

GAZETA LEKARSKA

Z KLINIKI DYAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ PROF. TUMASA W WARSZAWIE.

I. BALSAM KOPAJWY, JAKO ŚRODEK MOCZOPĘDNY.

Podał

D-r Szcześny Bronowski.

—z—z—

Stosowanie balsamu kopajwy, jako środka moczopędnego, nie jest nowością. Przy obrzękach rozmaitego rodzaju zalecał go już MONRO. Od roku zaś 1869 głównie w literaturze angielskiej znajdujemy częste wzmianki o wysokiem moczopędnem działaniu omawianego środka (1). Następnie i w niemieckiej literaturze znajdujemy pojedyncze obserwacje: tak, BRUDI w *Deutsches Archiv für klinische Medicin* zamieścił dosyć wyczerpującą monografię: „*Balsamum copaivum, als diureticum*“ (2); dalej D-r THIRY z Frejburga opisuje przypadek „*cirrhosis hepatitis alcoholica*“ z ogromnym przesiękiem do jamy brzusznej, który znakomicie się zmniejszył pod wpływem balsamu kopajwy. Jednakże, pomimo powyższych prac i obserwacji, o moczopędnem działaniu balsamu zapomniano. Najnowsza medycyna stosuje go tylko przy chorobach cewki i pęcherza, unikając podawania go jako środka moczopędnego zapewne ze względu na zaburzenia, jakie środek ten wywołuje w ustroju, a mianowicie: podrażnienie przewodu żołądkowo-kiszkowego i podrażnienie nerek. Ale z drugiej strony brak niezawodnych w działaniu swem środków moczopędnych i prawie rozpaczliwe położenie chorych z obrzękami w ogóle każą nam pogodzić się z tymi szkodliwymi wpływami i próbować stosowania balsamu w ciężkich przypadkach obrzęków, zależnych od nagromadzenia płynu w naczyniach, tkankach i narządach. Nowsza literatura ruska zawiera już kilka prac, w tym kierunku podjętych (3). Zadaniem niniejszej pracy będzie wykazanie kliniczne, o ile stosowanie balsamu jest uzasadnionem, i z jakimi pobocznymi wpływami należy się liczyć przy łózku chorego. Przypadki, o ile na to pozwalał materiał kliniczny, wybierano rozmaite co do przyczyn obrzęku, główną zaś uwagę zwrócono na obrzęki przy marskości wątroby. Zanim jednakże przejdę do szczegółowego opisu przypadków, w kilku słowach streszczę terażniejsze poglądy co do składnika, działającego w balsamie kopajwy moczopędnie, oraz wyniki dotychczasowych obserwacji co do ubocznych niekorzystnych wpływów i co do dawek leczniczych. Skład chemiczny balsamu kopajwy jest następujący: 1) olejek eteryczny — *oleum copaivae*, $C_{20}H_{32}$, 2) smoła kwaśna, inaczej kwas kopajwo-

wy $C_{70}H_{30}O_2$; 3) bezkształtna, brunatna indyferentna smoła, nierozpuszczalna ani w 75% alkoholu, ani też w oleju z węgla kamiennego. Z tych składników tylko dwa pierwsze z przewodu żołądkowo-kiszkowego przechodzą do ogólnego krwio-biegu. Głównie prace D-ra HERMANNA WEJKART'a (4) wykazały, że składnikiem działającym moczopędnie jest tak zwany kwas kopajwowy. Ten ze krwi w postaci soli kopajwowych, potasu i sodu, przechodzi do moczu, w którym można go wykazać za pomocą kwasu azotnego. Próbę się robi, jak zwykle, na białko, przyczem na granicy zetknięcia się moczu z kwasem azotnym otrzymujemy obrączkę, trochę wprawdzie bardziej rozlaną i mniej nasyconą, niż przy próbie na białko. Dodany alkohol, rozpuszczając tworzący się osad, smołę kopajwową, jest pewnym odczynnikiem dla wykluczenia białka. Może być, że wskutek powyższej reakcyi, bez następnego dodania alkoholu, powstała przesadna obawa podrażnienia nerek. Następnie WOLFF, robiąc doświadczenia z czystym olejkim eterycznym, balsamem kopajwy, również z czystymi solami kwasu kopajwowego, wykazał, że właśnie składnikiem, drażniącym przewód pokarmowy, jest olejek eteryczny; ten też składnik wywołuje często na ciele wysypkę podobną do pokrzywki. Z powyżej przytoczonych doświadczeń wynika, że lepiej jest stosować kwas kopajwowy, niż czysty balsam, a ten ostatni lepiej, niż olejek eteryczny. Przeglądając szczegółowo ogłoszone obserwacye, znajdujemy prawie u wszystkich autorów wzmianki o wymiotach, bieguncie i innych zaburzeniach trawienia; co zaś do podrażnienia nerek, to w obserwacyach angielskich i niemieckich autorów nie znajdujemy o tem ani wzmianki. Prof. OBOLEŃSKI tylko w jednym przypadku mógł wykazać krążki krwi w moczu, w innym — napieranie na pęcherz. D-r ŚWIETUCHIN zaś stanowczo twierdzi, że obawa podrażnienia nerek jest przesadną, bo ani w jednym ze swoich 12-u przypadków nie mógł tego stwierdzić. Nawet przy drobnowidzowem badaniu nerek królików użytych do doświadczeń, badacz ten przy średnich i dużych dawkach balsamu żadnych zmian nie wykrywał; tylko przy trujących dawkach notował znaczne wybroczyny krwawe w tkance śródmiąższowej, a wałeczki hemoglobinowe w kanalikach prostych; nadto protoplazma nabłonka wydawała się czasami zawierającą więcej ziarenek, niż zwykle.

Dawki, stosowane przez różnych autorów, były następujące: angielscy i niemieccy lekarze dawali po 15 kropel trzy razy dziennie; D-r ŚWIETUCHIN dawał 4,0 na 180,0, lub 3,0 na 180,0—4 razy dziennie po łyżce. W większości przypadków już w końcu pierwszego dnia stosowania leku następowało zwiększenie diurezy i smołę kopajwową, czyli kwas, można było wykazać w moczu. W ciągu następnych dni diureza się wzmagała.

Po tym krótkim przeglądzie literatury balsamu kopajwowego przejdę do opisów swoich spostrzeżeń. Tych miałem sześć: 3 przypadki *cirrhosis hepatis*, 1 — niewyrównanej wady serca, powikłanej marskością wątroby, 1 — raka wątroby i 1 — wysięku do jamy opłucnej przy istniejącem gruźliczem zajęciu wierzchołków płucnych. Przekonawszy się na próbnym doświadczeniach, że wyżej pomienione niekorzystne uboczne działania balsamu kopajwy nie tyle zależą od dawki leku, ile od indywidualności chorego, jak również i o względnej nieszkodliwości balsamu, podawałem zwykle od razu dosyć duże dawki, a mianowicie: Rp. *Emulsionis balsami Copaivae ex 3jj—5vj*. M. D. S.

Co dwie godziny łyżkę. Takie duże dawki, bo prawie 3js na dobę, chorzy znosili wogóle nie gorzej, niż mniejsze, a tak gwałtownie wyczekiwany skutek, t. j. usunięcie płynu przeważnie z jamy brzusznej, następował bardzo rychło. Dla poprawienia smaku dodawałem czasami ze skutkiem 3s—3j nalewki miętowej, a w razie biegunki tyleż *t-rae opii simplicis*. W kilku przypadkach porównywałem działanie balsamu kopajwy z innymi moczopędnymi środkami, w kilku—badałem ilość mocznika przed i po podaniu balsamu.

Przypadek I. Grzegorz Smir... , lat 17, cieśla. Od trzech tygodni zauważył powiększenie brzucha, od tegoż czasu datuje swoją chorobę. Przyczyna choroby nie daje się wykazać: wódki pił niewiele, chorób zakaźnych żadnych nie przechodził. Badanie wykazało: serce prawidłowych rozmiarów, wierzchołek trochę przesunięty ku górze i w lewo. Śledziona do VIII-ego żebra, niewyczuwalna. Wątroba znacznie zmniejszona, u góry na linii przymostkowej—pod VI-em żebrzem, na linii sutkowej — od VIII-go, na linii pachowej—od VIII-go żebra. U dołu na linii przymostkowej i środkowej granicy nie można określić, na linii zaś sutkowej i pachowej dolna granica sięga prawie na dwa palce po nad brzeg żeber. Lewy płąt wątroby także zmniejszony, brzeg twardy, ostry, daje się wyczuć wyraźnie przy obmacywaniu chorego. W płucach i w jamie brzusznej nie nienormalnego nie wykryto, stolce prawidłowe raz na dzień. Wymiar brzucha na pępku 89 ctm., waga ciała 59 kil., żółtaczki chorej nie ma. Dobowa ilość moczu 400 ctm. sześć, moc białka, cukru, składników żółci nie zawiera; ilość mocznika 6,5 gram. na dobę. Oprócz przesięku do jamy brzusznej żadnych innych ani wysięków, ani obrzęków nie ma. Rozpoznanie: *cirrhosis hepatis atrophica*. Zaordynowano: kalomel gr. j, 6 proszków dziennie. W ciągu kilku dni stosowania kalomelu przeciętna dzienna ilość moczu wynosiła 1700 ctm. sześć, waga ciała spadła do 57 kil., wymiar brzucha do 86 ctm., zjawily się objawy *stomatitidis mercurialis*. Następnie zaordynowano: *Infus. h. Digitalis* (ex gr. XII) 3vi. Przez trzy dni ilość moczu wynosiła zaledwo 600 ctm. sześć, waga ciała i wymiar brzucha pozostały bez zmiany. Zalecono: *coffein. natrio-salicyl.* gr. jii — dwa proszki dziennie; ilość dobowa moczu podniosła się do 2000 ctm. sz., waga ciała spadła do 56 kil., wymiar brzucha do 84 ctm.. Po 10 dniach takich prób zaczęto w końcu choremu podawać *emuls. balsami Copaivae* ex 3jj—3vj, *t-rae Menthae* 5s. DS. Co dwie godziny łyżkę. Chory doskonale znosi balsam, stolce wprawdzie ma dwa razy dziennie, ale to mu nie dokucza, ani mdłości, ani wymiotów nie niewa. W ciągu pierwszych 4 dni stosowania balsamu średnia dobowa ilość moczu 3500 ctm. sześć, ciężar właściwy 1008, ani białka, ani ciała czerwonych w moczu niema, kwas kopajwowy został już wykryty pierwszego wieczoru po zastosowaniu leku, ilość mocznika po czterech dniach podniosła się do 15,2 grm. na dobę. Waga ciała spadła do 54 kil., wymiar brzucha do 74 ctm.. Po opadnięciu brzucha wątroba zupełnie się uwidoczniła: jest znacznie zmniejszoną, z brzegiem twardym, ostrym. Od tego czasu przy dyecie mlecznej z małymi przerwami chory stale otrzymywał balsam kopajwy w ciągu kilku tygodni; moczu stale oddawał do 2600 ctm. sześć, z ilością mocznika na dobę do 20,0. Ostatni tydzień chorej przeleżał bez żadnych lekarstw, a ponieważ brzuch się nie powiększał, a płynu w jamie brzusznej też nie można było wykazać, przeto chorego wypisano z kliniki.

Przypadek II. Kow... Zofia, lat 36, choruje już od lat 4-ech. Zachorowała, jak mówił wskutek przeziębienia. W dzieciństwie przechodziła szkarlatynę, ospę, później tyfus brzuszny. Podczas ostatnich 4-ech lat niejednokrotnie wypuszczano jej płyn z jamy brzusznej. Badanie wykazało: granice serca prawidłowe, tony czyste, drugi ton tętnicy płucnej nieco wzmocniony. W prawym worku płucnej—wysięk, sięgający od tyłu u kręgosłupa do VIII-ego żebra, na linii sutkowej od przodu do VI-ego żebra. W lewym worku płucnej też trochę płynu daje się zauważyć. W dolnych odstępach płuc trochę wilgotnych rzeżeń, od przodu po nad granicą stępienia tarcie płucnej bardzo wyraźne, śledziona od VIII-go żebra, niewyczuwalna, wątroba bardzo bolesna, u góry wskutek płynu w jamie płucnej granicy jej nie można ściśle oznaczyć, u dołu zaś występuje z pod żeber na trzy poprzeczne palce. Lewy płąt wątroby też znacznie powiększony. Stolce prawidłowe, codziennie, dobowa ilość moczu 450 ctm. sześć, ciężar właściwy 1015, oprócz śladu barwników żółciowych, nieprawidłowych składników nie zawiera; mocznika 4,5 grm. na dobę; waga

ciała 67 kilogr., wymiar brzucha na pępku 92 cm.; błony śluzowe nieznacznie żółtaczkowo zabarwione.

Rozpoznanie: *cirrhosis hepatis hypertrophica*. Stosowano *infus Digitalis ex gr. x—*3vi. Przeciętna dobową ilość moczu 800 ctm. sześć., kalomel [średnia ilość moczu 1800 ctm. sześć.], *coffein. natrio salicyl.* [ilość moczu 1800]. Stosownie do oddawanej ilości moczu wymiar brzucha i waga ciała — opadały. Przed rozpoczęciem podawania balsamu kopajwy waga ciała wynosiła 65,5 kil., wymiar brzucha 88 cm., ilość moczu 1200 ctm. sześć., ilość mocznika 6,5 gram na dobę. Zalecono balsam kopajwy *emuls. ex 3jj—*3vj, *t-rae Menthae* 3j. DS. Co dwie godziny łyżkę. Już następnego dnia chora oddała 2000 ctm. sześć. moczu i trzeciego dnia 3500, wogóle średnia dobową ilość moczu w ciągu pierwszych pięciu dni podawania balsamu wynosiła 3000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1008, ilość mocznika 12,0 na dobę; ani białka, ani ciałek czerwonych w moczu nie wykryto; bólów przy oddawaniu moczu też niema. Waga ciała spadła do 60 kil., wymiar brzucha do 76 cm. Wyсіk w prawym worku opłucnej znikł prawie zupełnie i tarcie opłucnej w kilku miejscach wystąpiło bardzo wyraźnie. Piątego dnia chora zaczęła się uskarżać na mdłości i silną biegunkę [zwykle podczas podawania balsamu stolec bywał dwa razy dziennie]. Podawania balsamu kopajowego zaprzestano. Po kilku dniach, kiedy znowu wysięk w jamie brzusznej i opłucnej zaczął się zwiększać i wystąpiła duszność i bicie serca, a objawy podrażnienia przewodu pokarmowego ustąpiły, balsam kopajwy w tej samej ilości zaczęto znowu podawać, z dodaniem *t-rae opii simplic.* 3j. Od tego czasu w ciągu trzech miesięcy przy stałej dyecie mlecznej z małymi przerwami, zależnymi od pojawiającego się podrażnienia przewodu pokarmowego, chora stale otrzymuje balsam kopajwy. Obecnie od trzech tygodni chora już balsamu nie otrzymuje i stan jej jest następujący: wątroba znacznie mniejsza [wystaje z pod brzegu żebrowego tylko na jeden palec]; mniej bolesna, płyn w jamie opłucnej i otrzewnej zaledwo daje się wykazać, napadów duszności i bicia serca niema, bez żadnych środków moczopędnych chora oddaje średnio 1150 ctm. sześć. moczu na dobę, ciężar właściwy 1018, mocznika 14,5 gram. Kilka dni temu po czteroletniej przerwie chora dostała miesiączki, która to okoliczność mocno ucieszyła chorą. Leczenie dalsze obecnie jest następujące: przy stałej dyecie mlecznej chora otrzymuje jodek potasu i kilka dni na tydzień balsam kopajwy. Dalsza obserwacja wykaże ostateczny wynik kuracji.

