

GAZETA LEKARSKA.

I. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii INFLUENZY, ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 28. I. 1890].

Na podstawie własnych spostrzeżeń

podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

Panująca w końcu roku zeszłego w całej niemal Europie silna epidemija grypy, jak wiadomo, i u nas w Warszawie przyjęła bardzo szerokie rozmiary, dając możność każdemu niemal z lekarzy do dokładnego obznajmienia się z tą niezwykle pod wielu względami ciekawą *par excellence* pandemiczną chorobą. Chociaż objawy jej, występujące w licznym szeregu epidemij, które w ciągu kilku ostatnich wieków nawiedzały Europę, w dziwnie jednostajny i niemal typowy sposób się powtarzają, o czym najlepiej przekonać się można z opisu wielce charakterystycznego epidemii, panującej w połowie XVII wieku, podanego przez słynnego anatoma WILLIS'a ¹⁾; sądzą jednakże, że każda z pojedynczych epidemij, acz wogóle przedstawiająca też same podstawowe cechy chorobowe, posiada pewne odrębne właściwości, które winny być zanotowane, aby tą drogą dać możność w następstwie zestawienia dalszych ogniw tej ciekawej sprawy. Celu tego dopiąć można jedynie, zestawiając spostrzeżenia wielu lekarzy; pojedyncze bowiem obserwacje, choćby najliczniejsze, mogą doprowadzić do wniosków zupełnie niezgodnych z istotnym stanem rzeczy. I tak: z kilku stron już w czasie obecnej epidemii dało się słyszeć, że w niej podług jednych przeważają postaci czysto nerwowe, podług innych gastryczne i że wogóle formy z zajęciem oskrzeli są stosunkowo rzadkie. Moje doświadczenie przeciwnie doprowadziłoby mnie do wniosków zupełnie odwrotnych. Z materiału mego jednakże nie chcę wyciągać ostatecznych wniosków; przedstawiam go tylko tak, jak go spostrzegałem, licząc, że inni koledzy zechcą również zestawić swoje spostrzeżenia, a dopiero z zestawień tego ogólnego materiału będzie można dojść do jakichś ogólniejszych wniosków.

¹⁾ Opis tegoż autora jest tak charakterystycznym, że najzupełniej przypomina naszą epidemiję warszawską. Toż samo da się powiedzieć i o następnych epidemijach, zestawionych w klasycznej pracy BIERMER'a [VIRCHOW. *Spezielle Pathologie*. T. V.].

2. Jednym ze stalszych objawów były różnego natężenia bóle w krzyżu i uczucie ogólnego rozbicia.

3. Niemal we wszystkich przypadkach istniał zupełny brak apetytu, pozostający nieraz kilka tygodni już po przebytej chorobie.

4. Gorączkę spostrzegałem nie we wszystkich przypadkach; nie odpowiadała ona bynajmniej stopniowi natężenia choroby. Widziałem ciężkie postacię influenzy oskrzelowej, w których ciepłota nie dochodziła 39°C ., w innych przypadkach lekkich, acz krótko, lecz dochodziła do stopni wysokich.

5. Osłabienie ogólne, trwające nieraz tydzień i dłużej po skończonej chorobie, widziałem u znacznej ilości chorych, nawet u takich, którzy przebywali lekką, dwudniową influencją.

6. Obfite pocenie się spostrzegałem u kilku chorych. Jeden z nich, który przebył lekką, nerwową przeważnie, postać w ciągu trzech dni literalnie cały dzień leżał w obfitych potach, przypominających obfite poty, towarzyszące nieraz ostremu reumatyzmowi stawowemu.

7. W jednym przypadku spostrzegałem zapalenie obu stron gruczołu przysadkowego, które jednakże do ropienia nie doszło.

Co się tyczy zejścia choroby, to w ogromnej większości przypadków kończyła się ona pomyślnie, a u jednego tylko chorego nastąpiło zejście śmiertelne wskutek obrzęku płuc, który, o ile się zdaje, li-tylko sprawie influenicy przyisać można było.

19-letni robotnik przybył w dniu 7 Grudnia 1889 roku na mój oddział z objawami niezwykle silnej duszności. Chory gorączkujący [ciepłota do $39,7^{\circ}\text{C}$., tętno 160], w chwili badania przedstawiał objawy wyraźne znacznego obrzęku płuc, który to stan pozwolił dowiedzieć się od niego o następujących niezupełnie dokładnych anamnestycznych danych. Choroba miała się zacząć przed tygodniem: od dreszczy, gorączki i ogólnego osłabienia; pomimo to jednakże stale dalej pracował. W kilka dni potem dołączył się kaszel i stopniowo wzmagająca się duszność, która zmusiła chorego wstąpić do szpitala, dokąd przybył na pie-

Oczywiście, pędzelek posiadać musi przymioty, z powodu których do tak rozległego doszedł zastosowania; żaden inny przyrząd nie mógłby spełniać tak rozmaitych czynności: był to więc przyrząd bardzo dogodny, znajdujący się zawsze pod ręką; a w używaniu tego samego ciągle przyrządu do należytej łatwości było biegłości.

Żadna jednak z tych manipulacji nie jest tego rodzaju, aby jedynie za pomocą pędzla dała się uskutecznić. Jeżeli mamy ciecz bardzo gęstą przenieść na ściśle określone miejsce, jeżeli chcemy pokryć tym płynem powierzchnię o ściśle oznaczonych granicach, to istotnie pędzlem tylko możemy tego dokonać. W okulistyce ani z tego rodzaju gęstymi cieczami nie mamy nigdy do czynienia, ani w żadnym przypadku nie idzie nam o to, ażeby lekarstwo, to jest krople, proszki, maście, na ściśle określone dostały się miejsce: najczęściej chcemy zastosować lekarstwo na całą powierzchnię łącznicy; w innych razach jest dla nas rzeczą obojętną, w którą okolicę worka łącznicowego dostanie się środek leczniczy. A jeżeli w jakim przypadku zależy na tem, aby nie przekroczyć ściśle określonych granic, uciekamy się wtedy do lekarstw w postaci stałej, przy czem już pomocy pędzelka nie potrzebujemy.

A więc niezbędnym pędzelek w żadnym przypadku nie jest dla okulisty,

chootę wśród mroźnego poranku. Badanie ciężko chorego, jak wyżej wzmiankowałem, oprócz objawów znacznego obrzęku płuc, połączonego z wyrzucaniem obfitej, piennej, krwawo-zabarwionej plwociny, innych wyraźnych zбоceń w narządach nie wykazało. W kilka godzin po przyjęciu chory zmarł, a w dniu następnym szczegółowo dokonane badanie pośmiertne zwłok wykazało: niezwykle silnie wyrażony ostry nieżyt wraz z obrzękiem całej błony śluzowej dróg oddechowych od krtani aż do najdrobniejszych oskrzeli. Z obu płuc na przekroju wypływała obfita ilość piennej, jasnej, różowawej płynu. Nigdzie ognisk zapalnych nie znaleziono. Z innych zmian wykryto: nieznaczne zmętnienie miąższowe w wątrobie i nerkach, oraz śledzionę dużą, ciemną, miękką i łatwo dającą się rozrywać (*tumor lienis acutus*).

Z powyższego przekonać się można, że badanie pośmiertne wykazało li-tylko ostry nieżyt obrzękowy dróg oddechowych, obrzęk płuc, oraz dosyć znaczny, świeży guz śledziony. Nie sądzę, aby całą sprawę inaczej wytłumaczyć sobie można było, jak tylko rozpoznaniem grypy. Anamneza, acz niedokładna, wspomina wyraźnie o przebiegu ostrym, gorączkowym. Ostry nieżyt dróg oddechowych obok znacznego guza śledziony i braku zmian w innych narządach li-tylko na chorobę ostrą zakaźną wskazywać może. Zejście niepomysłne, wywołane obrzękiem płuc, sądzę, da się wyjaśnić tą okolicznością, że chory pomimo silnego, ostrego, gorączkowego stanu stale pracował i chodził po mieście wśród mroźnej pogody.

W innych 4-ch przypadkach, zakończonych śmiertelnie, zejście to miało miejsce wskutek powikłań następnych zapaleniem płuc [o czym szczegółowo niżej].

