

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI CHEMICZNEJ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. EICHHORST'A W ZÜRICHU.

I. O METODZIE SJÖQUIST'A, OZNACZANIA KWASU SOLNEGO W ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA.

Przez

Stan. Bądyńskiego.

Praca D-ra DMOCHOWSKIEGO w № 34-tym Gazety Lekarskiej 1891 r. o metodzie oznaczania wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym skłania mnie do wypowiedzenia kilku słów w tej sprawie. Z góry uprzedzam, iż nie mam zamiaru przysparzać na ten temat materiału polemicznego. Chcę tylko streścić spostrzeżenia, zrobione nad metodą SJÖQUIST'a w uzupełnieniu doświadczeń D-ra DMOCHOWSKIEGO. Z doświadczeń, wykonanych w mojej pracowni [wykonał je brat mój STEF. BĄDYŃSKI, student politechniki tutejszej], wynika, iż przyczyny niedokładności wyników otrzymywanych metodą SJÖQUIST'a należy szukać nie w samym tylko łatwym rozkładaniu się chlorku barowego pod wpływem żarzenia.

Przekonają o tem następujące doświadczenia:

Do 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu chlorku barytu dodano 2 ctm. sześć. rozcieńczonego kwasu azotnego [ciężar właściwy 1,2] oraz 35 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu azotanu srebra i nadmiar srebra mianowano $\frac{1}{10}$ normalnym roztworem rodanku amonu. Stwierdziwszy w ten sposób ścisłą zgodność płynów normalnych, odmierzono 30 ctm. sześć. tegoż roztworu chlorku barytu; wprowadzono je do szalki platynowej i po odparowaniu żarzone; doświadczenie to powtórzono kilkakrotnie.

30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego roztw. chlorku bar. odpowiada 30 ctm. sz. $\frac{1}{10}$ normaln. roztw. srebra.

Po 15-tu min. żarzenia chl. bar. z 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normaln. roztworu potrzeba było dla strącenia chloru 29,9 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normaln. roztw. srebra.

Po 30-tu min. silnego żarzenia chl. bar. z 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normaln. roztw. potrzeba było dla strącenia chloru 29,7 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. roztw. srebra.

Po 45-ciu min. silnego żarzenia chl. bar. z 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. roztw. potrzeba było dla strącenia chloru 29,7 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. roztw. srebra.

Chlorek barytu, żarzony mocno, mocniej niż tego wymaga metoda SJÖQUIST'a, do jasnej czerwoności w ciągu 15-tu, 30-tu i 45-ciu minut rozkłada się w tak

nieznacznym stopniu, iż zmyłka wskutek tego powstała nie zasługiwałaby na uwagę.

Rozkład, który zauważył D-r DMOCHOWSKI, ma miejsce przy żarzeniu chloru barytu z białkiem. Kontrolę tego rozkładu prowadzono również przez oznaczenie chloru powyższą metodą, oraz oznaczanie wagowe barytu przez strącanie kwasem siarczanym.

Do 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ normalnego roztworu chloru barytu dodano $\frac{1}{2}$ grm. czystej kazeiny ¹⁾ dokładanie sproszkowanej, emulsyję odparowano w szalce platynowej, pozostałość wysuszone i żarzone w ciągu 5-ciu do 10-ciu minut.

Dla strącenia chloru w przesączu potrzeba było:

Doświadcz. a) 28,5 ctm. sześć. roztworu srebra.

" b) 28,4 " " "

" c) 28,2 " " "

Przy innych doświadczeniach, gdzie postępowano zresztą jak przy poprzednich, oznaczanie barytu dało cyfry następujące:

Doświadcz. a') 0,3185 grm. BaSO₄, czyli 0,2840 grm. BaCl₂

" b') 0,3134 " " " 0,2794 "

" c') 0,3187 " " " 0,2842 "

" d') 0,3225 " " " 0,2859 "

30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. roztw. chl. bar., z którym robiono doświadczenia, dały po strąceniu kwasu siarczanym:

0,3497 grm. BaSO₄ czyli 0,3118 grm. BaCl₂.

Roztwór $\frac{1}{10}$ normalny chl. bar. powinien według teorii zawierać:

0,3117 grm. BaCl₂ w 30 ctm. sześć..

W powyższych przypadkach strata chloru, *resp.* chloru barytu, była o wiele znaczniejszą, wpłynęła na to obecność białka. W jaki sposób, wskaże następujące doświadczenie.

Roztwór białka jaja zakwaszono zlekka rozcieńczonym kwasem octowym, oraz strącono na gorąco, osad wymyto bardzo starannie wodą [również kilku kroplami kwasu octowego zakwaszoną], wilgotną masę [około 1 grm.] wprowadzono do szalki platynowej i oblano roztworem chloru barytu; pozostałość otrzymaną po odparowaniu tej mieszaniny wysuszone i wyżarzone. Otrzymany popiół, zawierający jeszcze małą ilość węgla, oblano ciepłą wodą, przyczem pozostało trochę w wodzie nierozpuszczalnego osadu, ten zebrano na sączek, wytrawiony poprzednio kwasami i nie zawierający popiołu i po wymyciu oblano kilku kroplami rozcieńczonego kwasu azotowego; filtrujący kwaśny płyn dał wyraźny odczyn na kwas fosfory. Pozostałość nierozpuszczalną po kilkakrotnem wypłukaniu rozcieńczonym kwasem octowym i wymyciu wodą wysuszone i spalono [razem z sączkiem] w tygielku platynowym; pozostała znaczna ilość popiołu, który po bliższem zbadaniu okazał się siarczanem ba-

¹⁾ Kazeinę otrzymano przez strącenie mleka kwasem octowym, bardzo dokładne wymycie wodą osadu oraz staranne odłuszczenie [w aparacie SOXHLET'a]; preparat otrzymany nie pozostał wcale popiołu przy spalaniu. Użycie czystej kazeiny wykluczało wpływ soli mineralnych, zwłaszcza mogącego powstać węglanu sodu, na rezultaty.

rytu; po stopieniu z czystym węglanem sodowo-potasowym otrzymano stop, który wylugowany wodą dał roztwór zawierający kwas siarczany. A więc białko prażone z chlorkiem barytu oddaje część siarki i fosforu, które pozostają w popiele pod postacią siarczanu i fosforanu barytu, wyparłszy naturalnie równoważną ilość kwasu solnego.

Sądziliśmy, iż przyczyny tego błędu, spowodowanego rozkładem chlorku barytu przez palące się białko, zostają usunięte, wskutek obecności węglanu barytu, który przy wykonaniu oznaczenia według metody SJOEQUIST'a bywa dodawany w nadmiarze, przekonaliśmy się jednak, że obecność węglanu barytu prawie wcale nie zmniejsza; postanowiliśmy wtedy dodawać octanu barytu, oczekując, iż octan barytu, jako ciało rozpuszczalne, a rozkładające się z łatwością przy żarzeniu na węglan barytu, spowoduje dokładne zmieszanie węglanu barytu z rozkładającym się białkiem, a zatrzymując siarkę i fosfor, zapobiegnie rozkładowi chlorku barytu.

W tym celu 1 grm. węglanu barytu obiano kwasem octowym w takiej ilości, iż rozpuścił go całkowicie, nadmiar kwasu octowego usunięto przez odparowanie, dodano wreszcie 30 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ norm. roztworu chlorku barytu oraz 10 ctm. sześć. 5% roztworu peptonizowanej kazeiny ¹⁾. Mieszanie odparowano w szalce platynowej, wysuszone, potem żarzone 5 minut, popiół wylugowano ciepłą wodą. Dla strącenia chloru potrzeba było dodać do przesączu:

W doświadczeniu α)	29,3 ctm. sześć. $\frac{1}{10}$ roztworu azotanu srebra.		
„ β)	29,3 „ „ „ „		
„ γ)	29,4 „ „ „ „		
„ δ)	29,5 „ „ „ „		
„ ϵ)	29,5 „ „ „ „		

Doświadczenia te, powtórzone w celu oznaczenia barytu, dały cyfry następujące:

Doświadcz. α')	0,3350 grm. BaSO_4 czyli 0,2987 grm. BaCl_2
„ β')	0,3400 „ „ „ 0,3032 „
„ γ')	0,3410 „ „ „ 0,3041 „
„ δ')	0,3418 „ „ „ 0,3048 „

W 30 ctm. sześć. powyższego $\frac{1}{10}$ norm. roztworu chlorku barytu otrzymano [wprost] 0,3497 grm. BaSO_4 , czyli 0,3118 grm. BaCl_2 .

Wpływ dodania octanu barytu okazał się znaczny. Rozkład chlorku barytu został zupełnie prawie usunięty; różnica bowiem, wynosząca 0,5 — 0,7 ctm. sześć., znajduje się prawie w granicach błędów w wykonaniu oznaczenia zwłaszcza gdy się uwzględni trudność dokładnego wymycia zwęglonej substancji. Błąd ten jest niewielki i niedowolny: przy oznaczeniu chloru wahał się on w granicach od 1,6%—2,3%, przy oznaczeniu barytu od 2,2%—2,7% i tylko w doświadczeniu α') wynosił 4,2%.

¹⁾ Dla otrzymania roztworu tego gotowano 5 gr. czystej kazeiny z kwasem octowym aż do chwili, gdy roztwór przestawał dawać odczyn na białko, wtedy odparowano go i pozostałość rozpuszczono w 100 ctm. sześć. wody. Użycie roztworu takiego miało na celu wykonanie doświadczeń w warunkach podobnych tym, w jakich ma miejsce oznaczenie kwasu solnego w soku żołądkowym, wreszcie peptonizowane białko rozkładało się spokojniej i równomierniej.

Błąd, spostrzeżony przez DMOCHOWSKIEGO, a jak doświadczenie przekonano, wynikający z rozkładu chlorku barytu pod wpływem fosforu i siarki białka, w naszych doświadczeniach wypadł cokolwiek mniejszym, jest on jednak dość znacznym, by zasługiwał na uwagę. W sposób powyżej opisany zapobiedz mu można prawie całkowicie.

W zastosowaniu do oznaczania kwasu solnego przepis będzie brzmiał, jak następuje:

Do szalki platynowej wsypać należy 1 grm. węglanu barytu, rozpuścić go w kwasie octowym, a odparowawszy kwas octowy, wlać do tejże szalki przynajmniej ¹⁾ 25 ctm. sześć. przefiltrowanego soku żołądkowego, oraz dodać małą ilość węglanu barytu ²⁾, mieszaninę tę odparować, pozostałość wysuszoną żarzyć ostrożnie [trzymając lampkę gazową w ręku] tak długo, aż czarna zwęglona masa przybierze cokolwiek szarawą barwę [potrzeba na to zwykle 5—8 minut czasu]. Popiół wypada oblać gorącą wodą i powtarzać wypłukiwanie to wielokrotnie, dopóki objętość przesączu nie wyniesie około 150 ctm. sześć..

