

# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-r<sup>a</sup> W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

## I. PSEUDOTABES, s. TABES PERIPHERICA.

Podał

**D-r med. H. Higier,**  
asystent oddziału.

Ogłoszona w r. 1878 praca WESTPHAL'a <sup>1)</sup> o zwyrodnieniu nerwów obwodowych czuciowych, występującem przy wiaździe rdzenia kręgowego, łącznie z monografią LEYDEN'a <sup>2)</sup>, wydrukowaną w rok później, traktującą o zapaleniu istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis*) i nerwów (*neuritis*), wywarły znaczny wpływ na rozwój nauki o zapaleniu nerwów wogóle, w szczególności zaś na te ciekawe postaci, którym towarzyszą zazwyczaj przypadłości, podobne do tabetycznych. Za pracą WESTPHAL'a posypał się cały szereg tej samej treści prac, mniej lub więcej wartościowych, z pośród których pozwolę sobie zwrócić uwagę na najnowsze, a mianowicie: na prace DÉJÉRINE'a, REMAK'a, OPPENHEIM'a i SIEMERLING'a.

Jakkolwiek niektórzy z neurologów [SAKAKY, RENZ] byli zdania, że z czasem każdy przypadek wiaźdy rdzenia da się podprowadzić pod pierwotne zapalenie nerwów, to jednak pogląd taki szybko musiał upaść pod wpływem dokładnie i krytycznie przeprowadzonych zestawień [PITRES et VAILLARD] wszystkich ogłoszonych spostrzeżeń. Mimo to przez nagromadzenie tak obfitego materiału kazuistycznego zyskano pod względem praktycznym bardzo wiele. Pojęcie o wiaździe, oraz symptomatologija jego stały się odtąd jaśniejszemi: ściśle odgraniczono wiaźd od podobnie przebiegających klinicznie zapaleń nerwów (*neuritis multiplex*), te ostatnie — od zapaleń istoty szarej rdzenia; znaleziono podstawę do odpowiedniego ugrupowania, oraz do bliższego rozejrzenia się w całym obrazie i w szczegółach rozmaitych postaci zapaleń nerwów; zaczęto dokładniej pojmować bezwład (*ataxia*), jako zbiór przypadłości i upatrywać jedność etyologiczną; wreszcie bliższą zwrócono uwagę na tło anatomo-patologiczne.

Co się właściwie pojmuje pod mianem bezwładu, owego bijącego w oczy objawu, właściwego rzeczywistemu i wrzekomemu wiaźdowi? Krótko mówiąc, jest to ten stan, w którym zdolność koordynowania ruchów zostaje upośledzoną, *resp.* znie-

1) Arch. f. Psych. VIII.

2) Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Zeitschrift f. klin. Medic. I.

sioną. Wiadomo, że szkoła FRIEDREICH-ERB'a za przyczynę fizyologiczną bezładu uważa zmiany anatomiczne w specjalnych koordynacyjnych włóknach nerwowych, których nikt dotychczas jeszcze nie wykazał. Natomiast CION i JACCOUD pierwotną przyczynę bezładu upatrują w zaburzeniach czynności odruchowej rdzenia. Z wielu względów prawdopodobniejszą i więcej odpowiadającą spostrzeżeniom klinicznym jest hipoteza LEYDEN'a, według której przerwa w przewodnictwie dróg czuciowych w szarej istocie rdzenia wywołuje przerwę w łuku odruchowym pomiędzy nerwami czuciowymi mięśni i ruchowymi.

Że wszystkie przytoczone wyżej teoryje, pominiawszy zasadniczość tej lub owej, nie wystarczają do wyjaśnienia rozmaitych postaci bezładu, dowodzi tego ta okoliczność, że podstawy dla nich szukano wyłącznie w zmianach patologicznych rdzenia. Szczegółowe badania, przeprowadzone w ciągu ostatnich 5 lat nad cierpieniem, zwanem *pseudotabes*, czyli, właściwiej wyrażając się, nad czuciową postacią zapalenia nerwów, wykazały właśnie, że obok rdzeniowej postaci bezładu istnieje również i obwodowa.

Hipoteza więc LEYDEN'a w pojęciu obszerniejszem najbliżej stoi prawdy. Dowiodły tego poniekąd znakomite prace MUELLER'a i SCHUMANN'a <sup>1)</sup>, MÜNSTERBERG'a <sup>2)</sup>, FALK'a <sup>3)</sup> i GOLDSCHIEDER'a <sup>4)</sup>. Ten ostatni zwrócił uwagę na to, że wskutek fałszywego określenia pojęcia „czucia mięśniowego“ w wielu przypadkach wiądu nie konstатовano obecności zaburzenia w sferze czuciowej, podczas gdy one rzeczywiście istniały. Według badań GOLDSCHIEDER'a na czucie mięśniowe składają się następujące 4 czynniki: czucie ruchów (*Bewegungsempfindung*) w członkach bierne i czynne, wrażliwość na opór i rozpoznawanie położenia.

Że jednakże i obwodowa postać bezładu nie jest w stanie całkowicie dopełnić trzech wyżej wspomnianych teoryj, dowodzi tego zarówno doświadczalnie otrzymany, jak i klinicznie spostrzegany niejednokrotnie bezład mózgowy (*ataxia cerebrealis*), zależny od utraty zdolności pojmowania ruchów, którego tło anatomiczne stanowi prawdopodobnie obrażenie szarej istoty czuciowej MUNK'a (*Fühlspähre*).

Znamy nawet drugą postać bezładu mózgowego [nie należy go brać za zaburzenia w równowadze, występujące przy t. zw. cierpieniu MÉNIÈRE'a, *resp.* przy uszkodzeniu tylnych wzgórków czworaczych i robaka mózdkowego], która powstaje po urazach i cierpieniach zakaźnych zarówno samoistnie, jak i wtórnie [LEYDEN, WESTPHAL, LENHARTZ, POLLARD]. Mam tu na myśli dokładnie zbadaną przez WESTPHAL'a postać, której, obok ostro występującego bezładu <sup>5)</sup>, towarzyszy mowa urywana [skandowanie] i zaburzenia w sferze intelektualnej, zwiastujące

---

1) MÜLLER u. SCHUMANN. Die psychologische Grundlage der Vergleichung gehobener Gewichte. PFLÜGER's Archiv für d. gesammte Physiologie. T. 45. S. 37.

2) MÜNSTERBERG. Beiträge zur experim. Psychologie. T. III. p. 67 etc.

3) FALK. Versuche über die Raumschätzung mit Hilfe von Armbewegungen. Dissert. 1890.

4) GOLDSCHIEDER. Untersuchungen über den Muskelsinn. DUBOIS Archiv. f. Physiologie S. 369. Suppl. S. 141.

5) Zamykanie oczu bynajmniej na zmianę w tym bezładzie nie wpływa, czem różni się od bezładu rdzeniowego.

niekiedy początki stwardnienia rozsianego. Siedlisko w mowie będącego bezładem znajduje się w śródmózdzii (*mesencephalon*), w okolicy mostu VAROL'a, a więc w miejscu położenia koordynacyjnych ośrodków mózgowych, t. j. tych, które ruchy dowolne przesyłają do odpowiednich grup mięśni.

Wyjaśnwszy poniekąd pojęcie bezładem zgodnie z nowszymi poglądami, zobaczymy, co należy rozumieć pod mianem wiądem wrzekomego zarówno z punktu klinicznego, jak i anatomo-patologicznego, oraz do jakiego działu chorób nerwowych należy go zaliczyć. Jakiś to już zauważyli, jestto postać ostrego, lub ostrawego zapalenia nerwów, przy której zaburzenia dotyczą przeważnie sfery czuciowej.

Etyjologija rzezonego cierpienia jest dosyć jasną. Wiądem wrzekomy z jednej strony mogą wywoływać substancyje trujące [olów, arsenik, wyskok, dwusiarek węgla], z drugiej znów — jady zakaźne [błonica, ospa, tyfus, gruźlica, trąd]. Niekiedy też bywa przyczyną zaziębienie, któremu przypisują, jak wiadomo, wszelkie ciężkie nerwowe cierpienia organiczne, nieposiadające dosyć jasnej etyjologii.

Nie chciałbym pominąć zupełnem milczeniem postaci wrzekomego wiądem, występującej dosyć często u osób nerwowych. Cały szereg wzmiankowanych przypadków spotykamy u ROCKWILL'a, KOWALEWSKIEGO, FÉRE i LEVAL-PICQUECHEF'a pod nazwą: *tubes dorsalis illusoria*, *ataxie hystérique*, *pseudotubes des névropathes*, *tabophobia*.

Większość wiądem wrzekomych o przebiegu bądź ostrym, bądź podostrym, cechuje się mniej lub więcej wyrażonemi bólami, oraz zboczeniami czucia (*hypesthesis*, *anaesthesia*, *paraesthesia*), towarzyszącemi bezładowi. Tu przypominam raz jeszcze, że przypadłości owe, towarzyszące bezładowi, stanowią, według LEYDEN'a, bardzo często przyczynę bezładem. Za dowód, że nazwa „*pseudotubes*“, nadana omawianemu cierpieniu przez badaczy francuzkich, którzy wielkie położyli zasługi na polu opracowania samego obrazu chorobowego, jest bardzo trafną, mogą posłużyć spostrzeżenia, w których rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wiądem a cierpieniami podobnemi napotyka na znaczne, niekiedy nawet nie dające się pokonać wielkie trudności.

I w istocie, nie byłoby wcale niewdzięcznem zadanie, mające na celu szczegółowe sprawdzenie wszystkich, znajdujących się w literaturze lekarskiej wyleczonych [?] przypadków wiądem, oraz stosunku ich do *nervotubes*.

Jak wielkie trudności może przedstawiać rozpoznanie różniczkowe, za dowód niech posłuży przypadek, spostrzegany przez GRAIGNET-STEWART'a, w którym rozpoznano nieprawidłową postać *ataxie locomotrice*. Przypadek powyższy dotyczył nieupośledzonego dziedzicznie 32-letniego mężczyzny, który uległ błoncowemu zapaleniu gardła. Badanie, dokonane w 3 miesiące później, dało wyniki następujące. Chory powłoczy nogami, przy zamkniętych oczach chwieje się; bezład i objaw ROMBERG'a wyraźne. Odruchów ścięgnistych brak zupełnie; przemijające objawy porażenia mięśni gardzielowych; prawostronne porażenie nerwu okoruchowego. Na podeszwie czucie znacznie obniżone. Przy zupełnym spokoju chory doznaje wrażenia, jak gdyby nogi owinięte były w futro, przy chodzeniu zaś, jak gdyby podłoga pokryta była filcem. Siła mięśniowa zachowana.