Przypadek III. Zyg... Franciszek, 34 lat, choruje od trzech lat. Trzy tygodnie temu [jak mówi] dostał krwawych stoleców i wymiotów; od tego też czasu czuje się znacznie gorzej. Badanie wykazało: granice serca prawidłowe, tony czyste, w płucach nie szczególnego; wątroba zmniejszona: u góry na linii przymostkowej od VI-ego żebra, na sutkowej od VIII-go, na pachowej od IX-go, u dołu wskutek wysięku w jamie brzusznej dolna granica wątroby nie może być ściśle określona, jednakże lewy płąt wyczuwa się znacznie zmniejszonym; śledziona powiększona od VIII-go żebra, nie wyczuwa się. Przesięk w jamie brzusznej; nigdzie więcej ani obrzęków, ani wysięków nie ma. Wymiar brzucha na pępku 88 cm., na podstawie mostka 91 cm., waga ciała 63 kilo. Moczu 480 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,015; ani białka, ani innych nienormalnych składników w nim niema.

Rozpoznanie: *Cirrhosis hepatis atrophica*. Zaordynowano: *infus h. Digitalis (ex gr. XII) 3vj.* DS. Co 2 godziny łyżkę. Średnia dobową ilość moczu w ciągu kilku dni 800 ctm. sześć. Następnie chory zaczął dostawać: Rp. *Emuls. balsami Copaivae (ex 3jj)—*3vs, *t-rae Menthae* 3j. DS. Co dwie godziny łyżkę. W ciągu 10 dni obserwacji przeciętna dobową ilość moczu 2300 ctm. sześć., ciężar właściwy 1008, żadnych nienormalnych składników w moczu nie wykryto. Wymiar brzucha zmniejszył się do 74 cm. na pępku i 84 cm. na podstawie mostka, waga do 56 kilo. Wątrobę u dołu można było wypukać na jeden poprzeczny palec powyżej brzegu żeber na linii pachowej i sutkowej, zarówno jak i wyczuć na linii przymostkowej i środkowej jej twardego brzeg. Duszność, bicie serca i inne objawy podmiotowe znacznie się zmniejszyły. Jednakże pomimo tych pomyślnych wyników leczenia podawania balsamu kopajwy musiałem zaprzestać, bo tak na mniejsze, jak i na większe dawki chory stale silnie reagował mdłościami, biegunką, bólami w brzuchu; zaordynowano więc kalomel po gr. 3jj—3 proszki dziennie: średnia dobową ilość moczu w ciągu kilku dni 1000 ctm. sześciennych; wymiar brzucha stosownie do diurezy trochę się zmniejszył. Chory się wypisał z kliniki i znikł z dalszej obserwacji.

Przypadek IV. Nied.... Jan, lat 64, choruje od miesiąca. 20 lat temu przechodził podobno tyfus, obecnie uskarża się na duszność, ogólne osłabienie, żółtaczkę, obrzęk brzucha. Przy badaniu ani wymiary, ani tony serca od stanu prawidłowego nie odstępują, w płucach oznaki rozedmy, śledziona od VIII żebra, niewyczuwalna, wątroba u góry na linii przymostkowej od V żebra, na linii sutkowej od VI, na linii pachowej od VII żebra, dolnej granicy wskutek przesięku do jamy otrzewnej nie można ściśle określić. Lewy płąt wątroby wyczuwa się; jest on znacznie powiększony, twardy, guzowaty, bolesny, przy oddechach porusza się. Gruczoły pachowe, szczególnie po prawej stronie położone są powiększone. Zaburzeń czynnościowych przewodu żołądkowo-kiszkowego nie ma, stolec raz dziennie, słabo zabarwiony. Nadto znaczny przesięk do jamy brzusznej, obrzęk nóg, żółtaczką skóry i błon śluzowych. Wygląd chłazaczy, tkanka tłuszczowa podskórna w stanie prawie zupełnego zaniku. Mocz w ilości 600 ctm. sześć. na dobę, ani białka, ani cukru nie zawiera, natomiast dają się wykazać barwniki i kwasy żółciowe. Wymiar brzucha 78 ctm., waga ciała 87,5 kilo. Zawartość żołądkowa badana naczem i po próbnem śniadaniu wolnego kwasu solnego nie zawiera.

Rozpoznanie: *Carcinoma hepatis* [przypuszczalnie przerzut z żołądka]. Zalecono: *Em. balsami Copaivae* [ex 3jj—3vi]. DS. Co dwie godziny łyżkę. W ciągu dwóch tygodni leczenia, z małemi przerwami, przeciętna dobowa ilość moczu była 2100 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,009, ani białka, ani ciała czerwonych w moczu nie ma, wymiar brzucha zmniejszył się do 73 ctm., waga ciała do 51,6 kilo. Wobec powyższego rozpoznania choroby, a także i dlatego, że chory stale przy podawaniu balsamu dostawał bólów brzucha i biegunki, obserwację musiano przerwać.

Przypadek V. Pałosz... Maryanna, lat 29, choruje od 6-ciu tygodni. Po przeziębieniu zapadła na kaszel, ból w boku i gorączkę. Przy badaniu klatki piersiowej wykazano: serce rozmiarów prawidłowych, tony czyste, słabe u prawego i u lewego wierzchołka płucnego, tak od przodu, jak i od tyłu, stępienie; tamże oddech nieokreślony, a u lewego wierzchołka od tyłu nieliczne trzeszczenia. Nadto na prawej połowie klatki piersiowej od przodu na linii sutkowej i przymostkowej stępienie od V-go żebra, na pachowej od VII-go i od tyłu u kręgosłupa na wysokości kąta łopatki. Na miejscu powyższego stępienia oddechu nie słychać, drżenie klatki piersiowej zuśniewione, śledziona i wątroba nie powiększone. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. Gorączka wieczorami dochodzi do 39° C., rankami do 37° C.. Mocz w ilości 400 ctm. sześć. na dobę, ciężar właściwy 1,025, ani białka, ani cukru nie zawiera. Płwocina w niewielkiej ilości, śluzowo-ropna, zawiera nieliczne laseczniki Koch'a. Wodnisty płyn, wydobyty za pomocą strzykawki PRAVAZ'a z jamy prawej opłucnej, zawiera ciała czerwone, białe, złoży włóknika.

Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum, pleuritis exsudativa dextra*. Zalecono: *Em. balsami Copaivae* [ex 3jj—3vi], *tincturae Menthae* 3j, *tincturae Opii simplic.* aa 5s. MDS Co dwie godziny łyżkę. Wynik siedmiodniowego leczenia — następujący: średnia dobowa ilość moczu 1800 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,013, ani białka ani ciała czerwonych nie wykryto. Wysięk w prawym worku opłucnej znikł prawie zupełnie, stępienie się obniżyło prawie do zwykłych dolnych granic płuca, wystąpił dosyć wyraźny oddech pęcherzykowy i nadto tarcie opłucnej od tyłu na wysokości kąta łopatki i od przodu na linii sutkowej między III-em i IV-em żebrzem. Zjawiska wyżej opisane u szczytów płucnych pozostały bez zmiany, gorączka wieczorami dochodzi do 38,5° C.. Obserwację przerwano, chora w dalszym ciągu otrzymuje kreozot.

Przypadek VI. O... Monika, lat 26, wstąpiła do szpitala, skarżąc się na duszność, bicie serca, obrzęk brzucha. Choruje od 10-ciu miesięcy wskutek przeziębienia [jak mówi] w połogu. Rodziła 7 razy. Przed kilkoma laty przechodziła reumatyzm stawowy. Badanie wykazało: tępość serca po stronie prawej przechodzi nieco poza linię mostkową środkową, lewa granica serca nie dochodzi na jeden centymetr do linii sutkowej, u góry stępienie się zaczyna od III-go żebra, uderzenie wierzchołka na VI-em żebrze. U wierzchołka serca słychać przedskurczowy i skurczowy szmer. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożniony. Nadto u wierzchołka daje się wyczuć pomruk koci, śledziona na 8-em żebrze, niewyczuwalna. Wątroba bolesna, wystaje u dołu na linii sutkowej i pachowej poza brzeg żeber na dwa poprzeczne palce, na środkowej linii ciała, sięga na trzy poprzeczne palce powyżej pępka, brzeg wątroby twardawy, ostry, u góry granice wątroby pra-

widłowe. W płucach, oprócz trzeszczeń nielicznych u dołu, nie szczególnego. Tętno 100 uderzeń, małe, słabe, powolne. Wymiar brzucha 105 ctm., waga ciała 70 kilo. Mocz 200 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,025, białka, cukru, barwników żółciowych niema. Sinica twarzy, nóg. Biegunka umiarkowana. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri et insufficientia valv. bicuspidalis; cirrhosis hepatis hypertrophica* [przypuszczalnie]. Zalecono: *Em. balsami Copaivae* [ex 5j— v], *tincturas Menthae, tincturae opii simplic.* aa 5j. MDS. Co dwie godziny łyżkę. Po sześciu dniach obserwacyi przeciętna dobowa ilość moczu 1200 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,015. Białka w moczu niema. Wymiar brzucha na pępku 93 ctm.. Waga ciała 65 kilo. Wodniste wypróżnienia 4 razy dziennie. Kilka razy chora się uskarżała na mdłości i bóle brzucha. Stan podmiotowy chorej znacznie lepszy. Zuowu po pięciu dniach przerwy, kiedy nasilenie choroby mniej więcej doszło do poprzedniego stanu, w jakim chora przybyła, zalecono: *Infus. Digitalis* [ex gr. xii— v]. DS. Co dwie godziny łyżkę. W ciągu czterech dni średnia dobowa ilość moczu wynosiła 1100 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,015, wymiar brzucha 100 ctm., waga ciała 68 kilo. Stan ogólny lepszy. Zuowu po kilku dniach przerwy chora zaczęła otrzymywać: kalomel gr. iijj. DS. 3 proszki dziennie. Po trzech dniach średnia dobowa ilość moczu 2200 ctm. sześć., ciężar właściwy 1,012, wymiar brzucha 90 ctm., waga ciała 65 kilo. Wystąpiły objawy zatrucia rtęciowego, więc podawania kalomelu zaprzestano. Chora, zadowolona z polepszenia, wypisała się ze szpitala.

W ogóle wnioski z moich dotychczasowych obserwacyi są następujące: balsam kopajwy jest dzielnym środkiem moczopędnym; najskuteczniej działa przy marskości wątroby. Już pierwszego wieczora po zadaniu leku, kwas kopajwowy można wykazać w moczu. Ilość moczu się zwiększa. Największa diureza następuje po 3—4 dniach przyjmowania leku. Podrażnienia nerek nie notowałem w żadnym ze swoich 6-ciu przypadków. Podrażnienie kanału pokarmowego wprawdzie niekiedy następuje [w moich dwóch przypadkach; na sześć zaś żadnych zaburzeń przy podawaniu leku nie notowano], ale w ogóle nie jest zbyt silne i uciążliwe. Do poprawienia smaku nalewka miętowa bardzo się nadaje. Co zaś się tyczy szczególnej skuteczności środka przy marskości wątroby, ujawniającej się nawet w niektórych przypadkach zupełnem usunięciem obrzęków, zmniejszeniem samej wątroby, znacznem zniesieniem jej bolesności i t. d., to może do tego się przyczynia: popierwsze, biegunka, zmniejszająca przekrwienie wątroby, a powtórę, większa dobowa ilość wydzielanego mocznika. Ostatnie to przypuszczenie będzie przedmiotem moich dalszych obserwacyi i badań. Na zakończenie załączam tabliczkę poglądową średniej dobowej ilości moczu przy podawaniu balsamu kopajwy i innych środków moczopędnych.

	<i>Cirrhosis hepatis atrophica.</i> w ctm. sześć.	<i>Cirrhosis hepatis hypertrophica.</i>	<i>Cirrhosis hepatis atrophica.</i>	<i>Carcinoma hepatis.</i>	<i>Pleuritis exsudativa d.</i>	<i>Stenosis et insuf. v. bicuspidalis.</i>
<i>Balsamum Copaivae.</i>	3500	3000	2300	2100	1800	1200
<i>Calomel.</i>	1700	1800	100	—	—	2200
<i>Infus. h. Digitalis.</i>	600	800	800	—	—	1100
<i>Coffein. natrio-salicylic.</i>	2000	1800	—	—	—	—
Ilość moczu przy wstąpieniu do szpitala [przed podawaniem leków].	400	450	480	600	400	200

L I T E R A T U R A.

1) *a.* R. SIVKING. Dwa przypadki w Transactions of the clinical society of London. Vol. III. 1870. p. 30. jeden w The Lancet. 1870. 17 grudnia. — *b.* THOMPSON. Przypadek obrzęku brzucha Transactions of the clinical society of London. Vol. III. 1870. p. 26. — *c.* S. WILKS. Trzy przypadki z obrzękami w jamie brzusznej. The Lancet. 1873. 22 marca. — 2) BRUDI. Deutsches Archiv. für klinische Medicin. 1877. Bd. 19. S. 511. — 3) *a.* OBOLEŃSKI. Medicinskoe obozrenie. 1890. Nr. 13 i 14. — *b.* I. SWIETUCHIN. Dysertacya. Charków. 1892. — 4) H. WEJCKART. Archiv der Heilkunde, erster Jahrgang. 1860. str. 176.