Krytyka sposobów oznaczania barytu w przesączu nie wchodziła w zakres naszych doświadczeń, zalecalibyśmy jednak używanie metody wagowej, o ile na to okoliczności pozwalają ³⁾.

Tak zmieniona metoda SJOEQUIST'a pozostanie, sądzimy, jedną z najdokładniejszych metod oznaczania wolnego kwasu solnego. Nie sądzimy, iżby zdołała ją zastąpić polecana przez D-rów MIZERSKIEGO i L. NENCKIEGO metoda oznaczenia kwasu solnego przez mianowanie nadmiaru pozostałej po prażeniu sody. Ten sam bowiem czynnik, który wywołuje rozkład chlorku barytu przy wykonaniu oznaczenia metodą SJOEQUIST'a, działa tu w wysoce spotęgowanym stopniu; białko prażone z sodą pozostawia większą część, jeżeli nie całą ilość, swej siarki i fosforu, wypierając równoważną ilość kwasu węglanego, przy znacznej ilości białka, *resp.* produktów trawienia w roztworze, błąd spowodowany może być bardzo wielki ⁴⁾.

Zarzuty czynione tej lub owej metodzie, iż nie podaje kwasu ściśle wolnego w odróżnieniu od utajonego zaliczamy do kategorii *trop de zèle*. Podzielając zdanie D-rów L. NENCKIEGO i MIZERSKIEGO [patrz Nr. 35 Gazety Lekarskiej 1891], iż trudno jest oznaczać ilościowo ciała, których własności się nie zna, sądzimy, iż usiłowania w tym kierunku mają korzyść bardzo problematyczną; wątpliwem bowiem jest, aby związki tak nietrwale, niechwytnie w zachowaniu się swoim w organizmie, posiadały własności indywidualne: innemi słowy, kwas sol-

¹⁾ Użycie za małej ilości płynu powiększa błąd.

²⁾ Nadmierna ilość węglanu barytu powiększa niepotrzebnie ilość popiołu, utrudniając jego wymywanie.

³⁾ Z metod miareczkowego oznaczenia metoda BOURGET'a [Arch. de médecine expérimentale. 1889. Nr. 6, str. 844, także w dziele BOAS'a. Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, str. 133] zaleca się prostotą w wykonaniu.

⁴⁾ Ten sam zarzut dotyczy naturalnie w całej pełni metody HEHNER-SEEMANN'a [patrz. wyż. wym. D. und. Ther. der Magenkrankheiten von BOAS].

ny w połączeniu z białkiem, bo ten głównie mamy na myśli, mówiąc o kwasie utajonym, jest tak luźnie związanym, iż w działaniu swem fizyologicznem od kwasu solnego ściśle wolnego mało różnić się będzie.

II. CHOROBA RAYNAUD'A

(*gangraena symmetrica*)

POCHODZENIA SYFILITYCZNEGO.

Podał

D-r Med. Antoni Elsenberg,

osydator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

Ita. K...fus, zapisana do szpitala 10 Kwietnia 1888 r., liczyła lat 22; wzrost jej średni, wątku budowa, złe odżywianie. Granice płuc prawidłowe, oddech pęcherzykowy, w prawym wierzchołku nieco zaostrozony; granice serca również prawidłowe, tony czyste, tętno drobne, 108 na minutę. Wątroba dosyć znacznie powiększona, wyczuwalna na wysokości pępka; górna granica śledziony zaczyna się na 7-mem żebrze. Stan podgorączkowy, łaknienie małe. W moczu ani białka, ani cukru nie ma.

Na lewym policzku znajduje się kilka zlewających się plamek ciemno-fioletowej barwy, nieprawidłowo czworokątnego kształtu o średnicy $\frac{1}{2}$ — 1 ctm.. Dwie mniejsze takie plamki znajdują się na lewej stronie podbródka, jedna obok drugiej, wzdłuż brzegu szczęki dolnej; sam podbródek również jest zajęty prawie całkowicie przez taką plamkę okrągłą, lecz mniej ciemnego koloru. Na prawym policzku, symetrycznie, znajdują się podobne jak i na lewym plamki nieprawidłowego kształtu, to ciemniejszej, to nieco jaśniejszej barwy.

Cała skóra tułowia i kończyn jest brunatnej barwy, pokryta wysypką w kształcie ciemno-czerwonych plamek, nie znikających pod uciskiem [drobne wylewy krwawe w powierzchownych warstwach skóry]. Nadto skóra kończyn w wielu miejscach na ograniczonej przestrzeni uległa zgorzeli i tak:

Średni członek wskaziciela prawej ręki pozbawiony jest naskórka, ciemnoczerwonej barwy, a w okolicy stawu między 2-gim a 3-cim członkiem, na grzbietowej powierzchni tegoż palca, znajduje się już owrzodzenie niebolesne z podminowanymi ciemno-fioletowymi brzegami i suchym szarawym dnem. Dalej, skóra powierzchni grzbietowych obu rąk na miejscach odpowiadających główkom kości dłoniowych jest ciemno-fioletowa, prawie czarna, znieczulona.

Kończyny dolne: poczynając od kolan, widać na goleniach bardzo wiele blizn prawidłowo okrągłych, dosyć głębokich, zabarwionych czerwono-brunatnawo, prawie symetrycznie na obu goleniach ułożonych. Niezależnie od tych blizn, wskutek *impetigines prof.* prawdopodobnie powstałych, na zewnętrznych powierzchniach obu goleni w $\frac{1}{3}$ dolnej ich części skóra uległa zgorzeli, na lewej na przestrzeni wielkości rubla srebrnego, na prawej wielkości złotówki srebrnej; na pierwszej obumarła skóra do połowy się już oddzieliła, wytwarzając owrzodzenie, wydzielające niewiele brudno-czerwonego płynu, nader przykrej woni.

Części miękkie wszystkich palców prawej stopy uległy zgorzeli, są czarno-brunatnej barwy, skóra ich wilgotna, pozbawiona naskórka, skóra zaś grzbietu stopy do połowy długości mocno zaczerwieniona; cała stopa obrzękła, bolesna. Mniejsze są zmiany lewej nogi: średni palec jest czarnej prawie barwy, skóra sucha, popękana, 4-ty i 5-ty palec już czernieć zaczynają.

W układzie kostnym zauważyć się dają te tylko nieprawidłowości, że prawy guz czołowy wystaje o wiele więcej aniżeli lewy, i że lewa kość ciemieniowa jest miejscami znacznie zgrubiała.

Gruczoły szyjowe, pachwinowe, przeważnie po stronie lewej, są powiększone, dosyć twarde, ale niechrząstkowatej spistości.

Ostatnimi czasy, jeszcze przed zapisaniem się do szpitala, chorą dręczył począł biegunka, a brzuch jest zapadnięty, nieco bolesny ¹⁾).

Cierpienie to rozpoczęło się przed sześciu miesiącami od niewielkich plamek na policzku prawym, a później i lewym. Z początku plamki te znikaly, to znów się pojawiały i zlewały się z sobą, póki wreszcie nie pozostały już w obecnej postaci. Na nogach z powodu dolegliwego bólu chora nacierała te plamki różnymi drażniącymi środkami.

Z innych wywiadów nadmieniam tu, że matka chorej zmarła z suchot płucnych w 50 roku życia, a ojciec staruszek żyje po dziś dzień; dwaj bracia zdrowi. K. miesiączkowa zaczęła w 13-tym roku życia, a mając lat 16, wyszła za mąż za 16-letniego chłopca, który, jak K. opowiada, był wtedy zdrowym. W 15-tym miesiącu po ślubie urodziła, bez pomocy lekarskiej, syna, który w cztery tygodnie zmarł wskutek zatrzymania moczu; w kilka dni bowiem po obrzezaniu nastąpił krwotok z napletka, później wytworzył się ropień, wskutek którego dziecko moczu nie mogło oddawać. Matka zaś po owym porodzie kilka tygodni chorowała i później już od czasu do czasu miewała bóle krzyża, dolnej części brzucha i upławy. Ostatnimi czasy miała dużo cierpień moralnych z powodu męża, z którym się też rozłączyła, ponieważ przebrał już miarę w prowadzeniu życia hulaszczego.

Nazajutrz po przybyciu do szpitala i przez cały czas pobytu w oddziale, K. ciągle gorączkuje. Ciężota rano bywa 38,2°—38,8° C., wieczorem zaś dochodzi do 39,0° C., a nawet i 40,2° C..

18. IV., przy ciepłocie rannej 38,6° C., wieczornej 39,7° C., zgorzel części zajętych dosyć szybko postępuje. Uporczywa biegunka.

26. IV., ciężota rano 38,9°, wieczorem 39,2°, język wilgotny, bez nalotu nudności, biegunka. Zgorzel palców ciągle postępuje i na prawej nodze dochodzi do połowy śródstopia. Na zewnętrznej powierzchni lewej nogi zmartwiała skóra na przestrzeni wielkości rubla srebrnego oddzieliła się. Na palcach i grzbiecie rąk zajęte miejsca coraz mocniej ciemnieją; toż samo i na twarzy. Bardzo znaczne osłabienie i wychudzenie.

1. V. Zgorzel prawej stopy rozszerzyła się i na trzeci palec, dochodzi do śródstopia. Uczucie bólu i palenia na granicy zgorzelinowych tkanek.

¹⁾ Nadmienić tu muszę, że chorą niejednokrotnie widzieli i badali kol.: GAJKIEWICZ, GROSTERN i inni.

3. V. Plamki na policzkach stają się coraz ciemniejszymi, niemal czarnymi, toż samo i na grzbiecie obu rąk.

7. V. Ciepłota prawie zawsze na tej samej wysokości się utrzymuje. Chora nie przyjmuje ani pokarmów, ani napojów, biegunka ciągła, ostateczne osłabienie, tętno ledwo wyczuwalne. Zgorzel nie ogranicza się. Kilkakrotne badanie moczu nie wykryło ani białka, ani cukru. Wieczorem chora z trudnością mówi, apatyja; tętna wyczuć nie można, upadek sił, a 9. V. nad ranem chora zmarła.