Przypadek powyższy, podobnie jak wiele innych, zakończony wyzdrowieniem zupełnem [JACCOUD, BERBES, RUMPF], przedstawia niemal typowy obraz władu rdzenia.

Rodzi się więc pytanie, jak rozpoznawać wład wrzekomy? W szczegóły rozpoznania różniczkowego pomiędzy władem rzeczywistym a wrzekomym wnikać tu nie mogę, a to dlatego, iż każdy wład wrzekomy, względnie do etjologii, posiada swoiste, jakkolwiek niezawsze wystarczające, oznaki różniczkowe. Za przykład stawiam najbardziej opracowany wład wrzekomy, spostrzegany u pijaków (*pseudotabes potatorum*); z jednej bowiem strony różniczkowe jego rozpoznanie przedstawia często znaczne trudności [DÉJÉRINE, WESTPHAL, BERNHARDT, DRESCHFELD]; z drugiej znów, jako zjawisko dosyć częste, budzi pewne zajęcie pod względem praktycznym.

Co się tyczy samego chodu bezładnego, to sposób i szybkość, z jaką bezład występuje, posiadają rozstrzygające znaczenie dla celów rozpoznawczych. Bezład pijacki znacznie się różni od bezładu tabetycznego [WESTPHAL]; chód — pomijając bezład — ma wiele podobieństwa z tym, jaki spostrzegać się daje przy porażeniu nerwu strzałkowego (*peroneus*), jakkolwiek ma on w sobie coś swoistego, coś odmiennego <sup>1)</sup>, czem się różni od niego.

Charakterystyczną cechą wrzekomego władu pijackiego stanowi również wcześniej przyłączające się porażenie zanikowe, lub osłabienie mięśni, oraz zmiany w pobudliwości na prąd elektryczny. Przy rozpoznawaniu powinny być, rozumie się, wyłączone te rzadkie przypadki powikłanego władu rdzenia, przy którym występuje odczyn zwyrodnienia w mięśniach, zależny od cierpienia nerwów obwodowych [WESTPHAL, ROSENTHAL, BERNHARDT, STINZING], lub też szarych pęczków przednich rdzenia [CHARCOT, EULENBURG]. Atoli i w tych przypadkach symetryczne cierpienie kończyn przemawia za władem wrzekomym.

Co się tyczy odruchu rzepkowego, to w przypadkach wątpliwych obecność jego w żaden sposób nie nadaje się do rozpoznania różniczkowego; odruch bowiem powyższy, jak to wykazali DELPRAT, ERB, WESTPHAL <sup>2)</sup>, HIRT <sup>3)</sup> i inni, może być w niektórych przypadkach zupełnie zachowanym, mianowicie tam, gdzie zostaje nieuszkodzonym t. zw. pas wnikania korzeni WESTPHAL'a „*Wurzeleintrittszone*“. Tyle jednak da się powiedzieć, że gdzie znikający objaw kolanowy powraca samoistnie, lub może być wywołany za pomocą rozmaitych zabiegów sztucznych, tam prawdopodobniej istnieje wład wrzekomy. Do najskuteczniejszych rękoczynów sztucznych należą: dłuższe opukiwanie ścięgna rzepkowego, podskórne wstrzykiwanie strychniny, zalecane przez JENDRASSIK'a i zasługujące na uwagę wysiłki mięśniowe w innych okolicach i t. d.

Jakkolwiek zapalenie nerwu wzrokowego spostrzegano zaledwie kilka razy [LILIENFELD, LOEWENBERG, DÉJÉRINE-KLUMPKE i t. d.], to jednak ze względu na to, iż przy władzie wrzekomym ulega zapaleniu znaczna część nerwów obwo-

<sup>1)</sup> Imprimant à la démarche un caractère spécial désigné par M. CHARCOT sous le nom „step-page“. DÉJÉRINE-KLUMPKE. Des polynévrites. 1889. p. 42.

<sup>2)</sup> WESTPHAL. 2 Fälle von Tabes mit erhaltenem Kniephänomen. Berlin. klin. Woch. 1887. XXIV.

<sup>3)</sup> HIRT. Ueber Tabes mit erhaltenen Patellarreflexen. Berlin. klin. Woch. 1886. XXIII.

dowych, możliwem więc jest i powikłanie ze strony nerwu wzrokowego. *Neuritis optica* [nie zanik] mówi więc z wielkiem prawdopodobieństwem za *nervotabes*, przeciw zaś wiądowi rdzenia, przy którym nie spostrzegano omawianego cierpienia [BERNHARDT]. Rozumie się samo przez się, iż z góry powinny być wyłączone ostre zapalenie rdzenia i *sclérose en plaques*, którym często towarzyszy zapalenie nerwu wzrokowego.

O ile słusznie należy zwracać uwagę przy rozpoznaniu różniczkowem na objaw ARGYLL-ROBERTSON'a [nieruchomość odruchowa źrenic], o tyle mniejszą należy przyznawać wartość porażeniu mięśni gałki ocznej, które, jak to zauważył BERNHARDT wbrew PIQUECHEF'owi, spostrzegać się daje również przy wysokom zapaleniu nerwów.

Wreszcie dla rozpoznania różniczkowego, jakkolwiek niezawsze, posiada ważne znaczenie brak uczucia opasania, zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy, brak *crises gastriques, laryngées, anales*.

Szczegółowej anatomii patologicznej wiądu wrzekomego rozpatrywać tu nie będę, zwrócę tylko uwagę na to, iż oględziny pośmiertne, dokonane na wszystkich przypadkach czystego wiądu wrzekomego, zależnego bądź od jadu toksycznego, bądź od zakaźnego, bądź też powstałego samoistnie, wykazywały prawie zawsze brak zmian w rdzeniu, splotach rdzeniowych, oraz w pęczkach przednich i tylnych.

[D. n.]

---

## II. KILKA MYŚLI

### W PRZEDMIOCIE CHIRURGII DRÓG ŻÓŁCIOWYCH.

Podał

**W. Matlakowski.**

---

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Wykazując ujemne strony cholecystotomii zwykłej, przyznać musimy, iż w obecnym stanie nauki jest ona niuniknioną: na nieszczęście bardzo często nie można z żadaną pewnością i dokładnością rozstrzygnąć w czasie operacji, jaka jest przyczyna zamknięcia przewodu, lub też nie można na razie usunąć niedrożności, lub niebezpiecznem jest zbyt znaczne przedłużenie operacji, połączone z długiem i mozolnem poszukiwaniem w jamie otrzewnej, czasami w wyjątkowo niesprzyjających warunkach [wymioty, niemożność doprowadzenia chorego do zupełnej narkozy, wyczerpanie chorego, zapalenie otrzewnej i t. p.]. To jest powód, że pomimo podniesionych zarzutów, cholecystotomia zwykła zachowa jeszcze na długo racyję bytu, zwłaszcza iż, jako łatwa w wykonaniu, jest dostępnejszą szerszemu kołu lekarzy.

Czy ją robić na jednym posiedzeniu, czy w dwóch, jest to rzeczą osobistego zapatrywania: zdaniem mojem, robiąc ją odrazu, w niczem nie naraża się chorego na większe niebezpieczeństwo zapalenia otrzewnej, niż przy rozłożeniu na dwa tempa, nawet przy ropnej zawartości pęcherzyka; zawsze bowiem chirurg może

zupelnie zapobiedz dostaniu się płynu do jamy brzusznej. Natomiast w pewnych przypadkach, gdzie istnieją silne kolki, wymioty i objawy rozpoczynającego się zapalenia jamy otrzewnej, nakazanem jest wprost działać odrazu, gdyż objawy te ustać mogą jedynie po opróżnieniu pęcherzyka. Sklejenie się pęcherzyka z listkiem ściennym bywa czasami niezupełne nawet po 8 dniach [przyp. West'a *l. c.*], a więc z przecięciem trzebaby czekać bardzo długo, na co nie pozwala stan chorego.

Rozważając rozmaite operacje, dokonywane na drogach żółciowych, i porównywając je ze sobą, umyślnie pominąłem statystyczne dane; zebrane bowiem liczby operacji [zestawienia DENUCÉ, PAGE, KOERTE] są dotychczas za drobne, aby mogły przeważać szalę na korzyść tej lub innej operacji. Bardzo wiele cholecystotomij jest nieogłoszonych, a i ogłoszone drukiem nie wszystkie są wciągnięte w spisy.

Najsłabszą atoli stronę tego działu chirurgii brzusznej, stanowi brak jasnych wskazań do operacji wogóle. Autorowie mówią o ciężkich objawach, które upoważniają do wykonania operacji, lecz wyrażenie „ciężkie objawy“ jest bardzo nieokreślone, a wreszcie lepiejby było operować przed dojściem choroby do ciężkich przypadłości. LANGENBUCH wyraża się, iż na wycięcie pęcherzyka wtedy powinno się ważyć, gdy lekarz i chory wyczerpali wszelką cierpliwość, wyraźnie świadczące o ostrożności autora, lecz dalekie od ścisłych przepisów. Przyczyną tej niepewności jest niemożność nasza postawienia w każdym poszczególnym przypadku ścisłej anatomicznej dyjagnozy, która sama tyłko jest zdolna wskazać nam drogę postępowania. Spostrzegąłem jeden przypadek, w którym chora, cierpiąca na kolki, wymioty i zaburzenia w trawieniu, od lat kilku utraciła na wadze kilkanaście kilogramów. Mając na uwadze trudność w wyborze właściwej metody operacyjnej, zwłoczyłem z operacją, której chora domagała się szczególnie od chwili, jak odkryła guz w podżebrzu prawem. Rozmaite środki lecznicze pozostawały bez skutku, wreszcie zdecydowałem się na operację, przed którą jako przygotowanie chora wzięła bardzo dużą ilość soli karlsbadzkiej; kiedy przyszedłem z kolegami do zrobienia operacji, znaleźliśmy guz miękkim i mniejszym; postanowiliśmy jeszcze wyczekać i zabrać już zagrożone w kwasie karbolowym narzędzia; po kilku dniach chora przyniosła mi słoik z masą śluzu, strzępów, które oddała z wypróżnieniami; guz znikł, przypadłości ustały, a chora dotychczas ciejszy się wybornem zdrowiem.