II. Z DZIEDZINY CHIRURGII DRÓG ŻÓLCIOWYCH.

Podał

Ryszard Bukowski.

— 3 —

[Dokończenie.—Patrz Nr. 28].

II. Do drugiej grupy zaliczymy te przypadki, w których pęcherzyk żółciowy jest prawidłowej wielkości i przy badaniu przez ścianę brzuszną wyczuć go nie możemy.

Chorzy tego rodzaju szukają naszej porady z powodu różnych objawów ze strony dróg żółciowych.

a) Silne bóle w okolicy wątroby, nie ustępujące żadnym środkom terapeutycznym, mogą w końcu zmusić chirurga do wykonania próbnej laparotomii. THURRIAR ¹⁾ z tego powodu u kobiety, cierpiącej od lat sześciu, otworzył jamę brzuszną i znalazłszy pęcherzyk mały, nie zawierający wcale kamieni, lecz zrośnięty z dwunastnicą, wyciął go całkowicie i zupełnie uwolnił chorą od ciężkich przypadłości. Z porównania tego narządu z pęcherzem moczowym dochodzi on do wniosku, że i w tym razie również istnieć mogą t. zw. „*vésicules irritables et douloureuses*“, gdzie nie tylko najmniejszy kamień, strzępek śluzu, jakiegokolwiek zrosty, lecz nawet proste zapalenie ścianek (*cholecystitis dolorosa*) mogą wywoływać straszne bóle, doprowadzające nieraz chorą do utraty przytomności. Jeżeli przy podobnych cierpieniach pęcherza moczowego stosujemy dzisiaj cięcie nadłonowe (*cystotomia suprapubica*), to i tu również najzupełniej będzie usprawiedliwione otwarcie (*cholecystotomia*) lub, co lepiej, zupełne usunięcie pęcherzyka (*cholecystectomy*). *b)* Prócz bólów występuje od czasu do czasu żółtaczka i powiększenie wątroby (*congestio hepatis*), klinicznie jednak żadnego rozpoznania u chorych postawić nie można. Podobne przypadki opisują LANGENBUCH ²⁾ i BOECKEL ³⁾, którzy po otworzeniu jamy brzusznej nie znaleźli nigdzie kamieni i zadowolić się musieli tylko próbną laparotomią. Nie przyniosła ona jednak żadnego pożytku, ponieważ po pewnym czasie te same przypadłości powtarzały się z równymi na-

1) Rev. de Chir. 1888. str. 311.

2) Berl. kl. Woch. 1886. str. 41.

3) Congr. fr. de Chir. Rev. de Chir. 1892, str. 398.

sileniami. Szczęśliwsiymi byli TERRIER ¹⁾ i ROUTIER ²⁾, którzy przy identycznych warunkach, po dokonaniu tylko laparotomii, otrzymali zupełne wyleczenie. Trudno orzec, co w tym razie na dodatni wynik wpłynąć mogło— *suggestio* [poddanie][TERRIER], czy, jak utrzymuje ROUTIER, masaż przewodów żółciowych, dokonany przy poszukiwaniu przeszkody. Ciekawszy jest drugi przypadek TERRIER'a ³⁾. U mężczyzny, lat 33, cierpiącego od dłuższego czasu na silne bóle, z żółtaczką i ciężkimi objawami gorączki wątrobowej, nie znaleziono nic prócz powiększenia wątroby; wykonano laparotomię, a gdy staranne badanie wszystkich przewodów żółciowych dało wynik ujemny, dokonano prostej cholecystostomii, po której od razu chory został wyleczonym. Według TERRIER'a, wszystkie te przypadłości zależały od przekrwienia wątroby, a stąd i większej ilości żółci, która wywołać mogła skurecz żółciowodu; po operacyi zaś swobodny odpływ żółci nazewnątrz usunął skurecz przewodu i dodatnio wpłynął na zmniejszenie zapalnego stanu wątroby. Wobec tego TERRIER jest zdania, że proste przekrwienie wątroby z gwałtownie występującą żółtaczką upoważnia nas w zupełności do dokonania laparotomii, ewentualnie cholecystostomii. c) Chorzy, u których klinicznie stwierdzono obecność kamieni, pęcherzyk żółciowy jest jednak zawsze mały, niewyczuwalny i prawdopodobnie bez większych zmian patologicznych. Pacjenci zwracają się do chirurga z powodu częstych i niezmiernie silnych napadów kolki wątrobowej, przeciw której wyczerpali wszystkie zasoby środków terapeutycznych. Ściśle mówiąc, trudno w tych razach dokładnie umotywić potrzebę chirurgicznego rękoczynu: zależy on zupełnie od stopnia towarzyszących objawów i od woli chorego i przy wykonaniu będzie identyczny z tym, jaki stosujemy przy guzach kamiennych. Że okoliczności niekiedy zmusić nas mogą do wykonania operacyi, wskazuje przypadek LANGENBUCH'a ⁴⁾, który cholecystostomią uwolnił chorą od ciężkich napadów epileptycznych, zależnych jedynie od obecności kamieni w pęcherzyku żółciowym. Rzecz inna, jeżeli mamy do czynienia z chorym w czasie samego napadu; wówczas nigdy zbyt długo zwlekać nie należy, ponieważ przy silnym napadzie śmierć nastąpić może od razu li tylko wskutek wstrząsu (*shock*). Przypadek taki opisuje THIRIAR ⁵⁾, który na sekcyi nie znalazł nic prócz uwięźniętego kamienia w żółciowodzie i wylicza ośm podobnych, spostrzeganych w trzyletnim okresie czasu. d) Tutaj wreszcie zaliczyć by należało chorych bardzo ciężkich z uwięźniętym kamieniem w przewodzie wątrobowym (*d. hep.*). W takich przypadkach, prócz powiększenia wątroby, brak nam zupełnie objawów miejscowych, zamiast których występują ogólne tak szybko i z takim natężeniem, że, według TERRIER'a, nim nastąpi decyzya rękoczynu, wszelka pomoc okaże się spóźnioną. Jeżeliby jednak otwarto jamę brzuszną i znaleziono przeszkodę, to stosownie do miejsca wykonać wówczas należy hepaticotomię [rozcięcie przewodu wątrobowego] lub hepaticotomię [rozcięcie wątroby i przewodów wewnątrz-wątrobowych].

¹⁾ Bul. de l'Ac. de méd. 1891, str. 591.

²⁾ Mercredi méd. 1891. Nr. 5, str. 53.

³⁾ Bul. de l'Ac. de méd. 1890, str. 591.

⁴⁾ Berl. klin. Wochen. 1886.

⁵⁾ Rev. de Chir. 188, str. 312.

III. Trzecią grupę stanowią chorzy z przetokami. Ten rodzaj kalectwa, albo jest pozostałością po dokonanej operacji rozcięcia pęcherzyka, lub też powstaje samodzielnie. Stosownie do charakteru wydzieliny, wskazującej nam bezpośrednio nietylko stan patologiczny dróg żółciowych, lecz i odpowiednie środki, jakie przy leczeniu stosować należy, rozróżniamy dwa rodzaje przetok: żółciowe (*fistulae biliares*) i śluzo-ropne (*mucopurulentaes*). Przetoki żółciowe, jako konieczne następstwo rozcięcia pęcherzyka, goją się zwykle same [TERRIER¹⁾], lub też przez przyżeganie, autoplastykę i t. d.; jeżeli zaś nie ustępują przed żadnym środkiem leczniczym, dowodzą istnienia niezwalczonej przeskody w obęgu żółci i wówczas, chroniąc chorego od zatrucia (*cholaemiae*), stanowią jedyną rękocmię jego bezpieczeństwa. W przypadkach kamienia w żółciowodzie możnaby usunąć przetokę za pomocą uprzednio zrobionej choledochotomii, we wszystkich zaś innych, w których przeskoda pokonać się nie daje, przez utworzenie nowej drogi dla przebiegu żółci [choledochointerostomia]. Tego ostatniego środka chwytali się, jak wiemy, MAYO-ROBSON, PEYROT, SAMBOTTE i osiągnęli wynik zupełnie dodatni. TERRIER radzi, aby po usunięciu przeskody z żółciowodu zachować na pewien czas w rezerwie przetokę, a następnie dopiero zeszyć ścianki pęcherzyka (*cholecystorrhaphia*). Niestety, wszystkim tym rękoczymom stają po większej części na przeszkodzie bądź zmiany patologiczne pęcherzyka, bądź rakowate charłactwo chorego. Jako *ultimum remedium* pozostaje nam wówczas prawidłowe badanie zglębniem, za pomocą którego udało się PERRI'owi przechnąć kamień z przewodu. Co się tyczy wypływu żółci, to choć podobne kalectwo działa niezmiernie przygnębiająco i ze strony przewodu pokarmowego wywołuje pewne zaburzenia, połączone z upadkiem w odżywianiu, niemniej jednak znane są przypadki, w których chorzy względnie bardzo długo tracili znaczne ilości żółci, nie podlegając zbyt raptownemu wyniszczeniu. U chorej, operowanej przez KRUMPTMANN'a, w przeciągu ośmiu lat wydzielano się na dobę po 240—270 grm. żółci, chora zaś ISRAEL'a przez 10 miesięcy traciła dziennie po jednym litrze.

Pozostałe po operacji przetoki śluzo-ropne, jeżeli nie przeszkadzają temu inne okoliczności: wiek, wyniszczenie rakowate, goją się również łatwo, lub też w wyjątkowych przypadkach usunąć je można za pomocą cholecystotomii [MICHAX²⁾, LANGENBUCH³⁾, CALOT, MATLAKOWSKI⁴⁾]. Przetoki, powstające samodzielnie (*f. spontaneae*), spostrzegane przeważnie u kobiet, są zwykle następstwem ropnego zapalenia pęcherzyka, wypełnionego kamieniami (*chole- et pericholecystitis calculosa purulenta*). Septyczna zawartość wylać się może wprost do jamy otrzewnej, wywołując ostre jej zapalenie, lub też przy istniejących już zrostach w miąższ wątroby, między listki otrzewnej, żołądka, kiszek, ciężarnej macicy, nerki, żyły wrotnej, jamy opłucnej i t. d.. Częściej jednak występujące

¹⁾ Bul. de la Soc. de Chir. 1890, str. 273.

²⁾ Traitement de fist. bil. par la cholécystectomie. Bul. de l'Ac. de méd. 1890. Nr. 23. et finales bil. cholécystectomie. Com. du Cong. fr. de Chir. 1884.

³⁾ Neue Beiträge bei Chir. der Gallenwege. Berl. klin. Woch. 1886. Nr. 41 i 42.

⁴⁾ Gazeta Lekarska. 1891. Nr. 25 i 26.

uprzednio zlepne zapalenie pęcherzyka ze ścianą brzusną i zapalenie tkanki łącznej tej ostatniej daje początek przetokom zewnętrznym (*fistulae externae*). Rozpoznawanie takich przetok przed ich ostatecznym otwarciem przedstawia czasem wielkie trudności i z pewnem prawdopodobieństwem sądzić o nich możemy, opierając się nie tylko na zjawiskach miejscowych, lecz i poprzednich objawach cierpienia pęcherzyka żółciowego. Ropnie podobne do chwili pęknięcia przebiegają zwykle ostro, czasami tylko bardzo przewlekłe [przyp. REICHARDT'a — dwa miesiące] i wogóle zupełnie analogicznie wszystkim sprawom zapalnym. Otwór przetoki po większej części znajdujemy w bliskości pęcherzyka żółciowego, a jeden lub kilka kanałów, wiodących do źródła, czasem krótkich, czasem niezmiernie krętych, nie zawsze zgłębnikiem daje się zbadać. Rękoczyn ten jednak z obawy zapalenia otrzewnej, które wywołać możemy [przyp. ROBERT'a], powinien być wykonany z niezmierną ostrożnością. Badając ściany brzuszne, wyczuwamy zwykle sznurkowate zgrubienia, prowadzące do usadowionego w głębi twardego i nierównego guza, przy pociskaniu którego wypływa zawartość przez otwór przetoki. W razie niedrożności przewodu pęcherzykowego wydzieliną jest cuchnącą lub posokowatą, ropną, często z przymieszką kamieni, przy zatkaniu zaś żółciowodu, prócz żółci, objawy, poprzedzające tworzenie się przetoki i blade obecnie wypróżnienia, wskazują nam bezpośrednio na miejsce zatoru. Przebieg ich bywa różny: niekiedy po wydzieleniu się jednego lub kilku kamieni goją się one samodzielnie, w większości jednak przypadków bądź z powodu wielkości i liczby kamieni, bądź też przy niedrożności żółciowodu, bez chirurgicznej pomocy wyleczenie ich jest niemożliwe. Pierwszem wskazaniem w podobnych przypadkach będzie rozszerzenie przetoki i wydobywanie wszystkich kamieni z przewodu i pęcherzyka. CHAUDRON ¹⁾ i WITZEL ²⁾ radzą uskutecznić ten zabieg za pomocą miękkich rozszerzaczy lub wreszcie prasowanych gąbek (*laminaria*) i wogóle zachować wszelkie możliwe środki ostrożności, aby uniknąć otwarcia jamy otrzewnej, od której dzielą nas zwykle bardzo słabe zrosty lub też niezmiernie zmienione i krucho ścianki pęcherzyka. ROSENBACH naprzykład, wyjmując kamień z przetoki, wniknął pincetą do jamy brzusznej i wywołał śmiertelne zapalenie otrzewnej. Jeżeli drogami, wyżej podanymi, uda nam się oczyścić przewód i pęcherzyk żółciowy od zawartości, zagojenie następuje zwykle bądź samodzielnie, bądź za pomocą środków, stosowanych przy leczeniu przetok pooperalcyjnych.

IV. Do czwartej wreszcie grupy zaliczamy wszystkie te przypadki, w których po większej części wskazaną będzie natychmiastowa pomoc chirurgiczna.

Do tej ewentualności zmusić nas mogą bądź uszkodzenia samego pęcherzyka i przewodów, bądź niedrożność kiszek, wywołana kamieniem żółciowym.

Zbyt mała ilość obserwacji nie pozwala nam ani wykazać wszystkich przyczyn, leżących w osnowie tych spraw chorobowych, ani skreślić dokładnie towarzyszących objawów, ani na koniec podać racjonalnych i pewnych wskazań co do czasu i rodzaju operacji.