Blizny na goleniach i ich układ, powiększenie wątroby, zmiany kości czaszki, a nadto dosyć rozległa zgorzel cząstek różnych okolic skóry: wszystko to, przy braku zmian w sercu i wielkich naczyniach, oraz przy braku objawów zatorów w organizmie, wzbudzało wielce uzasadnione podejrzenie syfilitycznego cierpienia; albowiem tak ślady pozostałe po minionych tworach, jak i zmiany, w szpitalu spostrzegane, tylko jedna przyczyna, zakażenie syfilityczne, objaśnić nam mogła. Dlatego też przez czas pewien leczenie swoiste u chorej stosowałem, ale z powodu złego znoszenia tej kuracyi, wzmagającego się z każdym dniem osłabienia, wyrzec się jej musiałem; natomiast wszystkie wysiłki terapii skierowane być musiały przeciw uporczywej biegunce i postępującej zgorzeli palców, oraz ku podtrzymaniu sił chorej.

10. V., dokonałem rozbioru zwłok.

Ciało małe, wychudzone, skóra barwy brunatnawej, pokryta na tułowiu opisaną już powyżej, a zanikającą wysypką. Tkanka tłuszczowa zanikła, mięśnie blade, słabo rozwinięte. Płuca, po otworzeniu klatki piersiowej, słabo opadają. Brzegi ich i wierzchołki rozedmowate, w tylnych częściach ciastowate, obrzękłe. Z powierzchni przekroju wypływa obfita ilość płynu pianistego, blade-różowego, przezroczystego, zmieszana z drobnymi pęcherzykami powietrza. Żadnych ognisk w płucach nie ma. Błona śluzowa tchawicy, oskrzeli i krtani nie zmieniona, również i naczynia płucne żadnych zmian nie przedstawiają. W jamie osierdza znajduje się do jednej łyżki przezroczystego płynu surowiczego. Serce dosyć małe, mięsień jego blade, wiotki. Zastawki i wielkie naczynia prawidłowe. Drobną gałązką prawej tętnicy grzbietowej stopy zmienione ateromatycznie: przez ich ścianki przeświecają dosyć twarde guziczki, żółtawe, które jak paciorki, w ścianach naczyń ułożone, zwężają znacznie lub zamykają nawet ich światło. Innych naczyń nie poszukiwałem. Wątroba nieco powiększona i to przeważnie z powodu powiększenia lewego jej zrazu wielce zniekształconego. Brzegi jej są zaokrąglone, grube, tępe. W kilku miejscach, na brzegach i na górnej powierzchni lewego zrazu, znajdują się pępkowate, bliznowate zagłębienia, idące w głąb mięszu wątroby; gdzie młoda tkanka bliznowata zlewa się z żółtawymi, podobnymi do serowatych, guzikami, wielkości ziarnka soczewicy, grochu polnego do orzecha laskowego; zlewają się one miejscami w duże guziki, dochodzące do wielkości gołębiego jaja i często leżą tuż pod powierzchnią wątroby. Otaczający je miąższ wątrobowy jest przekrwiony na dosyć znacznej przestrzeni. Takie same guziki znajdują się i na dolnej powierzchni wątroby, dochodzą prawie do samej powierzchni i do brzegu lewego zrazu. Na przekroju są one zlekka ziarniste, dosyć kruche. Wogóle zaś wąż-

troba na przekroju ma wygląd muszkatolowej z dosyć znacznym rozrostem tkanki łącznej międzyzrazikowej. Śledziona jest bardzo znacznie powiększona, prawie 4 razy większa aniżeli normalnie, miękka, prawie się rozplywa, otoczka jej jest gładka, napięta. Gruczoły limfatyczne jamy brzusznej powiększone. Nerki niewiele powiększone, otoczka ich zdziera się łatwo, powierzchnia gładka, gwiazdy żyłne nalane. Na przekroju — zmętnienie mięsistej istoty korowej. Pęcherz moczowy ściągnięty, pusty. Narządy płciowe prawidłowe. Błona śluzowa żołądka i kiszki blada, żadnych zmian nie przedstawia.

Wycięte kawałki skóry wraz z tkanką podskórną z brzegów owrzodzeń zgorzeliowych, dały następujący wynik przy badaniu drobnowidzowem: W tkance podskórnej pod brzegami i dnem owrzodzeń znajduje się umiarkowane nacieczenie drobnokomórkowe, zwłaszcza dokoła kłębków gruczołów potowych i naczyń, mniejsze pomiędzy komórkami tłuszczowemi. Chociaż nie wszystkie naczynia, bardzo znaczna jednak ich część jest zmieniona. Drobnie tętniczki mają znacznie zgrubiałe ściany: ich błonę zewnętrzną, najbardziej zwykle zgrubiałą, stanowi tkanka już bliska typu zbitej tkanki łącznej z wrzecionowatemi komórkami, tu i owdzie o dużem jeszcze jądrze, a prócz tego nieliczne drobne komórki okrągłe infiltrują i tę błonę i błonę średnią. Komórki endotelijalne naczyń są napęczniałe, najczęściej wydatne, a niekiedy między endotelijum a błoną średnią widać guziczek, składający się z nagromadzenia licznych drobnych komórek, jakby mały, wystający do światła gumat, który zamyka naczynie. W innych znów miejscach komórek endotelijalnych już nie widać, ścianki zapadają, i światło naczynia zarasta. Zwykle zaś światło zmienionych w powyższy sposób naczyń, wskutek znacznego zgrubienia ścian, jest bardzo zwężone, a niekiedy, gdzie te zmiany są niedawnego pochodzenia, rozszerzone. W miejscach rozgałęzienia tętniczek są największe zmiany i światło naczyń w tych miejscach jest bardzo znacznie zwężone, a nawet i zupełnie uciśnięte, w odchodzących zaś od nich gałązkach często zupełnie światła nie widać. W wielu zmienionych naczyniach nadto światło zamykają skrzepy z tłuszczającami, bezbarwnemi ciałkami krwi, pośród których i złuszczone komórki endotelijalne się znajdują.

W samej skórze brzegów owrzodzeń nacieczenie drobnokomórkowe jest bardzo duże, a nadto liczne wylewy krwi tkankę skóry infiltrują, prócz tego, tak w głębokiej warstwie MALPIGHI'ego, jak i w samej skórze i przylegającej doń bezpośrednio tkance podskórnej, znajduje się ziarnisty, czerwono-brunatny barwnik w znacznej ilości, już to w komórkach, częściej swobodnie leżący. Zmiany naczyń skóry trudniej ocenić, gdyż naczynia tam są otoczone obfitą ilością drobnych komórek; w żyłach tylko dają się widzieć niekiedy skrzepy, częściej zaś dostrzedz można znaczne żył rozszerzenie.

Co do badania drobnowidzowego gumatów wątroby, pomijam tu ten opis, jako nie będący w bezpośrednim związku z zajmującemi nas obecnie zmianami naczyń w zgorzeliowych owrzodzeniach skóry; przytoczę je przy opisie innego przypadku syfilisu wątroby.

*

*

*

Przypadki zmian tętnic syfilitycznego pochodzenia nie należą wcale do częstych. Nie mówię o zmianach naczyń mózgowych, bo te aż nadto dziś są czę-

stemi, ale mam tu na myśli głównie nieliczne jeszcze spostrzeżenia syfilitycznych zmian tętnic kończyn, gdzie leczenie swoiste tak potężny wpływ na przebieg cierpienia wywierało. Zmiany tętnicy podobojczykowej, ramieniowej, promieniowej, udowej, podkolanowej, a nawet i tętnicy grzbietowej stopy [HUBER] u syfilityków, są znane. Musimy nawet przypuścić, że znaczna część przypadków t. zw. zgorzeli samoistnej (*gangraena spontanea*) jest zależną od syfilitycznych zmian w tętnicach, zmian, które już we wczesnym okresie syfilisu [LEUDBER] wystąpić mogą. DESPRÉS ¹⁾ nawet w Towarzystwie chirurgicznym przedstawiał chorego, liczącego zaledwie lat 27, któremu był zmuszony amputować udo z powodu zgorzeli kończyny w okresie wtórnego syfilisu. Interesującymi są również i następujące spostrzeżenia zgorzeli samoistnej. ORNELLAS ²⁾ podaje przypadek zgorzeli palców ręki lewej wskutek zmian syfilitycznych dolnej części tętnicy ramieniowej, tętnicy promieniowej, łuku dłoniowego i tętnic obocznych odpowiednich palców. Wyzdrowienie nastąpiło po zastosowaniu leczenia mieszanego. Zarośnięcie naczyń dalej już nie postępowało, ale ręka i przedramię lewe stały się słabemi, wątleszemi wskutek zaniku mięśni.

W przypadku SCHUSTER'a ³⁾, wskutek szerzenia się zgorzeli z palców na nogę prawą, trzeba było dokonać amputacji w dolnej trzeciej części goleni; w odjętej kończynie tętnica piszczelowa przednia była drożną, w tętnicy zaś piszczelowej tylnej znalazł SCHUSTER dwa gumaty, wielkości ziarnka soczewicy, wychodzące jakoby z błony wewnętrznej i sterzące w świetle naczyń; prócz tego w kilku jeszcze miejscach znajdowały się zgrubienia ścian tegoż naczyń.

Należy przypuścić, że i cierpienie drobnych naczyń skóry jest o wiele częstsze, aniżeli zmiany wielkich naczyń. We wrzodzie twardym, w gumatach zmiany naczyń bardzo często wykryć się dają, a nawet KLOTZ przypuszcza, że wszystkie owrzodzenia późnego okresu syfilisu, z ostro ściętymi brzegami, prawidłowo okrągłe, które przyjmują zwykle za owrzodzenia nasięków gumatycznych, powstają właśnie wskutek ograniczonej zgorzeli skóry, wywołanej przez *arteriitis obliterans* i podobne są od okrągłego wrzodu żołądka; ten pogląd, jak dotychczas, chociaż jest wielce prawdopodobnym, nie wychodzi po za dziedzinę hipotezy; musi bowiem czekać jeszcze odpowiednich danych anatomicznych, by trwałą podstawę zyskać.

Opis Ity K..., który tu podałem, może posłużyć również za przykład zmian syfilitycznych drobnych naczyń tętniczych, zmian, prowadzących do zgorzeli, a jest tem bardziej godzien uwagi, iż badaniem pośmiertnem stwierdzony. Jest on jeszcze godzien uwagi i z innego względu. Przedstawiając zupełny obraz choroby RAYNAUD'a, pod względem etjologicznym wcale nie odpowiada pojęciom o zgorzeli symetrycznej.

Przyczynę tej ostatniej RAYNAUD widział w odruchowym skurczu naczyń, dostatecznie długo-trwałym, by zgorzel wywołać. Tymczasem w przypadku mo-

¹⁾ Revue de chirurgie. 1884. p. 782.

²⁾ Le Gangrène spontanée des doigts par artérite syphilitique, Annales de Derm. et de Syphiligr. r. 1888, str. 35.