Jeszcze trudniejsze przypadki do zdecydowania się na operację są tego rodzaju, w których żółtaczką bardzo mocną trwa od kilku miesięcy, obok bóleści, kolek, zaburzeń w trawieniu, a nadewszystko istnieje gorączka rozmaitego natężenia, a przytem najściślejsze badanie nie jest w stanie wykazać guza w podżebrzu. W rozpoznaniu niepodobna wyjść poza dyjagnozę niedrożności, lecz nie można bliżej określić warunków zatkania i zmian anatomicznych, na którychby oprócz można było zamierzoną operację. Chora nie decyduje się na nią, a wobec niepewności nie można też bardzo namawiać do niej, lub wywierać nacisk na rodzinę. Osobiście niebardzo jestem skłonny w tych razach do laparotomii badawczej, gdyż wielokrotnie widziałem, jak inni, dokonawszy jej, nie byli w stanie i po otwarciu brzucha rozstrzygnąć wątpliwości, czy niedrożność jest następstwem

li-tylko kamieni, czy obok nich nie ma nowotworu. W dwóch przypadkach leczonych przez kol. CHROSTOWSKIEGO i DUNINA, mimo ciężkiego stanu chorych, nastąpiło po kilku miesiącach całkowite wyzdrowienie bez wszelkiej operacji; dlatego to przy chorobach dróg żółciowych, zdaniem mojem, nie należy się spieszyć z operacją, chyba istnieje zapalenie otrzewnej, lub zagraża pęknięcie pęcherzyka żółciowego. Niepodobna zgodzić się na zdanie WITZEL'a [l. c. str. 187], który obecność kamieni w pęcherzyku uważa „zawsze“ za wskazanie do operacji; doświadczenie bowiem niemal codzienne poucza, że kamienie istnieć mogą całe lata i nigdy nie wywołać żadnych objawów.

**Spostrzeżenie I. *Empyema vesicae felleae; cholelithiasis; peritonitis; cholecystotomia; fistula mucosa; cholecystectomy; sanatio.***

Gi...ka Kazimira, 28 lat, nauczycielka, skierowana do mnie przez kol. ZACHAREWICZA, przybyła do mojego ambulatoryjum d. 21. II. 1889; przy badaniu znalazłem nadzwyczajnie silną bolesność brzucha z prawej strony, tak, że zdołałem tylko określić obecność guza jajowatego, bardzo wydłużonego, dającego się przesunąć z prawej połowy brzucha na lewo, twardego i gładkiego, swobodniej ruszającego się dolnym końcem niż górnym. Gdy chorej wspominałem o możliwej operacji, odpowiedziała, że raczej woli śmierć. Tymczasem nagle 24. II. tak gwałtownie zachorowała, że przysłała po mnie; badanie obecnie absolutnie niemożliwe z powodu boleści, od których chora wila się. Wtedy dopiero na moją propozycję zgodziła się dać przenieść w lektyce do mojego oddziału d. 25. II. 1889, gdzie bezzwłocznie postanowiłem chorą zachloroformować, wtedy ściśle zbadać i do operacji, o ile by się okazała potrzebną, przystąpić bezzwłocznie. G. za chorą uważa się dopiero od tygodnia; wtedy też dopiero dowiedziała się od D-ra ZACHAREWICZA, że ma w brzuchu guz. Wprawdzie od roku doznawała w prawym boku bólu, bardzo znacznie schudła, ale na to nie zwracała uwagi, lecząc się na rozmaite choroby; nigdy nie miewała wymiotów, czkawki, odbijania, żółtaczki, krwawych wypróżnień, stolec był zawsze opieszalym, ale nigdy nie było zatrzymania wypróżnień. Mocz zawsze prawidłowy i 2—3 razy na dobę oddawany. Miesiączkowanie prawidłowe, z lekkimi bólami; nigdy nie rodziła.

Po zupełnie i głębokiem uśpieniu chorej przy wspólnem badaniu z kol. JAWDYŃSKIM, CIECHOMSKIM znaleźliśmy guz wielkości prawie główki noworodka, jajowaty, tuż poza ścianą brzuszną położony w prawej połowie brzucha, lecz dający się przesunąć tak, że leży za smugą białą, przytem koniec dolny swobodniej się przesuwają, niż górny, który wchodzi, o ile wyczuć można w podżebrze; guz jest zupełnie gładki, twardy, zupełnie nie chęłbocący, naokoło guza przy pukaniu otrzymujemy o d g ł o s bębniasty [nawet między nim i łukiem żebrowym odgłos tympanityczny, choć wyższy]. Wątroba nie powiększona; obie okolice ledźwiowe i nerkowe jednakowo elastyczne. Narządy płciowe wewnętrzne, które zbadał kol. WINAWER, nie przedstawiają zmian i żadnej łączności z guzem nie posiadają. Serce i płuca prawidłowe.

Chora, dobrze zbudowana, posiada spory pokład tłuszczowy.

Wykluczwszy cierpienie innych narządów [żołądek, jelita, jajnik, macicę, nerkę], oraz na podstawie położenia i kształtu, przyszedłszy do wniosku, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z pęcherzykiem żółciowym.

Natychmiast przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, WINAWERA i SŁUPECKIEGO, przystąpiłem do operacji; otrwałem jamę brzuszną na zewnętrznym brzegu *m. recti abd. dextrae*, trafiłem na guz gładki, ciemno-sinawy, z naczyniami idącymi z góry na dół; ku górze wchodzi on głęboko w podżebrze; ku dołowi zrosły świeżemi sklejeniami z siecią i jelitami, ale się ślepo kończy, twardy i napięty. *Punctio et aspiratio* przyrządem POTAIN'a; zawartość

blado kawowego koloru, śluzowo ciągnąca się, z początku prawie przezroczysta mętno-ropna ku końcowi, w ilości 750 ctm. sześciennych. Z jamy otrzewnej wylewa się dużo przesiękowego płynu. Rozkleiwszy zlepione z guzem kiszki, wprowadziłem rękę po dolnej jego powierzchni; guz w głębi gruszkowato się zwęży, i przechodzi w twardy powrózek, w przewód pęcherzykowy. Wtedy zamknąwszy otwór po przekłuciu, zmniejszyłem cięcie w ścianie brzusznej szwem kuśnierskim na otrzewną i mięśnie nałożonym, zatem przyszyłem ścianę pęcherzyka do otrzewnej ściennej otworu; wreszcie przeciąłem worek i przyszyłem drugim piętrem szwów ściany pęcherzyka żółciowego do skóry. Po wprowadzeniu palca do jamy pęcherzyka żółciowego znalazłem kilka kamieni, poczem wyplukawszy jamę roztworem kwasu bornego, założyłem opatrunek. Operacja trwała wraz z badaniem 1½ godziny.

Przebieg wyborny, bez gorączki, wymiotów i bólesci. 3-go dnia zmieniono opatrunek; po wyjęciu gazy z jamy worka popłynęła ciecz żółtawa, wprowadzono dwa dreny. Przebieg dalszy bez powikłań; bólesci w brzuchu w zupełności ustaly; rana zagoiła się *per primam*; wydzielina z pęcherzyka śluzowa, ciągnąca się i w dość skąpej ilości, niezabarwiona żółcią, zmałemi kamyczkami. W kilka dni po operacyi wypróżnienie prawidłowej barwy. D. 19. III. przy przestrzykiwaniu pęcherzyka wyszły trzy duże kamyki, wielkości małego orzecha laskowego z typowemi *jacettes*. Chora 17. IV. opuściła szpital z przetoką i zmniejszonym w niej sączkiem, w nadziei, że z czasem jama worka zmniejszy się, ściana skurczy i przetoka zagoi. Gdy to nie następowało, chorej kilkakrotnie przypalałem błonę śluzową pęcherzyka lecz i to nie wpłynęło na zmniejszanie jamy, zarówno jak przedsiębrane podwakroć wyskrobanie łyżeczką VOLKMANN'a.

Gdy nadzieja zagojenia nie ziściła się, chora wstąpiła na nowo do oddziału dnia 5 Maja 1890 r. Jedyną dolegliwość chorej stanowi wyciek śluzowy z przetoki, która ściągnęła się i zmniejszyła tak dalece, że zaledwie przepuszcza najcieńszy zgłębnik. Od czasu do czasu otwór przetoki prawie całkowicie się zamyka, wtedy chora doznaje uczucia rozpierania, gniecienia, wreszcie bólu w podżebrzu prawem, który odejmuje jej łaknienie, sen, i możność zajęcia się czemkolwiek; ból ten przyrównywa chora do bólu przy zbieraniu się ropnia; wtedy przetoka się rozтворя i wylewa się płyn śluzowy, szklisty, przezroczysty, który z początku leje się w obfitości, potem płynie skąpiej, a po kilku dniach, przetoka znowu prawie się zamyka, by w kilka dni potem na nowo się otworzyć. Takie napady, przychodząc raz do dwóch razy na tydzień, nie tylko że czynią chorej życie nieznośnem z powodu bólu, niemilem z powodu ciągłej wilgoci na brzuchu i zanieczyszczenia bielizny, lecz, co gorsza, przeszkadzają jej w pracy, z której się utrzymywać musi. Z przetoki zawsze wypływa płyn szklistawy koloru białego; nigdy nie pokazał się ani ślad żółci; chora nigdy nie miała żółtaczk, trawienie odbywa się wybornie, masy kałowe są prawidłowo zabarwione, chora przytyła, wygląda zdrowo, białe. Przy kilkakrotnem badaniu zgłębnikiem, nie udało mi się nigdy dojść do kamienia. W takim stanie rzeczy, pomimo niechęci, zmuszony byłem przedsięwziąć ponowną operacyję. Do wyboru było ich dwie: albo po utworzeniu jamy brzusznej przyszyć pęcherzyk żółciowy do kiszki i sposobem WINIWARTEŃ'a skierować śluz z pęcherzyka do kiszki (*cholecystoenterostomia*), albo wyciąć pęcherzyk. Pierwsza operacyja wydała mi się technicznie w danym przypadku niezmiernie trudną ze względu, że musiałbym oddzielić pęcherzyk od ściany brzusznej, od wątroby, a jak przypuszczałem od jelita, od sieci, nadto wyobrażałem sobie, że z pęcherzyka żółciowego pozostał wązki kanał z zanikłą ścianką, na której nałożenie szwu dwupiętrowego przedstawiałoby nieprzyzwoiczone trudności. Dla tych względów oraz głównie dlatego, że zarośnięcie zupełne przewodu żółciowego zabezpieczało chorą o najważniejszego niebezpieczeństwa cholecystektomii, od wylania się żółci do jamy otrzewnej, wybrałem tę ostatnią operacyję.