¹⁾ Des fistules bil. externes. Thèse. Paris. 1878.

²⁾ Deut. Zeitsch. für Chir. 1884—1885. XXI.

I. W pierwszym razie do przyczyn wywołujących należą: 1) Bezpośrednie zranienie pęcherzyka i przewodów [rany klute i postrzałowe]. 2) Pęknięcie pęcherzyka wskutek uderzenia lub zgniecenia ścian brzusznych bez naruszenia ich całości. 3) Pęknięcie nadmiernie rozciągniętego pęcherzyka przy napadzie kolki wątrobowej. 4) Rozerwanie się pęcherzyka wskutek ostrej sprawy zapalnej (*empyema calculosum*) i następnie wylanie się zawartości bezpośrednio do jamy otrzewnej. Przedewszystkiem powiedzmy słów kilka o skutkach, jakie pociąga za sobą obecność prawidłowej żółci w jamie otrzewnej. Jakkolwiek doświadczenia, dokonane na zwierzętach przez ROEHMANN'a i obserwacye FREYER'a, BARLOW'a ¹⁾ i t. d., dowodzą, że żółć nie wywołuje wcale reakcyi i że chorzy mogą zupełnie wyzdrowieć lub żyć długo z pęcherzykiem, komunikującym z jamą otrzewnej [SABATIER *ibid.*], to jednak wobec przypadków wręcz przeciwnych podobne twierdzenie nie może być prawidłem dla chirurga, który w tym razie obowiązany jest do otworzenia jamy brzusznej i naoczego stwierdzenia stanu pęcherzyka i przewodów żółciowych. Zachodzi tylko pytanie: jakie objawy upoważniać nas mogą do podjęcia operacyi wobec nieuszkodzonych ścian brzusznych? NINNI ²⁾, obserwując w tych warunkach przypadek pęknięcia pęcherzyka, opisuje, że już wkrótce po pęknięciu rozwinęła się lekka żółtaczka, następnie gorączka, wzdęcie brzucha i chory zmarł szóstego dnia przy objawach zapalenia otrzewnej. Wzdęcie zauważono przedewszystkiem w górnej części brzucha, bolesności jednak nie było żadnej przy ucisku w okolicy wątroby i pęcherzyka.

Sekeya wykryła surowiczo-włóknikowe zapalenie otrzewnej (*peritonitis fibrinosa*) i dwa pęknięcia: jedno większe [4 ctm.] w wątrobie obok pęcherzyka, a drugie [1 ctm.] w górnej części przewodu tuż przy szyjce. Z doświadczeń, przedsięwziętych w tym celu na zwierzętach, wyprowadza on wniosek, że mała ilość żółci nie wywołuje żadnych objawów, przy większej zaś zawsze następuje surowiczo-włóknikowe zapalenie otrzewnej ze znacznem sklejeniem się kiszek. Przy przewlekłym przebiegu zapalenie przybrać może charakter ropny; w przypadku naprzykład UHDE'go ³⁾, po dwukrotnem przekłuciu chory się nawet nieco poprawił, po pewnym jednak czasie zmarł wskutek ropni w jamie otrzewnej. Że wylanie się małej ilości normalnej żółci nie grozi żadnem prawie niebezpieczeństwem, widzieliśmy to z pooperacyjnego przebiegu u chorych z obrażeniami wątroby po wycięciu pęcherzyka, lub też u tych, którym rozcięto żółciowód i niekiedy nawet zostawiano go niezaszytym. W każdym razie przy całości powłok brzusznych nie należy wyczekiwać zbyt długo i na zasadzie braku bólów w okolicy pęcherzyka odrzucać możliwość jego uszkodzenia; tutaj choćby najłżejsza żółtaczka, a szczególnie obecność barwników i kwasów żółciowych w moczu najzupełniej nas upoważniają do otworzenia jamy otrzewnej. W przypadkach ran, drążących w okolicy pęcherzyka, już sama przez się wskazana będzie laparotomia z obawy uszkodzenia wątroby lub pęcherzyka. Z niejakiem prawdopodobieństwem odróżnić możemy już naprzód uszkodzenie wątroby, bacząc na objawy wysokiej

¹⁾ Vide: ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirur. dróg żółciowych. 1887, str. 34, 35.

²⁾ Contributio clinico all'azione della bile normale sul peritoneo. [Ref. med. VIII, str. 108. rok 1892.

³⁾ Vide: ZAGÓRSKI.

niedokrwistości, jaka występuje zwykle w tym razie. Na klinice prof. KOSIŃSKIEGO miałem sposobność operować chorego, który zaledwie na godzinę przedtem uległ zranieniu wątroby w okolicy pęcherzyka. Pomimo niewielkiej rany [1½ ctm.] już przed operacją tętno było zaledwie wyczuwalne, a po otwarciu ścian brzusznych cała jama otrzewnej wypełniona krwią płynną i skrzepami. Z rękoczynów, jakie przedsięwziąć by należało przy ranach pęcherzyka, są dwa tylko do wyboru: całkowite wycięcie lub też normalna cholecystostomia. Przy małych uszkodzeniach możnaby przyszyć pęcherzyk do ścianek brzusznych i następnie leczyć utworzoną przetokę. Takie są rady GUILLEMAIN'a, które nie zawsze dadzą się skutecznie choćby ze względu na miejsce zranienia, czasem zupełnie nieodpowiadające cięciu w ścianach brzusznych. Pewniejszem, zdaje się, będzie całkowite wycięcie, które wobec obszerniejszych ran bez wahania wykonać potrzeba, a które CALOT z powodu silnych zmian w odżywianiu zawsze radzi stosować. Idealna cholecystostomia, choćby dla tej ostatniej przyczyny, jak również i pewnego wstrząsu, który zwykle towarzyszy uszkodzeniu wewnętrznych narządów, będzie nieodpowiednia i najmniej racjonalna. Przy ranach przewodu pęcherzykowego pozostaje wycięcie pęcherzyka, przy ranach zaś żółciowodu albo zeszcycie jego, podobnie jak przy choledochotomii, albo w razie całkowitego poprzecznego przecięcia podwiązanie obu końców przewodu i jednoczesne utworzenie przetoki pęcherzykowo-kiszkowej (*choleodochoenterostomia*). Trudno orzec, coby wypadło zrobić w razie rozcięcia przewodu wątrobowego; zdaje się jednak, że ze względu na trudny doń dostęp wszelka chęć pomocy byłaby daremna. Jeżeli żółć, wylana do jamy otrzewnej, bądź jest zmieniona w swym składzie chemicznym, bądź, co gorzej, pęcherzyk zawiera ropę i kamienie, mamy wówczas do czynienia z ostrą formą zapalenia otrzewnej, zawsze ciężką, a w tym razie jeszcze powikłaną stanem samego pęcherzyka, który przy operacji wyciąć całkowicie potrzeba. Zaledwie można przypuszczać, aby chory dwa tak wielkie zabiegi naraz przetrzymać zdołał.

Ostatnią wreszcie sprawę chorobową, przy której pomoc chirurgiczna staje się niezbędną, jest niedrożność kiszek, wywołana kamieniem żółciowym. Literatura zbyt mało dotąd posiada obserwacyi, na których oprzeć by można konieczność chirurgicznego zabiegu. Dane statystyczne mówią nawet pozornie przeciw operacyi: ze 108 zebranych i stwierdzonych przypadków, w 27 zrobiona laparotomia dała zaledwie 6 razy wynik pomyślny [22,2%], podczas gdy z reszty nieoperowanych wyzdrowiało 29, czyli 35,7%. Nie trzeba jednak zapominać, że zabieg stosowano albo przy niezmiernie ostrym i ciężkim przebiegu, albo też w przypadkach przewlekłych wówczas dopiero, gdy wyczerpano zapas wszystkich środków wewnętrznych, gdy stan chorego nie rokował już żadnej prawie nadziei. Stosując go wszędzie i wcześniej, spodziewać by się należało znacznie lepszych odsetek, choćby z tego względu, że z 6 uzdrowionych chorych czterech zawdzięcza swoje ocalenie operacyi, wykonanej już w pierwszych trzech dniach po wybuchu objawów niedrożności. W ostatnich pracach KIRMISSON'a i ROCHARD'a ¹⁾,

¹⁾ De l'occlusion intestinale par calculs biliaires et de son traitement. Arch. gén. de méd. 1892.

jak również DAGRON'a ¹⁾ znajdujemy bardzo wiele ciekawych szczegółów, z których ważniejsze z powodu wskazówek, tak niezbędnych przy rozpoznaniu, przytoczyć sobie pozwolę.

Trzy razy częściej sprawie chorobowej podlegają kobiety, a wiek prawie zawsze przekracza cyfrę 50; na 108 zebranych przypadków zaledwie 10 było młodszych i z tych jeszcze 9 liczyło przeszło lat 40. Kamienie, powodujące niedrożność, wyjątkowo tylko dostają się do kiszki przez rozszerzony żółciowód, zwykle zaś drogą poprzednio utworzonej przetoki między pęcherzykiem i jelitem cienkim lub okrężnicą. To ostatnie połączenie spotykamy rzadziej; MOSSÉ ²⁾ na 57 przypadków przetok widział je tylko 16 razy. Niekiedy jednocześnie istnieją oba rodzaje [WISNIG ³⁾], czasami znów pęcherzyk i kiszka przedziela obszerna jama, utworzona przez zrosty otrzewnej [CAMPENON ⁴⁾]. Najrzadszych przetok pęcherzykowo-żołądkowych przy niedrożności nie spotykano wcale; MURCHISON ⁵⁾ twierdzi, że wówczas kamienie nie dostają się do kanału pokarmowego, lecz wydalają się na zewnątrz przy wymiotach [12 obserwacji]. Tylko dzięki istnieniu przetoki przenikają do kiszek kamienie, które powodować mogą zatkanie; w większości bowiem przypadków mają one 3—4 ctm. średnicy, a nawet dochodzą wielkości jaja kurzego; małe spotykamy rzadko. Zwykle są pojedyncze, w wyjątkowych zaś razach zdarza się widzieć dwa, trzy [BABINSKI ⁶⁾], a nawet nagromadzenie się całego mnóstwa [MARTIN et BROUARDEL ⁷⁾, MICHON ⁸⁾, VAN DER BYL, PUYROYER i t. d.]. Forma ich zwykle okrągła, niekiedy jednak bywa cylindryczną, stożkową, albo nawet zupełnie nieprawidłową. Ślizgając się po błonie śluzowej, wypychają ją przed sobą, powodują jej nabrzmienie i więzną w utworzonym zagłębieniu nieraz tak mocno, że z trudnością poruszyć je można. Zapalenie ścianek kiszki nie odgrywa tu przecież roli głównej, a raczej następczą; wobec małych kamieni, wywołujących zatkanie, a znacznie większych, spotykanych w wypróżnieniach, przyjęć należy jako pierwotną i najważniejszą przyczynę niedrożności—skurecz kiszki, spowodowany obecnością ciała obcego. Skurecz ten zawsze jest niezmiernie wyraźny poniżej uwięźniętego kamienia, który często przesunąć się daje ku górze, lecz nigdy prawie ku dołowi. Cienkie kiszki bez różnicy są przedewszystkiem najczęstszym miejscem uwięźnięcia; następnie idzie część jelita biodrowego w okolicy zastawki BAUHIN'a; rzadko nakoniec okrężnica. Przypadki objawów niedrożności przy zatrzymaniu się kamieni w odbytnicy [ORD ⁹⁾, BABIŃSKI] należą do wyjątków.

Po otworzeniu jamy otrzewnej znajdujemy bądź tylko uwięźnięty kamień i nieznaczne zmiany w kiszce, bądź obszerne jej owrzodzenia, zgorzel, a wreszcie

¹⁾ De l'occlusion intestinale par calculs bil. Thèse. 1891.

²⁾ Vide DENCÉ. str. 36.

³⁾ Centr. f. Chir. 1886. n. 20. Ueber Gallensteinileus.

⁴⁾ Congr. fran. de Chir. 1891.

⁵⁾ Leçons cliniques sur les maladies du foie. Tłom.

⁶⁾ Societ. anatom. 1884. str. 117.

⁷⁾ Societ. anatom. 1875. str. 570.

⁸⁾ Societ. de Chir. 1855. séance de 3 juin. cité par GILLETTE.

⁹⁾ Clinical society 13 jan. 1888.

przedziurawienie z wypadnięciem kamieni i ostrem zapaleniem otrzewnej. W przypadkach bardziej przewlekłych lub przy niezupełnej niedrożności rozwinać się może ograniczone zapalenie otrzewnej i wówczas spotykamy guz w jamie brzusznej ze wszystkimi następstwami, jakie przy zapalnych sprawach tego rodzaju zauważyć się dają.

