. Wyróstelek ciernisty 4 kręgu grzbietowego jest przy ucisku i opukiwaniu bardzo bolesny, również z lewej strony wyróstelek poprzeczny tegoż samego kręgu.

Stan ogólny zły. Odżywianie upośledzone. Ciepłota podgorączkowa. Odleżyna nie powiększa się, częściowo zagojona.

W krótkim streszczeniu przebiegu choroby przedstawia się, jak następuje.

Niedowład kończyn dolnych wzmagał się stopniowo aż do zupełnego porażenia ze spastycznym przykurczeniem ich w zgięciu. Zaburzenia czucia, postępując ku górze, dosięgły 4 żebra: do 6 żebra anestezja była całkowita, między 6—4 niezupełna. Zamiast retencji powstało nietrzymanie moczu.

W okolicy prawego skrętacza utworzyła się powierzchowna odleżyna. Bóle w bokach

trwały ciągle, o umiejscowieniu rozlanem, raz większe w prawym boku, drugi raz w lewym. Były one tak silne, że chora noce całe w położeniu siedzącym spędzała.

Kręgosłup długi czas nie okazywał bolesności ani przy naciskaniu, ani przy opukiwaniu, w końcu pojawił się ból przy opukiwaniu 4—5 kręgów grzbietowych, a równocześnie cały kręgosłup w częściach grzbietowej i lędźwiowej stał się nieco wrażliwszym.

Stan ogólny pogorszył się znacznie, ciepłota wahała się między 37,0°—38,0°, parę razy podnosiła się wyżej, prawie do 39°.

Rozpoznanie, które z początku, jak wyluszczyłem, było bardzo niepewne, zyskało teraz lepsze podstawy. Mielśmy przedewszystkiem pewne objawy zniesienia poprzecznego przewodnictwa w rdzeniu: zupełne porażenie ruchowe i czuciowe oraz niesamowolne oddawanie moczu. Charakter spastyczny porażenia dowodził, że zniesienie przewodnictwa nastąpiło powyżej części lędźwiowej rdzenia. Znieczulenie, sięgające do 6, a następnie do 4 żebra, upoważniało do wniosku, że sprawa rdzeniowa dochodzi do 4, ewentualnie do 2 odcinka grzbietowego. Nadmienić muszę, że w tym przypadku prawo SHERRINGTON'a — na mocy którego górna granica sprawy chorobowej znajduje się przynajmniej o 2 odcinki wyżej po nad wysokość, wskazaną przez granicę anestezji — nie da się ściśle zastosować, ponieważ między 4—6 żebrem mieliśmy pas prześciowy ze znieczuleniem niezupełnym.

(D. n.)

WYKŁADY KLINICZNE.

M. MAUGES.

LECZENIE ZAPALENIA PŁUC u dorosłych.

Na wstępie autor zaznacza, że może w żadnej innej chorobie nie zarysowuje się tak wyraźnie sprzeczność pomiędzy praktyką a teorią, jak w traktowaniu zapalenia płuc (*Pneumonia crouposa*), że, aczkolwiek każdy lekarz zapatruje się na nie jako na cierpienie ostre ogólne, znajdujące swój wyraz w zmianach chorobowych płuc, to jednakże w praktyce zwracanie uwagi na ten głównie narząd i całe postępowanie lecznicze sprawia raczej wrażenie, że się je traktuje jako sprawę chorobową jedynie miejscową. Otóż nie należy nigdy zapominać o właściwej chorobie tej przyrodzie ogólnej, boć w każdym prawie jej przypadku we krwi wykazać się dają przy badaniu mikroskopowym drobnoustroje chorobotwórcze — *diplococci pneumoniae*; nadto fakt, że po przełomie płuco jest jeszcze zwątrobiałe, a pęcherzyki płucne zawierają takąż samą ilość wysięku włóknikowego, elementów komórkowych i diplokokków, jak i na kilka godzin przed nim, pomimo tego że w ogólnym stanie chorego nastąpiła znakomita poprawa, a ciepłota obniżyła się do prawidłowej wysokości — co najlepszym jest dowodem braku należytego stosunku objawów miejscowych do stanu ogólnego — niezaprzeczenie też za takim pojmowaniem sprawy chorobowej przemawia. Z tego więc względu dziwić się nie należy, że nie jeden chory z małym miejscowym rozprzestrzenieniem się sprawy pneumonicznej umiera, podczas gdy inny z obszernymi zmianami zapalnymi przychodzi do zdrowia. Staje się to zrozumiałem, jeśli wziąć pod uwagę, że na przebieg choroby nie

tyłe wpływa rozległość sprawy miejscowej, ile raczej stopień ogólnego zakażenia.

Drugim faktem, zasługującym na uwagę jest to, że *pneumonia croup.* już od pewnego czasu wraz z pojawieniem się influenzy zmieniła niejako swoją fizyonomię, że aczkolwiek wciąż zdarzają się jeszcze wciąż klasyczne jej postaci, to jednak w większości przypadków spotykamy się ze szczególną jej odmianą, przedstawiającą łącznie cechy i kataralnej i włóknikowej sprawy patologicznej; obszar zwątrobiania nie bywa w stosunku prostym do stopnia zakażenia, sprawa nie zrazu występuje jako płatowa, lecz raczej stopniowo się szerzy, przebieg kliniczny cechuje się pewną nieregularnością, zależną od nieprawidłowego szerzenia się na co raz to inne miejsca płuca oraz rzekomymi przełomami (*pseudocrisis*), towarzyszącymi każdemu cząstkowemu ustępowaniu zmian zapalnych (*resolutio*).

Zastanawiając się nad statystyką omawianej choroby prof. MAUGES przytacza, że w szpitalu ogólnym w Massachusetts od 1822 do 1889 r. na 1000 notowanych przypadków *pneumoniae* zejść śmiertelnych było 9—4% pomimo najrozmaitszych metod leczenia, zmienianych wraz z wymaganiami czasu i postępem medycyny; inni (WELS) notują śmiertelność 18,1% do 20,1%, FRENKEL w Berlinie 16—30% (średnio 22,6).

Aczkolwiek takie dane statystyczne mają doniosłe znaczenie naukowe, to jednak — zdaniem autora — lekarz przy łóżku chorego ze względu na rokowanie powinien się mniej liczyć z nimi, a raczej kierować się właściwościami indywidualnymi chorego, stopniem zakażenia, czasem, jaki upłynął, zanim chory się położył, — wziąć pod uwagę jego otoczenie, sposób leczenia, opiekę, z jakiej korzysta, jego ciałoślad oraz powikłania. Od specjalnego leczenia — według autora — jak dotąd, nie wiele co spodziewać się możemy, choćby ze względu na to,

że to, co dotąd pod tym względem zrobiono, opiera się często na źle zrozumianych zasadach bakteryochemicznych. Boć i nie wszystkie pneumokoki można utożsamiać, gdyż te, aczkolwiek pod względem morfologicznym do siebie podobne albo małoznaczne jedynie wykazujące różnice, ze względu jednak na stopień zaraźliwości i jadowitości znacznie różnią się pomiędzy sobą — jak o tem bakterjologowie coraz bardziej się przekonywają. I o te to właśnie różnice w ich jadowitości i o trudność otrzymania właściwych hodowli — jak dotąd, rozbijają się wszelkie usiłowania ustalenia metody leczniczej. Nadto trzeba mieć na uwadze i to, że nie każda *pneumonia* jest spowodowana przez pneumokoki, lecz że w sprawie tej odgrywają też często niepoślednią rolę i inne drobnoustroje, a zwłaszcza w ostatnich czasach notowany *bacillus influenzae*. Nasuwa się tedy pytanie, jak leczy chorych, dotkniętych zapaleniem płuc? Przewszystkiem więc zaznaczyć tu wypada, że przypadki, prawidłowo przebiegające, o niezbytnej sile infekcyi i nieprzekraczającym pewnych granic odczynie ustroju, nie wymagają prawie żadnego leczenia — dogład i opieka nad chorym niemal że zupełnie tu wystarczają. Jeśli jednak interwencya lecznicza okazuje się konieczną, to pamiętać należy, że mamy do czynienia nie tylko z zapaleniem płuc, lecz z chorym, dotkniętym niem — że wmieszanie się nasze powinno się trzymać granic racjonalnych. Niestety, dla niektórych lekarzy — jak powiada autor — wystarcza dyagnoza zapalenia płuc, ażeby niezwłocznie stosować środki jaknajenergiczniejsze — przyczem zapominają o tem, że zbytnia energia okazuje się tu często wprost szkodliwą, i że często chorzy z obszerną konsolidacją płuca prawie że bez żadnego leczenia zdrowieją, podczas gdy inni z nieznacznymi jedynie zmianami giną.