Dnia 12 Czerwca po naradzie z kol. JAWDYŃSKIM, w obecności licznego grona kolegów, przystąpiłem do operacji; chloroformowanie było trudne i nie mogło być doprowadzone do pożądanego spokoju chorej. Przedewszystkiem rozszerzyłem otwór przetoki; wprowadziwszy palec, przekonałem się, że zamiast kanału istnieje po za ścianą brzuszną obszerna jama, z której wypłynęło kilka uncyj szklistawego śluzu. Wtedy otworzyłem jamę otrzewnej cięciem w starej bliźnie, przyczem, ku zdziwieniu swojemu, nie znalazłem przyrostów [kiszki lub sieci] ani do ściany brzusznej, ani do pęcherzyka żółciowego, owszem ściana tego ostatniego okazała się gładką, błyszczącą tak, jak normalna otrzewna; schodząc po niej palcem w głąb i ku górze, jak tylko dosięż mogłem, nigdzie nie namacałem kamyka uwięzłego w przewodzie pęcherzykowym, stanowiącego przypuszczalną przyczynę zatkania i nieprzepuszczania śluzu z pęcherzyka do dwunastnicy, ani w odwrotnym kierunku żółci na zewnątrz.

Oddzieliwszy pęcherzyk z łatwością zarówno od ściany brzusznej, jak i od wątroby, przyczem wypadło schwycić kilka tryskających tętniczek w zrostach z wątrobą, po wprowadzeniu palca jak najgłębiej do pęcherzyka i wyciągnięciu go jak najmocniej z rany na zewnątrz, zarzuciłem podwiązkę jaknajniżej na przewód pęcherzykowy, a związawszy go, przeciąłem, brzegi cięcia obszyłem po przypaleniu błony śluzowej przyrządem PAQUELIN'a, poczem dwoma szwami kikut dla bezpieczeństwa przytwierdziłem do otrzewnej w górnym kącie rany, a wprowadziwszy pasek gazy jodoformowej jako dren, ranę brzuszną zaszyłem i nałożyłem opatrunek.

Chora tego samego dnia miała silne bóle w podżebrzu, na szczęście nie wymiotowała i dalszy przebieg był pomyślny, bez gorączki, bez innych przypadłości.

18 Czerwca pierwszy opatrunek, przy którym wyciągnięto gazę z jamy brzusznej, a za nią wypłynął płyn żółciowy, gęsty, ciągnący się w ilości 3 łyżek. 21. VI. znowu to samo; wprowadzono dren. W ten sposób żółć świeża ukazywała się w ilości jednej do pół łyżki przez kilka dni — poczem rana zagoiła się i G. zupełnie zdrową opuściła szpital d. 12 Lipca 1890. Od tej pory cieszy się dobrem zdrowiem.

Zwracam uwagę czytelnika na dwa punkty. Najprzód na objaw, że przy opukiwaniu tępość, odpowiadająca guzowi, okoloną była ze wszystkich stron odgłosem bębnistym. Taki sam stosunek znalazł w jednym przypadku TARR, EICHHORST i WITZEL, który (*l. c.* 1890) podnosi ten objaw, mogący na pozór przemawiać przeciw uznaniu guza za pęcherzyk żółciowy. Jak widzimy, obecność odgłosu bębniściego między guzem i wątrobą nie powinna dać powodu do błędnego objaśnienia natury guza; odgłos bębniasty tłumaczy się poprostu interpozycją kiszki między pęcherzykiem rozciągniętym i wątrobą.

Ciekawsze zjawisko w danym przypadku stanowił wypływ żółci przez ranę, pomimo zawiązania przewodu pęcherzykowego. Zjawisko to w takich samych warunkach spostrzegali i inni operatorowie. TERRIER <sup>1)</sup> opowiadał o jednym przypadku na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego, przypisując wypływ żółci w pewnej ilości temu, iż podwiązka zbyt silnie zaciśnięta prawdopodobnie przerwała przewód pęcherzykowy. Nie przecząc bynajmniej podobnej możliwości, zwłaszcza gdy przewód jest kruchym, nie mogę tłumaczenia tego zastosować do swojego przypadku. Pęcherzyk i przewód wycięte zostały ponad miejscem zarośnięcia, a zatem nawet w razie przecięcia podwiązką żółć nie mogłaby się do-

<sup>1)</sup> Revue de chirurgie. 1890. str. 534.

stać z przewodu żółciowego. Najprawdopodobniej żółć w danym razie pochodziła z dolnej powierzchni wątroby poranionej przy oddzielaniu pęcherzyka, jak to przypuszczał TILLAUX. W takim jednak razie podobny wpływ powinienby być częściej notowany po wycięciu pęcherzyka.

### **Spostrzeżenie 2. *Hydrops vesicae felleae; cholecystotomia.***

N....da Matylda, 47 lat, żona włościanina, ze wsi Lorcina z pod Nasielska przysłana przez D-ra WRÓŃSKIEGO.

Około 9 miesięcy temu zauważyła guz w prawym podżebrzu, który od tej pory z wolna powiększał się; jednocześnie chora od czasu do czasu zaczęła doznawać silnych boleści w tejże okolicy oraz na przestrzał w okolicy między łopatkami; te bóle skłoniły chorą do wstąpienia do szpitala; prócz nich chora nie miała ani wymiotów, ani odbijania; łaknienie dobre; przed 20-tu laty przechodziła mocną żółtaczkę. Rodziła 14 razy; ostatni raz przed 3 laty; miesiączka prawidłowa.

Zdrowa, niezłe odżywiana, z dobrym wyglądem kobieta, bez zabarwienia żółtaczkowego. Brzuch mały, pusty, miękki, ztąd i wymacanie guza łatwe. Jest on elastyczny, gładki, wielkości pomarańczy, niechłobocący, mało bolesny i posiadający obszerne ruchy wahadłowe; siedzi poniżej łuku żebrowego prawego i odbywa ruchy oddechowe; wyczuć w nim kamieni nie można, na powierzchni jego przedniej wyczuwa się nierówność, rodzaj stopnia, najpewniej brzeg wątroby, z pod którego guz wychodzi. Kał nieodbarwiony. Rozpoznanie: otok wodny pęcherzyka żółciowego.

Dnia 30 Stycznia 1890 r.. Uskuteczniłem w zwykły sposób za jednym razem cholecystotomię, przeciąwszy ścianę brzuszną cięciem równoległym do *m. rectus abd.*, przyszywszy pęcherzyk do brzegów rany i przeciąwszy go zaraz; z jamy wypłynęła ciecz wodnisto-śluzowa, zawierająca 20 kamyków żółciowych. Przebieg zupełnie pomyślny; przez kilka dni chora miała silne boleści w okolicy wątroby.

D. 3 Marca chora opuściła szpital w wybornym stanie zdrowia, ale z przetoką, z której zaledwie przez kilka dni przesączało się w opatrunek nieco ropiasto-śluzowej wydzieliny. Dalsze losy chorej nie są mi wiadome.

W artykule niniejszym wcale nie miałem na myśli wyczerpać wszystkie ważniejsze pytania, odnoszące się chirurgii dróg żółciowych; w tym względzie czytelnik znajdzie obszerniejsze uwagi w przytoczonej już pracy ROTH'a <sup>1)</sup>, w monografii DENUCE'go, oraz w polskiej pracy ZAGÓRSKIEGO, który, ogłaszając dwa nowe przypadki operowane, szczegółowo rzecz całą wyłożył <sup>2)</sup>.

---

1) Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse présentée au concours de l'agrégation. 1886.

2) przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. Przegląd Lekarski. 1887. Nr. 46, 47, 48 i 49.

### III. O WŁASNOŚCI CHŁONICZEJ SKÓRY LUDZKIEJ.

Napisał

**D-r Leon Kopff,**

lekarz rządowy c. k. zakładu w Krynicy.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 25].

**Doświadczenie VI.** Analiza spektralna podała nam sposób wykrywania nader małych ilości lityny. Oko jest w stanie jeszcze odróżnić charakterystyczną dla lityny linię czerwoną  $Li\alpha$ , przy obecności mniejszej nawet ilości węglanu lityny nad 9 milionowych miligrama [ROSCOE, VOGEL]. Przytem lityna przechodzi bardzo łatwo z krwi do wydzielin, jak to JONES wykazał. Z tych przyczyn uważaliśmy sole litynowe za nader odpowiednie dla naszych doświadczeń, tembardziej, że HUEFNER (*l. c.*) w rozprawie swej o przechodzeniu soli litynowych przez skórę podaje granicę możności wykrycia chlorku lityny w moczu, konieczność wessania i dostania się do obiegu krwi ilości nie mniejszej nad 50 miligramów tej soli, co tylko tem się tłómaczy, że HUEFNER badał na litynę moczu, bezpośrednio zagęszczając go tylko, co najwyżej, przez odparowanie.