Przystępuję obecnie do streszczenia pokrótce objawów ze strony dróg oddechowych, towarzyszących grypie, w spostrzeganych przeze mnie przypadkach.

Po 1-sze. K a s z e l był jednym z najstałszych objawów; przedstawiał się on głównie pod dwiema postaciami. Prawie u wszystkich chorych rozpoczynał

a skoro tylko nie jest niezbędnym, to już koniecznie powinien być usuniętym. Pędzelek, złożony ze znacznej ilości cienkich włosów, przedstawia, w stosunku do swojej objętości, powierzchnię ogromną z mnóstwem wąskich szczelin; ztąd wypływa trudność, owszem, uciążliwość, utrzymywania go w czystości. Gdybyśmy chcieli obmyśleć przyrząd, któryby przy najmniejszej objętości mógł zawrzeć największą ilość kurzu, bakterij i rozmaitych przymieszek, to nic bardziej nad pędzelek odpowiedniego wymyśleć byśmy nie mogli. Możemy być pewni, że razem z substancjami, które za pomocą pędzelka przenosimy do worka łącznicowego, dostają się tam i inne, niepotrzebne, niepożądane, a często zapełne szkodliwe. Najbardziej niebezpiecznymi są te manipulacje, przy których pędzelek bezpośrednio dotyka się łącznicy, mianowicie tuszowanie. Pomimo wszelkich ostrożności, zupełnie bez winy lekarza, możliwe jest przy tej sposobności przeniesienie wydzielin zaraźliwych z jednego oka na drugie.

Są to względy zupełnie wystarczające, aby pędzelek uznać za przyrząd niewłaściwy i wstrętny w praktyce. Zasada kardynalna, najważniejsza, wszystkich manipulacji, jakich lekarz dokonywa, jest obecnie czystość, staranie gorliwe, aby przy tej sposobności jakiegokolwiek szkodliwej nie przenieść substancji. Ta aseptyka wprawdzie główne w chirurgii ma zastosowanie, bo rany świeże

się od kaszlu suchego, mniej lub więcej głośnego z towarzyszącym mu silnym bólem w okolicy mostka. W większości przypadków kaszel ten, mocno niepokojący chorego, po kilku dniach przechodził w kaszel wilgotny, a chorzy zaczęli stopniowo więcej wyrzucać bardzo obfitą, śluzoropną, gęstą plwocinę. W wielu przypadkach odpływanie to było tak obfitem, że chorzy niemal co kilka minut zachłystywali się z powodu obfite napływającej plwociny, a wyrzucanie jej zresztą nie sprawiało chorym żadnej dolegliwości. Jedyne rano po obudzeniu się występowały napady duszącego kaszlu w połączeniu z bólem w okolicy mostka, zanim pierwsze ilości plwociny chory rozpoczął wyrzucać. Taki katar oskrzelowy z nadmierną wydzieliną u większości chorych, a szczególnie u tych, którzy zmuszeni byli oddawać się swoim zwykłym zajęciom i przebywać na powietrzu, trwał zazwyczaj długo—całe tygodnie; znam chorych, którzy już od miesiąca przeszło, przebywszy influencję, do dziś dnia owego kaszlu w zupełności się jeszcze nie pozbyli. U mniejszej liczby chorych suchy kaszel, którym rozpoczynała się grypa, trwał w tej samej postaci bez zmiany krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, a ustępował nagle, nie przechodząc zupełnie w formę poprzednio opisaną.

W pojedyńczych przypadkach kaszel ten suchy nabierał niezwykle silnego natężenia i występowały napady z mocnym bólem w okolicy mostka, nieraz z wymiotami, przypominającymi napady kokluszowe.

Po 2-gie. Dusznosc umiarkowanego stopnia w pierwszych dniach choroby spostrzegałem u dość znacznej liczby chorych. Ostre zajęcie dróg oddechowych z obrzękiem błony śluzowej—z łatwością ten objaw pozwoliło wytlómaczyć. W kilku jednakże przypadkach duszność osiągała tak wysokiego stopnia, że w pierwszym dniu choroby, szczególnie połączonej z gorączką, mogła dać pozór początku choroby zapalnej narządów oddechowych (*pleuritis, pneumonia*).

Jeden z kolegów szpitalnych dostał 12 Grudnia w nocy mocnych dreszczy, kłócia w lewym boku i znacznej duszności w połączeniu z suchym, męczącym kaszlem. Dnia poprzedniego czuł się on zupełnie dobrze, nawet późno wieczorem

najłatwiej uleść mogą szkodliwym wpływom zarazków. Ale worek łącznicowy pokryty jest błoną śluzową, która, pod względem wrażliwości na zarazki, bardzo do ran jest zbliżona.

Chcąc zupełnie porzucić pędzelek, a jednak wszystkie, jemu dotąd poruczone, czynności spełniać należycie, potrzeba do rozmaitych uciekać się sposobów i dosyć przejść mokołu; ażeby zaś innych do pędzelka zniechęcić, potrzeba podać te sposoby, już mniej więcej wypróbowane. Od lat kilku staram się stopniowo pędzelki porzucić, a obecnie mogę powiedzieć, że już bez nich zupełnie się obywam. W niniejszem piśmie chcę właśnie przedstawić, w jaki sposób spełniam te czynności, których, jak mi się zrazu zdawało, bez pędzelka spełnić nie zdołam.

Nie ulega wątpliwości, że ujemne strony pędzelka czuć muszą obecnie prawie wszyscy moi po pędzelku koledzy; ale i to pewna, że nie wszyscy, a przynajmniej nie dla wszystkich manipulacyj, pędzelek usunęli; wstręt do pędzelka jeszcze nie dosyć powszechnie i nie dosyć głęboko został odczuty; nie wydano jeszcze hasła zupełnego porzucenia tego narzędzia, jak je wydano dla szarpia i gąbek: dla tego sądzę, że opis wszystkich jego zastępców zbyt czynnym nie będzie.

odbył zwykłą wizytę szpitalną. Chorego widziałem w południe dnia następnego, i znalazłem ciepłotę $39,2^{\circ}\text{C.}$, tętno 120. Chory doświadczał tak wielkiej duszności, że z trudnością zaledwie mógł mówić, skarżąc się jednocześnie na mocny ból w boku lewym i w krzyżu. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało, obok oddechu równomiernie zaostzonego, bardzo liczne świsty, porozrzucane z obu stron klatki piersiowej. Mimo braku umiejscowienia byłem przekonany, że mamy do czynienia z poczynajacem się zapaleniem płuc, czy też opłucnej. Wieczorem ciepłota $39,4^{\circ}\text{C.}$; duszność trwa dalej. Choremu zalecono 20 granów salolu. W kilka godzin potem ból w boku i krzyżu stopniowo zaczął się zmniejszać, a w dniu następnym chory był bez gorączki, oddechał swobodniej.

W kilka dni był w stanie wrócić do swych zwykłych zajęć; kaszel jednakże w połączeniu z dość obfitą plwociną pozostawał kilka tygodni.

Po 3-cie. B ó l w b o k u. W niektórych przypadkach, jak to i w tylko co opisanym miało miejsce, spostrzegałem z chwilą rozpoczęcia się objawów chorobowych, a nieraz jako objaw pierwotny, mniej lub więcej gwałtowny ból w klatce piersiowej, przeważnie umiejscowiony w jednej z okolic pachowych. Ból ten w niektórych razach był tak silnym, że utrudniał w wysokim stopniu oddechanie, stanowiąc jedyny i główny przedmiot skargi chorego.

Przy szczegółowem badaniu miejsca, dotkniętego bólem, przekonać się można było, że jest on przeważnie umiejscowionym w przestrzeni międzyżebrowej. Przy ucisku ból znacznie się wzmacniał, rozprzestrzeniając się w kierunku międzyżebra.

Choć z drugiej strony objawy najczęściej jednocześnie istniejącego mocnego kataru oskrzelowego, obok silnej gorączki, mogłyby nasuwać wszelkie możliwe przypuszczenia o sprawie zapalnej w opłucnej, sądzę jednakże, że w przypadkach, które spostrzegałem, ból ten prędzej do nerwobólu międzyżebrowego odnieść by należało. Za charakterem nerwowym bólu zdawałoby się przemawiać:

Niektóre czynności, jakie dawniej pędzelkom powierzano, odjęto im już od lat wielu i chyba gdzieś tylko ujrzeć je można w tych rolach; pędzelek ma dla tych manipulacyj znaczenie tylko historyczne; dla zupełności jednak obrazu wspomnę i o tych jego zadaniach i o sposobach, jakimi go zastępują.