³⁾ Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1889, str. 779.

im za moment przyczynowy zgorzeli musimy przyjąć zmiary w drobnych tętniczkach, niewątpliwie syfilitycznego pochodzenia; jeśli bowiem w zmianach samych naczyń nie specyficznego dla syfilisu nie widzimy, to ze względu na inne współczesne zmiany, syfilisowi właściwe [jak blizny na kończynach dolnych, zmiany kości, gumaty wątroby, oraz niezwykle dla ateromatu tętnic zmiany ograniczonych terytoryjów naczyniowych w różnych okolicach, bez zmian w większych naczyniach ¹⁾], musimy przyjąć, że i te zmiany w tętnicach znalezione były również syfilitycznego pochodzenia.

W ostatnich czasach zaczynają już ogłaszać przypadki choroby RAYNAUD'a syfilitycznego pochodzenia, nie wszystkie jednak są badaniem pośmiertnem stwierdzone.

Tutaj należałoby zaliczyć przypadek GIOVANNINI'ego [r. 1885] zgorzeli symetrycznej palców rąk i nóg u mężczyzny, liczącego lat 59, a który w 25 roku życia miał wrzód twarzy, obrzmienie gruczołów limfatycznych, *syphilis pustulosa*, co minęło bez żadnego leczenia. Oprócz zmian zgorzelinowych, G. podaje, że wątroba i śledziona znacznie były powiększone, że tętnice udowe, ramieniowe, promieniowe, szyjowa lewa były twarde, wężykowate, a w sercu szmer podmuchowy skurczowy.

Analogiczny przypadek opisuje i KLORZ: u młodego człowieka, od lat trzech syfilityka, przy silnych bólach występuje na wielu palcach obu rąk sine zabarwienie, najsilniejsze na końcach, przy zwykłych towarzyszących tym zmianom objawach podmiotowych. Większe naczynia żadnych zmian nie przedstawiały. Środkami swoistemi osiągnął zupełne wyleczenie. Przypuszcza też KLORZ, że przyczyną cierpienia palców były syfilityczne zmiany drobnych naczyń obwodowych.

Również i MORGAN opisuje przypadek choroby RAYNAUD'a u 28-letniego mężczyzny, mającego objawy trzeciorzędnego syfilisu, gdzie leczenie specyficzne pożądanego wpływu wywarło. Możeby i przypadek BARABAN'a i ETIENNE'a należało do tej kategorii zaliczyć i chociaż dokonany rozbiór zwłok o żadnych zmianach syfilitycznych nie wspomina, skłonny jestem wszakże przyjąć, że te rozległe zmiany naczyniowe syfilisowi przypisaćby należało ²⁾. Przypadek to następujący:

Mężczyzna 31-letni w 1883 r. dotknięty był zgorzelą wskaziciela prawego, w r. 1884 zgorzelą palca wielkiego u nogi prawej, wskutek czego odjęto tę nogę, w naczyniach której ETIENNE znalazł *endoarteriitis vegetans*. W 1886—7 powstaje znów zgorzel czterech pierwszych palców prawej ręki, a w r. 1888 następuje śmierć podczas napadu duszniczy (*stenocardia*). Rozbiór zwłok wykazał zmiany w tętnicy SYLWIUSZA, tętnicach wieńcowych, udowych, promieniowych; drobne

¹⁾ Ze względu na rodzinę Ity K. nie mogłem wszystkich naczyń kończyn dolnych poszukiwać, ani też większych kawałków skóry z granicy zgorzelinowych części wycinać. Tętno jednak w pniu *art. pedae* jednym i drugim było do ostatniej chwili wyczuwalne, a namacalnych zmian w ich ścianach jak i w ścianach innych większych tętnic nie znajdowałem.

²⁾ Przypadek ten, pomieszczony w „Revue médicale de l'Est w 1889“, znany mi jest tylko ze sprawozdania, pomieszczonego w „Annales de Dermatologie et de Syphiligr. r. 1890, pag. 333“.

tętniczki różnych okolic ciała przedstawiały zmiany błony wewnętrznej w różnym stopniu, największe wszakże były zmiany w drobnych naczyniach kończyn.

Nie wdając się w analizowanie powyższych przypadków, zauważę tylko, że chociaż nie we wszystkich zgorzel symetryczną autorzy przypisują syfilitycznym zmianom tętnic, jednak nawet w przypadku GIOVANNINI'ego, BARABAN'a i ETIENNE'a wiele jest prawdopodobieństwa, że zmiany naczyniowe, które zgorzel spowodowały, są również syfilitycznego pochodzenia.

Podany nadto przezemnie przypadek Ity K. najwidoczniej przekonywa, że zgorzel symetryczna wskutek zmian naczyń, przez syfilis wywołanych, powstać może. W takim stanie rzeczy, gdy przypadki takie i tym podobne mają wszystkie cechy przedmiotowe choroby RAYNAUD'a, a powstają na tle zmian materjalnych w naczyniach [jak w powyższych przypadkach syfilitycznego pochodzenia], zachodzi pytanie, czy chorobę RAYNAUD'a można tak wyłącznie pojmować, jak tego sam RAYNAUD uczył. Pozostanie ona zawsze zbiorem pewnych objawów, ale trudno dziś przyjąć, aby tylko na tak wyłącznem tle odruchowego skurczu naczyń powstawać miała, jak tego chce RAYNAUD. Istnieją nadto obserwacje, przemawiające i za chorobą RAYNAUD'a, zależną od zaburzeń troficznych [VIVILLE-LANCEREAUX] wskutek zapalenia nerwów obwodowych, po urazach, chorobach zakaźnych, zatruciach, cierpieniach ośrodków nerwowych; w tych razach nie ma żadnych zmian w naczyniach, a pulsacyja w tętnicach odpowiednich okolic ciała jest najzupełniej prawidłową. Obecnie więc należałoby przyjąć, że choroba RAYNAUD'a w pewnych przypadkach schodzi do znaczenia tylko objawu różnych chorób, ale nie może stanowić pewnej odrębnej postaci chorobowej.

III. RZADKI PRZYPADEK ZGORZELI POWSTAŁEJ Z ECZEMA INTERTRIGO

podał

Dr Jakób Halpern.

Eczema *intertrigo*, podług Prof. KAPOSÍ'ego, przy niedostatecznem lub nieodpowiedniem leczeniu może dawać powód do powstawania zgorzeli na wzajemnie przylegających powierzchniach skóry, która to zgorzel z powodu swych powikłań, szczególnie u małych dzieci, gdzie ma okazyję często się rozwijać, może łatwo być nawet powodem śmierci. Przyczyny powstawania tej zgorzeli zawierają się w maceracyi skóry z powodu zastoju potu i t. d., we wzajemnem ciśnieniu przylegających do siebie powierzchni skóry, w szkodliwości ewentualnych zanieczyszczeń [np. moczu] i t. d. W znanych dotychczas przypadkach takiej zgorzeli istniało eczema *intertrigo* w fałdach pachwinowych lub w szyi, wszakże nie byłoby nic osobliwego, gdyby się napotkało tę zgorzel i w innych miejscach, w których jednakże, podobnie jak w fałdach pachwinowych lub na szyi, dwie powierzchnie skóry na pewnej większej przestrzeni mają możność przez dłuższy przeciąg czasu przylegać do siebie [fałdy brzucha i t. d.].

Niezwykły przypadek takiej zgorzeli, ciekawy przez wzgląd na lokalizację i na wiek chorego, a także przez wzgląd na ważne praktyczne znaczenie, obserwowałem w prywatnej praktyce w Wiedniu.

N. N., chłopczyk 2½-letni, dobrej budowy, dobrego stanu odżywiania, nieco małokrwisty, miał w okolicy *angulus peno-scrotalis* na wzajemnie przylegających do siebie powierzchniach skóry *penis* i *scroti*, w pobliżu samego wierzchołka wymienionego kąta, dwa głębokie, o spadzistych brzegach, jakby dłutem rurkowatym wycięte owrzodzenia: jedno, wielkości soczewicy w kierunku *penis* owalne, na *scrotum*; drugie, nieco mniejsze, bardziej okrągłe, na *penis*. Oba owrzodzenia dyfterytycznie obłożone, z czerwonym zapalnym obwodem, przy dotknięciu bolesne. Prawe gruczoły limfatyczne pachwinowe były nieco powiększone, przy naciskaniu bolesne, skóra nad nimi niezaczerwieniona. Tu i owdzie znajdowała się rozsiana wysypka pokrzywkowa. Oprócz tego nic osobliwego nie można było zauważyć. W moczu nie było ani cukru, ani białka. Gorączki nie było.

Chorobę tę zauważyli otaczający już w opisanym wyżej stanie, przyczem nie można było odnaleźć żadnej zewnętrznej przyczyny; tylko od tygodnia przedtem dawał się zauważyć nieco bledszy wygląd dziecka, a w przeciągu ostatnich dni występowanie pokrzywki na różnych częściach ciała.

Prawie od najwcześniejszego dzieciństwa chory cierpiał na recydywy pokrzywki, która ponajwiększej części znajdowała się w związku z poprzedzającym jakimkolwiek wzruszeniem. *Prurigo* nie było. Oprócz pokrzywki, dziecko nie przedstawiało nic osobliwego. Pochodziło ono od zdrowych rodziców, rozwijało się zawsze przy dobrych higienicznych warunkach i nie przechodziło żadnych godnych uwagi chorób.

Opisane wyżej owrzodzenia były tak rażąco podobne do owrzodzeń przy *uleus molle*, a opuchnięcie gruczołów pachwinowych zwiększało to podobieństwo tem bardziej, że tylko niezwykle warunki patogenezy budziły podejrzenie, iż ma się w danym przypadku do czynienia z gangreną wskutek zaniedbanej *eczema intertrigo*. Ani o jakiegokolwiek formie syfilisu, ani o wilku nie można było myśleć, gdyż z jednej strony nie było infiltrowanego brzożego syfilitycznych eflorescencyj, z drugiej strony żadnych pierwotnych eflorescencyj wilka, nie mówiąc już o wielu innych niezgadających się z takim zapatrywaniem się objawach i danych anamnezy. Przeciwno gruźlicy skóry *sensu strictiori* przemawiał brak brzożego o delikatnych gzygzagach, niezwykła lokalizacja i stosunkowo nie tak znaczna bolesność. O czemkolwiek innem jeszcze myśleć nie było żadnych powodów.

Opisany przypadek był ze względu na niezwykłą lokalizację i wiek chorego bardzo interesującym, i dlatego uważałem za stosowne przedstawić go prof. Kaposremu, który też dyjagnozę zgorzeli wskutek zaniedbanej *eczema intertrigo* potwierdził.