Leczenie powinno być głównie skierowane przeciw zakażeniu (*toxaemia*), kierując się przystem następującymi wskazaniem: 1) podtrzymać życie, 2) podtrzymać sprawność serca, 3) miarkować gorączkę, 4) usuwać dolegliwości, 5) przeciwdziałać powikłaniom.

1) Pierwszemu wskazaniu zadość czyni odpowiednia dyeta i dogład. Są to rzeczy znane, autor jednak kładzie tu nacisk na to, ażeby

baczną zwracać uwagę, żeby żołądek nie był rozdęty gazami albo zbyt wypelniony nienależycie strawionym pokarmem — rozdęty bowiem żołądek i kiszki, pracując ku górze, utrudniają czynność serca, które ze wszelkich miar winno być oszczędzane. Dla tego też wszelkie pokarmy lub napoje, które sprzyjają wywiązywaniu gazów, powinny być surowo wzbronione, a nawet mleko, podawane pacjentowi, winno być odpowiednio dlań przygotowane i w odpowiedniej ilości. Nie należy więc przekarmiać go, gdyż choroba i tak jest krótka, pacjent więc bez zbytecznego wyczerpania na koszt własnych tkanek i tłuszczu może łatwo pokryć niedostateczny dowóz pożywienia. Celem oszczędzenia żołądka lepiej nawet jest stosować leki nie *per os*, a drogą zastrzykiwań podskórnych. Wodę można podawać obficie — zimną lub ciepłą, albowiem zmniejsza ona pragnienie, miarkuje gorączkę i, sprzyjając obfitszej dyurezie, sprzyja tem samem wydzieleniu się toksyn. W tym też celu można nawet podawać lekkie mozelskie wino z alkaliczną wodą mineralną, unikać jednak należy podawania wody, nasyconej kwasem węglowym, gdyż rozdyma ona żołądek, nie daje się pić w większej ilości i wreszcie zwiększa ilość kwasu węglowego, którego i tak w ustroju jest tu zawiele. Z tego też względu należy unikać wszelkich wód gazowych, kumysu a nawet wina szampańskiego, o ile nie jest ono specjalnie wskazane.

2) Wskazania, mające na względzie podtrzymanie sprawności serca, tyczą się niebezpieczeństwa, jakie zagraża mu ze strony: 1) ośrodka mózgowego, 2) ze strony mięśnia sercowego, 3) prawej komory, 4) lewej komory i wreszcie 5) układu naczynio-ruchowego.

1) Niebezpieczeństwo ze strony ośrodka mózgowego zależne jest od oddziaływania na tenże zakażenia krwi (*toxaemia*) i gorączki.

2) Wpływ na mięsień sercowy dostatecznie objaśniają prace KREHL'a, ROMBERG'a i innych. Wykazały one wysepkowate ogniska nacieczenia i zwyrodnienia około małych naczyń, które to zmiany wogóle znamienne są w ostrych infekcyach. Nadto niemalą tu rolę odgrywa wpływ nadmiernej ciepłoty (*hyperpyrexia*).

3) Na czynność prawej komory szkodliwie oddziałują utrudnienie krwiotoku płucne-

go — na skutek zwałobienia pewnego obszaru tkanki płucnej. FRAENKEL jednak zwraca uwagę, że nawet w ciężkich przypadkach zapalenia płuc nie zawsze wykazać się daje rozszerzenie prawej komory, i że często przyczyny tej nieprawidłowości należy się jeszcze doszukiwać poza utrudnionym krwiobiegiem płucnym. Niebezpieczeństwo, zagrażające prawemu sercu, wzmagają się w przypadkach, w których już uprzednio istniała rozedma płuc i wady zastawkowe.

4) Co do lewej komory, to tu też główną rolę odgrywają zmiany teksturalne, wyżej nadmienione, niebezpieczeństwo zaś zwiększa się, jeśli niedomaga ona już wskutek uprzednio istniejących zmian w naczyniach (*arteriosclerosis*) i przewlekłego zapalenia nerek, z tego więc też względu na rokowanie niepomyślnie wpływa niski ciężar właściwy moczu — o ile tenże utrzymuje się stale w przebiegu choroby.

5) Wreszcie, co się tyczy układu naczynioruchowego, to prace ROMBERG'a i staranne mierzenie ciśnienia krwi w przebiegu przypadków zapalenia płuc znacznie przyczyniły się do wyjaśnienia rozmaitych tu niedokładności i ścisłej określiły wskazania lecznicze. Otóż ciśnienie krwi — nie jest tu — jakby to się zdawać mogło — wysokie, a przeciwnie — w większości przypadków jest ono obniżone, przyczem najniższym okazuje się w czasie przelomu albo też wkrótce po nim. Zwiększenie ciśnienia stosunkowo rzadziej się zdarza i jest notowane tylko w tak zwanych przypadkach stenicznych. Racją więc leczenia naparstnicą i preparatami sporyszu jako też stosowanie innych środków celem wywołania skurczu gładkich włókien mięśniowych okazuje się tu bardzo widoczną w przeciwstawieniu do nitrogliceryny, którą tak nieogłędnie stosowano do ostatnich czasów. Porażenie gładkich włókien mięśniowych w omawianej sprawie chorobowej ma doniosłe znaczenie nie tylko ze względu na naczynia krwionośne, lecz i na kiszki, których atoniczne wzdęcie stanowi rys znamieny w groźnych przypadkach.

Do leków, które najlepiej odpowiadają wskazaniu co do podtrzymywania sprawności serca, należą: strychnina, kofeina, alkohol, kamfora i ergotyna. Jeśli chodzi o szybki skutek, to większość tych leków najlepiej stosować podskórnie. Zdaniem autora strychnina w dużych dawkach najlepiej nadaje się do przeprowadze-

nia — że tak powiemy — serca przez okres przelomowy. Dobrze też tu usługi oddają podskórne zastrzykiwania roztworu kamfory w oleju migdałowym. Otrzymywano też dobre wyniki od roztworu soli kuchennej, stosowanego podskórnie (*hypodermoclysis*) lub w ławatywach. Ostatnio wreszcie ELSNER zaleca adrenalinę — 15 gran (*minims*) roztworu 1 : 1000 — *per os* lub podskórnie. Bicie i niepokój serca miarkują się często z dobrym skutkiem — stosowaniem pęcherza z lodem na *praecordium*.

Co do pożytku naparstnicy w omawianej chorobie, zdania okazują się podzielonemi. PERTRESCO, który jest zwolennikiem stosowania jej, stara się wykazać, że nawet wielkie dawki jej — grm. 12,0 *pro die* — nie przedstawiają niebezpieczeństwa — lecz zdaniem REINER'a — dawki takie nie mogą być stosowane dłużej, niż przez dwa dni.

Jedynym obecnie klinicystą, który zaleca tu naparstnicę w ogromnych dawkach — grm. 3—4 dziennie — jest FRAENKEL, lecz z zastrzeżeniem podawania ich tylko przez pierwsze trzy dni choroby i to też jedynie w przypadkach, w których wykazać się nie dają bądź to organiczna choroba serca, bądź to zmiany w naczyniach (*arteriosclerosis*), bądź wreszcie zmiany chorobowe w nerkach.

Wielkie dawki ku końcowi choroby zupełnie odmiennie oddziałują na serce, niż w początkowym okresie, gdyż jeden gram naparstnicy tu powoduje niepożądane zwolnienie i nieregularność tętna. Unika również FRAENKEL podawania jej u osobników starszych nad lat 50 i u alkoholiczków. Nie używa nigdy mniej niż 3,0 grm. na dobę, albowiem krótkotrwałość choroby — zdaniem jego — domaga się szybkiego jej stosowania, nie przekracza jednak nigdy ogólnej ilości 12,0 grm. Twierdzi on, że w ten sposób skracają się okres gorączkowy, że niepożądane następstwa takiego traktowania rzadko chyba były notowane. LEYDEN jednak wogóle nie podziela poglądu FRAENKEL'a.

Według doświadczeń CASH'a i BRUNTON'a tolerancja na tak wielkie dawki naparstnicy daje się objaśnić słabszym działaniem jej w stanach gorączkowych. JÜRGENSON wyraźniej określa wskazania dla naparstnicy, a mianowicie uważa stosowanie jej za odpowiednie u chorych, u których sprawność serca była już słaba tuż przed

chorobą lub osłabła w przebiegu jej — jeśli tętno bez widocznej przyczyny staje się częstsze i jednocześnie nieregularne.