Przy wcieraniu maści w brzegi powiek prawie nikt już dzisiaj pędzelka nie używa; używano go wszakże przed laty, a niedawno nawet w jednej z klinik paryzkich widziałem, jak tę czynność spełniano pędzelkiem. Lecz kiedy tłuszczem zlepię włosy w jedną zbiją się masę, pędzelek właściwie przestaje być już pędzelkiem. Gra on wtedy może rolę poduszcзки, jakiej naprzykład do wcierania maści szarej używają, ale jest zbyt miękki; przy nacisku, nie włoski, ale ich osada, piórko, trze skórę. Można więc pędzelek w tym razie zastąpić małąk poduszką, a najlepiej palcem. Rzeczywiście dziś powszechnie polecają chorym, albo ich otoczeniu, maść wcierać palcem w brzegi powiek; jeżeli zastrzeże się jeszcze, aby palec poprzednio dobrze był wymyty, to już żadnych innych sztucznych, nie potrzeba będzie przyrządów.

Tak samo, ażeby środek jaki lekarski w postaci maści wprowadzić do worka łącznicowego, używano pędzelka, ale ten sposób już dawno porzucono. Przed niedawnym czasem, zdaje się, że dosyć powszechnie dokonywano tej czyn-

1) Ścisłe umiejscowienie do jednego z międzyżebry; szerzenie się bólu wzdłuż przebiegu nerwu i powiększenie bólu przy ucisku.

2) Szybkość, z jaką nerwoból ustępuje, po zastosowaniu salolu, antypiryny i t. p. środków. Najczęściej na drugi dzień ból znikał, pomimo, że kaszel, a nawet gorączka pozostawała dalej.

3) Brak szmeru tarcia opłucnej i innych objawów właściwych zapalnemu podrażnieniu płuco-opłucnowemu.

4) Ta okoliczność, że przy grypie niezwykle często występują bóle nerwowe w zakresie różnorodnych nerwów (*trigeminus, ischiadicus etc.*), zdawałyby się przemawiać za tem, że i bóle powyżej wspomniane do rzędu nerwobólów zaliczyć należy.

Po 4-te. Krwioplucie, niezbyt obfite, spostrzegalem w dwóch przypadkach; w obu nie mieliśmy żadnych danych, przemawiających za obecnością poprzednio istniejących spraw nasiękowych płuc.

W jednym przypadku krwioplucie dość obfite wystąpiło dwukrotnie wskutek mocnego, napadowego, suchego kaszlu; w tydzień chory wyzdrowiał zupełnie, sprawa zaś grypowa u niego rozpoczęła się, jak w większości przypadków, od gorączki, dreszczy, bólu w krzyżu i od suchego kaszlu.

W drugim przypadku krwioplucie umiarkowane wystąpiło wśród kaszlu bardzo nieznacznego przy charakterystycznej grypie, z przeważającymi objawami ze strony układu nerwowego. I w danym przypadku najmniejszych zmian w szczytach płucnych nie byłem w stanie wykryć. O krwiopluciach obfitych, jakoteż krwotokach płucnych, spostrzeganych u suchotników w przebiegu grypy, wspomnę poniżej.

Po 5-e. Jeszcze w kilku przypadkach niektórzy chorzy wspominali mi o krwiopłuciu, przy którym jednocześnie istniało i krwawienie z nosa. Sądzę, że w większości tej kategorii przypadków istotnem źródłem krwawienia była błona śluzowa nosa; mniej lub więcej bowiem obfite krwawienia z nosa spostrzegalem w kilku przypadkach w przebiegu różnych postaci grypy.

ności zgłębnikiem, srebrnym zgłębnikiem BOWMANN'a, jaki okulista ma prawie ciągle pod ręką. Tego sposobu potępiac nie można, ale nie jest to sposób najlepszy. Niezupełnie jest łatwo obmyć dokładnie metal z maści; a co ważniejsza, chorzy wielką obawę przed metalowem okazują narzędziem, a w tej niewinnej czynności podejrzewając operację, przeszkadzają lekarzowi: niepotrzebnie więc przykrość wyrządzamy chorym, a sobie czynność utrudniamy. Niektórzy lekarze zamiast srebrnego, używają pręcika szklanego, co pod wielu względami potrzeba uważać za dogodniejsze. Najdogodniej może jednak używać do tego celu skrętów papierowych: wązki pasek papieru skręca się ukośnie i dosyć mocno w ślimaka; przybiera on wtedy postać pręcika i dostateczną posiada stałość, aby nim trochę maści nabrać ze słoika i włożyć pomiędzy powieki. Przy użyciu papieru jesteśmy przynajmniej pewni, że nie przeniesiemy szkodliwych substancyj z jednego oka na drugie. Dla skręcenia papieru potrzeba mieć palce trochę wilgotne; tępy koniec tego zgłębnika papierowego należy zgiać, ażeby papier nie rozkręcał się na nowo.

I do wkraplania atropiny i innych, w postaci kropeł używanych, leków posługiwano się pędzelkiem przed laty. Do tej czynności jest on zupełnie niewłaściwym. Ażeby istotnie kropla spadła z pędzelka, musiałby on być płynem

U dwóch nawet chorych krwawienie z nosa obfite, kilka dni trwające, stanowiło jedyny przedmiot skargi chorych. Chorzy ci przychodzili o radę z powodu upartego krwawienia, którego przedtem nigdy nie doświadczali. Przy rozpytywaniu się bliższem jednakże okazało się, że od kilku dni doświadczali oni dreszczy, bólu w krzyżu, w głowie, braku apetytu i t. p. objawów, cechujących lekką postać influenzy.

Po 6-e. Co się tyczy o b j a w ó w f i z y k a l n y c h ze strony narządów klatki piersiowej, to główne objawy spostrzegaliśmy następujące: w większości przypadków zaraz w pierwszym dniu choroby, o formie oskrzelowej, badanie obiektywne wykazywało istnienie obfitej ilości rzężeń suchych, świszczących. Rzężenia te zazwyczaj rozrzucone były po całej klatce piersiowej. Najczęściej w dni kilka rzężenia stopniowo znikwały, najdłużej jednakże utrzymując się w okolicy mostka. Nawet po zniknięciu zupełnem kaszlu i niemal zupełnem przyjsciu chorego do zdrowia, przy jakimś wysiłku fizycznym, a głównie przy wchodzeniu na schody, rzężenia świszczące, nawet z daleka słyszalne, znów się zjawiały; wysłuchiwanie zaś klatki piersiowej wykazywało umiejscowienie ich w okolicy mostka. Obok świstów współcześnie istniał z obu stron klatki piersiowej oddech pęcherzykowy równomiernie zaostrozony, który zazwyczaj szybko ten charakter tracił.

Zmian opukowych przy zwykłej, niepowikłanej influenzy wcale nie spostrzegalem.

W przypadkach, w których, jak to wyżej wzmiankowałem, po okresie suchego kaszlu występował długotrwały kaszel w połączeniu z obfitą plwociną, najczęściej, obok nieco równomiernie zaostrozonego wydechu, innych objawów obiektywnych, nieprawidłowych nie widziałem.

W innym szeregu przypadków, a głównie tych, w których, jak to wyżej wzmiankowałem, istniał od początku do końca suchy kaszel z uczuciem bólu, umiejscowionego głównie do górnej okolicy mostka, badanie obiektywne dawało wynik zupełnie ujemny. Sprawa nieżyłowa, wywołująca kaszel w tych razach,

obficie napojony i płyn kapałby po drodze od flaszeczki do oka. Najczęściej więc dotykano oka zwilżonym pędzelkiem; a że dla wszystkich chorych tego samego zapewne używano pędzelka, łatwo więc zrozumieć, na jakie niebezpieczeństwo chorzy byli narażeni.