Wobec takiego przebiegu i skutków nie mamy przy rozpoznaniu ani jednego objawu, który charakterem swoim wskazywałby bezpośrednio na niedrożność, wywołaną kamieniem. Chyba poprzednie zjawianie się tych ostatnich w wypróżnieniach, cierpienie wątroby, dróg żółciowych, lub napady kolki mogłyby w pewnej mierze wyjaśnić nam przyczynę sprawy chorobowej. Wszystkie te jednak objawy i głównie charakterystyczna w tych razach żółtaczką należą do rzadkości. Zaledwie w 6 przypadkach istniała ona podczas niedrożności, niektórzy chorzy przechodzili ją przedtem, a inni znów, i to najliczniejsi, nie miewali, jak twierdzą, żadnych objawów, związanych z obecnością kamieni żółciowych. Te rzeczy jednak są tylko pozorne; wnuknijmy uważniej w szereg spraw chorobowych, poprzedzających ostatnie zaburzenie, a usłyszymy pewno skargi na różne cierpienia żołądka i kiszki, a szczególnie na bóle niekiedy bardzo ciężkie i zawsze stale występujące w jednym miejscu okolicy podwątrobowej. Choć nie są one charakterystyczne dla kolki, choć chory w wypróżnieniach nie spostrzegał kamieni, choć nie miał nigdy żółtaczki, ani guza, choć leczono go tylko na różne dolegliwości kanału pokarmowego, dla nas fakt ten będzie zawsze bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą, objaśniającą przyczyny i źródło niedrożności. Te bóle stałe i miejscowe — to najpierw początek powolnie tworzącej się przetoki między pęcherzykiem i kiszką, a później chwile wędrówki kamieni, które, znalazłszy inną łatwiejszą do przebycia drogę, nie zatykają nigdy żółciowodu, nie wywołują wyraźnych napadów kolki i nie powodują żółtaczki. Z reszty rozpoznawczych danych, ani wzdęcie wielkie i jednostajne, jeżeli przeszkoda znajduje się nisko, a ograniczone do okolicy podłyżkowej (*epigastrium*) przy niedrożności jelita cienkiego, ani charakter wymiotów, ani inne wreszcie objawy nie objaśnią nam wcale przyczyny wywołującej. W ostrych przypadkach, zazwyczaj w dwa lub trzy dni kończących się śmiercią, na tych tylko danych oprzeć się potrzeba; tam zaś, gdzie choroba przybiera charakter przewlekły, gdzie trwa tydzień, dwa, lub nawet miesiąc cały, spostrzegamy często guz w jamie brzusznej, który, wspólnie z objawami przedtem podanymi, może nam niekiedy wyjaśnić zagadkę. Wówczas jednak mamy znów cały szereg spraw chorobowych, których rozpoznanie wymaga bardzo ścisłego różniczkowania. Ograniczone zapalenie otrzewnej, nagromadzenie się twardego kału (*tumores stercorales*), niedrożność wywołana nowotworem, zwężenie bliznowate, zagięcie kiszki, ucisk ich bądź przez zrosty, bądź przez złośliwe guzy: oto nowe przeszkody, z którymi przy rozpoznaniu walczyć musimy. Nie mam zamiaru wyliczać wszystkich charakterystycznych objawów każdego z tych cierpień; powiem tylko w ogóle, że guz przy niedrożności, wywołanej kamieniem, zjawia się zwykle dość wcześnie i zawsze niemal znaleźć go można w prawej połowie jamy brzusznej, często w okolicy zastawki BAUHIN'a [CRUVEILHIER, BROOKHOUSE, BROUARDEL et MARTIN, TERRILLON i t. d.], wgłobienia znów przeważnie napastują dzieci [70 na 100 LEICH-

TENSTEIN], manifestują się parciem [POLLOCK] i krwawą biegunką, zajmują grube jelito i prawie stale lewą stronę brzucha, a wreszcie zwężenia kałowe, bliznowate lub nowotworowe rozwijają się najczęściej przez całe miesiące, a chorzy, prócz ogólnych zaburzeń w trawieniu i odżywianiu, przebywają nieraz kilkakrotnie częściowe zapalenie otrzewnej.

Pomijając cały zapas środków wewnętrznych, używanych w tych razach, zwracam raz jeszcze uwagę, że wszystkie przypadki uleceń tylko przy wcześnie stosowanej operacji odniosły pożądane skutki. Uwięźnięty kamień, wywołując owrzodzenie ścianek, wkrótce prowadzi do zgorzeli i przedziurawienia kiszki, a wówczas objawy zapalenia otrzewnej unicestwią każdy zabieg, podjęty w celu ocalenia chorego.

Ogólne prawo postępowania zachowamy i tutaj, ze szczegółów zaś, odnoszących się wyłącznie do tej sprawy chorobowej, następujące zasługują na naszą uwagę. 1) Odszukanie przeszkody wywołującej niedrożność. Z zebranych przez KIRMISSON'a i ROCHARD'a przypadków przekonać się można, że poznanie miejsca uwięźnięcia nie przedstawia prawie żadnych trudności: z 20 operowanych tylko u 3-ch nie znaleziono kamienia [BERKELEY-HILL, WILLIAMS, ORD], bądź z powodu zrostów, bądź już rozwiniętych objawów zgorzeli. 2) Wydobycie kamienia. Większość chirurgów rozcina kiszkę na miejscu przeszkody i po usunięciu kamienia zeszywa ją napowrót, jak zwykle, szwem dwupiętrowym; niektórzy jednak [CLUTTON, LABBÉ] bez rozcięcia przepchnęli tylko kamień do okrężnicy, zostawiając ostateczne wydalenie się jego siłom natury. Ten jednak zabieg, jeżeli byłby odpowiedni, to tylko w przypadkach zupełnego braku zmian w kiszki i jamie otrzewnej i przy zatkanii niebardzo odległym od jelita grubego. DAGRON radzi, aby, unikając i tak już nadwężonej ściany, cięcie robić poniżej w miejscu zupełnie zdrowym i przez otwór wydobyć lub rozkruszyć uwięźnięty kamień. Zachęca on również do bezpośredniej zawsze resekcji tej części kiszki, w której tkwiła przeszkoda; zabieg ten jednak, wykonany nawet przez THIRIAR'a, będzie chyba tam tylko odpowiedni, gdzie wsteczne zmiany w odżywianiu ścianek wyraźnie wskazują początek zgorzeli. Wreszcie propozycja LAWSON TAIT'a—zsuniecie kamienia do części zdrowej kiszki i tam zmiżdżenie go za pomocą palców lub wprowadzenie w tym celu igły przez ściany — nie znalazła dotąd naśladowców. Zresztą wszelkie pozostawianie w kanale pokarmowym nie tylko całego kamienia, ale nawet odłamków, wobec ogólnych objawów wstrząsu i miejscowych warunków rozwiniętego już skurczu kiszki, wydaje się niezbyt zachęcającem. 3) Stosowane niekiedy przy niedrożności kiszki utworzenie sztucznego odbytu (*anus praeternaturalis*) tu najmniej będzie odpowiednie jedynie z tego względu, że przeszkoda tkwi zwykle w górnej części przewodu i że wchłanianie przeto pokarmów, odbywając się na znacznie uszczupłej powierzchni, niedostatecznie odżywiałoby chorego. 4) Rady wreszcie METZKER'a i ANDERSON'a ¹⁾, aby jednocześnie operować przetokę żółciową, wobec tak ciężkiego stanu chorego, nie zasługują na uwagę.

¹⁾ Traité de Chir. DUPLAY et RECLUS. Tom VIII. str. 327.

Oto wszystko, co w kwestyi chirurgii dróg żółciowych znalazłem obecnie w literaturze lekarskiej. Droga doświadczeń, krytyki i obserwacji w krótkim stosunkowo czasie doszliśmy do posiadania całego szeregu metod leczniczych, które, jakkolwiek dziś jeszcze nie odpowiadają wszystkim wymaganiom i potrzebom praktyki, są przecież w ręku chirurga potężną bronią przeciw licznym sprawom chorobowym pęcherzyka i przewodów żółciowych. Niechaj wybaczą mi Panowie, iż może zbyt długo zająłem uwagę przedmiotem, zbywanym przedtem zaledwie krótkimi wzmiankami; celem jednak mej pracy był możliwie dokładny przegląd wskazań i praw postępowania, które dziś bezwzględnie obowiązują każdego chirurga, a które tak niedawno jeszcze uważaliśmy wszyscy za daremną śmiałość i bezcelową odwagę.

NOTATKI LEKARSKIE.

II. Przypadek hermafrodytyzmu.

Zgłosiła się do mnie przekupka, okazując 14-tygodniowe dziecko, cierpiące, według jej opowiadania, na bóle brzucha i rozwolnienie. Przy badaniu znalazłem, oprócz krzywicy i ostrej niestrawności, dziwny układ narządów płciowych. W spokojnem położeniu przedstawia się, jak następuje: moszna rozdzielona na dwie połowy, po środku leży członek zupełnie wykształcony, długości 2 ctm. z główką prawidłową. Na dolnej powierzchni główki jest rowek długości 2 mm. ślepy. W pierwszej chwili sprawia on wrażenie otworu cewki moczowej. W lewej mosznie jądro miękkie, uniesione ku górze, wielkości małego, laskowego orzecha, w prawej jądro opuszczone na spód moszny, twarde wielkości średniego laskowego orzecha. W górnej części moszny pętlisce kiszki (*hernia inguinalis*). Po uniesieniu moszny i członka ku górze, widnieje szpara bezpośrednio pod przyczepem członka, długości 1 ctm.. Przy jej rozwarciu okazuje się, iż jest wysłana błoną śluzową, różową; wejścia do pochwy niema [ślepa], a tylko na samym dole jest otworek małej, prowadzący do pęcherza moczowego, przez który przechodzi swobodnie cienki zgłębnik. Chociaż mogłem wprowadzić zgłębnik na 3 ctm., nie mogę z tego jeszcze sądzić o długości cewki moczowej. Oprócz tego cały ten narząd sprawia wrażenie wykształconego wejścia do pochwy, gdyż można zauważyć 2 pary warg cienkich i drobnych. Pierwsza para ze skóry i błony śluzowej; druga, jakby szczątki małych, zamykająca rowek, kończą się wyż wspomnianym wylotem cewki moczowej.

Wnosząc z opisów innych, przypuszczam, iż przypadek opisany podciągnąć wypada pod nazwę: *pseudo-hermaphroditismus masculinus*, lecz z drugiej strony nie wystawiam sobie, iżby przytem były stosunkowo tak dobrze wykształcone wargi sromu i gdzie się otwierają przewody pęcherzyków nasiennych.

H. Fidler [Radom].

Jest to tak zwany *hermaphroditismus masculinus externus*. Forma opisana należy do najpospolitszych form niedorozwoju zewnętrznych organów płciowych męskich. (*Przyp. red.*)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

93. Curtius. Przyczynę do patologii rozdwojenia kręgosłupa w okolicy lędźwiowej.

W 1875 r. pierwszy VIRCHOW zwrócił uwagę, że przy rozdwojeniu kręgosłupa w okolicy lędźwiowej skóra pokryta jest obficie włosami i obalili tym sposobem przypuszczenie ORNSTEIN'a, który uwłosienie takie poczytywał za dowód atawizmu. Zdaniem VIRCHOW'a, sprawy zapalne, towarzyszące powstawaniu rozdwojenia, działają jednocześnie na pierwiastki skóry, powodując nadmierny porost włosów. Znany jest fakt, że podrażnienia skóry, np. stosowanie maści, plastrów, również powtarzające się owrzodzenia, wywołują w odpowiednich okolicach skóry wzmoczony porost włosów. Przy rozdwojeniu jednak kręgosłupa nadmierne uwłosienie często przekracza granice jego, szerząc się z okolicy lędźwiowej na kończyny dolne; zatem przyczyny należy szukać w czynnikach natury neurotycznej i troficznej, jak to ma miejsce przy zapaleniu mleczka, lub przy zapaleniu nerwów. Na drodze doświadczalnej HAYER i MICHELROHN otrzymywali wzmoczony porost włosów w odpowiednich okolicach skóry, wycinając częściowo pnie nerwowe. Włosy przy rozdwojeniu kręgosłupa, nieraz bardzo długie, zazwyczaj są jaśniejsze, aniżeli na innych miejscach skóry, bywają miękkie i cienkie, lub mocne i twarde, to znowu gładkie lub kręjące się. Najczęściej zaś układają się w pojedyncze pęczki lub loki. Najenergiczniejszy wzrost tychże odpowiada epoce porostania włosów pod pachą i na częściach sromnych, a więc w okresie dojrzewania osobnika; w dzieciennym wieku włosy te są małe i krótkie.

Cierpienie rdzenia przy rozdwojeniu kręgosłupa w okolicy lędźwiowej występuje pod postacią zaburzeń nerwowych pęcherza i odbyticy. Zależnie od rozległości zmian w rdzeniu zdarzają się porażenia jednej lub obu dolnych kończyn, dalej przykurczenia i zniekształcenia, wreszcie osłabienie lub utrata ich czucia. Zazwyczaj jednak zaburzenia te ograniczają się jedynie zanikiem mięśni i kości. Na potwierdzenie tego autor przytacza dwa własne spostrzeżenia, dotyczące rozdwojenia kręgosłupa w okolicy lędźwiowej.

(Archiv für klin. Chir. B. XXV. H. I).

Kozicki.

94. C. v. Noorden. Przemiana materii u chorych na żołądek i wynikające stąd wskazówki terapeutyczne.

Prawie wszystkie choroby żołądka wywierają wpływ na przeróbkę materii i prowadzą do wyniszczenia ustroju przez zmniejszenie dowozu pokarmu, ale prowadzą do tego różnymi drogami. Przedewszystkiem gra tu rolę brak łaknienia. Słabe łaknienie może istnieć nawet bez żadnego cierpienia przewodu pokarmowego i niektóre osoby cierpią na brak łaknienia od najmłodszych lat, nieraz wprost dlatego, że w dzieciństwie dawano im, w myśl głęboko zakorzenionych, ale błędnych teorii o odżywianiu, bardzo pożywny, przeważnie mięsny, mało dający pozostałości („schlaakenarm“) pokarm. Przy takim karmieniu żołądek przyzwyczaja się do przyjmowania małej objętości pokarmu i później oddziaływa na większe ilości różnymi nieprzyjemnymi uczuciami. A tymczasem człowiek dorosły rzadko kiedy może się zmusić do stałego używania pokarmu pożywnego w małej objętości, ale mało odpadków dającego; gdy zaś chory, że źle w młodości „wytrenowanym“ żołądkiem zacznie urozmaicać sobie żywienie, jeść pokarmy roślinne, tłuszcz i t. d., to wynika stąd „słabość“ żołądka, zaburzenia prawidłowych stosunków pomiędzy wymaganiami łaknienia i rzeczywistością; potrzeba odżywiania i t. d.

Takie złe łaknienie nieraz może znakomite stawiać przeszkody lekarzowi, gdy chodzi właśnie o podniesienie odżywiania, o dowóz obfitej ilości pokarmów

w różnych stanach wyniszczenia. BREHMER, znakomity twórca klimatycznego leczenia suchot płucnych, zwrócił uwagę, że suchotnicy zwykle już od najmłodszych lat miewają najgorsze łaknienie („*schlechte Esser waren*“) i kładł silny nacisk na to, by dzieciom dawać obfite, urozmaicone, a nietylko „pożywne“, mało-objętościowe jedzenie.

Poza takim nabytem w młodości słabem łaknieniem brak łaknienia jest jednym z najczęstszych objawów różnych cięższych chorób. Mniejsze ma to znaczenie w chorobach ostrych, natomiast w wielu przewlekłych, np. w przewlekłej gruźlicy płuc, przewlekłym gościecu, neurastenii, histeryi, w niektórych chorobach umysłowych właśnie brak łaknienia jest punktem wyjścia dla upośledzenia przeróbki materji i do wyniszczenia, bo nieraz w tych razach przewód pokarmowy może z łatwością przetrwać i przynosić duże ilości pokarmu.