Był to więc przypadek, który, zostawiony samemu sobie, mógł pociągnąć za sobą bardzo ciężkie następstwa, dla odpowiedniego zaś leczenia przedstawiał się bardzo wdzięcznym.

Przedewszystkiem trzeba było czemś rozdzielić przylegające do siebie powierzchnie skóry, oprócz tego oczyścić dno owrzodzeń i pobudzić do zagojenia się, a przytem starać się, aby przy wybranej metodzie leczenia wydzielina owrzodzeń nie wysychała. Wszystkim tym wymaganiom bardzo odpowiadało następujące proste postępowanie: mały, odpowiedni do wielkości owrzodzeń, kawałek waty Bruns'a został zwilżonym w słabym roztworze *kali caustici* [0,02:55,0 *aq.*] i następnie wyciśniętym [aby nad nim mógł dobrze przylegać plaster], umieszczonym między oba owrzodzenia, a nad nim kawałek 10% *empl. saponato-salicylic.*, pokryty cienką warstwą waty Bruns'a. Ten prosty opatrunek zmieniano 3 razy dziennie. Największym błędem byłoby, wbrew przeciwwskazaniu prof. Kaposi'ego, użyć do opatrunku, np. jodoform, lub podobny łatwo wywołujący pryszczycę środek antyseptyczny, gdyż w ten sposób zapalenie tylko by się powiększyło.

Już po upływie 48 godzin pod wpływem wyżej wymienionego leczenia dno owrzodzeń oczyściło się, brzegi owrzodzeń nie były już tak spadzistemi, a otaczająca skóra przedstawiała się sinawo-czerwoną. Po upływie 6 dni owrzodzenia stały się zupełnie płaskimi, szczególnie zaś mniejsze, które znajdowało się na dolnej powierzchni *penis* i które przedstawiało się obecnie jeszcze mniejszem. Zaczęto używać wtedy już tylko samego 15% *empl. saponato-salicyl.*, co też w przeciągu 14 dni doprowadziło do zupełnego zabliznienia owrzodzeń. Pokrzywka znikła już daleko wcześniej.

Na zakończenie chciałbym zwrócić uwagę na jeden moment patogenezy wyżej opisanej zgorzeli. Łatwo oczywiście przypuścić, że podczas jednej z erupcyj pokrzywki jedna z eflorescencyj tej ostatniej rozwinęła się *in angulo peno-scrotali* i dała powód do drapania, a w ten sposób do rozwinięcia się pryszczycy, która przy odpowiednich warunkach pociągnęła za sobą rozwinięcie się zgorzeli. Lecz nie można także wykluczyć i tej możliwości, że pokrzywka w danym wypadku była tylko refleksyjnem, symptomatycznym zjawiskiem.

KILKA UWAG W OBRONIE ELEKTROLIZY.

Skreślił

T. H e r y n g.

Kwestyja elektrolizy zdaje się mieć to do siebie, że prowadzi do ścierania się zdań, że roznamiętnia umysły i mimowoli rodzi się pytanie, dlaczego w jednych budziła i budzi zbyt ni entuzyjmizm, w drugich nieusprawiedliwiony sceptycyzm. Wytlómaczenie tych dwóch krzyżujących się ciągle prądów znajdzie czytelnik w obszernej mej pracy, drukującej się obecnie w krakowskim „Przeglądzie Lekarskim”. Do niej też ciekawych odsyłam.

Zajawszy się przed dwoma laty kwestyją elektrolizy i jej zastosowania w laryngo-terapii i ry-noterapii, zmuszony byłem dla uzyskania pewniejszych podstaw rozszerzyć własne me wiadomości z fizyki i zapoznać się z literaturą tego przedmiotu.

Zajął to mi względnie dużo czasu i pracy; pozwoliło natomiast oprzeć się na pewniejszych nieco podstawach i uniknąć przez poprzedników popełnianych błędów.

Ze sprawą tą kilkakrotnie opracowaną i uzupełnioną ośmieliłem się wystąpić w Towarzystwie Lekarskiem dopiero wtedy, gdy nabrał pewności, że choć kilkoma dobrze zaobserwowanemi faktami będę mógł się podzielić z Szanownymi Kolegami.

Uważałem za prosty obowiązek nie zataić wyników ujemnych, przeciwnie akcentować je, analizować, szukać przyczyny niepowodzenia.

Nieuprzedzony Czytelnik, przeczytawszy podane przezemnie niedostateczne wyniki leczniczych usiłowań przy przeroście muszel nosowych, przeroście i skrzywieniu przegrody, zwięzieniach krtani, przeroście migdałków, znajdzie sprawiedliwe ocenienie stanu rzeczy, a zarzutu zbyt optymistycznego sądu mi nie uczyni. Natomiast może mnie spotkać zarzut zbyt ubogiego materiału odnośnie do cierpień wyżej wspomnianych. Na punkt ten sam zwracałem uwagę i w pracy mojej podałem, że dalsze w tym kierunku spostrzeżenia gromadzić będę o tyle, o ile odpowiedni materiał wpadnie mi pod rękę. Nadmienię tylko, że stosowałem elektrolizę w krtani 12 razy [10 razy przy suchotach krtani], w gardzieli 8 razy, w nosie 6 razy [3 razy przy *rhyńitis hypertrophica*, 3 razy przy skrzywieniach przegrody nosa]. Razem w 29 przypadkach.

Nie chcąc ograniczyć się do powtarzania na ślepo podanych przez poprzedników faktów, starałem się, o ile można, sprawdzić je na mocy doświadczenia i histologicznego badania. Wycinałem więc migdałki traktowane elektrolitycznie lub przeroste muszle nosowe, poddane elektrolizie, i badałem pod drobnowidzem, zarówno jak skrzepy, będące produktami elektrolizy lub zmartwiałe pod jej wpływem tkanki. Śledziłem za zmianami zarówno morfologicznymi, jako też bakteryjologicznymi, czego dowodem szereg preparatów, znanych nie tylko tutejszym lekarzom, lecz i przedstawianych kolegom za granicą.

Dodatnie wyniki, uzyskane przy gruźlicy krtani za pomocą elektrolizy, t. j. z zbliznienia a częściowe nagłośni, poparte zostały w jednym przypadku badaniem drobnowidzowym. Opieram się więc na pewnych faktach.

Kiedy w d. 27. X. 1891 na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego rozpoczęła się dyskusja nad wykładem moim, w którym niepodobna mi było w ciągu godziny nie tylko wyczerpać, lecz nawet pobieżnie poruszyć ogromnego materiału, zebranego przez innych, zaznaczyłem sam, że z powodu zbyt krótkiego czasu, skróconego jeszcze demonstracją różnorodnych przyrządów i narzędzi, zmuszony jestem przed dyskusją uzupełnić niektóre braki wykładu i dotknąć kilku punktów, wymagających obszerniejszego nieco omówienia.

Dyskusja nie tylko nie przyczyniła się do rozświetlenia kwestyi ¹⁾, lecz z powodu zbyt jednostronnego poglądu na całą elektrolizę, poglądu, opartego nie na osobistym doświadczeniu, lecz na teoretycznych dedukcjach, rzecz całą przedstawiła w fałszywym świetle, co właśnie zmusza mnie do odparcia bezpodstawnych i nie usprawiedliwionych wniosków oponenta. Był nim kol. STANISŁAW KRYSIŃSKI, który z samego początku swego przemówienia zdefiniował elektrolizę, jako metodę: nieracyjonalną, niestosowną i niebezpieczną.

Zobaczymy teraz, w jaki sposób i na jakich to faktach kol. K. opiera swój wyrok potępiający.

Dla kol. KRYSIŃSKIEGO nie ma żadnej różnicy pomiędzy elektrolizą a *cauterium potenziale*. Wyraził więc swoje zdziwienie w sposób sarkastyczny, że staram się wrócić do metody *arabistów*, że zalecam środek, nie dający się ściśle lokalizować, a opiera się na tem, że w jednym przypadku, stosując elektrolizę przy skrzywieniu i zgrubieniu przegrody nosowej, nastąpił, zdaniem jego, smutny fakt jej przedziurawienia.

Myli się kol. KRYSIŃSKI, porównyując niszczące działanie elektrolizy z *cauterium potenziale* lub z jakimkolwiek ze zwykłych środków żrących, albowiem: 1) żaden ze środków żrących nie wywiera miejscowo działania przeciwnie, nie tylko w chwili stosowania lecz trwającego aż do odpadnięcia strupów, co właśnie ma miejsce przy elektrolizie, 2) po każdym ze znanych środków żrących występuje odczyn zapalny: obrzmienie, czerwonosć, ropienie, ból. Tymczasem, używając elektrolizy, unikamy tych przykrych i niepożądanych objawów; wytworzony strup chroni od zakażenia, nie ma odczynu zapalnego wybitnego, nie ma ropienia.

Nie można również w żaden sposób porównywać elektrolizy z *cauterium potenziale*, lub z jakimkolwiek ze znanych środków żrących, gdyż żaden z nich nie posiada resorbcyjnego działania, nie pobudza *tonus* nerwów naczynioruchowych i mięśni, nie posiada wreszcie tak zwanego działania kataroformicznego, t. j. nie sprowadza krążenia soków w kierunku od anody do katody [[ZWEIFEL].

¹⁾ Pomimo obecności na temże posiedzeniu kilku kolegów obznajomionych z metodą Aposto-
li'ego, nikt głosu w tej kwestyi nie zabrał.

Co do przedziurawienia przegrody nosa przy zastosowaniu elektrolizy u jednego z mych chorych, muszę w tem miejscu objaśnić kol. KRYSIŃSKIEGO, że chory, którego nieszczęśliwy los tak go zasmucił, nie doznał znowu tak strasznej krzywdy, jak to sobie kol. K. wyobraża. Dotknięty on był prawostronnem zwężeniem nosa, zależnem od skrzywienia przegrody nosowej. Wązka jama nosowa stała się jeszcze ciaśniejszą skutkiem walka chrzęstnego w formie podłużnego grzebienia, który ciągnął się wzdłuż dolnej części przegrody.