Stan płuc rozstrzyga też często o wskazaniach, mających na celu ułatwienie pracy serca; tyczy się to głównie nawału (*congestio*) i obrzęku nie dotkniętych sprawą chorobową i ich części. Wczesne więc rozpoznanie tych stanów, a zwłaszcza obrzęku, jest rzeczą niezmiernie wagi — suche bańki obficie i wielokrotnie stosowane dobre tu nieraz oddają usługi.

Upust krwi (*venesectio*) w niektórych takich przypadkach doskonale daje wyniki. U ludzi młodych i wogóle u ludzi silnych upust 12—15 uncji krwi wybornie oddziaływa na stan sprawności rozszerzonego i spracowanego prawego serca, to też autor nigdy nie waha się w takich razach go zalecać. U ludzi jednak starszych, osłabionych albo w przypadkach zapalenia płuc w grypie (*grippe* - *Pneumonia*) z nieprawidłowym przebiegiem, gdzie świeże ogniska zapalne mogą się zaznaczać obrzękiem, albo gdzie przełom rzekomy (*pseudocrisis*) ma miejsce przy rozejściu się sprawy zapalnej (*resolutio*) na małej jedynie przestrzeni, upust krwi nie jest wskazany.

3) Co do miarkowania nadmiernej gorączki (*hyperpyrexia*), to należy zawsze mieć na względzie, że ciepłota, nie przekraczająca 40° C. (= 104° F.), jest równie jak rdzawa plwocina i pewien stopień duszności (*dyspnoea*) objawem niejako normalnym w przebiegu zapalenia płuc, że więc, według obecnie przyjętego poglądu, gorączka, dochodząca do tej wysokości, jest prawidłowym odczynem na zakażenie pneumokokami, i że wraz z leukocytozą stanowi ona naturalną obronę przeciw chorobie. Zresztą pod tym względem należy przypadki indywidualizować, boć u niektórych chorych już ciepłota 102° F. (= 39° C.) może mieć poważniejsze znaczenie, aniżeli u innych 105° F. (= 40,5° C.). Termometr więc nie rozstrzyga tu jeszcze kwestyi, a raczej ogólny stan chorego. Stосуje się tu często z pożytkiem pęcherze z lodem na powierzchnię, odpowiadającą zajętemu obszarowi płuca. Znoszą się one dobrze, lecz należy je stosować oględnie, gdyż niekiedy powodują neuralgię międzyżebrową, jak to autor w dwóch spostrzegł przypadkach. Zresztą nie stanowią one bynajmniej specjalnego środka przeciw zapaleniu płuc, za

jaki je uważa MAYS. Obmywania zimną wodą — gąbką i także zimne obwijania okazują się niekiedy bardzo pożytecznymi, lecz i z nimi należy być oględnym, gdyż zbyt zimne — przez spowodowanie wstrząsu (*shock*) — mogą szkodliwie oddziaływać na serce. Najlepiej używać wilgotnych kompresów, stosowanych wokoło klatki piersiowej i zmienianych co godzina lub dwie — unikając przytem o ile możności zbytniego niepokojenia chorego. Działanie ich przeciwgorączkowe nie jest zbyt wybitne, bezwzględnie przynajmniej znoszą się one dobrze, a w każdym razie nie szkodzą.

Nadzieje, jakie AUFRECHT pokładał w podskórnem stosowaniu chininy, w praktyce się nie sprawdzają. Autor posługiwał się niemi głównie w przypadkach, w których chciał podnieść obniżoną leukocytozę.

Co się tyczy innych nowszych preparatów przeciwgorączkowych (*wat-tar preparations*), to racjonalne użycie ich w niektórych przypadkach, obniżając zbytnią gorączkę i łagodząc jej objawy — dobre oddaje usługi. Bądź jak bądź, nie należy zapominać, że na mięsień sercowy i układ naczynio-ruchowy po za wysoką temperaturą szkodliwie oddziaływają toksyny, i że obniżysz ciepłotę, wcale jeszcze nie rozprawiliśmy się z temi ostatnimi.

4) Dla złagodzenia dolegliwości *resp.* męczącego kaszlu i kłujących bólów pleurytycznych, dręczących chorego i pozbawiających go snu, zamiast zwlekać przez poszukiwanie innych mniej pewnych środków, a tem samem jeszcze bardziej osłabiać — najlepiej zalecić podskórne zastrzyknięcie morfiny w małych ilościach ($\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{10}$ grana), albo *heroinum hydrochlorat.* ($\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ grana). Przyżeganie żegadłem PAQUELIN'a często bardzo — doskonale uspokaja bóle — lepiej, niż wszelkie gorczyczniki, wezykatorye, pijawki, kataplazmy — to też autor wielkim ich jest zwolennikiem. Pęcherz z lodem okazuje się też środkiem bardzo cennym, lecz nieco za powolnie działającym. Duże wilgotne kompresy, zmieniane co dwie godziny, też dają się z korzyścią zastosować.

Nadmierne rozdęcie żołądka i kiszki w niektórych przypadkach, w ostatnich latach notowanych, stanowiło powikłanie nader niepożądane. Zdaniem autora nie jest ono wcale — koniecznym wynikiem błędu w dyecie *resp.* ferment-

tacy w przewodzie pokarmowym, lecz raczej skutkiem zakażenia (*toxaemia*), znajdującym swój wyraz już to w objawach porażeniowych naczynio-ruchowych, już to w atonicznym rozszerzeniu żołądka i kiszek. Zwraca on tu przytem uwagę na to, że, o ile kalomel lub inne *cathartica* pożytecznymi się okazują w podobnych przypadkach w początkowym okresie choroby, o tyle mogą się one okazać szkodliwymi w czasie późniejszego jej biegu. LAMBERT doradza w takich razach podskórne zastrzykiwania ergotyny — na co autor w braku własnego pod tym względem doświadczenia, z teoretycznego punktu widzenia skłonny jest się zgodzić.

Nader wielkie znaczenie dla chorego ma sen; to też w miarę możności — o ile tylko nie staje się koniecznym podawanie pożywienia lub niezbędnych leków — powinniśmy pozwalać mu spać jaknajdłużej, czy to dniami, czy nocą, a nawet w razie bezsenności stosować odpowiednie leki — jak małe ilości morfiny podskórnie ($\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ grana) w celu wywołania snu (LEYDEN). Autor jednak skłania się raczej do podawania nowszych leków nasennych, mniej silnie oddziałujących.

Sen według FRAENKEL'a jest czynnikiem, który potężny wywiera wpływ i na przebieg choroby i na rokowanie. Szczególnie jednak wielkie ma on znaczenie dla chorych bredzących (*delirium*), a wreszcie i ze względu na to, że łagodzi dolegliwości.

Co do pożytku wzięcia tlenku w ciężkich przypadkach zapalenia płuc, to ten, zgodnie z coraz bardziej rozpowszechniającym się wśród klinicystów mniemaniem, jest znacznie przeceniany i ma chyba wartość więcej teoretyczną, niż praktyczną. Skuteczność jego okazuje

się jedynie chwilową, te też duszność i sinica, na chwilę miarkowane, wkrótce znów się wzmagają pomimo stosowania go obficie. Dowodzi to raczej, że nie tyle zależą one od przeszkód mechanicznych w narządzie, ile raczej od zakażenia (*toxaemia*). Staje się to zrozumiałem, jeśli sobie przypomnieć, jak ogromna następuje zmiana na korzyść oddechania po przełomie choroby, pomimo, że konsolidacya płuca tuż przed i po nim jest prawie jednakowa. Z tego wynika, że wdychanie tlenu mogą mieć jedynie praktyczne znaczenie przy chwilowem stosowaniu go dla ułatwienia choremu zwalczania nagłego spotęgowania się duszności i sinicy.