Z cierpień przewlekłych przedewszystkiem choroby żołądkowe warunkują mały dowóz pokarmu. Jedni chorzy [nieżyt żołądka, niestrawność nerwowa, rak żołądka] jedzą mało z braku łaknienia, nawet wskutek wstępu do jedzenia; inni z powodu bólów po jedzeniu (*ulcus ventriculi, hyperaciditas digestiva*); u trzecich znowu tylko część spożytego pokarmu zostaje przyswojoną wskutek częstych i obfitych wymiotów [rozszerzenie żołądka, wymioty u kobiet ciężarnych]. Ostatecznie wszystkie te stany prowadzą do niedostatecznego dowozu materiału odżywczego. W tym względzie ostre choroby żołądka mają niewielkie znaczenie, bo niedostateczny dowóz pokarmu trwa krótko; przemiana materji jest jednakże wtedy silnie wzmożoną i nosi cechy przemiany materji z wyczerpania („*inanitieller Stoffwechsel*“): wybitne zmniejszenie zawartości chlorków w moczu, acetonurya, a w ciężkich przypadkach zabarwienie czerwone moczu po dodaniu półtora chlorku żelaza.

W przewlekłych cierpieniach żołądka wyniszczenie i wychudnięcie nieraz postępuje niezmiernie szybko. Chorzy mogą trawić 20—40 funtów w przeciągu kilku miesięcy, nawet tygodni. Autor starał się przekonać, jaki udział w tej sprawie wyniszczenia ma zmniejszony dowóz pokarmów i ściśle notował, jak dużo jedli chorzy żołądkowi z własnej woli. Otóż, okazało się, że w większości przypadków wrzodu żołądka, przewlekłego nieżytu, dyspepsy nerwowej dowóz pokarmu wystarczał ledwie na wytworzenie 21 ciepłostek, kaloryi ¹⁾ na kilogram wagi,

¹⁾ Zmiany, którym ulegają w ustroju wprowadzone materiały pokarmowe, przedstawiają sprawy utleniania. Jedne środki pokarmowe, jak np. woda, sole, wprowadzane są do ustroju w stanie wysokiego utlenienia; inne, jak: białko, tłuszcze i wodany węgla, w stanie niskiego utlenienia. Otóż, te ostatnie ulegają, jak wiadomo, dalszemu utlenieniu: białko na mocznik, kwas moczowy i t. d., tłuszcze i wodany węgla na wodę i CO₂. Przy tych zmianach, jak przy każdym spalaniu, oswobadza się żywa siła w postaci albo pracy fizycznej, albo, co przeważnie ma miejsce w ustroju, w postaci ciepła zwierzęcego. Inaczej: przy spalaniu białka, tłuszczy i wodoru węgla oswobadza się „siła napięta“ (*Spannkraft, potentielle Energie*). Każde z tych ciał przy spalaniu oswobadza różną ilość tej siły, a miarą jej jest fizyczna jednostka: ciepłostka [Cal.]. Pod nazwą ciepłostki rozumiemy ilość ciepła potrzebną do ogrzania 1 kilogr. wody na 1° C. Otóż, przeciętnie 1 gm. białka wytwarza 4,1 Cal., 1 gm. tłuszczy 9,3 Cal., 1 gm. wodoru węgla 4,1 Cal. Prawidłowo człowiek wprowadzać powinien do ustroju.

100 grm. białka, czyli . . .	410 Cal.
100 „ „ tłuszczy „ . . .	930 „
400 „ „ wod. węgla „ . . .	1630 „
Razem . . .	2980 Cal.

Jeżeli człowiek wprowadza mało pokarmu, to dla wytworzenia nieodzownej ilości ciepła musi rozłożyć część zapasów własnego ustroju, a stąd musi tracić na wadze.

Bliższe dane i szczegóły co do znaczenia spalania materiałów w ustroju, co do t. zw. „*Calorienumsatz*“, którego bliższą znajomość zawdzięczamy niedawnym klasycznym pracom RUBNER'a, znajdują czytelnicy w pismach streszczonego autora: C. v. NOORDEN. *Grundriss einer Methodik der Stoffwechseluntersuchungen*. Berlin. 1892 i *Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels*. Berlin. 1893. (Przyp. spraw.).

podczas gdy prawidłowo człowiek spożywać musi tyle pokarmu, by wytworzyć 34 ciepłostek w spokoju, a 40 przy umiarkowanej pracy.

Naturalnie, takie warunki muszą olbrzymi wpływ wywrzeć na stan ustroju. Inne okoliczności, zachodzące u przewlekłych chorych na żołądek, nie mają tak dużego znaczenia. Przedewszystkiem ważną jest rzeczą, że, jeśli tylko chory żołądek przesuwa do kiszek swą zawartość, to kiszki trawią zupełnie dobrze, tak, że chory może sobie przyswoić tyleż pokarmu, co i zdrowy; inaczej: kiszki działają „zastępczo“. Jeśli siła ruchowa żołądka jest osłabioną i pokarm zatrzymuje się w nim, to naturalnie ustrój znajduje się w daleko gorszych warunkach, bo chory żołądek wcale nie zastąpi kiszek i nie strawi za nie pokarmu.

Nareszcie zachodzi pytanie, czy w przewlekłych cierpieniach żołądka gra rolę zatrucie ustroju przez jady, wytworzone przy nienormalnym trawieniu. Do tego czasu takich jądów, działających na protoplazmę komórek i warunkujących zwiększony rozkład materii u chorych żołądkowych przewlekłych, nie wykazano. Przeciwnie, badanie przemiany materii w przewlekłym nieżycie żołądka, we wrzodzie tego narządu i w zwężeniu odźwiernika [bez raka] wykazało, że rozkład białka odpowiada zupełnie ilości wprowadzonego materiału, że przez dodanie większych ilości pokarmu można doprowadzić do odżywienia i t. d.

Ogólny wynik tych badań był ten, że przemiana materii chorych na żołądek nosi tylko cechy przemiany materii przy upadku odżywiania.

Jest to ważną wskazówką dla leczenia przewlekłych chorób żołądka. Tu mamy do rachowania się z miejscowem cierpieniem i z ogólnym upadkiem odżywiania. Trzymając się zasad F. A. HOFFMANN'a, należałoby co do żołądka przeprowadzać zawsze leczenie oszczędzające (*Schonungscur*): jeśli do chorego żołądka nie będziemy wprowadzać dużo pokarmu, jeśli przez to pozostanie on w spokoju, to prędzej wróci do stanu prawidłowego. Takie leczenie w ostrych, krótkotrwałych cierpieniach i w obostrzeniach przewlekłych chorób żołądka ma zupełną rację bytu: kilkodniowe ograniczenie ilości pokarmu nie robi zbyt dużej szkody całemu ustrojowi. Ale zasada „oszczędzania“ w cierpieniach przewlekłych może się stać nieraz niebezpieczną, a stosowanie dłuższe takiego leczenia może łatwo doprowadzić do olbrzymiego upadku odżywiania. Rzeczywiście, najczęściej mamy do czynienia z chorymi, którzy już przebyli leczenie oszczędzające i byli całymi miesiącami „na dyecie“: niektórzy z nich pozbyli się dolegliwości miejscowych, ale przedstawiają olbrzymi upadek odżywiania.

W takich przypadkach należy iść inną drogą i mieć na widoku przedewszystkiem nie cierpienie miejscowe, ale stan ogólny ustroju. Niewątpliwie w takich przypadkach z podniesieniem odżywiania poprawi się i sprawa miejscowa. Należy więc odżywiać chorego, wprowadzać białko, tłuszcz i wodny węgiel w ilościach odpowiednich. Tam, gdzie wprowadzenie pokarmu jest utrudnionem, dobrze jest chorego położyć do łóżka: wtedy mniejsza ilość jedzenia wystarczy dla ustroju, a jednocześnie przez to będziemy oszczędzać żołądek.

Ilość, którą należy wprowadzić, łatwo obliczyć. Człowiek niepracujący wymaga około 35 ciepłostek na kilogram wagi; wychudzeni chorzy na żołądek, którzy przeciętnie ważą 50 kilo, a kobiety jeszcze mniej 45 kilogr., wymagają około 1750 ciepłostek. Ilość taką pokarmu łatwo jest wprowadzić w postaci pożywnych, a nie drażniących żołądka pokarmów.

Co do białka to jeśli pokarm ma być płynny [jak we wrzodzie żołądka], najlepiej odpowiada zadaniu mleko i t. zw. peptony; jeśli można dawać pokarm stały, to lekkie gatunki mięsa według tablicy LEUBE'go, a więc: gołąbek, kurczę, delikatna cielęcina, stopniowo nawet—dziczyzna, z ryb pstrągi. Wodny węgiel trudno wprowadzić z mlekiem, które ich zawiera mało; natomiast we wrzodzie żołądka w tym celu nadaje się tapioka, mąka LOEFFLUND'a, z kukurydzowej mąki delikatne sucharki, u innych chorych żołądkowych bułka pszenna.

Ze wszelkimi pokarmami krochmalowymi należy być u chorych żołądkowych bardzo ostrożnym szczególnie w rozszerzeniu żołądka, jeśli istnieje silna fermentacja, którą zresztą łatwo usunąć można przemywaniami żołądka i środkami antyseptycznymi, jak: kwas salicylowy, tymol i t. d..

Usunąć tłuszcz z pożywienia chorych żołądkowych w żaden sposób nie można. A tymczasem tłuszczu, rzekomo silnie drażniącego żołądek, lekarze unikają w tych cierpieniach. Rzeczywiście, spożywanie tłustego mięsa, tłustych serów u chorych na żołądek prowadzi do zgagi, bólów i t. d.. Natomiast doskonale znoszą oni tłuszcz mleka, w żółtku, w zupie tapiokowej z masłem. Śmiało także można dawać chorym tym dobre, świeże masło. W ogóle wprowadzenie jakie 100 grm. tłuszczu jest rzeczą łatwą, np. 1½ litra mleka = 60 grm. tłuszczu, 2 żółtka = 10 grm. tłuszczu, 40 grm. masła = 30 grm. tłuszczu, co przedstawia aż 930 ciepłostek.

Wyłączna dyeta mleczna u chorych na żołądek nie daje się przeprowadzić; potrzeba bowiem dużych ilości mleka do zaspokojenia wymagań ustroju, np. by wprowadzić 1770 ciepłostek, potrzeba aż 3 litry mleka, zawierające białka 105 grm., tłuszczu 90 grm., wodanów węgla 135 grm.. Obok mleka możemy więc dawać i inne potrawy. Z przedstawionych przez autora spisów potraw przytaczamy następujące:

1. Dyeta płynna.

	białko	tłuszcz.	wod.węg.	kalor.
Dobrego mleka 1500 ctm. sz.	6,2	58,5	63	1056
Zupa z 15 grm. sago, 10 grm. masła, 1 jajko, 10 grm. peptonu	17,0	13,5	15	257
<i>Purée</i> z 80 grm. mąki kukurydz. 1 jajko, 10 grm. cukru [na dwa razy]	7,0	5,5	90	398
Razem	8,6	77,5	168	1711.

2. Dyeta mleczna z delikatnem mięsem i wodanami węgla.

	białko	tłuszcz.	wod.węg.	kalor.
Mięso z młodej kury 100 grm.	19,6	2,8	—	106,4
100 grm. <i>purée</i> z kartofli	2,0	4,0	20,0	127,4
2 jajka	14,1	11,0	—	160,1
100 grm. bułki w grzankach	7,0	0,5	55,0	258,8
30 grm. masła	—	23,0	—	213,9
100 grm. pstrąga	19,3	2,1	—	106,4
1250 ctm. sz. mleka	51,0	49,0	52	878,0
Razem	113,0	92,4	12,7	185,1.

Wszystkie pokarmy, przyjmowane przez chorych na żołądek, powinny być dobrze rozdrobnione i nader starannie w ustach przeżute.

Co do szczegółowych wskazań leczniczych w chorobach żołądka, autor zatrzymuje się dłużej na kwasie solnym. Środek ten nieraz niewątpliwie jest pożytecznym w tych chorobach, chociaż działanie jego pozostaje niewiadomem. Nie może być mowy o tem, by zadawane ilości HCl poprawiały trawienie pepsynowe, prędzej działa on jako środek przeciwfermentacyjny. Autor radzi dawać kwas solny na ¼ godziny przed jedzeniem, wbrew przyjętemu zwyczajowi; wtedy działanie jego na drobnoustroje może być daleko silniejszym, bo odbywa się ono w pustym żołądku. Ważniejszą jest okoliczność, że kwas solny, przyjęty przed jedzeniem, u wielu pacjentów znakomicie pobudza łaknienie, daleko lepiej niż oreksyna i środ-

i środki gorzkie. Co do ostatnich, to autor uważa je za bardzo pożyteczne czasami. O środkach gorzkich wypowiedziano najróżnorodniejsze zdania: według jednych mają one pogorszać trawienie, według innych poprawiać i t. p.. Własne spostrzeżenia autora wykazały, że różnice w czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka przed i po zastosowaniu środków gorzkich są tak niewielkie, iż nie przekraczają zupełnie granic pomyłek, chociaż niewątpliwie w wielu przypadkach środki gorzkie wzmagają łaknienie u chorych na żołądek. Jest to ich, zarówno jak i kwasu solnego, ważną zaletą. Brak łaknienia u chorych na żołądek utrudnia ich odżywianie, a poprawa łaknienia od razu ułatwia zadanie lekarzowi. Otóż, u jednych chorych taką poprawę sprowadza kwas solny przed jedzeniem, u innych środek gorzki, u trzecich jakieś wino pepsynowe, w którym naturalnie pepsyna jest tylko dekoracją, a główną rolę odgrywa alkohol, jeszcze u innych nieco kawioru, lub kilka ostryg, zawsze na $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny przed jedzeniem. Co zastosować w danym przypadku, wskazuje obserwacya. Indywidualność chorego, nie choroba, ma tu największe znaczenie: stąd u jednego chorego w celu podniesienia łaknienia zastosujemy środek apteczny, a u innego środek kuchenny.

(Berliner Klinik Nr. 55. 1893).

E. Biernacki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne dnia 14. II. 1893 roku.

Kol. LESZCZYŃSKI przedstawia chorą, operowaną przez kol. GABSZEWICZA, u której po resekcyi szczęki górnej zastosował obturator BRANDT'a, zaopatrzony w balonik kauczukowy, wypełniający jamę i podtrzymujący płytkę z zębami sztucznymi.