Od wielu już lat dla wkraplania lekarstw do oka pędzelek zastąpiono pipetką, wkraplaczem, czy kroplomierzem, to jest szklaną rurką, która z jednej strony jest wyciągnięta i cienkim zakończona otworem, a drugim końcem umiejscowiona jest w woreczku gumowym, najczęściej także rurkowatej postaci. Mechanizm tego przyrządu jest znany i tak prosty, że go objaśniać nie potrzeba. Skoro chory głowę w tył nieco przechyli, możemy, lekko odciągawszy górną albo dolną powiekę, kroplę wpuścić do oka. Potrzeba tylko zawsze pamiętać, aby pipetkę trzymać zdala od oka i łącznicy nie dotykać.

Istnieją pipetki nieco odmiennie postaci: tępy koniec rurki szklanej wydęty jest w bańeczkę, a na szeroki otwór naciąga się gumę, jak skórę na bęben; takie pipetki służyć mogą do wkraplania zarówno, jak rurkowate, ale są daleko mniej trwałe, bo mocno naciągnięta tkanka gumowa łatwo się rozluźnia, lub pęka.

[C. d. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

o ile się zdaje, miała swe główne siedlisko w tchawicy, nie wywołując, jak to zwykle bywa przy nieżytowych cierpieniach tegoż narządu, żadnych wyraźnych zmian w oddechu. Sprawy tej ostatniej kategorii, sędzę, nazwaćby można — grypą tchawicową (*influenza trachealis*). [C. d. n.]

II. O WYNIKACH CHIRURGICZNEGO LECZENIA SUCHOT KRTANI.

Podał

Teodor Heryng,
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 4].

Niestety, jak dawniej, tak i dziś, pomimo niezaprzeczonych w tym kierunku postępów, lekarz sumienny z góry nic choremu obiecywać nie może i nie powinien, jeżeli na ciężkie i bolesne zawody narazić się nie chce. W podobny sposób wyrazili się w tym przedmiocie i ci z kolegów, którzy zdanie swe opierali na dużym, dobrze obserwowanym materyjale kazuistycznym [KRAUSE, SCHMIDT, SOKOŁOWSKI]. Że metoda chirurgiczna wymaga, obok pewnej energii i odwagi ze strony lekarza i chorego, dużej cierpliwości, samo się przez się rozumie. Potrzeba podnieść nie tylko siły i stan odżywiania chorego, lecz i krzepić go na duchu, wlewać wń odwagę, bez podniecenia której wyniku nie uzyskamy nigdy. Chory musi zaufać lekarzowi: musi nabrać przekonania, że przedsiębrane w celu uzdrowienia go manipulacje, jakkolwiek nieraz przykre i bolesne, w większości przypadków sownie mu się opłacą, że na innej drodze do podobnych wyników dziś lekarz dojść nie może. Trzeba więc dużo z chorym mówić, trzeba go przekonywać; gdy mu odwagi zbraknie, trzeba ją umieć wzbudzić. Kto nie ma sam wiary w możność uzyskania poprawy, lub wyleczenia w cięższych przypadkach, niech się trzyma dawniejszych leków, niech łagodzi bóle i stara się poprawić ogólne odżywianie i siły chorego, wreszcie niech stosuje leki tego rodzaju, jak: jodoform, jodol, mentol, lub balsam peruwijański. Słyszałem od kolegów francuzkich i włoskich, że chorzy ich ambulatoryjni obawiają się wszelkiego energiczniejszego, lub chirurgicznego leczenia suchot krtani, że do łyżeczowania nie można ich nakłonić. Kiedym się na własne oczy przekonał, w jaki to sposób metoda ta była wykonywana, dziwić się temu przestałem; widziałem bowiem, jak, wbrew moim przestrogom, stosowano w szpitalach włoskich kwas mleczny bez przyzwyczajenia chorego do pędzlowań, bez użycia kokainy, za pomocą pędzelka, zupełnie wadliwie zrobionego, z którego nadmiar kwasu mlecznego spływał do tchawicy, którym ruchu wcierania kwasu absolutnie wykonać nie można było. Widziałem w Paryżu kiurety, ochrzczone tam mojem nazwiskiem, zupełnie do użytku niezdatne, o nasadzie giętkiej, z kierunkiem ostrza nie skośnym, jak to zalecałem, lecz prostym. Takim narzędziem można wprowadzić zeszkobać po-

wierzchowne warstwy nabłonka, niepodobna jednak wykonać głębokiego energicznego łyżeczkowania. Takim narzędziem, nic dziwnego, że przy użyciu większej siły można wreszcie oderwać kawał zwyrodnionej tkanki, lecz może się i zdarzyć, jak to opisuje D-r LUC, że pewna część trzymać się będzie jeszcze błony i jak kłapa, poruszając się wraz z prądem powietrza w krtani, w przypadku zwężenia gruzliczego, powiększy jeszcze duszność i trwogę chorego. A jednak na tę okoliczność zwracałem również uwagę, przestrzegałem przed nią i radziłem, aby w takich razach ostreimi kleszczykami mostek, łączący część naderwaną z tkanką, przeciąć. D-r RUAAULT w Paryżu na ostatnim zjeździe laryngologów z całą szczerością też przyznał, że dopiero odemnie dowiedział się, w jaki sposób kiuretowanie wykonać należy, że przedtem łechtał krtani kiuretą, lecz jej nie łyżeczkował. Nie wątpię ani na chwilę, że w krótkim czasie metodę tę umiejętnie i skutecznie stosować zacznie; posiada bowiem niezbędne do tego dwa przymioty: energiję i dobrze wyrobioną technikę.

O wyleczeniu samorodnem (*Sanatio spontanea*).

Pozostaje mi do uwzględnienia kwestyja wielkiej wagi przy sprawiedliwym ocenianiu terapeutycznych wyników leczenia suchot krtani, na którą słusznie SCHNITZLER zwraca uwagę, a mianowicie możność samorodnego zabliznienia owrzodzeń gruzliczych (*sanatio spontanea*). Jest to czynnik pierwszorzędno znaczenia przy ocenie leczniczej wartości każdej wogóle metody, stosowanej przy chorobach wyleczalnych. Ponieważ doświadczenia lat ostatnich kwestyję wyleczalności suchot stanowczo na jej korzyść rozstrzygnęły, jak to sam SCHNITZLER przyznaje, sprawiedliwe więc wnioski wyprowadzić się tylko dadzą na podstawie porównania częstości samorodnego zabliznienia, z zabliznieniem, uzyskanem za pomocą naszych terapeutycznych usiłowań. Musimy się zatem uciec z konieczności do statystyki, owej metody sprawdzania faktów, nieraz dyskredytowanej przez tych, którym ona przy dowodzeniu pewnej tezy bruździ, a tak często przecenianej przez innych, gdy zmuszeni są na niej swe wnioski oprzeć. Że tylko na wielkich liczbach oparte obliczenia statystyczne mogą być względnie pewne, jest również rzeczą niewątpliwą, jak niewątpliwem jest, że przy tego rodzaju zestawieniach wielka panuje dowolność, że kolumny cyfr są również, jak papier, cierpliwe i giętkie, że rzadko kiedy przy wielkich liczbach materyjał, na którego podstawie wnioski osnuto, jest dobrze i sumiennie obserwowanym, że nie zawsze wiemy, czy pochodzi on od dobrego obserwatora, od prawdomównego badacza, wreszcie czy został zaczerpnięty z pierwszych rąk i opiera się na pracach oryginalnych, nie zaś na wadliwych nieraz referatach.

Za cyfry, które tu przytaczam, jakkolwiek nie są imponującemi, do pewnego stopnia ręczyć mogę. Od lat 15-tu zbierałem materyjał kazuistyczny suchot krtaniowych, notowałem go skrzętnie i w ostatnich czasach krytycznie przejrzałem. Na 1850 przypadków suchot krtani [do roku 1886 miałem ich 1500] — 14 razy spostrzegałem wyleczenie samorodne. Owe 14 przypadków w poniżej zamieszczonej tablicy w streszczeniu podaję.

TABLICA V.

Dalszy przebieg przypadków zabiżnienia samorodnego owrzodzeń gruźliczych krtani, ogłoszonych w roku 1886 ¹⁾.