5) Ostatnie wreszcie wskazanie ma na celu leczenie powikłań, a zwłaszcza zapalenia opłucny wysiękowego, otoku ropnego (*empyema*), zapalenia osierdza i zap. wosierdza, leczenie jednak ich w przebiegu zapalenia płuc nie różni się od zwykle praktykowanego. Należy jednak zwrócić uwagę, że rozpoznanie *Pleuritidis exudativae* często bywa utrudnione przez to, że stopień wypukowe oraz inne oznaki, towarzyszące temu powikłaniu, mogą zależeć od grubych warstw włókna — jak to autorowi nieraz stwierdzić się udawało. Wysięki pleurytyczne, skoro tylko okaże się ujemny wpływ ich na czynność i stan płuca — należy usuwać niezwłocznie. Po za tem w przypadkach, gdzie rozejście się sprawy zapalnej w płucu opóźnia się, przewleka, trzeba zawsze mieć na uwadze możliwość istnienia otoku ropnego (*Empyema*).

(Medic. Record. N. 1779. 1904 r.).

F. Gr.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

38. DECKER. Rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej.

Kamica żółciowa jest cierpieniem bardzo rozpowszechnionem. RIEDEL oblicza, że w samych Niemczech około 2 milionów ludzi dotkniętych jest tą chorobą. Każda dziesiąta autopsya wykazuje kamienie żółciowe. Pamiętać przytem należy, że mała tylko część przypadków wywołuje znaczniejsze zaburzenia; podług KEHR'a, 5% przypadków dostępna jest rozpoznaniu, podczas gdy w 95% przypadków cierpienie pozostaje ukryte.

Chirurgia kamicy żółciowej wyjaśniła, że do niedawna o przyczynie kolki żółciowej mieliśmy zupełnie błędne wyobrażenie. Przedstawiano sobie, że zawarte w pęcherzyku żółciowym kamienie z niewiadomych powodów zaczynają wędrować, przedostają się do przewodu pęcherzykowego, żółciowego wspólnego i ztąd do dwunastnicy, przyczem podrażnienie mechaniczne, jakie kamień na ściany przewodów żółciowych wywiera, wywołuje napad kolki. Żółtaczka miała powstawać wskutek uwięźnięcia kamienia w przewodzie żółciowym. Obecnie wiemy, że kolka powstać może nawet wtedy, gdy kamień nie porusza się wcale z dna pęcherzyka żółciowego. Dalej wiemy, że żółtaczki brak w 50% wszystkich przypadków kolki żółciowej. Trudno pojąć, mówi NAUNYN, jak można było dawniej przeoczyć znaczenie zapalenia pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis*) i przewodów żółciowych (*cholangitis*) dla kamicy żółciowej. Obecnie dzięki chirurgom wiemy już, jaką dużą rolę obie te sprawy grają w kamicy, i to stanowi największy w tej dziedzinie postęp. Przyczyny kolki szukać należy w zapaleniu błony śluzowej pęcherzyka żółciowego, wzgl. przewodów żółciowych, niezmiernie zaś rzadko kolka powstaje wskutek uwięźnięcia w przewodzie pęcherzykowym bez poprzedzającego zapalenia.

Sprawa odbywa się w ten sposób, że skutkiem zapalenia powstaje obrzmienie i rozpulchnienie błony śluzowej. Skutkiem obrzmienia przewodu pęcherzykowego wstrzymany jest dopływ i odpływ żółci; zawarta jeszcze w pęcherzyku żółć nie może opróżnić się do przewodu pęcherzykowego, zapalenie śluzówki prowadzi do wytworzenia wysięku surowiczego, a więc do wzmożonego napięcia pęcherzyka, a skutkiem tego napięcia i rozciągnięcia do wystąpienia bólów, które ustają wówczas dopiero, gdy obrzęk błony śluzowej zmniejsza się, i przewód pęcherzykowy staje się drożny. Wysięk, mający obecnie wolny odpływ, może wyprzeć kamień z pęcherzyka i unieść go, jeśli nie jest zbyt wielki, do dwunastnicy. Gdy jednak kamień jest za duży, ażeby mógł przejść przez przewód żółciowy, może on tu pozostać, nie wywołując niekiedy przez długi czas żadnych dolegliwości, często jednak powoduje w dalszym ciągu bóle zależne od ciśnienia stagnującej poza nim wydzieliny zapalnej. Co do przyczyny powstawania tego zapalenia, zdania są jeszcze podzielone: podczas gdy KEHR i inni przyjmują, że zapalenie powstaje wskutek zakażenia (*bact. coli*, *streptococcus*, *staphylococcus*), RIEDEL uważa za możliwe powstawanie zapalenia bez zakażenia jedynie wskutek podrażnienia, wywołanego ciałem obcym (*perialienitis*, *perixenitis*). Teorię zakażenia pojmować należy w ten sposób, że bakterye, szczególnie zaś *bact. coli*, osiedlają się w drogach żółciowych i wywołują tam zapalenie wówczas tylko, gdy odpływ żółci jest utrudniony, gdy następuje zastój żółci. Sprzyjają temu: siedzący tryb życia, niedostateczny ruch, zaburzenia w trawieniu, szczególnie przewlekłe zaparcie stolca, skłonność do tycia, u kobiet specjalnie nieodpowiednia niehigieniczna odzież, jak gorsety, sznurówki. Faktem jest ustalonym, że kolka żółciowa najczęściej zjawia się w ciąży lub

połogu. Przytoczone przyczyny tlomaczą, dlaczego u kobiet kamica występuje o wiele częściej, niż u mężczyzn ($2\frac{1}{2} : 1$).

Nie należy zadawać się rozpoznaniem ogólnem kamicy żółciowej, lecz w każdym poszczególnym przypadku starać się określić zaśle zmiany anatomo-patologiczne. Zmiany te są rozmaite. Wskutek zapalenia powstaje obrzmienie i zgrubienie błony śluzowej pęcherzyka, w dalszym przebiegu wytworzyć się mogą owrzodzenia odleżynowe, a niekiedy nawet nekroza. Owrzodzenia wywołać mogą, zwłaszcza w szyjce pęcherzyka i w przewodzie pęcherzykowym, zwężenia, przedziurawienia, przetoki i krwawienia.

Występujące wskutek krwawienia wymioty krwawe dają niekiedy powód do fałszywego rozpoznania wrzodu żołądka i dwunastnicy. Z błony śluzowej pęcherzyka zapalenie przechodzi na inne warstwy, przyczem wytwarza się zgrubienie i obrzęk błony surowiczej i mięśniowej, rozwija się miejscowe zapalenie otrzewny, występują zrosty pęcherzyka z siecią, żołądkiem i kiszka. Zrosty wywołać mogą ciężkie zmiany narządów trawienia: zwężenie odźwiernika, załamanie dwunastnicy, a wskutek wciągnięcia sieci i poprzecznic w sprawę zapalną, objawy niedrożności kiszek (*ileus*). W następstwie surowiczego zapalenia pęcherzyka powstaje często *hydrops vesicae felleae*, który zresztą wytworzyć się może i bez poprzedniego zapalenia jedynie wskutek zatkania kamieniem przewodu pęcherzykowego. To początkowo surowicze zapalenie przejść może w ropne, albo też zapalenie ropne występuje od początku jako takie. Ropa zatracić może swą jadowitość, a pęcherzyk pomimo swej ropnej zawartości ściąga się i trudno odnaleźć się daje wśród rozległych zrostów, albo też ropa toruje sobie drogę przez ścianę brzuszną nazewnątrz lub, co częściej się zdarza do żołądka i kiszek. Te same zmiany, które w przewodzie pęcherzykowym napotykaemy, zdarzają się także w przewodzie żółciowym, z tą różnicą, że w tym ostatnim zarośnięcie zdarza się b. rzadko. Zapalenie przewodu żółciowego może rozprzestrzenić się na tkanki sąsiednie i wywołać zapalenie (*thrombophlebitis*) gałęzi żyły wrotnej. Niebezpieczne powikłania powstają, gdy *cholangitis purulenta* prowadzi do ropnego zapalenia miększu wątroby. Umiejscowione

dotychczas cierpienie przechodzi przystem w zakażenie ogólne z wytworzeniem ropni wątroby, ropnicy i posocznicy, zapalenia wsierdzia, ostrego krwotocznego zapalenia nerek, zapalenia opon mózgowych, ropni płuc i t. d.

Zapalenie trzustki w kamicy żółciowej należy do częstych powikłań, zdarza się bowiem podług KEHR'a w 33% przypadków.

Rozpoznanie powyższych zmian nastęrcza b. często poważne wątpliwości, a w niektórych przypadkach okazuje się nawet niemożliwym. Dokładne jednak spostrzeganie objawów chorobowych, stwierdzenie zależności spostrzeganych zaburzeń od kamicy, ogólny stan chorych, powinny w podobnych przypadkach dostarczyć pewnych punktów oparcia dla rozstrzygnięcia kwestyi wskazania do zabiegu chirurgicznego.