Doświadczenia moje przedwstępne wykonywałem w ten sposób, że po zażyciu minimalnej ilości chlorku lityny, zbierałem moczu z następnych 4 do 6 godzin, zakwaszałem go wybitnie kwasem chlorowodornym, odparowywałem na łaźni wodnej do suchości, pozostałość krystaliczną zakwaszałem raz jeszcze kwasem chlorowodornym, do wybitnie kwaśnego oddziaływania, poczem wyciągałem wyskokiem bezwodnym na pół z eterem, i dopiero pozostałość wyciągową badałem spektroskopem. Tym sposobem przekonałem się, że 1 miligram chlorku lityny, wewnątrznie użyty, daje jeszcze w moczu bardzo wybitny odczyn; po wstrzyknięciu zaś pod skórę  $\frac{1}{2}$  miligrama, również otrzymałem jeszcze zupełnie wybitną linię  $Li\alpha$ . Po tych doświadczeniach przedwstępnych, przystąpiłem dopiero do doświadczeń właściwych, które wykonywałem częścią na sobie, częścią na chłopcu 17-letnim. Jak w poprzednich, tak i w tych doświadczeniach zachowywałem wszystkie powyżej opisane ostrożności. Kąpiele częściowe stosowałem w 1% roztworze wodnym chlorku lityny, otrzymanym przez zubożenie roztworu węglanu lityny, za pomocą kwasu chlorowodornego. Po obmyciu ręki wodą z mydłem i przekonaniu się, że skóra nie jest nigdzie uszkodzoną, zamoczyłem ją aż do wysokości  $\frac{1}{3}$  górnej ramienia w wysokim a wązkim naczyniu szklanem, zawierającym  $2\frac{1}{4}$  litra 1% roztworu  $LiCl$ , ogrzanego do  $33^{\circ} C.$ . Ta kąpiel ramieniowa trwała 60 minut. Następnie rękę dokładnie wodą letnią i mydłem obmyto. Mocz, zebrany z 20 godzin, wynosił 1520 ctm. sześć.. Postąpiono z nim na sposób powyżej opisany. Badanie spektralne dało wynik ujemny. W trzy dni później powtórzyłem w ten sam zupełnie sposób badanie powyższe, ponieważ jednak nie była wykluczona możność, że chlorek lityny nie od razu dostał się przez skórę, więc zebrano najprzód moczu z 16 godzin bezpośrednio następujących po doświadczeniu, a także osobno moczu z następujących dalszych 20 godzin. Jednak ba-

danie spektralne tak pierwszej jak i drugiej porcji moczu dało wynik ujemny. Skutkiem tego przystąpiono do doświadczenia VII-go.

**Doświadczenie VII.** w którym stosowano przez 2 dni z rzędu kąpiel nożną w 10½ litrach 1% roztworu wodnego LiCl, ogrzanego do 35°C. Kąpiel w pierwszym dniu trwała 60 minut. Z następnych 18 godzin zebrano 1120 ctm. sześć. moczu. W drugim dniu kąpiel trwała także 60 minut, a moczu z następnych 20 godzin zebrano 1370 ctm. sześć.. Razem więc użyto do badania 2400 ctm. sześć. moczu, z którym postąpiono, jak powyżej. Przy badaniu spektralnym pozostałości wyciągowej, otrzymano linię Li $\alpha$ , jednak słabszą znacznie, niż w badaniach przedwstępnych. Następny szereg doświadczeń wykonaliśmy z chlorkiem rtęci, robiąc je częścią na 16-letnim chłopcu, wyleczonym ze strupienia głowy, częścią zaś na 23-letnim chorym *cum blenorrhoea urethrae chronica*. U obu przed rozpoczęciem doświadczeń badaliśmy mocz, aby wykluczyć przypadkową możliwość znajdowania się w ustroju rtęci. Przekonawszy się dopiero o jej nieobecności, przystąpiliśmy do doświadczeń.

**Doświadczenie VIII.** Po dokładnym obejrzeniu skóry ramienia, przedramienia i ręki prawej, i przekonaniu się, że skóra w żadnym miejscu nie jest pozbawioną naskórka, zamoczono całą tę kończynę do wanienki drewnianej, zawierającej 14 litrów 1‰ roztworu wodnego [14 grm.] chlorku rtęci o ciepocie 36°C. Wanienkę nakryto płótnem i papierem gutaperkowym najstaranniej, aby zapobiedz tym sposobem możliwemu ulatnianiu się cieczy i porwaniu przytem w powietrze cząstek sublimatu. Kąpiel trwała 45 minut. Po kąpeli obtarto szybko a dokładnie całą kończynę i powtórnie przekonano się, że naskórek nigdzie nie jest uszkodzony. Aby zapobiedz przypadkowemu przeniesieniu cząstek sublimatu na którąkolwiek z błon śluzowych, obmyto zaraz po kąpeli samą rękę wodą przekroploną i nałożono na nią rękawiczkę, którą chłopiec nosił przez kilka godzin, poczem polecono mu znów umyć rękę wodą i mydłem. W ciągu 24 godzin po tem doświadczeniu zebrano do czystego naczynia moczu 1088 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,028, białka niezawierającego. Badanie chemiczne, wykonane w dniach następnych, nie wykazało ani śladu rtęci. Aby się przekonać, czy przypadkiem jakie czynniki nam nieznane nie były przyczyną ujemnego wyniku doświadczenia, powtórzono je we 2 dni później raz jeszcze. I znów po przekonaniu się, że naskórek na kończynie górnej lewej, tym razem, nigdzie nie jest uszkodzony, zastosowano na tę kończynę w ten sam sposób, jak wyżej opisano, kąpiel sublimatową z 14 litrów 1‰ wodnego roztworu HgCl<sub>2</sub>, ogrzanego do 33°C. Kąpiel tym razem trwała minut 65. Moczu w czasie następujących 24 godzin zebrano 1240 ctm. sześć.. Mocz o ciężarze właściwym 1,021, białka nie zawiera. Badanie chemiczne i tym razem rtęci nie wykazało. Wynik zatem doświadczenia pierwszego był ujemny. Możliwość jednak nie była wykluczoną, że sublimat mógł dłuższy czas pozostać w tkankach skóry i tylko zwolna ulegać chłonięciu. Chcąc się o tem przekonać, zebraliśmy mocz z następnych 24 godzin, w dniu zupełnie od doświadczenia wolnym, i poddaliśmy go znów badaniu chemicznemu. Moczu było 1350 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,017, białka niezawierającego. Badanie chemiczne i teraz nie wykazało w moczu ani śladu rtęci.

Doświadczenie powyższe udowodniło nam, że roztwór wodny  $\text{HgCl}_2$  1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> nie przechodzi tak łatwo przez nietkniętą skórę, a przynajmniej nie przechodzi w takiej ilości, aby go można nawet bardzo dokładnym badaniem w moczu wykryć. Możliwym jednak wydało mi się, że kilkakrotne użycie dzień po dniu kąpeli sublimatowej jest w stanie przeprowadzić przez skórę do ustroju taką ilość sublimatu, że ta daje się wykryć w moczu. Dla przekonania się o tem, zastosowano temu samemu chłopcu, z temi samemi ostrożnościami, co przy pierwszym doświadczeniu, kąpiel na kończynę górną prawą z 16 litrów 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> roztworu wodnego chlorku rtęci, ogrzanego do 32° C. przez 60 minut. Z 24 godzin następnych zebrano moczu 1180 ctm. sześć.. Mocz o ciężarze właściwym 1,024 białka nie zawiera. W dniu następnym, na kończynie prawej, dnia poprzedniego do doświadczenia użytej, nie wykryto żadnych śladów żrącego działania sublimatu. Mimo to jednak dla wszelkiej pewności zastosowano kąpiel na kończynę górną lewą, po poprzednim przekonaniu się o całości naskórka. Kąpiel z ostrożnościami, wyżej opisanemi, z 16 litrów 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> roztworu wodnego chlorku rtęci, ogrzanego do 32° C. trwała przez 60 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1250 ctm. sześć. moczu o ciężarze właściwym 1021; białka nie wykryto. W dniu następnym znaleziono na palcu średnim ręki prawej zdarty naskórek koło paznogcia [zanogcica]. Kończyny lewej, jakkolwiek nie ma na niej widocznych uszkodzeń naskórka, przecież nie chciano użyć do doświadczeń, aby działanie dłuższe sublimatu w krótkich ustępach czasu nie wywołało zadrażnienia skóry. Zastosowano więc kąpiel na obie nogi w czystej drewnianej putni do wysokości połowy goleni.

Samo przez się rozumie się, że i tutaj przekonano się o całości naskórka i że postąpiono ze wszystkiemi takimi samemi ostrożnościami, jak przy pierwszym doświadczeniu. Do kąpeli użyto 15 litrów 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> roztworu wodnego  $\text{HgCl}_2$ , ogrzanego do 33° C.. Kąpiel trwała przez 70 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1230 ctm. sześć. moczu, o ciężarze właściwym 1,021, białka niezawierającego. Razem więc z tych trzech dni, w których stosowano kąpiel sublimatową, zebrano moczu 3660 ctm. sześć.. Całą tę ilość moczu badano w sposób powyżej opisany. Znaleziono dość wyraźny nalot szarawy na blaszce miedzianej, wyraźniejszy na blaszce złotej, który dał potem wązki, ale wybitnie zabarwiony pierścień jodku rtęci. Podobnie jak przy poprzednim doświadczeniu chciano się i tutaj przekonać, czy w moczu z dni następnych po doświadczeniu znajduje się będzie rtęć. W tym celu zebrano z dni trzech, w których nie robiono doświadczeń, moczu 3985 ctm. sześć., nie przedstawiającego nic nieprawidłowego. Badanie i tym razem rtęci w moczu nie wykazało.

**Doświadczenie IX.** Zastosowano z ostrożnościami wyżej opisanemi kąpiel sublimatową na kończynę górną prawą. Tym razem użyto do kąpeli roztworu dwa razy mocniejszego, mianowicie 15 litrów roztworu wodnego  $\text{HgCl}_2$  w stosunku 1:500 [t. j. 30 grm. sublimatu na kąpiel]. Kąpiel na 30° C. trwała 60 minut. Skóra po kąpeli okazuje na powierzchni zginaczy lekkie zaczerwienienie, nie przedstawia jednak żadnych widocznych uszkodzeń naskórka, lub wybitniejszych objawów żrącego działania roztworu sublimatu. Moczu z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1375 ctm. sześć., ciężaru właściwego 1,017; białka nie ma. Badanie chemiczne wykazało na blaszce złotej lekki nalot białawy. Odczyn

z jodem w rurce włoskowatej nie udał się. Wynik zatem tego doświadczenia jest wątpliwym.