Numer.	Nazwisko, imię i zajęcie.	Wiek.	Dziedziczność.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.	Stan krtani.	Przebieg.	Wyleczenie trwa.	Uwagi.
4	J. M. Urzędnik.	37	Żona zmarła ze suchot płucnych.	Bezgorączkowy, odżywianie i siły dobre, kaszel, chrypka.	Nieznaczny nasięk w lewym wierzchołku.	Prawa struna na środku i na brzegu owrzodzona.	Zabiżnienie zupełne.	Od 8 lat.	Ostatni raz badany był w Październiku 1889.
5	S. Le-karz.	37	—	Kaszkle oddawna, chrypi od dwóch tygodni. Stan bezgorączkowy. Utrudnione połykanie.	<i>Bronchitis suspecta in apicibus localisata. Emphysema pulm.</i>	Nieczyste kraterowe owrzodzenie tylnej ściany.	Zabiżnienie zupełne. Ogólny stan dobry.	Od 7 lat	Ostatni raz badany w Lipcu 1889.
6	D. S. Muzykant.	44	—	Chrypka od 3 miesięcy. Odżywianie i siły dobre. Utrudnione połykanie.	Dość rozległy nasięk w prawym wierzchołku.	Owrzodzenie struny prawdziwej prawej, pokryte ziarniną, na lewej powierzchowne owrzodzenie.	Zabiżnienie zupełne krtani. Stan ogólny dobry.	Od 6 lat.	Ostatni raz widziałem go w Czerwcu 1889.
7	W. S. Obywatel.	42	—	<i>Status febrilis</i> . Płuł krwią, odżywianie liche, chrypka, kaszel.	W obu wierzchołkach nasięki.	Owrzodzenie na obu <i>proc. vocales</i> i tylnej ścianie.	Wyleczenie krtani; poprawa w płucach.	Od 5 lat	Widziałem go ostatni raz w zimie 1888.
8	R. J. Dru-karz.	33	—	Płuł krwią, przecho-dził zapalenie płuc. <i>St. febrilis, sudores</i> , chrypi, kaszle.	W obu płucach rozległe nasięki [lasecz. KOCH'a].	Na strunie prawdziwej prawej rozległe owrzodzenia gruźlicze.	Wyleczenie krtani zupełne. Poprawa w płucach.	Od 4 lat.	Badany ostatni raz w Maju 1889. Zmarł w Grudniu t. r.; przyczyna śmierci jest nieznana.
9	B. L. Buchalter.	70	—	Stan bezgorączkowy, odżywianie mierne, płuł krwią, chrypi, kaszle.	W lewym wierzchołku <i>residua</i> po nasiękach.	Na prawej strunie głosowej owrzodzenie.	Zabiżnienie.	Od 3 1/2 roku.	Dotąd zdrów.
10	E. G. Ku-piec.	42	Ojciec i dwoje z rodzeństwa zmarli z suchot płucnych.	Odżywianie względnie dobre; gorączkował, miał chrypkę i utrudnione połykanie.	Oba płuca zajęte, prawe silnie.	Rozległe owrzodzenie struny prawdziwej lewej, struny fałszywej, tylnej ściany. Nasięk więzu bocznego.	Zabiżnienie zupełne. Stan ogólny dobry.	Od 5 lat.	Widziałem go w lecie 1889.

¹⁾ Kazuistykę tych przypadków ogłosiłem w 1886 r. w pracy: „O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych krtani“, [Gaz. Lek. i l. c. w *Deutsche med. Woch.*].

Spostrzeżenia *sanationis spontaneae* dotąd nieogłoszone.

Numer.	Nazwisko. Imię i zaję- cie.	Wiek.	Dziedzicz- ność.	Stan ogólny. Czynności.	Stan płuc.	Stan w krtani.	Przebieg.	Wyleczenie trwa.	Uwagi.
1	W. Urzę- dnik.	64	—	Gorączka, wychu- dnienie, kaszel, chrypka.	<i>Condensationes in utroque pul- mone.</i>	<i>Exulceratio chordae verae sinistrae.</i> [15. IX. 1884].	Wyzdrowie- nie zupełne.	Od 5 lat.	Badany wspólnie z D-rem Du- NINEM.
2	Gr. Oby- watel.	48	Brat zmarł z suchot płucnych.	Odżywianie mierne. <i>Status subfebrilis.</i> Kaszel, chrypka.	<i>Condensationes in utroque pul- mone.</i>	<i>Chorditis tuberculosa, ulcerosa, duplex.</i>	Wyzdrowie- nie zupełne.	Od 4 lat.	W Meranie leczony przez D-ra CUBE.
3	P. Oby- watel.	71	—	Wychudnienie. <i>Sta- tus febrilis</i> , kaszel,	<i>Phthisis fibrosa.</i>	<i>Chorditis ulcerosa, tuberculosa sinistra</i> [7. VIII. 1886].	Wyzdrowie- nie zupełne.	Od 3 lat.	Ostatni raz badany w je- sieni 1888.

Z chorych, których historyje wówczas podałem — 6-ciu dotąd żyje; o 6-ciu innych dokładne posiadam wiadomości; jednego chorego od roku nie widziałem, wiem jednak, że przy życiu pozostaje. Jeżeli rozejrzemy się w po-
danej powyżej tablicy, uderzy nas przedewszystkiem fakt, że większość osób
dotkniętą była owrzodzeniami strun prawdziwych i tylko u trzech chorych
owrzodzenia zajmowały tylną ścianę krtani. Jedna tylko chora przedstawiała
zmiany gruźlicze, t. j. nasięki i owrzodzenia nagłośni. Jak to już kilkakrotnie
wspominałem, owrzodzenia strun najłatwiej i najprędzej zablizniają się i bez
pomocy miejscowego leczenia i nie stanowią bynajmniej ciężkiej formy suchot
krtaniowych, a więc u tych chorych, u których zabliznienie okazało się trwałem,
forma cierpienia zarówno krtani, jak i płuc, była lżejszą. Wszyscy ci chorzy prze-
byli już trzydziestkę, większość zbliżała się do 40-go roku, albo wiek ten prze-
szła. Położenie ich materyjalne było względnie dobre, większość leczyła się
i stosowała do przepisów lekarza. W każdym razie niepodobna zaprzeczyć, na
co wielki kładę nacisk, że wyleczenie u tych właśnie chorych okazało się
trwalszem od kategorii, w obecnem dopełnieniu opisanych, głównie dlatego, że
cierpienie krtani było leczone od pierwszej chwili wystąpienia objawów, a choro-
ba w samym zarodku mogła być stłumioną. Było to więc względnie tylko wy-
leczenie samorodne, t. j. takie, przy którym, jakkolwiek leczenia miejscowego nie
stosowano, lecz zaleconą była kuracja, mająca na celu poprawienie sił i odży-
wiania chorych. Temu to czynnikowi przeważny wpływ na wyleczenie przypis-
ać należy. Jeżeli teraz porównamy wyniki poprzednio podane z tem, co uzy-
skać nam się udało na drodze chirurgicznego leczenia, różnice tak są jaskrawe,
że przytoczenie cyfr w zupełności wystarcza. Na 1850 chorych wypadło 13 za-
bliznień bez stosowania miejscowej kuracji, t. j. 0,8%; jakie zaś wyniki uzyska-
łem przy leczeniu chirurgicznym, powyżej podane tablice jasno wykazują.

Uważam za obowiązek wytlómaczenia się przed czytelnikiem, dlaczego w pracy ściśle klinicznej parę kartek poświęciłem polemice, której unikać dotąd zawsze się starałem. Gdyby w końcu przemówienia SCHNITZLER'a nie znajdował się ustęp, w którym przestrzega on przed zbytnim optymizmem co do kwestyi wyleczalności suchot krtani, ograniczyłbym się w pracy niniejszej wykazaniem, w jakich punktach poglądy autora stoją w sprzeczności z nowszym kierunkiem leczenia, co praca jego zawiera nowego, czem się od poprzednich różni. Jeżeli jednak pod wielce obiecującym nagłówkiem „aforyzmy“ przedstawiciel wiedeńskiej szkoły, zamiast poprzeć usiłowania tych, którzy reformę zbawienną starają się przeprowadzić — i odnośnie ściśle dowody naukowe na jej poparcie złożyli, zbywa ich w pierwszej części przemówienia grzecznym frazesem, że o prawdziwości podanych przez nich faktów nie wątpi, a kończy ustępem, w którym przestrzega kolegów przed zbytnim optymizmem, cel więc jego jasny. Chodzi mu o zdyskredytowanie metody, o wzbudzenie nieufności co do wyników, które przedtem uznawał jako niewątpliwie wiarogodne. Wobec powagi, jaką cieszy się wiedeńska szkoła — i wobec faktu, że pewne poglądy, zanim przeszły w krew i ciało lekarzy — zwykle i w Wiedniu znajdowały swe potwierdzenie, tego rodzaju opinia nie mogłaby nowej metodzie wyjść na dobre. W obronie jej, jako przekonany o jej pożytku dla chorych — wystąpić uważałem za konieczne.