Przy rozpoznawaniu szczegółowe i dokładne wywiady mają znaczenie pierwszorzędne. Napady kolki, kurecze żołądka dają nam ważne wskazówki dyagnostyczne. Podług RIEDEL'a, 97% wszystkich kureczów żołądka zależne są od kamicy żółciowej, podług autora zaś — tylko 80%. Kurecze żołądka przy *ulcus ventriculi* trwają krócej, rzadko dłużej nad 1—2 godzin, w kamicy zaś znacznie dłużej trwają i mają zazwyczaj o wiele większe natężenie z wyjątkiem b. lekkich napadów. Ból zależny od wrzodu ustaje zazwyczaj już po lekkich środkach (zastosowanie gorąca na brzuch, wypicie ciepłej herbaty, zażycie 10—20 kropel 1% roztworu morfiny), kolka zaś żółciowa uspakaja się na pewien czas dopiero po zastrzyknięciu sporej dawki morfiny, przynajmniej 0.02 gm. Przy wrzodzie ból umiejscawia się wyłącznie w okolicy żołądka i niekiedy promieniuje do grzbietu, podczas gdy w kamicy ból z żołądka przechodzi na prawą stronę klatki piersiowej i często promieniuje do prawej łopatki. Przy macaniu bolesna jest przy wrzodzie tylko okolica żołądka, w kamicy zaś głównie okolica pęcherzyka żółciowego, lecz także bardzo często okolica żołądka.

Co się tyczy żółtaczki, to b. często (około 50% przyp.) nie występuje ona wcale, tak że brak żółtaczki nie wyłącza kamicy. Natomiast obecność żółtaczki lub stwierdzenie tejże w wywiadach ma doniosłe znaczenie dla rozpoznania. Żółtaczka powstaje jednak nie tylko wskutek uwięźnięcia kamieni (żółtaczka kamieniopocho-

dna, lithogen), lecz, jak to obecnie wiemy dzięki RIEGEL'owi, bywa także żółtaczka zapalnego pochodzenia, powstająca wskutek rozszerzenia się zapalenia z pęcherzyka (*cholecystitis calculosa*) na przewody żółciowe, położone wewnątrz wątroby. Ważnem jest wiedzieć, czy żółtaczka trwała krótko lub długo, czy wypróżnienia podczas trwania żółtaczki były stale bezżółciowe, czy też raz odbarwione, drugi raz zabarwione. Jeśli mamy np. różniczkować przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego przez kamień od zamknięcia, spowodowanego guzem, to ciągle wzmagająca się żółtaczka przemawia za guzem, zmienne zaś natężenie żółtaczki za kamieniem.

Wobec rodzinnej skłonności do kamicy ma również pewne znaczenie rozpoznawcze wiadomość, że rodzice lub rodzeństwo także cierpieli lub cierpią na kurecze żołądka albo kolki.

Gdy wywiady naprowadziły nas na myśl o istnieniu w danym przypadku kamicy żółciowej, przeprowadzamy dokładną palpacyę brzucha celem utwierdzenia się w tem rozpoznaniu. Pewniejsza, niż zwykle macanie, jest palpacya dwuręczna (КЕРН), która polega na tem, że lewą dłonią, położoną na płask na prawą okolice lędźwiową, wywieramy ucisk tak, ażeby wątrobę przesunąć ku górze (ku przodowi). Jeśli na zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego natrafiamy na ściśle ograniczone miejsce bolesne, podczas gdy reszta brzegu wątroby nie jest bolesna, możemy być prawie pewni, że mamy przed sobą dotknięty zapaleniem pęcherzyk żółciowy. W niektórych przypadkach, jak w ostrem zapaleniu pęcherzyka, *hydrops. vesicae felleae* i t. d., udaje się często oddzielnie wyczuć powiększony pęcherzyk, lecz dla rozpoznania nie jest to konieczne. Prócz pęcherzyka bolesny jest zazwyczaj przyczep *m. recti* do prawego łuku żebrowego. Często też znajdujemy wzmożony opór z prawej strony w porównaniu z lewą. Wymacywanie daje prócz tego możność stwierdzenia powiększenia wątroby. Póki cierpienie jest czysto miejscowe, jak w zwykłej postaci *cholecystitidis*, wątroba nie jest powiększona. Zdarza się jednak, że leżący nad pęcherzykiem odcinek wątroby jest również w stanie zapalnym, wydłużony w postaci językowatego wyrostka (RIEDEL) i wówczas łatwo wyczuć się daje. Przy *cholangitis* i przewlekłym zatkaniu

choleodochi znajdujemy zazwyczaj powiększenie wątroby.

Co się tyczy ciepłoty, to podwyższenie jej znajdujemy w niektórych tylko przypadkach. Zwykle brak podniesienia ciepłoty w lekkich zapaleniach surowicznych, przeciwnie, w *cholecystitis* i *cholangitis acuta*, jak również przy *empyema ves. fel.* ciepłota zwykle jest podniesiona. *Empyema v. f.* przebiegać może także bez gorączki, gdy drobnoustroje utraciły jadowitość, i zawartość pęcherzyka stała się jałową. Gorączka przy *cholecystitis* i *cholangitis acuta* przybiera często charakter przepuszczający. Wobec zakaźnej przyrody zapalenia pęcherzyka spotykamy często powiększenie śledziony.

Po stwierdzeniu na mocy powyższych danych kamicy żółciowej pozostaje nam jeszcze rozstrzygnąć, czy kamień znajduje się w pęcherzyku, przewodzie pęcherzykowym albo przewodzie żółciowym wspólnym, dalej, czy napad skończył się odejściem kamieni i wreszcie, jakie istnieją powikłania.

Najłżejsza postać kamicy, w której kamienie pozostają w normalnym lub b. mało zmienionym pęcherzyku, przejawia się nieznacznie zaburzeniami żołądkowemi: nudnościami, odbijaniami, nieznacznyymi i b. mało bolesnymi skurczami żołądka, które wskazują na przemijające zamknięcie przewodu pęcherzykowego. Podobne przypadki zdarzają się niezmiernie często i prawie zawsze mylnie rozpoznawane zostają jako cierpienia żołądka. Badanie jednak sprawności mechanicznej i chemicznej żołądka wykazuje stosunki prawidłowe, co skłania do rozpoznawania nerwicy żołądka. W podobnych przypadkach dwuręczne badanie wykrywa zazwyczaj wrażliwość na ucisk w okolicy pęcherzyka żółciowego, dowodzącą, że mamy do czynienia z zapaleniem pęcherzyka. Gdy bóle żołądkowe potęgują się, i pojawiają się wymioty, wówczas przyjąć musimy, że błona śluzowa pęcherzyka znajduje się już w stanie silniejszego zapalenia. W obu razach brak żółtaczki i powiększenia wątroby. Rozpoznanie kamicy żółciowej w tym wczesnym okresie jest b. ważne, gdyż jesteśmy w stanie za pomocą środków wewnętrznych usunąć cierpienie, *resp.* przeprowadzić je w stan utajenia i zapobiedz wystąpieniu ciężkich zmian i powikłań. Wobec tego zaleca się u każdego

chorego z zaburzeniami żołądka przeprowadzić dokładne badanie okolicy wątroby.

Wskutek przyłączenia się zarodków zakażenia ten okres początkowy podrażnienia, wzgl. zapalenia pęcherzyka, przejść może w zapalenie ostre z wysiękiem. Pęcherzyk wyczuwa się wówczas jako silnie napięty guz. W tej postaci *cholecystitidis* zdarzyć się mogą następujące stunki: kamień pozostaje w pęcherzyku, albo uwięziony zostaje w przewodach żółciowych, albo wreszcie przechodzi do dwunastnicy.

W pierwszym razie mamy znany obraz silnego napadu kamicy z silnie napiętym pęcherzykiem, znacznym wzdęciem górnej części brzucha i silnie wyrażonymi zaburzeniami stanu ogólnego. Napad trwać może kilka godzin do kilku dni. Napady te nazywamy bezskutecznymi w przeciwieństwie do skutecznych, kończących się przejściem kamieni do kiszki. Na 10 bezskutecznych napadów zdarza się jeden skuteczny. W tych ostatnich wystąpić może powiększenie wątroby, gdy rozwija się *cholangitis*. Według WOLF'a i NAUNYN'a, w połowie przypadków napadów skutecznych brak żółtaczki. Od różnić napad skuteczny od bezskutecznego można jedynie przez stwierdzenie obecności kamieni w stolcach. Wynik ujemny nie ma naturalnie znaczenia rozstrzygającego, gdyż kamienie mogą, jak wiadomo, rozpuścić się w kiszkiach.