**Doświadczenie X.** Z ostrożnościami wszystkimi, jak w powyższych badaniach, zastosowano kąpiel z 15 litrów wodnego roztworu chlorku rtęci, w stosunku 1:500 na kończynę górną prawą. Kąpiel na 34° C. trwała 60 minut. Po kąpeli w miejscach przegubów stawowych zauważono zaczerwienienie skóry, zresztą żadnego innego odczynu. Mocz z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1470 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,014, białka nie zawierającego. Ponieważ W. J., użyty do doświadczeń, podaje, że po ostatniej kąpeli czuł lekkie palenie i swędzenie ręki lewej, użyto więc w dniu następnym do doświadczeń obu nóg i zastosowano na nie z wszystkimi wyżej opisanymi ostrożnościami kąpiel do wysokości  $\frac{1}{3}$  dolnej nogi z 12 litrów wodnego 2<sup>00</sup>/<sub>00</sub> roztworu HgCl<sub>2</sub>. Kąpiel o 36° C. trwała przez 70 minut. Mocz w następnych 24 godzinach zebrano 1370 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,017, białka nie zawierającego. Na skórze nóg, prócz miejsc, delikatniejszą skórą okrytych, które są lekko zaczerwienione, nigdzie nie widać żadnych objawów mocniejszego zadrażnienia skóry sublimatem. Z dwóch powyższych dni zebrano zatem moczu 2840 ctm. sześć., które poddano razem badaniu na rtęć. Badanie dało wynik dodatni, mianowicie tak na blaszce miedzianej szarawy wyraźny nalot, jak i na blaszce złotej nalot metalicznej rtęci, który następnie dał z parą jodu wybitny pierścień szkarłatnego jodku rtęci. Z następnych dni wolnych od doświadczeń zebrano 2590 ctm. sz. moczu prawidłowego, w którym rtęci nie znaleziono.

Doświadczenia powyższe udowodniły nam, że chlorek rtęci z roztworu wodnego, jakkolwiek z trudnością, przechodzi jednak przez skórę fizjologiczną i daje się w moczu wykryć. Dalej, że rtęć, pochłonięta przez skórę, bardzo szybko zostaje z ustroju wydalona, bo w moczu z dni następnych już ani śladu rtęci nie napotykaamy.

W literaturze o chłonienu ciał z roztworu wodnego nie napotkaliśmy nigdzie wzmianki o doświadczeniach, któreby zmierzały do dokładniejszego oznaczenia ilości ciała, które do ustroju przez skórę się dostaje i z ustroju drogą moczu wydalone zostało. Ponieważ zaś oznaczenie dokładniejsze ilości rtęci, jaka się tą drogą do ustroju dostaje i nerkami wydzieloną bywa, nie jest przytem pozbawione i znaczenia praktycznego, postanowiliśmy więc w doświadczeniu następnem zająć się tą sprawą.

**Doświadczenie XI.** Do doświadczenia tego użyliśmy chorego I. D., 23-letniego „*cum blenorrhoea chronica urethrae*“. Mężczyzna ten, zresztą zupełnie zdrowy, syfilisu nigdy nie przebywał, a rtęci nigdy ani wewnątrz, ani zewnątrz nie używał. Dla pewności jednak i tutaj przed przystąpieniem do doświadczeń zebraliśmy z dwóch dni moczu prawidłowego 2630 ctm. sześć. i poddaliśmy go badaniu. Badanie to nie wykazało rtęci.

Po dokładnem obejrzeniu i przekonaniu się, że skóra obu nóg jest pokryta zdrowym i nienaruszonym naskórkiem, zastosowano kąpiel na obie nogi do wysokości  $\frac{1}{3}$  nogi ze wszystkimi ostrożnościami, jak w powyżej opisanych doświadczeniach. Do kąpeli użyto 12 litrów roztworu wodnego 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub> [12 grm.] HgCl<sub>2</sub>. Kąpiel na 34° C. trwała 63 minut. Po kąpeli nie dostrzeżono żadnego

zadrażnienia skóry. Moczu z następnych 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1550 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,017. Na wykrycie białka nie kładziono wagi w tem doświadczeniu z powodu, że indywiduum, do doświadczeń użyte, cierpiało na rzeżączkę przewlekłą cewki moczowej. W dniu następnym ze wszystkimi ostrożnościami zwykłemi zastosowano kąpiel na kończynę prawą górną, z piętnastu litrów roztworu wodnego chloru rtęci w stosunku 1:500, t. j. z 30 grm. sublimatu. Kąpiel, ogrzana do 30° C., trwała 72 minut. Po kąpeli, prócz lekkiego zaczerwienienia skóry i uczucia lekkiego pieczenia, nie zauważono żadnych innych objawów żrącego działania roztworu sublimatu. Moczu zebrano 1380 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1,021. Dnia trzeciego z rzędu kąpiel kończyny lewej górnej, jak poprzednio, w 15 litrach roztworu wodnego 2‰ chloru rtęci [30 grm. HgCl<sub>2</sub>] trwała minut 58. Skóra po kąpeli ani w tym, ani w następnym dniu nie przedstawia żadnych uszkodzeń naskórka, lub ważniejszych odczynów po sublimacie. Moczu zebrano 1580 ctm. sześć., o ciężarze właściwym 1,018. Dnia następnego czwarta z rzędu kąpiel nożna do 1/3 dolnej wysokości goleni, z wszystkimi ostrożnościami wyżej opisanymi. Do kąpeli użyto 12½ litra roztworu wodnego, zawierającego 17 grm. chloru rtęci. Kąpiel na 36° C. trwała 60 minut. Odczyn skóry po kąpeli ogranicza się do miernego zaczerwienienia i lekkiego palenia. Moczu zebrano w ciągu 24 godzin 1320 ctm. sześć., o ciężarze właściwym 1,026. Ogółem zebrano w ciągu dni czterech doświadczalnych moczu 5830 ctm. sześć..

W celu oznaczenia ilościowego rtęci, postępowaliśmy w sposób następujący: podobnie jak w poprzednich doświadczeniach, zniszczyliśmy części organiczne chloranem potasu i kwasem chlorowodornym. Po odparowaniu, celem wydalenia nadmiaru chloru, i po rozpuszczeniu osadu, wprowadziliśmy do przesączu, zakwaszonego kwasem chlorowodornym, gaz kwasu siarkowodorowego przez 24 godzin. Osad powstały wraz z sączkiem czystej szwedzkiej bibuły zniszczyliśmy wodą królewską. Po odparowaniu do suchości tego roztworu na łaźni wodnej, rozpuszczaliśmy osad w małej ilości wody, zubożyliśmy i zaprawialiśmy w odpowiedniej ilości cyjankiem potasu. Do tak przyrządzonego płynu wprowadzaliśmy znów przez 24 godzin H<sub>2</sub>S. Osad powstały zbieraliśmy na sączku małym z bibuły szwedzkiej, wysuszonym i odważonym poprzednio dokładnie; obmywaliśmy go wodą przekroploną i następnie suszyliśmy w łaźni powietrznej między dwoma szkiełkami zegarowymi przy 110° C., dopoki tylko waga stwierdzała ubytek na ciężarze. Następnie po ostudzeniu nad kwasem siarczanym zgęszczonym odważyliśmy siarku rtęci [HgS] 0,0023 grm., co odpowiada 0,0019 grm. czystej rtęci [Hg], czyli 0,0025 grm. chloru rtęci [HgCl<sub>2</sub>]. [C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 7. Niezwykły przebieg pierwszego okresu przymiotu.

N. N., młody człowiek, lat około 30, cieszący się zupełnem zdrowiem, w dniu 3 Marca r. b., będąc w domu publicznym, powodowany obawą przed możebnem zarażeniem, ograniczył się na t. zw. „*sucette*“. Nienaturalne to spółkowanie trwało

bardzo krótko, nie skończyło się nawet *ejaculatione seminis*; N. N. obmył starannie wodą całe prącie i spokojny wrócił do domu.

Na trzeci dzień rano pacjent zauważył na skórze żołądzi, na górnej powierzchni niedaleko od rowka zażołądziowego, dwie nieznaczne ranki, właściwie nadżarcia blisko jedno drugiego leżące; przytem cały napletek był zaczerwieniony. Przy obmywaniach wodą karbolową ranki te, pochodzące prawdopodobnie od skaleczenia zębami *vulgaragae*, która widocznie nieumiejętnie wzięła się do rzeczy, zagoiły się bez śladu.

29 Marca, a zatem prawie w cztery tygodnie po wyżej opisanem spółkowaniu, na obrzmiałej żołądzi chory zauważył dwa powierzchowne owrzodzenia, zupełnie podobne do poprzednich, nie na tych jednak miejscach, gdzie były te ostatnie, a mianowicie: jedno owrzodzenie ulokowało się około wędzidełka z prawej strony, a drugie — po lewej stronie żołądzi, wyżej nieco od pierwszego. Na piąty dzień pokazało się trzecie owrzodzenie — na górnej powierzchni, również nie na miejscu dawnych ranek. Przy badaniu w dniu 1. IV. owrzodzenia te znalazłem miękkie, z małą bardzo wydzieliną; dno ich było miedzianego koloru, nie wiele głębiej leżące od powierzchni samej żołądzi; napletek zaczerwieniony, miękki. Nie chcąc przeszkadzać energicznem leczeniem naturalnemu przebiegowi choroby, ograniczyłem się na zaleceniu obmywać lekką wodą karbolową.

W d. 10. IV. owrzodzenia owe znalazłem powiększone; dno ich trochę stwardniałe; ilość znaczna ropy gęstej, zielonej. Napletek sam miękki. Gruczoły nie powiększone. Ogólny stan bardzo dobry.

D. 14. IV. stan owrzodzeń był znacznie lepszy: zaczęły się goić.

Rozpoznanie w danej chwili wahało się między *balano-posthitis* a *ulcus durum*. Wrzód miękki trzeba było stanowczo odrzucić, mając na uwadze choćby tylko wygląd owrzodzeń. Zaczerwienienie całego napletka, brak stwardnienia tego ostatniego, obfitość wydzieliny — a co najważniejsza — ilość owrzodzeń przemawia za *balano-postitis*. Tylko czas pojawienia się owych owrzodzeń i rozpoczynające się stwardnienie dna tych ostatnich kazały się obawiać, czy nie będziemy mieli do czynienia z zarażeniem przymiotowem, powstałem w tak niezwykle sposób.