Następnie kol. OETUSZEWSKI demostrował przypadek rzadkiej formy jąkania, polegającej na kurezu zamykającym głośnie. Przypadek dotyczy chłopca lat 15, od lat 5 wadą jąkania dotkniętego i pod względem umysłowym słabo rozwiniętego. Chory ten może wymówić czasami słów kilka bez przerwy, czasami jednak przed wyrazem, nawet pomiędzy zgłoskami robi przerwy, nieraz kilka minut trwające, w czasie których, pomimo braku zbocezeń w narządach artykulacyjnych, szeptu nawet wydobyć nie zdoła. Jest to postać, dotychczas nie opisana w literaturze i dająca w ogóle złe rokowanie; zabiegi odpowiednie, w samym początku istnienia tego rodzaju jąkania zastosowane, nawet po 3-ach miesiącach mogą dać zadowalające wyniki.

Stosownie do porządku dziennego kol. FABIAN wygłosił: „Uwagi o cholery nad Wołgą“.

Cholera jest chorobą dawną bardzo. Na wiarę pospolicie wszyscy powtarzają, że jej opis znajduje się już w księgach WEDY i ZENDA-WESTY. Pewniejszem jest, że znali ją Grecy, a mianowicie RITTMANN na zasadzie cytowanych przez się prac autorów średniowiecznych [CAJUS, ALPHANUS i t. d.] podaje, że jest u HIPOKRATES'a opisaną chorobą, całkiem odpowiadającą cholery [pojawia się latem, towarzyszy jej biegunka i wymioty, kończy się nagle]. W zbiorze GRUNKER'a autorów średniowiecznych, piszących o pocie anglików, o morowej zarazie i innych chorobach zakaźnych, istnieje praca ALPHANUS'a „*de febris stricte sic dicta*“, którą z wielkim prawdopodobieństwem za opis epidemii cholerycznej z 1551 roku uważać można, bo choć mowa jest o „febrze“, to dla pisarzy owoczesnych znaczyło to w ogóle ostrą zaraźliwą chorobę. Z nazwą „cholera“ spotykamy się u SYDENHAM'a, który opisuje „*cholera morbus*“ de anno 1669, lecz opis jego odpowiada raczej tyfusowi brzuszemu. Tymczasem autorowie tacy, jak: JAC, GASTRICUS, JOH. CAJUS, ALPHANUS, TERTIUS DAMIANUS, KEJELER, KLUMP, KRÖLL, ENRICUS CORDUS VENCESLAUS BAYER v. ELBOGEN, JOH. NIDPRUTANUS i inni opisują chorobę do cholery podobną, choć ją mieszczą między „*febres malignae*“, „*febris putrida humida*“ lub „*febris ephemera*“, lub mieszcząc ją pod nazwą „*pestis*“.

Mianowicie ALPHANUS opisuje: „*morbum epidemicum et commune inter pestelentem et non pestelentem febriem, quae non est contagiosa, neque ab homine ad hominem, neque par distans, quae tamen est ephemera aut non ephemera, morbus sparsus vel dispersus aut epidemicus*“, z morem ma to wspólnego, że „*quum est epidemicus*“, to „*paucissimi eadunt*“, *pestis illa quae nostra aetate [1551] vulgata est ea iis quae per album vacabantur omnes fere peribuat*“, *ad quod evacabatur erat colliquatio et quae homines citra pestim [podczas zarazy] corripit*“. Może zaś powstać w czasie panowania nagminnego („*citra epidemiam*“), albo przez błędy w dyecie i popsucie tym sposobem soków, gdy się zepsute potrawy dostaną do krwi i tu gnicie wywołają [między szkodliwymi wymienia up. ogórkil]. Z objawów przytoczone są: „*Vomitus ex dejectione appetitus*“, „*Evacuaciones sunt: fluida pinguis, oleosa, non sordida, nec olentia, colliquatio, quae eo magis fluere consueverat quo magis humor biliosus corruptus est*“. „*Vox est vitiosa* [bezglós choleryczny?]“, „*Syncopis*“. „*Oculi immobiles veluti flamme*“. „*Urinae secretio conturbata et confusa*“ [ilość jej zwiększa się dopiero w okresie „*febris ardentis*“]. *Post 24 horas aut spes salutis aut mors*“.

Lepiej znaną jest cholera od początku bieżącego wieku, kiedy w 1817 r. przez Rosyę dostała się do Europy. Odtąd wszystkie większe epidemie nawiedzały Rosyę, a za nią Europę, jedną niemal kierując się drogą: przez morze Kaspijskie i wzdłuż biegu Wołgi, choć nie z jej biegiem, lecz jedyne za kierunkiem tej największej drogi komunikacyjnej, która na przestrzeni kilku tysięcy wiorst posiada i liczne dopływy rzek bocznych, z dalekich krańców dopływających, i liczne przystanie dla handlu zbożowego, w ogóle dla olbrzymiego ruchu ludności. I w zeszłym roku cholera przeszła tą drogą. Zjawiwszy się już w styczniu 1892 r. w kilku wilajetach Syryjskich, a wczesną wiosną wzmógłszy się w Indjach, przeszła granicę Afgańską, utworzyła ognisko w Heracie i Mesadzie na północno-wschodzie Persyi, a rozszerzywszy się na zachód ku Astrabadowi nad Kaspijskim morzem, dostała się też na północ ku granicy górskiej między Persyą a Turkestanem do Kaafki, leżącej przy kolei, łączącej wschodni brzeg morza Kaspijskiego z Samarkandą i Bucharą. Wzdłuż tej kolei rozszerzyła się po wschodnim brzegu morza Kaspijskiego i morzem dosięgła Baku, a stąd jedną drogą przez Tyflis poszła ku morzu Czarnemu, oraz ku północy do Astrachania i na Wołgę. Z Baku przeszła do kraju Zakaukaskiego i utworzyła ognisko w Elizawetpola, na północ dosięgła Petrowska. Z Wołgi po jej wielkich przypływach [Occe, Kamie i t. d.] doszła aż do Permu, a po wielkich kolejach [Samaro-Zlotoustskiej i Syzrańskiej] poszła w głąb kraju na zachód i w stopy na wschód. Drugą drogą wzdłuż kolei od Tyflisu przeszła do Rostowa nad Don i stąd na południo-zachód Rosyi, oraz do Teodozyi w Krymie i do ziemi kozaków Kubańskich, gdzie srożyła się strasznie.

Wołga na wiosennym rozlewie szeroko z brzegów występuje, przy zachowaniu mało zmiennej głębokości koryta, powiększa szerokość olbrzymio. Zalew wiosenny trwa kilka tygodni, poczem szybko opada, zostawiając brzegi, zwłaszcza skłon lewy [płaski] zamulowym. Szczególniej ważnem jest w tych warunkach samo jej ujście do morza Kaspijskiego i ogromna daleko w ład wcięta delta pod Astrachaniem i szerokie t. zw. zatony u ujść rzek do Wołgi. Te miejscowości przez lato całe i jesień są punktem zbornym dla całych tysięcy ludności ruchomej, która z pociągów bydłem, końmi i wielbłądami koczuje tu od stepów, dowożąc zboże i ładując je na tych wygodnych i obszer-nych przystaniach, a zabierając stąd potrzebne dla domowego gospodarstwa sprzęty i t. d.. Handel rybny na jesieni i dowóz zboża przez lato i jesień gromadzi u brzegów Wołgi mnóstwo szczątków organicznych, zwierzęcych i roślinnych, nie uprzątanych jesienią, gnijących wiosną i w skwarze lata, kiedy ciepłota 30 i 30-tu - kilku stopni dochodzi. A ludność owa niechlujna [w przeciwieństwie do stale osiadłej, często się kąpiącej] jest brudna, daje więc na równi z nawodnionem zbirowiskiem odpadków wybrzeża doskonale podłoże dla asprofitycznego rozwoju zarazków. Ruch główny tej ludności od wielkich stepów wschodnich i napowrót głównie dotyka nizowia Wołgi i dlatego pospolicie tutaj najpierwsze i najsrozsze ogniska zarazy się tworzyły [Astrachań, Saratów i t. d.]. W górę rzeki [powyżej Samary i Syzrania] ruch jarmarczny ku Niżnemu Nowogrodowi przez drugą połowę lata najwawszy wiezie i ludność ruchliwą i zarazę. To, że Wołga — i jej porzeczka i dopływy rzek bocznych — jest owym szlakiem, po którym cholera Rosyę przeważnie nawiedza, stało się powodem, że wszelkie urządzenia sanitarne zarówno ochronne, zapobiegawcze, jakoteż lecznicze powierzono [po wypracowaniu projektu przez lekarzy Niżno-Nowogrodzkich i zatwierdzeniu przez Departament lekarski] ministeryum komunikacji, a naczelny kierunek dla

sprężystego wykonania złożono w ręce Dyrektora Departamentu dróg szosowych i wodnych¹⁾, opatrzywszy go jaknajszerszymi atrybucjami, jako „Wysoczajsze Upolnomocnionego k priniatju mier protiv cholery“²⁾. To skoncentrowanie całego nadzoru wydało owoce nader błogie. I szerzeniu się epidemii, zwłaszcza wśród ludności ruchliwej i srogości jej natężenia w wielu razach znakomitą położono tamę.

Podzielono Wołgę i jej dopływy na dość krótkie „uczastki“, na brzegu powierzywszy zarząd uczestków oddzielnym uczestkowym naczelnikom [inżynierom komunikacji], na samej zaś rzece ustanowiwszy regularny bieg parostatków t. zw. sanitarno-inspektorskich, na pokładzie których znajdował się lekarz — inspektor. Do obowiązków tych parostatków należało: dozór nad wszystkimi punktami sanitarnymi uczestku i przepływającymi statkami innymi wszelkiego rodzaju, podawanie pierwszej pomocy chorym na pokładzie rzeczonych statków i odwożenie chorych do najbliższego punktu sanitarnego, gdzie, jako trzecia część urzędzenia, funkcyonowały pod kierunkiem lekarzy baraki choleryczne, stosownie urządzone. Dezynfekcyja statku, na którym napotkano chorych, należała do lekarza — inspektora parostatku, dezynfekcyja przystani — bądź do lekarzy barakowych, bądź też [jak na wielkich przystaniach miast dużych: Nowgorod, Samara, Saratow, Astrachan] do oddzielnych lekarzy *ad hoc* wyznaczonych. Zaopatrzenie baraków i statków sanitarnych w środki dezynfekcyjne i lekarstwa, w odzież, bieliznę, napoje spirytualne [wyborowe wina, koniaki i t. p.], bardzo rychło po objęciu kierunku przez energiczne ręce było wprost wzorowe. Podnieść też należy niezmiernie pożyteczne, gorliwe usługi siostr miłosierdzia, poroższanych na wszystkich punkty sanitarne. Sam, pełniąc najprzód obowiązek na inspektorskim parostatku między Kazaniem a Samarą, a później starszego lekarza punktu sanitarnego w Bałakowie [Samarskiej gub.], wielkiej przystani zbożowej, o wzorowym funkcyonowaniu całego sanitarnego nadzoru, miałem sposobność się przekonać. Każdy statek, mający chorego na pokładzie, winien był wywieszać flagę żółtą, nocą zaś latarnię czerwoną i zieloną, jedną nad drugą. Takież sygnały wisiały stale na wybrzeżu, gdzie były punkty sanitarne.

Złośliwość choroby była największa w początku epidemii ze śmiertelnością, dochodzącą 61%, mniejsza w środku od 32—38% śmiertelności, w samym końcu znowu zwiastująca się choć nielicznymi, ale nader ostrymi, śmiertelnymi przypadkami i ze śmiertelnością znowu dochodzącą do 60%. Zasługuje na uwagę wielka liczba przypadków zimnicy, na całym powołżu bardzo rozpowszechnionej, a przebiegającej podczas epidemii cholerycznej z silną biegunką i wymiotami. Wysoka gorączka w okresie najobfitszych nawet wypróżnień, duża śledziona, brak zapaści i doskonale działanie dużych dawek chininy, chroniły w wątpliwych przypadkach od pomyłek rozpoznawczych. W leczeniu obok kalomelu w pełnej dawce w początkowym okresie — salol w dawkach od 0,50 do 1,0 trzy do czterech razy dziennie, gorące dermoklizy z taniną i naftaliną, oraz środki podniecające, napoje gorące, oraz głównie kamfora *per os* i podskórnie jako eter kamforowy. Salol szczególniej okazywał się skuteczny przy biegunkach cholerycznych [klinicznie rozpoznawanych]. Stosowałem też salicylan bizmutu, hypodermoklizy z 0,7% soli kuchennej, ciepłoty 35° C.—40° C., bardzo często. Ilekroć zaczęto je stosować w okresie, kiedy jeszcze tętno było wyczuwalnem, a sinica i suchość skóry nie doszły jeszcze do wysokiego stopnia, tyle razy skutek bywał względnie dobrym. W okresie wielkiej zapaści przedewszystkiem trudno jest wpędzać należytą ilość wody pod skórę [lepiej używać szprycy chirurgicznej o silnym tłoku, niż lewara lub t. p., z którego często wcale się nie udaje dermoklizy wykonać], a i skutek bywa pospolicie płonny. Każdy przybywający do baraku chory przedewszystkiem bywał kąpany w letniej kąpeli. Przy objawach upadku sił podczas kąpeli oblewano go, zwłaszcza brzuch, silnie wodą zimną. Otulenia mokre chłodnemi prześcierałkami i z wierzchu kocem (*Einpackung*), oraz natarcia bardzo chłodnemi prześcierałkami stosowałem również systematycznie i z niezłym wynikiem. Wywołanie potów za pomocą gorących kamionek i t. d., aczkolwiek, stosownie do przepisów, często zalecano, nie wydało mi się zbawiennem, gdyż przedewszystkiem tą drogą potów i w ogóle reakcyi u chorego w kolapsie cholerycznym wywołać prawie niepodobna. Makowca nie używałem wcale. Przy uporeczywych wymiotach [bardzo rzadko] robiłem wstrzykiwania podskórne morfiny, podawałem małe dawki kokainy. Kilkakrotnie też próbowałem wypłókania żołądka lekkim roztworem kwasu solnego czy-

1) Tajnego Rady Fajdejewa.

stego [1:2000] zupełnie bezskutecznie. Najlepiej jeszcze działała bardzo mocna czarna kawa, zupełnie wystudzona z dodatkiem eteru.