Gdy kamień, przeszedłszy przewód pęcherzykowy, zatrzymuje się w przewodzie żółciowym, wówczas wywołuje często ostre zamknięcie tego przewodu z silnymi kolkami, żółtaczką i wymiotami, przyczem występuje zazwyczaj także gorączka. Wątroba jest wtedy obrzmiała, stolce beżółciowe. Gdy kamień przez czas dłuższy uwięziony zostaje w *d. choledochus*, występują objawy przewlekłego zamknięcia przewodu żółciowego, które od ostrego różni się tem, że natężenie bólu znacznie się zmniejsza, zjawia się kolka tylko od czasu do czasu, albo nawet zupełnie bólu niema, żółtaczka zmienia się w natężeniu, przyczem wypróżnienia nie zawsze są odbarwione. Przypadki przewlekłego zamknięcia *d. choledochi*, które przebiegają bez bólu, przedstawiają wielkie trudności rozpoznawcze. Tacy chorzy skarżą się tylko na ogólne zaburzenia w trawieniu i osłabienie. Żółtaczka może nie występować, gdyż zupełne zamknięcie

przewodu występuje tylko od czasu do czasu i trwa krótko np. jeden dzień. Częste oglądanie wypróżnień, które w okresie zupełnego zamknięcia są odbarwione, jest niezbędne dla prawidłowego rozpoznania.

Puchlina pęcherzyka (*hydrops. ves. felleae*), jak również otok ropny (*empyema v. f.*) nie nastroczają zwykle wielkich trudności rozpoznawczych. Przy *hydrops*, skoro tylko pęcherzyk nie jest skurczony, wyczuwamy guz podłużny, gładki, przesuwalny razem z wątrobą przy wdechaniu.

Cierpienie to albo nie wywołuje żadnych dolegliwości, albo przeciwnie wywołuje mniej lub więcej silne zaburzenia żołądkowe, niekiedy zaś uczucie ciężkości w okolicy wątroby. Żółtaczki i obrzmienia wątroby niema. Jeśli guz nie jest bardzo duży, to łatwo możemy go przyjąć za nerkę wędrującą. *Empyema ves. fel.* połączone jest zazwyczaj z silnymi bólami, jak przy bezskutecznych napadach kolki, oraz często z wysoką gorączką i dreszczami. Stopniowo bóle znacznie łagodnieją, przyczem i gorączka zniknąć może. Rzadziej przebieg bywa zupełnie skryty.

Inne powikłania, jak zwężenie odźwiernika niedrożność kiszki, zależna od uwięzienia w nich kamienia żółciowego, zrosty otrzewnowe z następczem załamaniem lub targaniem przewodów żółciowych, rozpoznajemy na zasadzie pewnych właściwych im objawów. Związek tych cierpień z kamicą żółciową ustalamy na mocy wywiadów.

Najrzadsze powikłanie kamicy stanowi rak pęcherzyka żółciowego. Zdarza się w przybliżeniu w 14% przypadków *cholelithiasis*. Powikłanie to w początku trudno jest rozpoznać, gdyż występuje zazwyczaj pod postacią ogólnych zaburzeń trawienia. Dopiero gdy guz staje się większy, można go rozpoznać po nierównej powierzchni.

Żółtaczka przyłącza się zwykle w późnych okresach.

Gdy rak usadowiony jest u ujścia *d. choledochi* do dwunastnicy, natenczas charakterystyczne jest stałe potęgowanie się żółtaczki i wzrastające obrzmienie wątroby.

Po zrobieniu szczegółowego rozpoznania kamicy żółciowej winniśmy w kwestyi leczenia przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy ma ono

być zachowawcze, czy operacyjne. Pomijając skrajne poglądy niektórych chirurgów, którzyby każdy przypadek kamicy żółciowej chętnie operowali, oraz niemniej krańcowe poglądy niektórych internistów, którzy na operację decydują się wówczas dopiero, gdy szanse są już zbyt małe, możemy już obecnie na mocy doświadczenia klinicznego ustalić następujące wskazania do zabiegu: 1) otok ropny pęcherzyka żółciowego; 2) ropne zapalenie przewodów żółciowych i ropień wątroby; 3) powikłania powstałe w następstwie zrostów pęcherzyka z sąsiednimi narządami; 4) przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego; 5) t. zw. napady bezskuteczne, gdy te coraz częściej pojawiają się i upośledzają stan ogólny. Wskazanie nie bezwzględne, jakkolwiek częste, mamy w następujących sprawach: 1) Przy przedziurawieniu dróg żółciowych; 2) przy puchlinie pęcherzyka; 3) przy ciężkim ostrem zapaleniu pęcherzyka.

Leczenia wewnętrzne wymagają: 1) *cholecystitis acuta* lekkiego stopnia; 2) t. zw. napady skuteczne, w których przy każdej kolce odchodzą kamienie; 3) ostre zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego. Przy stawianiu wskazań do zabiegu winniśmy naturalnie w każdym poszczególnym przypadku uwzględnić ogólny stan chorego, jakoś tętna, stosunek tętna do ciepłoty, stan majątkowy chorego (KEHR) i t. d.

Leczenie wewnętrzne ma przede wszystkim za zadanie usunąć zastój w wątrobie, sprzyjający powstawaniu niezżytu kamieniotwórczego.

Na pierwszym planie tu stoją środki mechaniczno-gimnastyczne: sporty (jazda konna, wiosłowanie, pływanie, wspinanie się na góry i t. d.), gimnastyka pokojowa i szwedzka gimnastyka lecznicza, szczególnie ćwiczenia, które wpływają na krążenie krwi w narządach brzusznych i pobudzają czynność kiszek, dalej mięsienie brzucha i kilkakrotne w ciągu dnia wykonywanie szeregu głębokich wdechów, wreszcie odpowiednia odzież, głównie zaś unikanie silnego sznurowania się. Ważne są również odpowiednie przepisy dyetetyczne. Podczas gdy dawniej zalecano chorym surową dyetę oszczędzającą, obecnie dozwalamy możliwie częste i posilne pożywienie, wychodząc z założenia, że im szybciej krąży żółć po przewodach żółciowych,

co zależne jest od posilności pożywienia, tem pewniej zapobiega się zastojowi. Pożywienie winno być mieszane i bogate w białko. Unikać należy głównie ostrych przypraw, tłustych, ciężko-strawnych pokarmów oraz dużych ilości wysokoci. Co się tyczy leczenia farmaceutycznego, to wymienić można rozmaite środki żółciopędne i rozpuszczające żółć: środek DURAND'a (eter z terpentyną), oliwę, eunatrol, glicerynę, cholelizynę, chologen. Środki te okazują w niektórych przypadkach pożyteczne działanie, jednakże wielkiego znaczenia przypisywać im nie można. Stosujemy zazwyczaj wzmiankowane środki w lżejszych, niepowikłanych przypadkach, szczególnie zaś w *cholecystitis* lekkiego stopnia, w napadach skutecznych, lecz również przy bezskutecznych, oraz w ostrem zamknięciu *d. choledochi*.

Podczas gdy działanie wszystkich tych środków jest niepewne, dobroczynne działanie wody karlsbadzkiej, szczególnie zaś gorętszych źródeł, jest faktem niewątpliwym. Na czem polega to działanie, czy na przyspieszeniu prądu i wydzielaniu żółci, czy na usuwaniu kamieni z dróg żółciowych, czy też na usuwaniu zastojów w wątrobie i układzie żyły wrotnej, a co zatem idzie na łagodzeniu zapalenia przewodów żółciowych, niełatwo rozstrzygnąć. Najprawdopodobniejszym wydaje się ostatnie działanie.