Dalszy przebieg choroby pokazał, co właściwie mamy przed sobą. 30. IV. badając chorego, znalazłem owrzodzenia od kilku dni zagojone. Dno dwóch bocznych stwardniałe, stwardnienie lewego owrzodzenia miało charakterystyczną formę lejka, zwróconego cienkim końcem ku wewnątrz. Owrzodzenie górne zginęło bez śladu. Gruczoły pachowe i pachwinowe prawe obrzmiałe i mało bolesne, gardziel czerwona. Chory czuje się nieźle.

23. IV. prawe owrzodzenie, już zupełnie zagojone, ponownie się otworzyło [jeżeli wolno się tak wyrazić]; powierzchnia jego lekko krwawiąca.

Od 23. do 28. chory narzekał na ogólne niedomaganie, chwilowe bóle głowy i t. p..

Nakoniec, 28. IV, to jest w ośm tygodni od spółkowania, a w cztery od zjawienia się owrzodzeń, zauważyłem u chorego na skórze piersi i pleców wyraźną *roseolam syphiliticam*. Jednocześnie stwardnienia na żołądzi nie znikają, a owrzodzenie prawe nie ma się ku zagojeniu; fałda napletka w bliskości owrzodzenia stwardniała; gruczoły pachowe i pachwinowe lewe również powiększone.

Niezwykłość samego zarażenia, obfitość i nieprawidłowość przebiegu pierwotnych owrzodzeń, współczesność tych ostatnich i wysypki skłoniły mię do podania tego przypadku do wiadomości kolegów.

F. Wychowski [Dobrzyń nad Drwęcą].



## BIBLIJOGRAFIJA.

Prof. D-r Cybulski. Fیزیjologija człowieka.

Już to młodzież polska, uniwersytecka, nie ma szczęścia do podręczników oryginalnych. Odnosi się to, jeśli się nie mylę, do wszystkich działów nauki, może najmniej do nauk matematycznych; odnosi się to przede wszystkim — i tu sądzę, że się nie mylę — do nauk bijologicznych i lekarskich. Profesorowie polscy nie lubią pisywać podręczników. Jedni tłómaczą się tem, że ważniejszą jest rzeczą czynić samodzielnie badania naukowe, niżeli czas tracić na niezbyt produkcyjnem pisaniu podręczników: tłómaczyć to może tylko genialnych iście badaczy, w rodzaju MARCELEGO NENCKIEGO. Inni znowu czekają, aż się rozmaite ważne kwestyje ostatecznie rozwiążą; inni jeszcze, aż sami doświadczalnie przeobrażą cały materyjał, wejść mający w skład podręcznika: ci znowu nie posiadają odpowiedniego talentu, czy odwagi, czy wytrwałości. Wspaniale rozpoczynał się wykład chemii organicznej JAKOBA NATANSONA, ale skończył się na wstępie. Świetnie rozpoczynał się wykład anatomii patologicznej WŁODZIMIERZA BRODOWSKIEGO. FUDAkowski dał nam tylko wstęp do chemii fizyologicznej. Pisanie jednak podręczników jest rzeczą bardzo doniosłego znaczenia. Przecież i nowe fakty naukowe będą łatwiej zdobywane, im liczniejszy będzie zastęp miłujących naukę, czyli im w szersze koła młodzieży uczącej się przenikać będą jasno i gruntownie wyłożone zasady danej nauki. Jakkolwiek nauka najwybitniejsza na sobie nosi cechy kosmopolityzmu, to jednakże swoiste momenty psychologiczne, genijuszowi danego narodu właściwe, wymagają swoistego pedagogicznego traktowania wykładów naukowych. Okoliczność ta stanowi wyższość podręczników dobrze napisanych, oryginalnych, nad równie dobrymi przekładami. Pomijam już tu konieczność poczucia godności narodowej, którą chyba wstydzić powinno ciągle uciekanie się o pomoc naukową do zagranicznych mózgów. Daje dowód miłości młodzieży i dbałości o rozpowszechnianie oświaty krajowej uczony, który czas i trud poświęca na pisanie podręcznika naukowego. Z prawdziwą tedy przyjemnością i wdzięcznością dla tych wszystkich, którzy do wydania się przyczynili, witamy pojawienie się fizyjologii człowieka Prof. D-ra NAPOLEONA CYBULSKIEGO. Mamy przed sobą część pierwszą, zawierającą wstęp i rozdziały o krwi, limfie, mięśniach i układzie nerwowym. Układ rozdziałów bardzo nam się podoba. Postawienie na pierwszym miejscu krwi i to niezależnie od trudnego i skomplikowanego mechanizmu krążenia, który dopiero po poznaniu fizyjologii mięśni i nerwów może być zrozumianym, jest bardzo pedagogiczne. Również bardzo właściwem jest zwrócenie odrazu uwagi na doniosłość w gospodarstwie ustroju i na stosunek do krwi i tkanek limfy, która w osobnym rozdziale obok krwi jest traktowana. Następuje potem bardzo pedagogicznie wyłożona rzecz o mięśniach, a wreszcie o układzie nerwowym. Bardzo właściwie wiąże najczęściej autor fakty fizyjologiczne z metodologiją badań. Wykład jest wogóle jasny i potoczny. Szczerze życzymy, aby dzieło prof. CYBULSKIEGO i w następnych ukazywało się wydaniach i dlatego ośmielamy się zwrócić uwagę Szan. autora na niektóre usterki, które, zdaniem naszym, powinnyby być usunięte z wydań następnych.

Określanie ściśle pojęć naukowych jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, a nie-ściśłem jest określenie na samym początku: „Fیزیjologija jest nauką o życiu i wszystkich jego objawach“, albowiem bijologija jest nauką o życiu i wszystkich jego objawach, a rozpada się ona na dwa wielkie działy, a mianowicie: na morfologiją i fizyjologiją. Pierwsza zajmuje się postacią i budową istot ożywionych i narządów w skład ich wchodzących, oraz przemianami postaci i budowy zarówno w rozwoju indywidualnym, jak i w rozwoju całego organizmu żywego [anatomija, embryjologija, anatomija porównawcza];

fizyjologija zaś zajmuje się czynnościami życiowymi istot ożywionych, tkanek i narządów je składających [fizyjologija, fizyjologija porównawcza].

Wydaje nam się też „wstęp“ cały, któryby powinien ukazać młodemu umysłowi szerokie horyzonty nauki o życiu, zbyt pobieżnie traktowanym. Zaprawiający się do badań przyrodnik młody, czy lekarz, daleko lepiej zrozumie naturę tej dziedziny zagadnień, do której rozpoznawania bliższego przystępuje, gdy z lotu ptaka obejmie wzrokiem topografię i granice dziedziny tej w stosunku do dziedzin innych, w najbliższym z nią związku pozostających.

Zdawałoby się nam, że pragnąc, jak bardzo słusznie czyni Szan. autor, przedstawić paralełę czynności życiowych protoplazmy ameby z czynnościami najwyższych ustrojów, należałoby obok objawów: 1) kurczliwości, 2) przemiany materii i 3) reprodukcji, postawić właśnie na pierwszym miejscu pobudliwość, a potem dopiero: 2) kurczliwość, 3) przemianę materii, 4) reprodukcję; pobudliwość bowiem wyróżnia się potem jako władza wybitnie odrębna i odrębnym narządem właściwa. Jakkolwiek pobudliwość uważa autor za podstawę trzech pozostałych w mowie będących władz, to jednak nie usprawiedliwia pominięcia jej jako objawu samodzielnego, obok innych; boć przemiana materii jest również podstawą wszelkiej władzy fizyjologicznej, a jednak jako oddzielny objaw fizyjologiczny autor ją wymienia.

Mówiąc o roli fizyjologicznej ciałek bezbarwnych krwi i wogóle ciałek limfatycznych, Szan. autor wspomina wyłącznie o obronnej ich roli w rozumieniu MIECZNIKOW'A, mianowicie o pochłanianiu przez nie bakteryj. Ponieważ teoria MIECZNIKOW'A jest dotąd jeszcze, co najmniej, hipotetyczną, a w każdym razie przedmiotem sporu, należałoby wspomnieć także o doniosłych w fizyjologii sporach, dotyczących innych bardziej fizyjologicznych zadań ciałek białych, jak i stosunku ich do powstawania krążków czerwonych, do sprawy trawienia i assymilacji, do sprawy wzrostu i regeneracji tkanek.

W fizyjologii mięśni, mówiąc dużo o własnościach fizycznych, byłoby może na miejscu dotknąć słówkiem znaczenia fizyjologicznego sprężystości i rozciągliwości i choćby o tem, że normalnie punkty przyczepów mięśni są odleglejsze, niż długość mięśni w spoczynku i o znaczeniu fizyjologicznem tego urządzenia.

Uderzyło nas wreszcie zbyt, naszym zdaniem, pobieżne traktowanie tak ważnej dziś kwestyi, jaką jest fizyjologija układu nerwowego ośrodkowego — tem bardziej, że nie mogliśmy doszukać się objaśnienia, że rzecz w dalszym ciągu dzieła jeszcze raz szczegółowiej będzie rozwinięta. Jeszcze ogólny jeden, zdaniem naszym, dość ważny brak cechuje pełne zalet zresztą dzieło prof. CYBULSKIEGO, a tym jest: zupełny brak cytat, czyli raczej odwoływań się do źródeł. Pówoływanie się przynajmniej na prace kapitalniejsze jest w podręczniku rzeczą bardzo pożyteczną ze względów pedagogicznych; uczy to młodzież gruntowności, przyzwyczajają do potrzeby dowodu, daje wskazówki bibliograficzne. Już samo otrząskanie się z tytułami najwialniejszych wydawnictw w danej gałęzi nauki jest i dla dalszych prac na polu naukowem nie bezpożytecznem przygotowaniem i przyczynkiem do naukowego wykształcenia.

Jeżeli już nie cytaty autorów i tytułów prac ich, lub pism peryjodycznych właściwych, to wymienianie autorów polskich tam, gdzie istotnie brali udział w odkryciu, lub ustaleniu pewnych faktów naukowych, jest świętym obowiązkiem polskiego autora; dlatego zwracamy uwagę, że, mówiąc o stosunku osocza do ilości ciałek czerwonych, autor przytacza wyniki KAROLA SCHMIDT'A i niezgodne z temi wyniki HOPPE SEYLER'A, a nie wspomina o FUDAKOWSKIM, którego wyniki są bardzo blizkimi tych, jakie otrzymał HOPPE SEYLER; mówiąc o kwestyi transfuzji krwi, nie wspomina o JAKOWICKIM; o tonie przy kurczu mięśni nie wymienia LUDWIKA NATANSONA. Autor niniejszych uwag mógłby też zapytać się, dlaczego w ważnej sprawie dowodu, że zwoje sympatyczne grają nieraz rolę

ośrodków odruchowych, nazwisko jego na korzyść nazwiska innego, niezgodnie z istotnym stanem rzeczy, zostało pominięte.