[C. d. n.]

Wiadomości terapeutyczne.

2. Oliwa w dużych dawkach przeciwko kamieniom żółciowym.

Przy leczeniu kolki wątrobowej, a właściwie kamnicy żółciowej, wszyscy lekarze od dawien dawna kierowali się pewnymi zasadami, opartymi na patogenecie danej choroby.

Ponieważ kamienie żółciowe składają się najpospoliciej przeważnie z cholestearyny i barwników żółciowych, przeto wytwarzanie się kamieni żółciowych może zależeć tylko od warunków, sprzyjających strącaniu się cholestearyny i barwników.

W stanie prawidłowym cholestearyna i barwniki znajdują się rozтворzone w żółci dzięki pewnym warunkom, do których należą następujące: popierwsze, alkaliczność żółci, a właściwie obecność soli kwasów żółciowych [glykocholany, taurocholany]; powtórne, odpowiedni stosunek cholestearyny w żółci.

Z roztworu zatem — cholestearyna strąci się: 1) albo wówczas, kiedy sole kwasów żółciowych ulegną rozkładowi i żółć straci na alkaliczności, 2) albo też kiedy cholestearyna znajdzie się w nadmiarze.

Na tych to właśnie momentach patogenetycznych opiera się terapia wzmiankowanego cierpienia. Nie mówię tu, rozumie się, o samym napadzie kolki, przedstawiającym najczęściej wskazanie do odrębnej grupy środków, jak: morfina, makowiec, wodan chloralu, chloroform i t. d.

Co do pierwszego. Ponieważ śluz, wydzielający się w nadmiarze w pewnych warunkach chorobowych [nieżył dróg żółciowych — FRERICHs], rozkłada sole kwasów żółciowych; ponieważ oprócz tego zmniejszenie alkaliczności żółci sprzyja tworzeniu się kamieni: przeto przy leczeniu tej choroby od dawna najwydatniejsze miejsce zajęły — wody alkaliczne. Nawiasowo tu napomknę, że praktyka istotnie stwierdziła wielką skuteczność wód mineralnych alkalicznych, chociaż ściślejsze doświadczenia przekonały, że obok zawartości alkali sama woda przez swą obfitość i ciepłotę nie małą odgrywa tu rolę [KLIKOWICZ i LEWASZEW].

Co do drugiego. Ponieważ fakty zdawały się dowodzić, że tłuszcze i wodany węgla są jednym z głównych źródeł powstawania cholestearyny, przeto od dawna chorym na kamienie żółciowe przepisywano odpowiednią dyjetę, z której stanowczo tłuszcze zostały wykreślone.

Zresztą, to usunięcie tłuszczów z diety dla chorych na kamienie żółciowe opierało się na bardzo ważnych faktach fizjologicznych: wiadomo bowiem z jednej strony, jak ważne znaczenie ma wydzielanie żółci dla trawienia tłuszczów; z drugiej zaś — jakim zaburzeniom ulega przewód pokarmowy osobników [doświadczenia na zwierzętach — stany chorobowe u ludzi], których karmiono umyślnie pokarmami tłuszczowymi po zupełnem wstrzymaniu wydzielania żółci do przewodu pokarmowego.

Wprawdzie w dalszym rozwoju terapii lekarze ciągle szukali na drodze doświadczalnej nowych środków, ułatwiających i zwiększających wydzielanie żółci [olej terpentynowy, eter, żółć zwierzęca, choleinian sodu, podofylina, salicylan sodu, obfite wlewania do kiszek, elektryczność, masaże i t. d.], jednakże ogólne zasady terapii, które powyżej naszkicowałem w najgrubszym zarysie, pozostawały zawsze też same, a mianowicie: wody alkaliczne, odpowiednia dyjeta z unikaniem tłuszczów.

To-też dziwną się wydawała pierwsza wiadomość terapeutyczna, przyniesiona przed kilku laty z Ameryki do Europy; pierwszy mianowicie D-r KENNEDY z Kanady opisał 4 przypadki litijazy żółciowej, wyleczonej za pomocą wielkich dawek oliwy.

Za jego przykładem poszło wielu innych lekarzy amerykańskich, a TOUATRE z Nowego Orleanu przytoczył aż 60 podobnych przypadków, i oprócz tego dodał, że samego siebie dwukrotnie uwolnił od bardzo ciężkich dolegliwości, zależnych od kamieni żółciowych, i że w Nowym Orleanie leczenie tej choroby dużemi dawkami oliwy tyle zyskało rozgłosu, iż stało się metodą powszechnie znaną i używaną.

W Europie dopiero w r. 1888 zaczęto stosować wzmiankowaną metodę, a mianowicie we Francji [BUCQUOY, HAYEM, CHAUFFARD i DUPRÉ], poczem dopiero przeszła ona do Niemiec [ZERNER, ROSENBERG].

Wogóle wszyscy lekarze, chociaż zabrali się do nowej metody z dużem niedowierzaniem, jednomyślnie bardzo pochlebne wydali zdanie o jej skuteczności. Nietylko ciężkie objawy, a mianowicie: straszne bóle, żółtaczką, znikwały, ale co ważniejsza, w stolcach takich chorych znajdowano ogromną nieraz ilość złogów, które, rozumie się, wprost poczytywano za kamienie żółciowe. Bliższe i ściślejsze badania jednak rychło przekonały, że owe złogi po największej części są tylko zbitemi masami tłuszczu zmydlonego.

Tak stała kwestya leczenia litijazy żółciowej dużemi dawkami oliwy do końca roku zeszłego.

Pod koniec roku zeszłego D-r ROSENBERG (*Berliner klinische Wochenschrift*. 1889. N-r 48 i 40. *Therapeutische Monatshefte*, 1889. Zesz. XII) w Towarzystwie lekarskiem berlińskim wystąpił z bardzo ciekawym odczytem o leczeniu wzmiankowanej choroby dużemi dawkami oliwy. W ciekawej tej pracy, oprócz 18 przypadków cudzych, zebranych w literaturze lekarskiej, znajdujemy: ROSENBERG'a trzy historyje chorób ciężkiej i długotrwałej litijazy żółciowej, uleczonej rzeczoną metodą, a co najważniejsza — porównawcze doświadczenia na zwierzętach nad działaniem kilku środków żółciopędnych, pomiędzy ktoremi mieści się i oliwa w dużych dawkach.

W owych 21 przypadkach tylko dwa razy wynik był ujemny, w pozostałej zaś reszcie nastąpiło albo zupełne wyleczenie, albo też szybka poprawa. Co się tyczy wypróżnień stolcowych, to i ROSENBERG znajdował owe złogi tłuszczu zmydlonego, ale między nimi i niewątpliwe kamienie żółciowe, stwierdzone badaniem chemicznem.

Fakt więc skuteczności dużych dawek oliwy przy kamnicy żółciowej nie, ulegał wątpliwości. Szło teraz tylko o wyjaśnienie: jakie działanie wywiera oliwa na czynność wątroby i jaka jest wartość tego nowego środka w porównaniu z innemi środkami żółciopędnymi.

Dawniej, jak wiadomo, wyobrażano sobie, że niektóre środki lecznicze mogą wprost *in vivo* rozpuszczać kamienie żółciowe; to-też nie dziw, że po jakimś udatnem doświadczeniu nad rozpuszczalnością kamieni żółciowych, wykonanem w probówce, dany środek leczniczy zyskiwał powszechny rozgłos: do takich np. należą oślawione krople DURAND'a.