Nawet w najcięższych przypadkach kamicy żółciowej, skoro tylko niema wskazania do natychmiastowej operacji, winniśmy przede wszystkim zastosować wodę Karlsbadzką, gdyż dozwala ona nam nawet w bardzo ciężkich przypadkach osiągnąć cel zamierzony, t. j. przeprowadzenie choroby z okresu czynnego w okres utajenia. Nie wystarcza przytem zalecanie tradycyjnych 3 kubków wody. Dla osiągnięcia energicznego skutku przepisać należy 6—8 szklanek dziennie z przerwami kilkogodzinnymi i przy odpowiedniej temperaturze, odpowiadającej źródłom Karlsbadzkim (Mühlbrunn 39,7° R., Sprudel 58,9° R.). Gdzie odpowiednia kuracja da się dokładnie w domu przeprowadzić, niema potrzeby wysyłać chorego do Karlsbadu. Przy odpowiednim kombinowaniu picia wody Karlsbadzkiej z zastosowaniem ciepła na okolicę wątroby, gorącymi wlewaniem do kiszek, gorącymi kąpielami, odpowiednimi ćwiczeniami w pokoju, głębokimi oddechami i t. d. otrzymuje-

my bardzo często pomyślne warunki. Gdy leczenie wewnętrzne okazało się bezsilne, to przy wyżej zaznaczonych wskazaniach wykonać należy zabieg operacyjny. Po operacji występują niekiedy dolegliwości, które mogą być zależne od ponownego wytworzenia się kamieni (prawdziwe nawroty), od pozostawienia kamieni w drogach żółciowych wskutek przeoczenia (rzekome nawroty), wreszcie od wytworzenia się zrostów. Prawdziwe nawroty zdarzają się bardzo rzadko.

Nawroty rzekome przy ulepszonej technice zdarzać się będą coraz rzadziej. Wogóle zaś tam, gdzie jest wskazanie do zabiegu, obawa

przed mogącymi wystąpić później zaburzeniami nie powinna nas wstrzymywać od operacji. Co się tyczy zdania RIEDEL'a, że 10% wszystkich przypadków kamicy winny być leczone zachowawczo, 90% zaś operacyjnie, to zdanie to należy uważać za wielką przesadę. Przy ścisłym i szczegółowym rozpoznawaniu kamicy oraz odpowiednim leczeniu wewnętrznym jesteśmy w stanie usunąć wiele zaburzeń oraz zapobiec wystąpieniu wielu innych powikłań, które z natury rzeczy wymagałyby zabiegu operacyjnego.

(Münch. med. Woch. 1904. N. 39.)

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Sprawozdanie z XI posiedzenia Sekcji Ginekologicznej z d. 27. IV 1905 r.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił 4 macice z włókniakami, wycięte przezeń za pomocą laparotomii, a to mniej lub bardziej zmienionym sposobem DOYEN'a.

2) NEUGEBAUER przedstawił: a) Nowotwór zrakowaty, wielkości małej pomarańczy, usunięty u czteromiesięcznego chłopczyka o częściowej *hypospadiasis penis* z dolnej powierzchni samego prącia. Przed operacją rozpoznanie wahało się pomiędzy *fibroma (molluscum pendulum)* a *teratoma*. Drobnowidz wykazał *fibroma*.

b) Ogromną torbiel przyjajnikową, usuniętą na drodze laparotomii w 5 miesiącu ciąży. Cięża dotarła do normalnego końca, i przy pomocy kleszczy urodziło się żywe dziecko.

3) NEUGEBAUER wypowiedział odczyt o ropniach ściany brzusznej przedniej. Najczęstsze ropnie ściany brzusznej są pochodzenia operacyjnego: wyropienie nitek, pogrążonych w ścianie brzusznej. Drugą kategorię tworzą ropnie, powstałe wskutek wydzielenia się na tej

drodze ciała obcego z jamy brzusznej (tampon zapomniany, szwy i t. d.), lub też z zewnątrz kišek (oś rybia, źdźbło słomy); dalej nieraz przez ropień ściany brzusznej wydzielają się na zewnątrz kamienie żółciowe. W innych przypadkach ropnie ściany brzusznej powstają wskutek zakażenia i jakiegokolwiek ranki skórnej od zewnątrz: po ranach, po stawianiu pijawek, po wdrażeniu do ściany brzusznej jakiegokolwiek ciała obcego np. igły.

Dalej wliczyć należy przypadki otworzenia się na zewnątrz ropnia, pochodzącego od zropiałych nowotworów (włókniaka, torbieli) płodu pozamacicznego, *haematocela* i t. d. Dodać wypada jeszcze promienicę ścian brzusznych.

Pozostają jeszcze dwa gatunki ropni ściany brzusznej bardzo ważne. Są to ropnie, związane z persystencją *ductus omphalo-mesaraicus*, szczególnie ropniejące przetoki w pępku, a dalej ropnie, powstałe w związku z persystencją częściową lub całkowitą *urachus'a*.

Najciekawsze są przypadki, gdzie *urachus*, poprzednio zarosnięty, uzyskuje nanowo światło wskutek zatrzymania się moczu w pę-

cherzu z jakiegokolwiek przyczyny mechanicznej: zatkania cewki kamieniem, zagięcia cewki moczowej, *atresiae urethrae*, nareszcie wskutek *incaeratio uteri gravidi retroflexi*.

Spostrzeżenie ostatniej kategorii obserwo-
wał N. w roku 1884 w klinice ś. p. ojca swego.
Chora W. K. przybyła do szpitala w dwa tygod-
nie po porodzie z przetoką w dolnej części ścia-
ny brzusznej, do pęcherza prowadzącą. Półto-
ra cała powyżej tej przetoki znaleziono ciemno-
brunatną bliznę po zagojonej w trakcie ciąży
przezoce takiej samej, a nareszcie w samym
pępku leżała druga takąż blizna. Wywiady po-
kazały, że w trzecim miesiącu ciąży wskutek
incaeratio uteri gravidi nastąpiło zatrzymanie
moczu (chora przez dwa tygodnie nie oddawała
mocz) — powstał ropień w pępku i pękł; mocz
wylewał się przez pępek. Później powstał dru-
gi ropień poniżej, a gdy ten pękł, górny się za-
goił. Gdy nareszcie jeszcze niżej powstał trze-
ci ropień i pękł, ten drugi się zagoił. Przez tę
najniższą przetokę chora oddawała mocz do po-
rodu. Po porodzie zaś zaczęła urynować dro-
gą zwykłą i ta trzecia przetoka szybko się za-
goiła.

4) W sprawie opieki nad położnicami i
noworodkami, postawionej przez kol. ZWEJG-
BAUMA, a szczegółowo omawianej na jednym z
posiedzeń, zabierali kolejno głos koledzy: CY-
KOWSKI, ZABOROWSKI, POPIEL, LEŚNIEWSKI, GRO-

MADZKI, RYŁKO, JAWORSKI, (kol. ZWEJGBAUM
nie był obecny), godząc się, iż sama sprawa w
zasadzie bardzo ważna nie da się jednak roz-
wiązać przez powołanie do życia instytucji pie-
legniarek położniczych, któreby miały za zadanie
zastępować i wyręczać akuszerki.

Braki, jakie akuszerki u nas posiadają, a
co się ujemnie odbija na położnicach i noworod-
kach, są wynikiem bardzo różnych przyczyn, od
których w pewnych razach i przyszłe pieleg-
niarki, zapewne, wolne nie będą. Do przy-
czyn tych należą: brak dobrych szkół ogólnych,
brak wzorów odpowiednich w szkołach dla aku-
szerek i t. d. Wobec tego, że w sprawie tej
wszyscy członkowie sekcji się wypowiedzieli,
a głosy ich wydrukowano w „Ginekologii” (N. 3
1905 r.), uznano sprawę za wyczerpaną.

Na wniosek kol. J. JAWORSKIEGO sekcya
postanowiła podjąć opracowanie i wydanie w
celu jaknajszerszego rozpowszechnienia: „rady
dla ciężarnych, rodzących i położnic”, a także
„wskazówek pielęgnowania dzieci w 1 - ym roku
życia”.

Do komisji, która ma tego dokonać, o-
prócz wnioskodawcy, powołano kol: GROMADZ-
KIEGO, CYKOWSKIEGO, POPIELA i ZABOROW-
SKIEGO.

M. Ryłko.

XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26 — 29 kwietnia r. b.)

Skreślił A. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24).

2. PETERSEN (Heidelberg). „Przyczynki
do histologii raków błon śluzowych”.

Nader liczne badania mówcy wykazały, że
raki błon śluzowych, np. przewodu pokarmowe-
go, wyrastają z błony śluzowej bez udziału tkan-

ki łącznej; przypuszczenie istnienia specjalnych
drobnoustrojów raka uważa P. za iluzję.

3. RITTER (Greifswald). „Przyczyny po-
wstawiania martwicy w rakach”.

Omówiwszy wszystkie dotychczas przyta-

ezane powody powstawania martwicy w rakach, jak zaburzenia w odżywianiu komórek, zwiększenie ciśnienia, zawał krwotoczny, R. wykazuje ich chwiejność i mniema, że martwica jest reakcją ustroju na rakowate zwyrodnienie.