Przepraszamy Szan. autora za wymienienie niektórych usterek; nie pragniemy przez to wcale zmniejszać wartości jego pracy. Wobec iście wielkiej trudności ujęcia tak obszernej, tak bardzo w wielu kwestjach niezdecydowanej jeszcze nauki, jaką jest fizjologia — w podręcznik, stanowczo winszować można Szan. autorowi, sądząc z pierwszej części, wyjścia zwycięskiego z trudnego tego zadania.

Pragnęlibyśmy ujrzeć dalsze dzieła tego części, w których, mamy nadzieję, zdradzającego się w 1-ej części pewnego pośpiechu i pewnych cech zetknięcia się z nowością zadania już więcej nie znajdziemy. *D-r Henryk Nussbaum.*

## Wiadomości terapeutyczne.

### 13. O stosowaniu ichtyolu w chorobach niewieścich.

Krótką wzmiankę o ichtyolu wogóle i o jego skutecznym działaniu w chorobach skórnych, róży, gośćcowych i w guzie białym, podał jeszcze w r. 1888. kol. GROSTERN w dziale Wiadomości terapeutycznych [Gaz. Lek. 1888. Nr. 4]. Z kilku prac niemieckich z ostatniego roku, traktujących o przedmiocie wypisanym w nagłówku, przekonać się można, że ichtyol działa też bardzo skutecznie na cierpienia narządów płciowych żeńskich, a to dzięki swym dwóm nadzwyczaj wybitnym własnościom, mianowicie: uśmierzaniu bólów i przyspieszaniu wessania wysięków. Toteż w zapaleniach przewlekłych okołomaciczych (*peri et parametritis*) z następczemi wysiękami, zrostami i bliznami, w zapaleniach przewlekłych macicy z owrzodzeniem części pochwowej, w zapaleniach jajowodów i jajników — ichtyol okazał się nieocenionym środkiem leczniczym. H. W. FREUND (*Berliner klin. Woch. 1890. Nr. 11*), który w klinice ginekologicznej w Strassburgu stosował ichtyol z zadziwiającym skutkiem, radzi nawet w uporeczywych i ciężkich przypadkach cierpień zapalnych przyrzędu płciowego ze wszystkimi ich następstwami, za każdym razem najprzód spróbować ichtyolu, zanim się zdecydujemy do usunięcia cierpienia na drodze operacyjnej. REITMANN i SCHOENAUER, (*Wien. klin. Woch. 1890. Nr. 33*), którzy swe spostrzeżenia robili na klinice prof. BRAUN'a w Wiedniu, widzieli bardzo często już po jednorazowym zastosowaniu ichtyolu, zniknięcie zupełne gwałtownych bólów, towarzyszących zapaleniu jajowodów i jajników, a także i świeższemu wysiękom okołomacicznym. To ich zachęciło do częstszego próbowania tego środka i w ostrzejszych również postaciach zapaleń okołomaciczych, zwłaszcza zaś pozamaciczych (*parametritis posterior*), przyczem przekonali się o bardzo szybkim ustawianiu bólów w podbrzuszu i krzyżu i dolegliwości w kiszce stolcowej, jak również o szybkim i widocznym zmniejszaniu się wysięków. To samo działanie kojące stwierdza i KÖTSCHAU z Kolonii (*Munch. med. Woch. 1891. Nr. 1*), dodając, że w jego przypadkach bóle znikają zwykle już po jednorazowym zastosowaniu ichtyolu.

W cierpieniach zapalnych okołomaciczych, zarówno FREUND jak i REITMANN i SCHOENAUER, stosują ichtyol do pochwy, wprowadzając do niej tampony z waty, napojone 5—10%-ową mieszaniną ichtyolu <sup>1)</sup> z gliceryną, i umieszczając je w sklepieniach, w miejscu odpowiadającym wysiękowi. Tampony te pozostają w pochwie przez 24 godzin i bywają zmieniane już to codziennie, już też co drugi, rzadziej co trzeci dzień. REITMANN i SCHOENAUER zamiast tamponów, napojonych mieszaniną ichtyolu z gliceryną, wprowadzają tę mieszaninę do pochwy na grubym miękkim pędzlu, za pomocą którego po sklepieniach obficie ją rozprowadzają. KÖTSCHAU pochytyje sposób ten za prostszy i wygodniejszy.

Prócz tamponów lub pędzliowań wszyscy ci autorowie stosują chętnie e z o p k i stolcowe z ichtyolem [0.05—0,2 na czopek], raz lub dwa razy dziennie, w celu podziałania miejscowego, zwłaszcza przy wysiękach pozamaciczych. Przy obszernych wysiękach, celem podziałania energiczniejszego, wcierają jeszcze w powłoki brzuszne 20-0 -- 50%-ową m a s é ichtyolową [z lanoliną], albo 10%-ową z mydłem szarem (*sapo viridis*).

<sup>1)</sup> Zwykle stosowanem bywa *Ammonium sulfo-ichthyolicum*, jako płynniejsze, aniżeli *Natrium sulfo-ichthyolicum*.

W ciężkich przypadkach wspierają leczenie miejscowe, przez podawanie chorym ichtyolu do wewnątrz pod postacią pi g u ł e k [po 0,1 ichtyolu w każdej], z początku zalecając przyjmować po 3 sztuki dziennie, następnie podwajając dawkę. Według zgodnego świadectwa autorów, ichtyol, jednocześnie z leczeniem miejscowym, do wewnątrz podawany, wpływa znakomicie na poprawę upośledzonego łaknienia, trawienia i stanu ogólnego chorych, a prócz tego KÖTSCHAU zauważył, że w tych razach wessanie wysięków następuje prędzej, aniżeli w przypadkach leczonych tylko miejscowo.

Czas trwania leczenia, względnie dość krótki, zależy od obszerności i dawności wysięku. Im wysięk większy i dawniejszy, a więc twardszy, tem dłużej trwać musi leczenie, mające sprowadzić wessanie jego. REITMANN i SCHOENAUER obliczają czas trwania leczenia przeciętnie na 10—18 dni dla przypadków lżejszych, KÖTSCHAU zaś twierdzi, że leczenie to trwać musi dłużej i po największej części poza miesiąc się przeciąga.

Oprócz wszelkiego rodzaju cierpień zapalnych, mających swe siedlisko w małej miednicy, FREUND (*Berlin. klin. Woch.* 1890. Nr. 45) i KÖTSCHAU leczyli jeszcze za pomocą ichtyolu i cierpienia zapalne błony śluzowej macicy (*endometritis corporis et cervicis*) i próby ich wniezione zostały doskonałym skutkiem. W tym celu po obrzękłej części pochwowej [za pomocą pędzla] i po błonie śluzowej kanału szyi i ciała macicy [przy pomocy kawałka gazy lub waty owiniętej na zgłębniku] rozprawdzali czysty ichtyol, który, działając wysuszająco na błonę śluzową, zmniejszał jej obrzęknięcie i wydzielanie. BLOCH (*Wien med. Woch.* 1890. Nr. 50 i 51) wstrzykiwał do kanału macicy mieszaninę 10%-ową ichtyolu z gliceryną przy pomocy kateteru BOZEMANN'a. W cięższych przypadkach, na 4 do 5-ciu dni przed zastosowaniem ichtyolu, zeskrubywano błonę śluzową za pomocą ostrej łyżeczki. Niekiedy wystarczało jednorazowe zastosowanie ichtyolu do powstrzymania krwawienia z błony śluzowej; zwykle zaś kilkakrotne powtórzenie [6—8 razy] tej manipulacji usuwało cierpienie doszczętnie. Całe to leczenie ma tę wielką zaletę, że działając energicznie, jest pomimo to nieszkodliwym, czego o innych podobnych środkach, wprowadzanych do macicy [jak: *tinct. jodi lapis, ferr. sesq. chlor., zincum chloratum*, kwasy], powiedzieć wcale nie można. BLOCH spostrzegał zmniejszanie się wydzieliny pod działaniem ichtyolu w przypadkach cierpienia tryprowego pochwy.

Na zakończenie wspomnieć wypada, że FREUND zastosował jeszcze ichtyol, z bardzo dobrym skutkiem przeciwko owrzodzeniom (*erosiones*) części pochwowej macicy [czysty ichtyol na pędzlu], jak również w przypadkach swędzenia sromu (*pruritus vulvae*), pokrywając części swędzące maścią ichtyolową lub pędzlując je 10%-owym roztworem wodnym ichtyolu. Wreszcie zaleca bardzo ichtyol przeciwko r o z p a d l i n o m, wytwarzającym się na brodawkach piersiowych podczas karmienia. Według niego najodpowiedniejszym w tym celu jest ichtyolan cynku (*zincum sulfo-ichthyolicum*), rozprawdzony za pomocą palca, pędzelka lub pałeczki po rozpadlinie. Zdziwiającym zwłaszcza jest w tych razach działanie kojące ichtyolu. Czas trwania leczenia bywa również bardzo krótki. Zwykle po 2—5-ciu dniach następuje zagojenie owrzodzenia.

M. Zweigbaum.

## Wiadomości bieżące.

— D-r S. KON, po obronieniu w Uniwersytecie warszawskim rozprawy p. t.: „O wpływie soli rtęci na przemianę materij azotowych“, otrzymał stopień Doktora Medycyny.

— Prezydujący w niemieckim towarzystwie Chirurgów prof. THIERSCH prosi lekarzy, aby przysyłali wiadomości o nieszczęśliwych przypadkach przy chloroformowaniu. Pożądane są szczegóły, dotyczące rodzaju operacji, czasu jej trwania, zkąd wzięty chloroform i t. d.. Wiadomości należy przysyłać do Berlina do prof. GURLT'a.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni W-go Wendego za miesiąc Maj 1891.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 14 Іюня 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 23.