Najczęstszem następowem powikłaniem bywało cierpienie nerek z anurią i śmiertelnie kończącą się mocznicą, z białkiem i częstokroć cylindrami w moczu. Tyfoidalny typ okresu zdrowienia bywał rzadki. [Autoreferat].

W dyskusji KRYSIŃSKI zapytuje się o źródła, skąd czerpał prelegent ustęp o HIPOKRATESIE i innych wspomnianych autorach; również prosi o wyjaśnienie, dlaczego wszystkie epidemie wbrew oczekiwaniu szerzą się nie z biegiem rzeki, lecz pod wodę.

POLAK nie zgadza się z FABIANEM, aby wszystkie epidemie szły wzdłuż brzegu Wolgi, gdyż dwie poprzednie innym przebiegały szlakiem. Co się tyczy dat, zaznacza, że w Astrachaniu cholera nie trwała przez cały czerwiec, gdyż pierwsze przypadki w Baku notowane są pod datą 18 czerwca, a w Astrachaniu w 8 dni później. W kwestyi misyi gen. Fadejewa, nadzwyczaj pochlebnie przez FABIANA opisanej, to znaczenie jej o tyle wydaje mu się przecenionem, że przedtem już epidemia osłabła w miastach nad Wolgą położonych, w innych natomiast miejscowościach się wzmagala, wreszcie zapytuje się, skąd podaje prelegent cyfry śmiertelności i czy w Sarepcie były przypadki cholery.

GRUNDZACH zapytuje się, czy na podstawie swego doświadczenia uważa FABIAN cholere za chorobę kontagijną, czy za miazmatyczno-kontagijną.

FABIAN odpowiada KRYSIŃSKIEMU, że HIPOKRATESA cytuje RITTMAN z prac ALPHANUS'a, co się zaś tyczy choroby podobnej do cholery, a panującej w r. 1551, to dane te czerpał z ALPHANUS'a. W kwestjach, poruszonych przez POLAKA, zaznacza, że działalność gen. Fadejewa była wybitną, a jeżeli wyniki jej na pozór nie wydają się znacznymi, to przyczyny faktu tego szukać należy w zbyt późnem dostarczeniu środków profilaktycznych. Cyfry śmiertelności podaje tylko na podstawie obserwowanego przez się przebiegu epidemii w Bałakowie, nie uogólnia ich na inne miejscowości z powodu braku materiału, gdyż na danych urzędowych opierać się w tych razach nie można. O istnieniu epidemii w Sarepcie, kolonii wzorowo urządzonej pod względem sanitarnym, nie słyszał; wreszcie na zapytanie GRUNDZACHA odpowiedzi dać nie może.

Wiadomości terapeutyczne.

— 5 —

13. **Haemolum et Haemogallolum.** Hemol i Hemogallol. W pracowni farmakologicznej prof. KOBERT'a przeprowadzono szereg prac doświadczalnych, na mocy których przekonano się, że większość dotychczas używanych przetworów żelaza bardzo trudno ulega assymilacyi w organizmie, i że niektóre z nich wcale do organizmu nie zostają wessanemi. Z tego powodu KOBERT podaje dwa nowe przetwory żelaza: hemol i hemogallol, które, jak doświadczenia dowodzą, odznaczają się łatwą assymilacją.

Oba rzezone przetwory otrzymuje się przez działanie środków redukujących na krew odwłóknioną; wytwarza się przytem osad, zawierający 47.5% C, 12% N i 1% Fe.

Nowe te środki lecznicze różnią się od innych przetworów żelaza, np. od białkanu żelaza, peptonianu żelaza i od zwykłych przetworów hemoglobiny, tem, że są o wiele od nich strawniejsze; udział bowiem czynności trawiennej przewodu pokarmowego przy stosowaniu hemolu i hemogallolu jest nieznaczny, gdyż środki te przebyły już na zewnątrz organizmu tę sprawą redukcyjną, którą inne przetwory żelaza dopiero w kiszkiach przejść muszą.

Jako środków redukujących przy otrzymywaniu hemolu i hemogallolu używa się: pyłu cynkowego i kwasu pyrogallusowego.

Haemolum. Hemol czysty otrzymuje się ze krwi odwłóknionej pod wpływem działania pyłu cynkowego, jako środka redukującego: jest to proszek ciemno-brunatny.

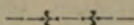
Zinc-haemolum. Cynkhemol jest to hemol zawierający małą, ale stałą ilość cynku w związku organicznym. Przetwór ten wskazanym jest w tych przypadkach blednicy, w których mamy jednocześnie do czynienia z cierpieniem przewodu kiszkiowego.

Haemogallolum. Hemogallol, proszek czerwono-brunatny, otrzymuje się pod wpływem działania kwasu pyrogallusowego.

Przetwory te podawać można wprost w proszku z cukrem w opłatku trzy razy dziennie po 0,1—0,5. W Niemczech prócz tego wyrabiają czekoladki z rzeączonych przetworów. Każda czekoladka zawiera 0,5 przetworu, czyli przeszło 1 miligrm. żelaza. Podawać należy trzy czekoladki dziennie, na kwadrans przed jedzeniem.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— Nad wyraz uroczyste i serdecznie obchodziło w dniu 1 lipca Monachium 50-letni jubileusz pracy lekarskiej prof. PETTENKOFER'a, twórcy, rzec można, higieny naukowej, jako samodzielnej gałęzi wiedzy lekarskiej w uniwersytetach niemieckich. Opisy tych holdów, składanych szanownemu profesorowi, do dziś jeszcze zajmują liczne szpalty dzienników lekarskich. W sali, gdzie przed laty dzisiejszy jubilat, otrzymał pierwszą nagrodę szkolną, wręczano mu teraz najwyższe nagrody, o jakich może nie marzył ówczesny laureat. Tu ofiarowało mu teraz miasto złoty medal obywatelstwa, oznakę najwyższą i jedyną, jaką został kiedykolwiek zaszczycony obywatel monachijski, ale też i „jedyny to wypadek [są słowa burmistrza miasta], aby obywatel jaki poświęcił wszystkie chwile życia swego przez dwa dziesiątki lat i oddał wszystkie siły swego umysłu dla dobra miasta“. Tu też wręczono PETTENKOFER'owi ordery: orła czerwonego od Cesarza Niemiec, gwiazdę bawarskiej korony od regenta Bawarskiego, krzyż Ś-go Sawy od króla Serbów. Potem rektor uniwersytetu oddał jubilatowi wznowiony dyplom doktorski, poczem szły deputacje od akademii umiejętności, wszystkich bez wyjątku towarzystw lekarskich niemieckich i studentów, dalej odczytano liczne adresy Towarzystw zagranicznych, depesze od cesarzowej Augusty, ks. Rupperta, Hohenułoh'e'go, instytutów w Londynie, Buda-Peszczie i t. d.. Uroczystość wreszcie zakończyła nadzwyczaj ciepła i serdeczna mowa prof. EMMERICH'a, który, jako uczeń i kolega jubilata, podniósł nietylko istotne zasługi PETTENKOFER'a w nauce, ale zaakcentował gorąco jego podniosłość serca i prawość charakteru, zapal i wytrwałość w pracy, miłość prawdy i walkę o nią w imię zasady: „*freies Denken, freies Forschen, freies Wort*“. (Münch. Medic. Wochensch. Nr. 28.).

E. W. Z.

— D-r H. WITZACH na zasadzie obserwacji nad działaniem piperazyny przy *diathesis urica* przychodzi do następujących wniosków. 1) U wszystkich chorych wydzielanie moczu wyraźnie się zwiększa. W jednym przypadku (*arthritis deformans urica*) ilość dobową moczu się nawet zdwoiła. 2) Ciężar właściwy zmniejsza się; kwaśność także, jakkolwiek mocz nigdy nie staje się alkalicznym lub neutralnym. 3) Łaknienie żadnym zaburzeniom nie ulega; również nie zauważono żadnych zmian niemilych w stanie ogólnym, któreby można było kłaść na karb działania środka. 4) Podskórne wstrzykiwanie środka w dawkach nawet 0,05—0,10 są zawsze bolesne i niebezpieczne. Ból trwa od 10 minut do pół godziny. Niekiedy pozostawia po sobie bolesne nacieczenie, mogące ulegać zropieniu, a czasem przyjmujące złośliwy charakter zapalenia tkanki łącznej. 5) W działaniu czystej piperazyny i jej soli niema istotnej różnicy; to tylko przemawia za używaniem soli, że są mniej higroskopijne, niżli czysta piperazyna. 6) Tylko dłuższe stosowanie środka [po 1 grm. dziennie w ciągu dni 14] może doprowadzić do pożądanego rezultatu. (Münch. medic. Wochensch. Nr. 28.).

E. W. Z.

— Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Medycyny wewnętrznej prof. LEYDEN demonstrował preparaty mikroskopowe tryprowego zapalenia wsierdźcia (*endocarditis verrucosa valvularis*), wywołanego przez czworniaki (*gonococci*) u mężczyzny lat 22. (Münch. med. Woch. Nr. 28.).

E. W. Z.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Berlinie prof. LEYDEN przedstawił zeszlęgo miesiąca chorego, który zapadł na rozsiane zapalenie nerwów (*neuritis multiplex*) dzięki zatruciu rtęcią, zbyt energicznie wcieraną w celach leczniczych. Po trzech dniach po ukończeniu kuracji przeciwsyfilitycznej, chory poczuł pierwsze objawy cierpienia nerwowego, które doprowadziło do porażeń i zaniku mięśni. (Münch. med. Woch. Nr. 26.).

E. W. Z.

— BERLIOZ zachwala bardzo *stereol*, jako środek przeciwnilny, zawierający fenol i mający własność mocnego przylegania do skóry i błon śluzowych, a więc nadający się do stosowania

na tych częściach ciała, na których niemożliwym lub trudnem jest nakładanie przeciwnilnych opatrunków. Stosowany w szpitalu TROUSSEAU w przeciągu miesięcy 3 przeciwko blonicy miał spowodować 81% wyzdrowień. Gruźlicze owrzodzenia na języku i skórze [zdaniem HALOPEAU] mają się goić pod jego wpływem nadzwyczaj prędko. (*Munch. med. Woch. Nr. 26.*)

E. W. Z.

— W Łodzi d. 12 b. m. obchodzono 25-lecie pracy lekarskiej kol. JANA WISŁOCKIEGO. Jubilat jest synem ś. p. profesora J. WISŁOCKIEGO. Gimnazjum kończył w Warszawie. Studya uniwersyteckie [przerwane w 1864] w Szkole Głównej w 1868 r.. Pierwsze 10 lat praktykował w Brześciu Kujawskim, gdzie był zarazem lekarzem więziennym. Po odbyciu studyów w Wiedniu w zakresie ginekologii oraz chorób dzieci, osiadł w Łodzi w 1881 i od tego czasu dał się tu poznać nie tylko jako sumienny lekarz-praktyk, ale głównie zaznaczył swą działalność na polu społecznem. Założone tu przed 10 laty pismo polskie „Dziennik Łódzki“ kol. W. stałe zasilał swemi pracami; od lat przeszło 10 należy do tutejszego Towarzystwa Dobroczynności, już to jako członek czynny, już też jako członek zarządu. Należał do członków-założycieli Towarzystwa Lekarskiego tutejszego, był inicjatorem jedynego dotąd Przytułku położniczego, którego jest kierownikiem. Nareszcie, jego staraniem Łódź zawdzięcza zatwierdzenie kolonii letnich dla ubogich dzieci, w których przyjmuje czynny udział i t. p..

Z prac jego naukowych: „Gazeta Lekarska“ [w 1867] pomieściła „O wrażliwości nerwów“; następnie „Dwa wypadki zarośnięcia pochwy“, „O leczeniu koklusu i t. d.“, „Fraucenarzt“ drukował jego „Mechanizm trakcji kleszczowych“.

Łatwy w obejściu, uprzejmy i nadzwyczaj uczynny kolega, cieszy się tu prawdziwą sympatją tak pomiędzy kolegami jako też i pomiędzy publicznością; to też we środę [12-go b. m.] zebrała się przeważna część lekarzy tutejszych celem uczczenia sympatycznego jubila. J. K.

Wspomnienia pośmiertne.

— W dniu 9 ym b. m. po długich cierpieniach zmarł w Częstochowie HELIODOR MULIEWICZ, lekarz powiatu i gimnazjum Częstochowskiego. Urodzony w gub. Łomżyńskiej w 1828 r. wstąpił do Kijowa na wydział lekarski w 1850 i ukończył go w 1858. Przybywszy do Częstochowy objął w 1860 roku obowiązki lekarza szpitala Ś-tej Maryi; które pełnił do 1870 roku. W tymże roku objął posadę lekarza powiatu, który pełnił do końca życia. Zanego i szlachetnego charakteru z całą gorliwością i sumiennością spełniał swe obowiązki, ciesząc się szerokim zaufaniem, sympatją ogółu i miłością tych wszystkich, którzy, w bliższych będąc z nim stosunkach, mogli ocenić jego nieskazitelną charakter i serdeczną gotowość przyjścia każdemu z radą i pomocą. Pomimo szalonych cierpień, jakie znosił w ostatnich latach, będąc chorym na raka, pełnił jednak swe obowiązki jako lekarz i urzędnik, dopóki cierpienia nie przykuły Go do łoża, z którego nie miał się już podnieść. To też żal ogólny i współczucie towarzyszyły Jego śmierci, a tysiące narodu, które odprowadzały Go na miejsce wiecznego spoczynku, i kilkadziesiąt wieńców wymownie świadczyły o tej sympatyi, jaką się cieszył za życia.

D-r G. Pisarzewski.

— W dniu 20 Czerwca r. b. zmarł w Brześciu Kujawskim D-r TROFIL BOROWY, w wieku lat 37. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się tyfusem plamistym w szpitalu więziennym, w którym pomimo przestróg przyjaciół po kilka godzin dziennie przebywał, z zapalem oddając się swemu zawodowi. Cześć jego pamięci!

Edmund Jankiewicz [Dąbie, gub. Kallska.].

Od Wydawcy Kalendarza Lekarskiego na r. 1894.

Szanownych Kolegów upraszam o łaskawe komunikowanie zmian zaszytych w adresach dla zanotowania w Kalendarzu Lekarskim na rok 1894.

J. Polak.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 7 Июля 1893 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.