4. LANDOW (Wiesbaden).¹⁾ „Przyczynę do choroboznawstwa i chirurgii *osteomyelitis gummosa* długich kości“.

W przypadku wzdęcia prawej piszczeli przystąpiono do operacji po bezowocnem stosowaniu leczenia przeciwsyfilitycznego; znaleziono zgrubienie okostny do 2 mm., piszczel koloru siarki, szpik kostny galaretowaty, brak ropy. Według mówcy, żółte zabarwienie kości jest patognomoniczną oznaką syfilitycznego charakteru cierpienia.

5. LAUENSTEIN (Hamburg). Pokazuje zmieniony przez siebie „sposób nakładania przewiązki ESMARCH'a, a mianowicie układa on naprzód bandaż w kierunku tętnicy, a następnie dopiero owija kończynę naokoło, ma to zapobiegać występowaniu porażeń.

6. SCHLOFFER (Innsbruck). „Perubalsam jako środek leczniczy dla ran“. Stosując go na świeże zakażone uszkodzenia, miał mówca znacznie mniej powikłań przyrannych, niżby się zdawać mogło ze względu na charakter ran; przyczyny tego należy szukać, według S., w stałości preparatu, a następnie i przeważnie we wzmożeniu się leukocytozy.

Przed początkiem III posiedzenia BRAUER (Marburg) pokazał w klinice prof. BERGMAN'a stosowanie swej metody ze wzmożonem ciśnieniem przy operacjach na klatce piersiowej.

III posiedzenie — chirurgia nerek.

1. ROSSING (Kopenhaga). „Wskazania i wyniki po usunięciu nerki ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy“. Osnowę wywodów mówcy i referentów stanowiły liczne obserwacje i wyniki, osiągnięte dzięki najnowszym udoskonaleniom w badaniu czynnościowem nerek. Według innych autorów próba z błękitem metylowym i oznaczanie mocznika nie odpowiadają ce-

lowi, a natomiast zupełnie nie zawiodła oczekiwania próba florydzynowa i kryoskopia; ROSSING jest zupełnie odmiennego zdania, a mianowicie uważa za błędne twierdzenie, że przy nader nieznacznej ilości mocznika i pozornie zdrowa nerka nie jest zdolna do pracy, gdyż ze 112 przypadków usunięcia nerki w 31 dokonano rękoczynu pomimo nader nieznacznych ilości mocznika i tylko w jednym przypadku miał on do czynienia z następczą mocznicą. W 50 zaś przypadkach, gdzie dokonano kryoskopii, otrzymano w 12 błędne wyniki, jak np. znaleziono w *morbis Brightii*, przy nowotworach nerek normalny punkt zamamarzania. Ze swej statystyki przytacza R. następujące dane: na 112 przypadków usunięcia nerki miał on 9 zejść śmiertelnych, a więc 8%; z tego 52 przypadki i 7 zejść śmiertelnych przed r. 1901 i 60 przypadków z 2 zejściami po r. 1901. Dane te odpowiadają zupełnie wynikom, otrzymanym przez KÜMMEL'a i CASPER'a.

Zdaniem mówcy kryoskopia, próba florydzynowa i określanie ilości mocznika są metodami niepewnymi; względnie najwięcej zaufania budzi ostatnia; dobre swe wyniki mówca zawdzięcza kateteryzacji moczowodów i dokładnemu chemicznemu i bakteryologicznemu badaniu moczu. Jeśli przy gruźlicy jednej nerki chora jest i druga, a mianowicie w moczu z niej znajdujemy drobnoustroje, ropę i białko, natenczas starać się należy leczyć tę drugą nerkę przed usunięciem pierwotnie chorej; jeżeli zaś znajdujemy tylko białko, to R. natychmiast usuwa drugą nerkę chorą, chociażby dane próby florydzynowej lub kryoskopii skłaniały do przeciwnych wniosków; dlatego że uważa wtedy białkomocz tej zdrowej nerki za toksyczny. (Opis odpowiedniego przypadku). Co się tyczy stosowania separatorów moczu, to R. uważa ten sposób za zupełnie niepewny; w jednym z jego przypadków gruźlicy jednej nerki metoda ta wykazała obustronne cierpienie—wskutek czego nie uratowano odpowiednim rękoczynem życia choremu, lecz pozostawiono go własnemu losowi; pomyłkę tę wykazało późniejsze badanie.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Erosan jest to mieszanina, złożona z 10 *kalii sulfo-guajacolici*, 30 wody, 105 syropu zwykłego, 5 *Extr. cort. aurant.* i 0,3 *Morph. acthyl. muriat.* WINTERBERG stosował ten środek u 24 chorych na gruźlicę płuc, 12 z niezłym oskrzelowym ostrym, 4 — z przewlekłym i 3 z ropowym (*Br. putrida*). Ogólny stan się poprawia, kaszel się zmniejsza; płwocina staje się mniej cuchnąca. Dawka 3 łyżki dziennie.

(Med. Blätter. 11. 8. i 1. 9. 04).

= Maretyna jest to acetanilid metylowy; przedstawia się w postaci białych połyskujących kryształów, trudno w wodzie rozpuszczalnych. Środek ten obniża ciepłotę bardzo szybko, a działanie jego trwa 15—24 godzin. Wskazany jest głównie w gorączkach wyniszczających (gruźlica, tyfus, posocznica, zimnica) w dawce 0,25, kilka razy dziennie. Obniżeniu ciepłoty towarzyszą obfite poty.

(Wien. kl. Woch. 26 — 04).

= HEITLER robił spostrzeżenia nad zmianami tętna przy zamykaniu i otwieraniu oczu. Bezpośrednio przed zamknięciem oczu tętno staje się słabsze, i to trwa

przez cały czas trzymania oczu zamkniętymi; po otwarciu oczu tętno podnosi się. Jeszcze wyraźniej występuje to, gdy trzymać przed zamkniętymi oczami chustkę czarną. U ludzi młodych takie wahania tętna ujawniają się wyraźniej, niż u starych. W tętnicach małych tętno stać się nawet może niewyczuwalnem.

(Wien. m. Presse 6 — 04.)

= LÈNEZ opisuje 12 przypadków rozerwania mięśnia prostego brzucha u kawalerzystów. Sprstrzega się zazwyczaj u ludzi młodych i niedoświadczonych przy próbach wskakiwania na siodło bez pomocy strzemiion. Nagle zjawia się ból w dole brzucha, wzmagający się przy oddechaniu i wyprostowywaniu się. Chory trzyma się zgięty; ból przechodzi i w nogę odpowiedniej strony; niekiedy bywają nudności i wymioty. Skóra w miejscu rozerwania prawidłowa; pod nią wyczuwa się stwardnienie poprzeczne. Wszelkie ruchy tułowia są bardzo bolesne. Gojenie następuje szybko.

(Arch. de med. milit. 9. 04).

P.

We Wrocławiu w 55 roku życia zmarł dyrektor tamtejszej kliniki chirurgicznej, były prof. Wszechnicy Jagiellońskiej d-r med. MIKULICZ.

Obszerniejszy nekrolog zmarłego pomieścimy w jednym z najbliższych numerów naszego czasopisma.

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem“ d-ra DŁUSKIEGO.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność rządowa francuska



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przysięgłego użytego Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza, dolegliwości wkrzywisk, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów śródeł wydzielających.

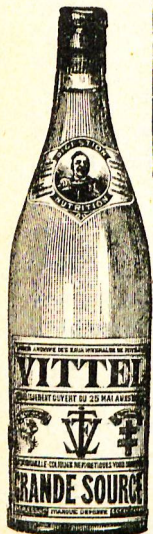
VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT
Mozolac trawienia, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.



VITTEL
GRANDE SOURCE

**PODAGRA
KAMIENIE
ARTRETYZM**

Sezon od 21 Maja do 25 Września.

VITTEL-PALACE, Hotel urządzony z wielkim komfortem.

Liczne hotele i wille.

Kasyno—Klub—Teatr—Hydroterapia

Objaśnień udziela: *Henryk Mendelssohn, w Warszawie Leszno 12.*

ELIXIR POLIBROMURÉ YVON

Zawierający bromek potasu zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsyi, Hysterii, Neurastenii, chorobom nerwowym wogóle, Newralgii, Spermatorrhea, Diabetes, nerwowym bólom żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et. C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).