Chory tą stroną prawie wcale nie mógł oddechać. Wydzielina ropna zalegała wewnątrz nosa, podtrzymując przewlekły stan zapalenia błony śluzowej muszel. Należało przedewszystkiem kanał nosowy uczynić drożnym, a więc wałek chrzęstny na przegrodzie usunąć, lub zniszczyć. Nie mogąc z obawy zrostów następczych uciec się do żegadła galwanokaustycznego [chory na krwawą operacyję dłużej zgodzić się nie chciał], użyłem elektrolizy. Ponieważ igły platynowe osadzone były na znacznie grubszych drutach miedzianych, przy wprowadzaniu ich w tkankę chrzęstną, z kierunku równoległego zbieżyły nieco i dotarły aż do chrząstki. Sprawa nekrotyczna zniszczyła na pewnej przestrzeni nietylko wałek, ale i ochrzęstną przegrodę. Gdy więc po kilku dniach strup odpadł, w jednym miejscu, mniej więcej na 1 ctm. od *apertura pyriformis* położonem, okazała się podłużna szpara na 1½ ctm. długa, na 4 mil. szeroka. Powstała więc komunikacyja dwóch jam nosowych, t. j. stan, który lekarze starali się przy znacznem jednostronnem zwężeniu nosa uzyskać w celach leczniczych. Służą nawet do przedziurawienia przegrody nosa osobne narzędzia, t. j. kleszcze RUPRECHT'a, których rysunek znajdzie kol. K. w ostatnim katalogu WINDLER'a pod Nr. 632.

Może przytoczone tu objaśnienie w oczach kolegi K. zmniejszy moją winę i złagodzi jego sąd co do niebezpieczeństwa elektrolizy, stosowanej w nosie, tembardziej, że mnie go zapewnić, iż chory, pomimo niezupełnie udanej operacyi, znakomicie lepiej nosem oddechał, i że inni lekarze, jak to MIOT, BOTRY i FLATAU, pomyślnie przy jej zastosowaniu otrzymali wyniki.

Drugi dowód przemawiający zdaniem kol. K. za niebezpieczeństwem tej metody, po której, że użyję słów jego, wypadają całe kawały tkanki, opiera się na demonstrowanej przeze mnie górnej części nagłośni, odpadłej w formie strupa, po zastosowaniu elektrolizy. Nagłośnia zwyrodniona, wskutek nasięku gruczołowego, poprzednio grubości palca, pod wpływem kilkakrotnych operacyi elektrolitycznych zniszczoną została i zamienioną na strup. Osiągnąłem więc cel zamierzony, t. j. zniszczenie nasięku, bez żadnego zapalnego odczynu, poczem utrudnione polykanie, podtrzymane owrzodzeniami, ustąpiło, gdyż sprawa szybko uległa zabliznieniu.

Otóż ten dodatni terapeutyczny wynik, tak trudny do uzyskania w ogólności, otrzymany bez użycia narzędzi ostrych, nie narażający chorego na krwotok, kol. K. obraca jako brzoń przeciwko metodzie. Widocznie wskazań moich co do terapii suchot krtani nie zrozumiał. Powątpiewania o prawdziwości spostrzeżenia, ogłoszonego przez NEFFTEL'a, co do wyleczalności raka, które mnie istotnie zaimponowało, gdyż potwierdzonem zostało świadectwem kilku lekarzy, jakoteż o wynikach pomyślnych elektrolizy przy raku krtani, podanych przez SCHÖTZ'a, nie uwzględniam wcale. Każdy ma prawo wierzyć w to, co mu trafia do przekonania. Ja uważam spostrzeżenia NEFFTEL'a za wiarogodne i w dobrej wierze je cytuję. Kolega K. innego jest zdania; niech przy niem zostanie.

Przechodzę teraz do zarzutów kolegi K., zbijających moje poglądy, że: 1) dawniej dozowanie elektrolizy było niepewne, 2) sposób był bolesny i 3) przyrządy były drogie, dziś zaś stan tegi już zmianom ku lepszemu. Odeprzeć je łatwo kilkoma słowy. 1) Bateria, używana dawniej przez BRUNSA, kosztowała 300 marek; dziś u BRADĘGO najdroższa bateria z 24 elementów z galwanometrem i komutatorem kosztuje 100 marek. 2) Dawniej używano elektrolizy, nie posiłkując się galwanometrem i reostatem [VOLTOLINI], o dozowaniu nie mogło więc być mowy; dziś użycie tych dwóch narzędzi jest niemal obowiązującym i jakkolwiek dalekie jest od matematycznej ścisłości, o czem sam wspominałem, wykazawszy 2 źródła błędów, t. j. różnicę pomiędzy galwanometrami, pochodzącymi z różnych fabryk [Gaiff'a i Edelmanna], zarówno jak i niedokładności pionowych galwanometrów [tablice NÖGERRATH'a], jednak nikt nie zaprzeczy, że oznaczenie siły strumienia w milliamperach, choćby z błędem 5—10 M. A. przy dużem natężeniu strumienia, jest już ogromnym na tej drodze postępem. Wszyscy, z wyjątkiem kolegi KR., na to się zgadzają. 3) Co do bolesności w zastosowaniu elektrolizy, niepodobna zaprzeczyć, że metoda jest bolesna, szczególnie, gdy się nie ma wprawy, gdy używamy silnych bardzo strumieni, gdy stosujemy ją na skórze lub w organie, bogato w nerwy zaopatrzonym [np. np. języku]. Ból jednakże jesteście dziś w sta-

nie, jeżeli niezupełnie usunąć, to doprowadzić do *minimum*, bądź za pomocą pędzlowań 20% roztworem kokainy, bądź w krtani lub w gardzieli za pomocą podanych przezemnie wstrzykiwań podmiąższowych, których kol. Kr. obawia się prawdopodobnie dla tego, że żadnego w tym kierunku nie ma doświadczenia. Robiłem je setki razy, a nigdy nie widziałem ujemnych skutków.

A *propos* akcentowanej przez kol. Kr. różnicy, zachodzącej pomiędzy dozowaniem prądu, a oznaczaniem jego terytoryjalnego działania, mogę zapewnić Szanownego oponenta, że różnicę tę pojąłem, widzę jednakże, że punkt ten wymaga wyjaśnienia. Nam lekarzom - praktykom chodzi przede wszystkim o pomyślny wynik terapeutyczny, nie o teorię działania środka. Przykładem to objaśnię. Mam w leczeniu pacyenta, dotkniętego naczyniakiem (*angioma*) struny fałszywej, usadowionym w przednim kącie, tuż przy nagłośni. Ów naczyniak przedstawia się jako guzik wielkości dużego grochu, barwy brunatno-niebieskiej, o szerokiej podstawie. Przykrywa on strunę prawdziwą, wywołuje chrypkę, jest powodem kaszlu i krwawienia. Wskazaniem operacyjnym w tym razie tylko 2 metody odpowiedzieć mogą: galwanokauter lub elektroliza. Galwanokauter nie wyklucza możności krwotoku podczas operacji. Elektroliza zabezpiecza nas od tego powikłania. Jeżeli wkładamy w guzik igłę platynową i przepuścimy prąd, możemy guzik zniszczyć bez obawy krwotoku, bez żadnego dla chorego niebezpieczeństwa. Mając doświadczenie w tym kierunku, robiąc operację pod lustrem, powiększając strumień stopniowo, za pomocą metalowego reostatu, możemy stosownie do zmian, zachodzących w guzie, mniej więcej oznaczyć czas potrzebny do zniszczenia nowotworu na jednym posiedzeniu i ocenić rozległość zmian, jakie w danym razie otrzymamy. Jakkolwiek zatem dozowanie, t. j. ilość zużyć się mających milliamperów, nie da się przewidzieć, jednak efekt terapeutyczny z góry oznaczyć się daje.

Dozujemy bowiem nie tylko za pomocą danej ilości MA, lecz za pomocą następujących manipulacji i modyfikacji prądu elektrycznego. Możemy go stosować.

- 1) Unipolarnie lub bipolarnie, co na działanie destrukcyjne wywiera wpływ znaczny.
- 2) Możemy go wprowadzać za pomocą jednej lub kilku igieł, a wiadomo, że destrukcyjne działanie jest silniejsze w ostatnim razie.
- 3) Możemy użyć anody lub katody, przyczem ta ostatnia szybsze i energiczniejsze wywrze zniszczenie.
- 4) Możemy igły, wprowadzające strumień, mniej lub więcej głęboko wbić w tkankę, mniej lub więcej od siebie oddalić, co wszystko w praktycznym zastosowaniu metody jest wielkiego znaczenia.
- 5) Możemy do niszczenia tkanek użyć narzędzi tępych [elektrody w formie zgłębników, bolców, strzemionka], gdy chodzi np. o przypalenie gruzliczych owrzodzeń, lub posługiwać się igłami. Zdaje się więc, że możemy do pewnego stopnia strumień w działaniu jego ograniczać, dozować, i nie działamy zupełnie na ślepo, jak tego dowodzi kol. KRYSIŃSKI. Na dowód przytaczam fakt, że nasię gruzliczy wielkości soczewicy, usadowiony na więźle bocznym, zdołałem zniszczyć bez najmniejszego odczynu zapalnego na jednym posiedzeniu, w ściśle ograniczonym miejscu, bez żadnego uszkodzenia części otaczających.

Przyznaję, o czem kol. K. zupełnie nie wspomniał, że niemożliwym tylko jest dozowanie gęstości prądów. Z ogólnie jednak znanego faktu, zaczerpniętego z praktyki galwanoplastycznej wiemy, że zmiany gęstości prądu w granicach nader obszernych na przebieg spraw elektrolitycznych wywierają wpływ niezmiernie mały.

Ustęp o prawie FARADAY'a w stosowaniu elektrolizy do celów chirurgicznych nie wytrzymuje krytyki. Kol. Kr. zaznacza, że działanie prądu nie zależy zupełnie od rzeczywistego chemicznego rozkładu tkanek, przez które prąd przechodzi, lecz od działania zebranych przy elektrodach alkali i kwasów. Opiera to na następującym wywodzie. Ponieważ fizyka uczy, że dla rozkładu 0,001 grama w ciągu jednej sekundy prąd musi mieć natężenia 10,7 Amperów, prąd więc zdolny rozłożyć 1 gran, 1 kroplę, w ciągu 1 minuty, musiał by mieć to samo natężenie, a z tego wypada, że w zastosowaniu na człowieku, prąd o natężeniu 100 milliamperów dla rozłożenia 1 grana tkanki musiałby działać 107 minut. Dochodzi więc kol. K. do wniosku, że rozkład chemiczny tkanki na pojedyncze jony minimalną może odgrywać rolę, działanie więc elektrolizy jest wogóle nieznanne. Na to zgoda, lecz z całego tego ustępu wynika, że kol. K. nie rozróżnia rozbitcia tkanki na składające ją jony od zniszczenia jej fizjologicznej zdolności do życia. Wiadomo nam wprawdzie, jaki prąd jest potrzebny do rozłożenia 0,001 grama wody na atomy, ale prawo FARADAY'a nie pomoże nam do określenia, ile tlenu *in statu nascendi* potrzeba

nam do zniszczenia życiowych zdolności jednego grama żywej tkanki. Twierdzenie kol. Kr., jakkolwiek przez wielu przyjęte, że tylko kwasy i alkalia, zbierające się przy biegunach, niszczą tkankę, nie jest absolutnie pewnem, jakkolwiek obecność kwasów i zasad przy biegunach z łatwością wykryć się daje. Kwestyja tylko, czy działanie elektrolizy polega wyłącznie na ich wytworzeniu się w tkance. GRÄUPNER i wielu innych przypuszcza, że następuje rozkład wody, będącej częścią składową zarodki komórek, a więc i tkanek, a ztąd ich obumarcie. Inni przypuszczają, że ma tu miejsce działanie ciepła, a może działanie kataroforyczne [ZWEIFEL]. Tyle wiemy, że istota sprawy nie jest nam jasną, pomimo rozlicznych usiłowań badaczy. Ale jest jeden fakt wiadomy wszystkim klinicystom, że można nie znać istoty działania danego środka, lub pewnej siły stosowanej w medycynie w celach leczniczych, a pomimo to stosować ją z pożytkiem dla chorych w niektórych cierpieniach. Tak się też ma rzecz i z elektrolizą.