Późniejsze jednak badania przekonały, że takie działanie środków jest albo wprost fałszywie pojęte, albo też jest niemożliwem w żywym ustroju. To-też obecnie żaden chyba lekarz nie wyobraża sobie, że przepisane przez niego środki wprost mają rozpuścić kamienie w drogach żółciowych: obecnie wiadomo już chyba powszechnie, że w tych razach idzie głównie o to, albo żeby kamienie nieja-

ko wypłukać z ustroju, albo też — w ostatecznych warunkach — żeby je wprost usunąć na drodze chirurgicznej.

Dla dopięcia owego wypłukania kamieni z dróg żółciowych konieczne są takie środki lecznicze, które mogą zwiększać wydzielanie żółci i jednocześnie zmniejszać jej konsystencję.

Otóż, z owych środków żółciopędnych ROSENBERG badał na psie ze sztuczną przetoką żółciową pięć następujących: sól karlsbadzką [w substancji i w roztworze], mieszaninę DURAND'a [olejek terpentynowy i eter], żółć wołową, salicylan sodu i oliwę w dużych dawkach.

Nie będę tu powtarzał owych skądinąd bardzo ciekawych doświadczeń. Ograniczę się tylko na podaniu najważniejszych wyników.

Ze wszystkich wzmiankowanych tu środków najsłabsze, prawie nie nieznaczące, działanie wywierała mieszanina DURAND'a. Bardzo znaczne wydzielanie żółci otrzymywano przy stosowaniu salicylanu sodu i żółci wołowej. Najenergiczniejszą atoli w tym względzie okazała się oliwa w dużych dawkach.

Żółć wołowa wprawdzie w bardzo znaczny sposób zwiększała wydzielanie żółci u zwierzęcia, poddanego doświadczeniu, ale wydzielina okazywała się zawsze bardzo gęstą: średnio 82% wody i 18% części stałych. Ta właśnie ekoliczność jest powodem, że stosowanie żółci zwierzęcej przeciw kamieniom żółciowym może okazać się nieodpowiedniem, a nawet do pewnego stopnia szkodliwym; w tych bowiem razach idzie nam przecież o wywołanie nie tylko większego wydzielania, ale także o wydzielinę bardzo płynną, któraby mogła wypłukać kamienie, usadowione w drogach żółciowych; kiedy tymczasem wydzielina gęsta stać się może wprost niebezpieczną przez to, że zwiększać będzie złoży.

O wiele pomyślniejszym okazał się wynik przy doświadczeniach nad salicylanem sodu, zalecanym jeszcze w r. 1884 przez LEWASZEWĄ. W tej grupie doświadczeń nie tylko ilość wydzielanej żółci stale się zwiększała, ale i konsystencja jej ulegała zmniejszeniu: procentowość wody dochodziła do 88,9, a części stałych — do 11,1. Z tego widać, że salicylan sodu przy kamieniach żółciowych istotnie zasługuje na stosowanie powszechniejsze, aniżeli to dotąd się dzieje.

Najskuteczniejszy wszakże wpływ na wydzielanie żółci wywierała oliwa, wprowadzana w dużych ilościach do żołądka psa ze sztuczną przetoką żółciową; w tych bowiem razach wydzielina znacznie wzrastała co do ilości, a jednocześnie stawała się bardzo rzadką: dość przytoczyć, że procentowość wody dochodziła do 95,3, a procentowość części stałych opadała do 4,7.

Na mocy tej-to własności oliwy jesteśmy w stanie sobie objaśnić skuteczne jej działanie przy kamieniach żółciowych. Jedno z dwojga: albo złoży żółciowe zostają poprostu przez obfitą i rzadką wydzielinę wypłukane z dróg żółciowych, co istotnie przychodziło do skutku w niektórych przypadkach, przytoczonych w pracy ROSENBERG'a; albo też pod wpływem silniejszego strumienia żółci kamień uwięziony tak zmienia swoje położenie, że przestaje wywoływać objawy uwięzienia [znikanie kolki] i daje napowrót wolną drogę żółci do wydalania się do dwunastnicy [znikanie żółtaczki i innych objawów pomimo to, że kamienie nie wyszły].

Co się tyczy sposobu stosowania oliwy, to w tym względzie mamy wskazówki z kilku stron.

KENNEDY podawał swym chorym sześć uncji oliwy wieczorem, a w 24 godzin potem zalecał łatwywę dla usunięcia zawartości kiszek. Po dwóch dniach znowu powtarzał toż samo.

Inni lekarze, chcąc zapobiedz wymiotom, jakie mogą się wydarzyć przy podawaniu naraz tak dużej ilości oliwy, zalecają co 2 godziny łyżkę oliwy, aż do wyżycia 6 uncji — a potem wszystkim proszek SEIDLITZ'a. Po kilku dniach powtarzają toż samo leczenie.

ZERNER podawał trzy razy dziennie po 3—4 łyżek oliwy i po jednym gramie antypyryny.

ROSENBERG z początku podawał w ciągu 14 dni litr czystej oliwy: po 100—180 gramów co kilka dni. Dawkę taką chory przyjmował albo odrazu, albo też rozdzielał sobie na cztery części, z których co kwadrans przyjmował jedną.

Ponieważ spożycie tak wielkiej ilości czystej oliwy może okazać się wstrętnem dla chorych; ponieważ zresztą sama świadomość chorego, że czysta oliwa ma być jedynym lekarstwem przeciwko jego tak dokuczliwemu cierpieniu, może wywołać niechęć do środka: przeto ROSENBERG w dalszym ciągu, zamiast czystej oliwy, przepisywał za każdym razem: 200 gramów oliwy z dodatkiem pół grama mentolu, 30 gramów konlaku i dwóch żółtek od jajek. Żółtka powinny z oliwą być dobrze rozarte tak, aby nie tworzyły grudek. Dawkę taką chory może przyjąć w kilku częściach [4—8] w ciągu dwóch, trzech, lub więcej godzin. Co kilka dni można powtórzyć toż samo — stosownie do uzna-

nej potrzeby. Po każdym zażyciu tej mieszaniny chorey przepłukują sobie usta wodą, octem zakwaszoną, i popijają gorącą, czarną kawą.

Jeżeli pomimo tych ostrożności chorey zwymiotuje oliwę, to należy przeczekać dzień jeden, lub dwa dni i na nowo rozpocząć toż samo leczenie.

Co się tyczy objawów niepożądanych, to zwykle po zażyciu oliwy w dużych dawkach następową utrata łaknienia; trwało to jednak ze 24 godzin, poczem łaknienie nawet zwiększone wracało. Oprócz tego, po największej części na drugi dzień po przyjęciu oliwy w dużych dawkach chorey czuły się osłabionymi i ociężałymi; ale i ten stan bardzo szybko znikał.

Do zastosowania tej metody leczniczej nawet i żółtaczką nie powinna stanowić żadnego przeciwwskazania: ze wszystkich bowiem przypadków, zanotowanych dotąd w literaturze lekarskiej, widać, że nawet tacy chorey względnie dobrze znosili zmianowaną metodę leczniczą.

Jeżeli udało się za pomocą rzeczonyj metody cierpienie usunąć i wydalic kamienie żółciowe, to należy, rozumie się, starać się o to, aby owo cierpienie nie powtarzało się, aby kamienie żółciowe nie zaczęły się na nowo wytwarzać. W tym celu dwa główne względy lekarz powinien mieć na widoku: po pierwsze, przeciwdziałać gęstnieniu i zastojowi żółci; powtórę, zwalczać cierpienie niezżytowe dróg żółciowych.

Dla wypełnienia pierwszego zadania ROSENBERG radzi podawać salicylan sodu w małych dawkach przez dłuższy czas, a oprócz tego tłuszcze pod rozmaity postacią w pokarmach. Dodałbym tu jeszcze, że chorey tacy powinni przedewszystkiem unikać wszelkich warunków, utrudniających odpływ żółci, a więc nie powinny dolnej części klatki piersiowej, lub górnej części brzucha, ścisnąć paskami, sznurówkami. Że taki ucisk mechanicznie przeszkadza wydalaniu się żółci do przewodu kiszkiowego, przekonauy doświadczenia, wykonywane na zwierzętach ze sztucznemi przetokami. Przypomnieć tu w tym względzie muszę jeszcze o jednym bardzo ważnym fakcie fizyologicznym, a mianowicie, że żółć wylewa się z przewodów żółciowych do przewodu kiszkiowego tylko wówczas, kiedy miazga pokarmowa dostaje się do dwunastnicy; przez cały zaś czas pomiędzy jednym a drugim spożyciem pokarmów żółć gromadzi się w zbiorniku, w pęcherzyku żółciowym; dlatego-też osoby, cierpiące na kamienie żółciowe, lub po przebyciu tej choroby, powinny jadać często i w niezbyt wielkiej ilości, a nie robić zbyt długich przerw pomiędzy jednym jedzeniem a drugim, albo — co gorsza — głodzić się.