Pomimo braku pewnych danych, co do istoty tej sprawy, pomimo niemożności zupełnie ścisłego dozowania, wyniki lecznicze, otrzymane przy pomocy elektrolizy, są niekiedy bardzo zadawalające i zachęcają do dalszego stosowania. Nikt dziś tego faktu nie obali, wobec mnóstwa klinicznych obserwacji, podanych przez wiarogodnych autorów. Za tą metodą przemawiają nazwiska badaczy dobrze znanych, jak: CRUSSEL, VICTOR, von BRUNS, ALTHAUS, NÖGERRATH, SEMOL'a, NELATON, VOLTOLINI i tylu innych. Nie jestem fizykiem, nie będę więc wchodził w dysputę z kolegą KRYSIŃSKIM co do działania elektrolizy, możliwości ścisłego dozowania strumienia, dokładności narzędzi i t. d.. Ale nie zdoła on mnie przekonać, że z powodu braku ścisłych danych co do istoty elektrolizy i ścisłego dozowania tego środka, nie służy mi prawo stosować go dalej, jeżeli w zakresie mojej specjalności wyniki były zachęcające, jak np. przy suchotach krtani. Efekt uboczny przy elektrolizie w jamie nosowej, którego wina spada na mnie, nie na metodę i na brak odpowiedniego narzędzia, nigdy nie może służyć za dowód potępienia metody w ogóle, nie daje mu prawa do określenia jej jako niebezpiecznej, gdyż nie ma wogóle środka, któryby nie miał stron ujemnych, lub w danym razie nie prowadził za sobą pewnych nieprzewidzianych skutków ubocznych. Uczymy się na błędach własnych i poprzedników, bądźmy więc w potępieniu ostrożni.

Czy można przypuścić, że wszyscy lekarze stosujący elektrolizę, ludzili siebie lub ludzili innych, że nie poznali się na nieracjonalności, bezpożyteczności, niebezpieczeństwach tej metody, słowem byli „Arabistami“. Zgodzę się na to, że metoda ma pewne strony ujemne, że wskazania do niej nie są jeszcze zupełnie jasne, że nawet w rękach obeznanych z nią może dać wyniki niepewne. Określać ją jednak w ten sposób, jak to uczynił kol. KRYSIŃSKI, odmawiać jej wszelkiego terapeutycznego znaczenia wobec szeregu dodatnich niezbitych wyników, znaczy lekceważyć doświadczenie innych i zniechęcać do badań, których doniosłości *a priori* nikt przewidzieć nie może. Co do jej wartości przy leczeniu suchot, to poglądy moje dziś już zostały poparte spostrzeżeniami MERMOD'a, ogłoszonymi niedawno w pracy „*Electrolyse endolaryngée*“ w *Revue médicale de la Suisse romande*“. 1890 r.. Omawiając moją metodę leczenia suchot krtani powiada on: „*La méthode est longue; elle exige une grande légèreté de main, elle est difficile même pour les spécialistes les mieux exercés aux interventions endolaryngées; la réaction post-opératoire peut être pénible, douloureuse; elle exige une surveillance attentive. Dans bien de cas, il est même à craindre, que malade et médecin soient lassés l'un de l'autre avant qu'un résultat appréciable soit obtenu, et que le traitement chirurgical de la phthisie laryngée demeure l'apanage exclusif de quelques rares opérateurs particulièrement habiles*“. Dla tych to powodów MERMOD zaleca elektrolizę przy suchotach krtani jako metodę łatwą i niebolesną, a wyniki jej uważa za dodatnie względnie do rezultatów, otrzymanych innymi metodami. Rozbiór tego poglądu, niezgodnego z rzeczywistym stanem rzeczy, a wynikającym widocznie z braku własnego doświadczenia i wprawy, podam w innym miejscu.

Zaznaczę tutaj, że MERMOD kładzie nacisk na dokładne i zupełne znieczulenie krtani. Roztworem 20% kokainy pędzluje podniebienie, język, gardziel, później roztworem 50% kokainy trzykrotnie pędzluje krtani, dochodząc aż do 1,5 grama na raz. Przyznaje on, że dawki te wydawać się mogą zbyt śmiałemi, z własnego jednak doświadczenia zapewnia, że nie pociągają za sobą żadnego niebezpieczeństwa. Nie ogranicza się on jednak na pędzlowaniach, lecz posiłkuje się jeszcze miąższowemi wstrzykiwaniami, które wykonywa moją szprycą w miejscu zastosowania elektrolizy, zużywając przytem 0,03 kokainy. W ten sposób znieczuliwszy krtani, wprowadza w nasięk grucznicy rodzaj zgłębnika, zakończonego igłą, którego koniec na długości 15 mm. jest obnażony, reszta zaś narzędzia za pomocą lakieru izolowaną. Koniec ostry narzędzia, *resp.* igła, zagięta jest w rozmaity

sposób: ku przodowi, tyłowi, na prawo i lewo, łączy się z biegunem ujemnym bateryi. Biegun dodatni w formie płyty przykładają się do szyi. Igła pozostaje w tkance do 5 minut, póki wyraźne dokoła niej nie nastąpi zniszczenie tkanki, poczem zostaje wyjęta i wkluta w miejsce sąsiednie. Posiedzenie takie przedłuża się do 20 minut. Pomimo użycia 12—16 M. A. bolesność procedury nawet na ścianie tylnej ma być żadna. Nie ma również odczynu pooperacyjnego, nie ma śladu krwotoku. Wytworzone strupy oddzielają się po kilkunastu dniach, obrzęki giną, sprawa zabliznienia szybko następuje. MERMOD kończy swą pracę zdaniem, że elektroliza ma zapewnioną przyszłość nie tylko przy suchotach krtani, lecz nawet przy nowotworach złośliwych; należy on więc także do grupy arabistów. Z przytoczonych tu ustępów widzimy, że optymistyczne poglądy KAFEMAN'a i VOLTOLINI'ego co do leczniczej wartości tego, bądź co bądź, potężnego środka, zostają poparte klinicznym doświadczeniem MERM OD'a.

Co do mnie, nie przesadzając wyników ani genewskiego lekarza, ani własnych, daleki od generalizacji dodatnich rezultatów, uzyskanych w pojedynczych tylko przypadkach i to względnie dodatnich, gdyż częściowo tylko widziałem zabliznienia, uważam jednak za słuszne, aby wbrew rzucanej na elektrolizę przez kol. KR. anatemie spokojnie stosować ją dalej.

Nie sądzę wprawdzie, aby elektroliza w suchotach krtani zdołała kiedykolwiek bądź w zupełności zastąpić leczenie chirurgiczne, kwas mleczny i antyseptyczne środki, nie mogą jednak nie przyznać, że metoda chirurgiczna ma swe wskazanie ściśle, wymaga chorego z dużą dozą cierpliwości i determinacyi, wymaga również, aby lekarz ovladnął zupełnie techniką, nie zrażał się pierwszym niepowodzeniem i ożywiony był wielką cierpliwością i szczerą chęcią ulżenia cierpieniom chorego. Ponieważ elektroliza mniej wymaga technicznej wprawy od leczenia chirurgicznego, a przy odpowiednim użyciu kokainy jest mało bolesną, ponieważ nie wywołuje zapalnego odczynu, posiada więc zalety, których lekceważyć nie można. Bardzo być może, że w przyszłości znajdą się środki łatwiejsze w użyciu, mniej kosztowne i w działaniu jeszcze pewniejsze. Póki ich nie znajdziemy, metoda ta dalej rozwinięta, rozumnie użyta, zasługuje na szczegółowe opracowanie.

Co do uwagi kol. KR., że na 10000 chorych, których, podług jego zdania, miałem w leczeniu przez ostatnie 3 lata, tylko 9 razy użyłem elektrolizy, ośmielę się zapytać Szanownego Kolegę na mocy jakiego to obliczenia doszedł do tej, z żalem to wyznaję, nieco przesadnej cyfry. Wspomniałem już, że elektrolizę stosowałem dotąd w 26 przypadkach. Obecnie używam jej w jednym przypadku gruźlicy języka i to z pomyślnym wynikiem. Ogólna więc cyfra mych spostrzeżeń wynosi 27. Nie jest to cyfra wielka, ale chyba w oczach kolegów, usprawiedliwia mię, że w kwestyi tej głos zabrałem. Niewielka ta cyfra ma jednak i dobrą stronę; dowodzi bowiem, że szukałem odpowiednich przypadków i nie uważałem metody jako uniwersalnego środka, lecz wskazanego tylko w niektórych razach, że szukałem dla niej pewnych wskazań.

Jak mało kol. K. obeznany jest z naturą i zasadami leczenia suchot krtani, dowodzi jego zdanie, że na 10 przypadków suchot krtani, leczonych przezemnie tą metodą, tylko 5 razy uzyskałem zabliznienie. Cyfra ta, wobec tak groźnego i upartego cierpienia bardzo znaczna, nie zadowolnia mego oponenta.

W końcu tej przydługiej nieco repliki muszę dodać, że uznając najzupełniej kompetencyję mego oponenta w kwestyjach fizyki i jej zastosowania w medycynie, o czem świadczył wyborny jego wykład o jednostkach elektrycznych, żałować wypada, że kol. KRYSIŃSKI nie wyświetlił samemu stanu rzeczy ze strony fizycznej, w osobnym wykładzie. Żałuje również, że nie zapoznał się z jej kliniczną stroną, gdyż definicyja użyta przez niego w początku dyskusyi byłaby może wtedy mniej stanowczą, natomiast z istotą rzeczy zgodniejszą i sprawiedliwszą.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 3 —
SZANOWNY REDAKTORZE!

Kilka uwag z powodu artykułu D-ra Trzecińskiego: „O leczeniu trypra“. Gazeta Lekarska. 1892. N-ry 1 i 2.

„Co jest tryper przewlekły? Jest to tryper tylnej części cewki“. Takie zdanie wypowiada autor na wstępie, na niem też opiera dalsze wywody i leczenie. Pojęcie takie upraszcza w wysokim

stopniu pojęcie trypra przewlekłego; szkoda tylko, że z niem nie zgadzają się elementarne dane anatomii patologicznej i kliniki. Pierwsza znajduje w przedniej części cewki, zwłaszcza w opuszcze najczęstsze zmiany przewlekłego trypra, druga uczy nas, że tryper przewlekły prawie zawsze [prawie 100%], gnieździ się w cewce przedniej, zaś w pewnej [a zależnie od warunków, nader zmiennej] liczbie przypadków tryper posuwa się i na część tylną; spraw tryprowych wreszcie, umiejscowionych wyłącznie w części tylnej, spotykamy bardzo niewiele [kilka przypadków na sto]. Taki jest istotny stan rzeczy.

W jakich warunkach i w jakiej ilości przypadków tryper przechodzi na część tylną cewki? Autor czerpał cyfry [około 80%] z prac JADASSOHN'a, SETNEL'a, HEISTER'a. Jednakże cyfry tych autorów dotyczą przeważnie trypra ostrego, a nie przewlekłego, co wcale nie jest obojętnem. Następnie metoda badania przez nich użyta [próbą 2 szklanek z przedniem wytarciem lub przepłukaniem części przedniej] nie jest i nie może być ścisłą; zawodzi ona zarówno przy bardzo skąpej, jak i bardzo obfitej wydzielinie, w ostatnim przypadku bardzo łatwo o rozpoznanie nieistniejącego zajęcia części tylnej; a gdy obfitsza wydzieliną, tem łatwiej o podobną omyłkę. W świeżych, gwałtownych tryprach widzimy często zaraz po oddaniu moczu świeżą kroplę ropy w otworze cewki: tak obficie i szybko wydziela się ropa. Jakaż wartość w tych warunkach może mieć przemycie cewki przedniej?

Ze względu na powikłania ciężkie, jakie często tryper części tylnej za sobą pociąga, byłoby rzeczą mocno przykrą, gdyby zajęcie części tylnej należało do normalnego typu trypra. Tak twierdzi kol. T., na to jednakże żadną miarą zgodzić się nie można. U młodych, zdrowych osobników przy odpowiednim leczeniu i wzorowem ze strony chorego zachowaniu przepisów, tryper nie przenosi się na część tylną nawet w jednej czwartej przypadków. Na cyfry wysokie, podane przez wyżej wymienionych autorów, składają się i szczególnie niepomyślne warunki, właściwe klienteli poliklinicznej, i metody badania o niesprawdzonej ścisłości.

Sądzę, że ważna ta sprawa leży prawie całkowicie w ręku lekarza. Leczymy chorych tryprowych [nie trypry] według zasad, wypracowanych w ciągu bieżącego wieku przez mistrzów wenereologii [okres badań etjologicznych nie przyniósł nam bowiem dotąd nic lepszego na tem polu], choremu zaś, który przychodzi „z tryperkiem“, według utartego u nas wyrażenia, przedstawmy istotną wagę tego cierpienia. Niestety, zagieździły się w Niemczech i u nas niefortunne metody leczenia, obliczone na wywołanie szybkiej poprawy; poprawa jest złudna i krótkotrwała, a szkody niepowetowane.

Muszę pominąć tu mnóstwo nasuwających się uwag i przechodzę do drugiego punktu.

Kol. T. nie jest zadowolony z metody GUYON'a: daje mu ona stale ujemne wyniki [ani jeden przypadek wyleczony], jest bardzo bolesną, wywołuje powikłania. Moje doświadczenie na tym punkcie jest inne. Od lat wielu posiłkuję się tą metodą ¹⁾ z zupełnem zadowoleniem: powikłania nie wywołałem a n i w j e d n y m p r z y p a d k u, bolesne zaś parcie na mocz zdarza się zaledwie u jednego z dwudziestu chorych. Zresztą skuteczność metody GUYON'a została wielokrotnie przez poważnych badaczy stwierdzona. Przyczyna niepowodzeń kol. T. leży prawdopodobnie w złem stosowaniu metody. T. wstrzykuje do części tylnej 1—2 kropel 1—5% roztworu azotanu srebra, gdy GUYON wprowadza do części tylnej 20—40 kropeł ²⁾ 1—2% roztworu [rzadko silniejszego]. Jest to więc p r z e p ł u k a n i e całej części tylnej, całą tę ilość płynu wlewa się szybko do pęcherza, gdzie zostaje natychmiast przez mocz strąconą.

Zachwalane przez D-ra T. bardzo lekkie roztwory odpowiadają niewątpliwie pewnym wskazaniam, nie zastąpią jednakże silnych roztworów.

Funk.

SZANOWNY REDAKTORZE!
SZANOWNY REDAKTORZE!

W numerze 2 z r. b. Gazety Lekarskiej podał ~~tenże sam autor~~ następowania przy zapaleniu przyjądrza, który nietylko z przyczyny swej prostoty, ale też i z tego względu na baczną zasługuje uwagę, że w krótkim stosunkowo czasie znosi bolesność, którą w tem zboczeniu do nader przykrych objawów zaliczyć należy. Każdy zabieg, dążący do tego celu, powitamy więc

¹⁾ Tylko iniektorów używam srebrnych [ULTZMANN] dla wielu przyczyn.

²⁾ Annales des mal. génito-urin, 1883.

z radością, ale to tem więcej jeszcze, że zniesienie bolesności pozwoli pacjentom w czasie trwania choroby oddawać się swym zwykłym zatrudnieniom, czego przy każdym innym sposobie leczenia dokonać niepodobna.

Ostatniej jesieni badałem w Wiedniu głównie sposób leczenia w mowie będącego zbroczenia. Obfity materiał znalazłem w tym względzie na oddziale prof. LANG'a. Tutaj zarzucono wszelkie środki, dawniej wewnątrznie i miejscowo stosowane, na powstrzymanie samej choroby, jako też i na zmniejszenie bólu wcale nie wpływające, a zatrzymano wyłącznie tylko opatrunek prof. LANG'a: opatrunek ten ból doraźnie uśmierza, a wskutek tego pacjentom wykonywanie wszelkich ruchów dozwala.

Opatrunek ten stanowi rodzaj suspensoryjum, mający za zadanie unieruchomić w zupełności jądra. Składa się on z kawałka mocnego, odpowiednio przyciętego płótna, z tasiemki i waty.

Do rogów odpowiedniej wielkości przyciętego płótna przyszywa się mocne tasiemki. Chcąc opatrunek ten założyć ujmuję się mosznę lewą ręką, oddala jądra od siebie, nadając osobliwie jądru zajętemu położenie naturalne. Ręka prawa nakłada następnie przy pomocy palców ręki lewej kilka a nawet kilkanaście warstw waty na mosznę [do grubości 10—15 ctm], co się owem suspensoryjum na mosznie utwierdza, ściągając silnie tasiemki nie tylko około bioder, ale też i pod uda, które się z poprzednimi łączy. Opatrunek winien być twardo nałożony, aby mosznę i jądra zupełnie unieruchomić. Część płótna w półkole wyciętą obraca się ku górze, aby prącie swobodnie w wycięciu spoczywało.

Po założeniu tego opatrunku ustaje ból w tej chwili w zupełności. Chorzy, zaledwie przedtem postępujący, wykonywali wszystkie ruchy, skacząc nawet, bez najmniejszego bólu. Trwanie całej choroby skraca się znacznie pod tym opatrunkiem, który niezmiennie do końca choroby pozostaje. Choroba przebiega prawie bezwiednie dla chorych.

Nawiasowo dodam tutaj jeszcze, że przy leczeniu przymiotu wobec częstych podskórnych wstrzykiwań różnorodnych przetworów rtęci [główniej olej szary], zaniechano na oddziale profesora LANG'a od dwóch lat w zupełności wstrzykiwania głębokie [relacyja D-ra SÜMEGH'a].

D-r Józef Dymnicki, lekarz zdrojowy w Busku.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymałiśmy niedawno sprawozdanie Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego za r. 1890. Zdaje się, że Towarzystwo to w ostatnich latach bardzo się ożywiło. Liczba członków czynnych wzrosła do 90, cyfry, jak na Wilno, bardzo wysokiej. Na posiedzeniach miesięcznych bywało obecnych przeszło po 40 [dawniej 18]. Istniejąca od roku przy Towarzystwie pracownia opłaca się; dokonano w niej z górą 600 rozbiorów, przeważnie dyagnostycznych. W odczytach i demonstracjach brali udział: BIELIŃSKI, CHAZAN, DEMBOWSKI, ERBSTEIN, JUNDZIEL, KADENACY, PIETRUSIEWICZ, STEMBO, STRZEMIŃSKI, ŚWIDERSKI, SYRWID, WOJNICZ i inni. Prezesem towarzystwa był ERBSTEIN, wice-prezesem STRAUSS, sekretarzami WOJNICZ i MOSZYŃSKI, bibliotekarzem WOJNICZ, kasyjerem SEIDLER, konserwatorem SYRWID. Szczupłe dochody Towarzystwa [zaledwie 800 rs. rocznie] zmusiły je do naruszenia swego żelaznego kapitału na restaurację zajmowanego przez się lokalu. Wobec małych funduszy biblioteka Towarzystwa, bardzo bogata już zresztą [16 tysięcy tomów], prawie że nie wzrasta.

— Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie wyszły prace, BRAUNA: O operacjach położniczych [3 złr. 50 ctm.], oraz KARLIŃSKIEGO: O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy [dyfteryi] gardła. [30 cent.]. Wkrótce wyjdą: MOMIDŁOWSKIEGO: O istocie i leczeniu histeryi. ROSENBLATTA: O leczeniu krztuśca; ROSENBUSCHA: O nawykowem zaparciu żywota.

— W połowie Stycznia r. b. w Wiedeńskim szpitalu powszechnym otwartą została klinika laryngologiczna, którą kierować będzie prof. STOECK.

Sprostowanie. W N-rze 4-tym, str. 86 w wierszu 20 od dołu, zamiast: niezmiernie małe, powinno być: niezmiernie mało.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wendego za Grudzień r. 1891.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Января 1892 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 29.