Dla wypełnienia drugiego zadania, t. j. do usuwania niezżytu dróg żółciowych, służyć mogą wody alkaliczne, które zresztą, jak wiadomo, i na samo wydzielanie żółci do pewnego stopnia wpływają.

Ponieważ w ciągu niniejszej notatki zmiankowałem o doskonałym wpływie salicylanu sodu na wydzielanie żółci, o czem zresztą już dawniej z doświadczeń LEWASZEWA było wiadomem, przeto słów kilka napomknę o sposobie stosowania tego środka, idąc w tym względzie za wskazówkami, podanymi przez ROSENBERG'a. Uczynić to tembardziej widzę się zmuszonym, że według tego ostatniego autora salicylan sodu nie tylko w doświadczeniach u zwierzęcia, ale i u chorych na kolkę wątrobową dawał bardzo pożądanę wyniki. Sposób postępowania leczniczego jest następujący: chorey przyjmuje trzy razy dziennie po jednym gramie salicylanu sodu w 1/2 litr. wody gorącej, a oprócz tego należy choremu zrobić wysokie HEGAR'owskie wlewanie do kiszki z jednego litra wody pokojowej, w której rozpuszczono pięć gramów salicylanu sodu. W tej metodzie, jak widzimy, mamy zebrane razem trzy środki, niewątpliwie wpływające na wydzielanie żółci: salicylan sodu, woda gorąca, oraz wysokie wlewania do kiszki [KRULL].

Stosowanie oliwy w dużych dawkach wcale nie jest tak łatwem, jakby się napozór to wydawało; chorey przyjmują duże dawki oliwy ze wstrętem, o czem sam właśnie obecnie mam sposobność przekonania się, próbując tego środka u dwóch chorych. Dlatego też bardzo słusznie, mojem zdaniem, radzi ROSENBERG, aby nie w każdym bezwarunkowo przypadku kolki wątrobowej koniecznie rozpoczynać od razu od leczenia oliwą. Przeciwnie, leczenie rozpocząć należy od środków zwykle dotąd używanych i znośniejszych dla chorego; do stosowania zaś metody, o której mowa, przystąpić należy wówczas, kiedy owe środki zawodzą, a prócz tego uciec się do niej należy, choćby dla próby, w tych razach, w których konieczność interwencji chirurgicznej wydaje się być blizką.

W końcu chciałbym tylko zaznaczyć, że do obszerniejszego skreślenia tej notatki terapeutycznej wcale nie skłoniły mnie same, choć dość zadziwiająco, fakty kliniczne. Poprawy, a nawet odejścia kamieni żółciowych w litijazie żółciowej wcale nie przemawiałyby jeszcze stanowczo za wartością choć tak wielce zachwalanego środka; każdy bowiem z lekarzy zna zapewne wiele przypadków

podobnej poprawy, lub wyzdrowienia, uzyskanego przy zwykłych dotąd używanych środkach leczniczych. Za wartością zaś rzeczonej metody leczniczej przemawiają — rzecz bardzo ważna — obok faktów klinicznych i wyniki, otrzymane z doświadczeń na zwierzętach.

Doświadczenia te zresztą wcale jeszcze nie należy uważać za skończone; bo choć francuzcy badacze, jak CHAUFFARD i DUPRÉ, z badań swych, dokonanych na zwierzętach, doszli do przekonania, że tłuszcze, w ten sposób podane, wcale nie dostają się do przewodów żółciowych, to z drugiej strony taki wytrawny badacz, jak VIRCHOW, opierając się na swych dawniejszych badaniach doświadczalnych, dochodzi do przeciwnego wniosku, wypowiedzianego z powodu odczytu ROSENBERG'a w Towarzystwie lekarskiem berlińskim. VIRCHOW sądzi, że drogą naczyn limfatycznych pewna część tłuszczu może dostawać się do dróg żółciowych, tam już mieszać się ze żółcią i z nią razem wychodzić znowu do przewodu kiszkowego. Do takiego przypuszczenia uprawniają go wyniki, jakie otrzymywał przed laty — w innym zupełnie celu — przy obfitem karmieniu zwierząt pokarmem tłuszczowemi. Otóż, w tych razach w nabłonkach przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego znajdował zawsze takie duże ilości tłuszczu, że już gołym okiem można było powierzchnię tych części rozpoznać jako zupełnie białą zabarwioną.

Rozumie się, że gdyby istotnie i nowsze badania stwierdziły tenże sam wynik, to znaczenie lecznicze oliwy w tych razach byłoby podwójnem: raz, jako środka, zwiększającego i rozrzedzającego wydzielinę żółci, a powtórnie — jako środka, ułatwiającego przez swe własności fizyczne przejście grubszych mas przez tak cienkie przewody, jakimi są przewody żółciowe.

Po oddaniu niniejszej notatki do druku wpadła mi w ręce pierwsza część nowej pracy prof. G. SÉE: „O środkach żółciopędnych i o leczeniu litijazy żółciowej“ (*La médecine moderne. 1890. N. 5*). Zanotuje z niej tylko ten fakt, że SÉE „na dziesięć przypadków leczenia wzmiankowaną metodą otrzymał — jak sam się wyraża — w pięciu wynik zadziwiający: natychmiastowe zniknięcie bólów; prawie natychmiastowe odejście wielu kamieni obok mnóstwa gruzłów kwasu tłuszczowego zgęszczonego. Wyzdrowienie“. Wprawdzie prof. G. SÉE obok swej szerokiej wiedzy wpada bardzo łatwo w entuzjazm i na karb tego należy policzyć takie wyrażenia, jak: „zadziwiający wynik“, „natychmiastowy skutek“; jednakże samej istoty faktu klinicznego niepodobna zaprzeczyć.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— W 4 numerze *Deutsche med. Woch.* RIBBERT podaje wyniki swych badań bakteryjologicznych nad influencją i przychodzi do przekonania, że jeżeli nie przyczyną influenzy, to przynajmniej towarzyszącym jej mikroblem jest łańcuszkowaty *streptococcus (pyogenes, lub erysipelatos.)*.

— W Belgii pojawił się urzędowy cyrkularz, zwracający na to uwagę, że użycie metalowych trumien, lub z twardego drzewa zrobionych [przez co rozkład ciała jest zwolniony] przedstawia niebezpieczeństwo dla higieny publicznej.

— Gazeta *Lancet* [1889 — XXV. II] zwraca uwagę na źródło zakażenia gorączką połogową, którego punktem wyjścia mogą być spruchniałe zęby i choroby dziąseł lub szcęk u akuserek, dozorczyń i t. p.. Osoby te za pośrednictwem palców mogą przenieść z ust substancje zakaźne. Należałoby zatem przekonywać się o stanie jamy ustnej u osób, mających obsługiwać położnice.

Zmarli: w Würzburgu ANTONI FRYDERYK TROELTSCH, znany prof. chorób usznych i autor licznych dzieł, w wieku lat 61.

W Hali K. F. KUNZE, autor znanych podręczników klinicznych — w wieku lat 63.

W Heidelbergu von DUSCH, prof. kliniki terapeutycznej i pedyjatrycznej w wieku lat 65 [z influenzy]. Tamże zmarł FRYDERYK ARNOLD, znany prof. anatomii i fizjologii — w wieku lat 87.

W Budzie - Peszcie GEZA v. ANTAL, prof. chirurgii dróg moczowych, redaktor gazety „*Orvosi hetilap*“ — w wieku lat 43.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog dzieł“ księgarni Wendego i S-ki za miesiąc Grudzień 1889.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 18 Января 1890 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.