

# GAZETA LEKARSKA.

## I. KILKA MYŚLI

### W PRZEDMIOCIE CHIRURGII DRÓG ŻÓŁCIOWYCH.

Podał

**W. Matlakowski.**

Mija trzynaście lat, jak rozgłośny amerykański chirurg MARION SIMS <sup>1)</sup> wykonał w Paryżu pierwszą cholecystotomię z całą świadomością, że ma do czynienia z chorobą narządów żółciowych, a chociaż chora, cierpiąca od 4-ch miesięcy na całkowite zatrzymanie żółci, krańcowo osłabiona, dotknięta opuchlinami (*anasarca, ascites*), zmarła w 8 dni po operacji, przypadek ten, w którym radzono się oprócz innych paryzkich chirurgów także sławnego PÉAN'a, a który uchylił się od operacji, miał słuszny rozgłos, gdyż właściwie od niego i od operacji dokonanej w tymże 1878 r. ze szczęśliwym wynikiem przez KOCHER'a w Bernie datuje się rozwój nowożytnej chirurgii dróg żółciowych. Niewątpliwie wielkie są myśli, które wygłosił przed półtorasta laty J. L. PETIT, godne tego genialnego chirurga, zastanawiające na swój czas propozycje BLOCH'a i RICHTER'a, ciekawe doświadczenia HERLIN'a, l'ANGLAS i DUCHAINOIS nad podwiązaniem przewodu pęcherzykowego i wycięciem samego pęcherzyka, lecz myśli te, propozycje i doświadczenia pozostawały jałowemi, a wreszcie leżały lat dziesiątki w zapomnieniu, póki nie nastąpił przewrót, sprawiony przez LISTER'a. SIMS i KOCHER, operując niezależnie od siebie, nie wiedzieli o owych licznych usiłowaniach, macaniach i myślach swoich poprzedników, które z pyłu zapomnienia wydobyły dopiero piękne i źródłowe prace WITZEL'a <sup>2)</sup>, oraz ROTH'a <sup>3)</sup>, którzy sumiennie i skrzętnie pozbierali wszystko, co przeszłość przekazała nam zdołała w tej dziedzinie. Od tej pory zarówno w kazuistyce, jak i w opracowaniach, chirurgija dróg żółciowych nie schodzi z porządku dziennego. Wiadomości nasze o tych chorobach znakomicie wzrosły, ilość, że tak rzekę, w obiegu będących wiadomości, ciągle przytomnych w klinice w głowie chirurga, pomnożyła się; wykształciły się rozmaite sposoby operacyjne i zyskały prawo obywatelstwa. Przez wciągnięcie chorób narządów żółciowych w obręb praktycznych przedmiotów, obowiązku-

<sup>1)</sup> The Brit. Med. Journ. 1878. T. I. str. 862.

<sup>2)</sup> Beitrage zur Chirurgie der Bauchorgane. 1884.—Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. XXI. str. 159.

<sup>3)</sup> Zur Chirurgie der Gallenwege. r. 1885. — Archiv f. klin. Chir. T. XXXII. str. 87.

jących chirurga, rozpoznawanie ich zyskało znakomicie na trafności i ścisłości. Zapewne niewykluczone są i nadal pomyłki; nie są to jednak nieopatrne i nierozważne rozpoznania, lecz usprawiedliwiane przez wyjątkowy zbieg okoliczności. Kiedy KUEMMEL <sup>4)</sup> w przypadku ropnego otoku wraz z kamieniami pęcherzyka żółciowego postawił pomimo zbadania pod chloroformem rozpoznanie na torbiel jajnika, nie trzeba wypuszczać z uwagi, że chora nie miała ani kolek, ani żółtaczki, że guz był ogromny i że istniał zrost z prawym janikiem, jak to potwierdziło badanie zwłok chorej, zmarłej z zapalenia otrzewnej, spowodowanego przez pęknięcie pęcherzyka żółciowego. Tak biegły w chirurgii brzusznej operator, jak LAWSON-TAIT <sup>5)</sup>, przytacza przypadek, w którym ogromnie rozciągnięty pęcherzyk poczytał za torbiel przyjajnikową i zrobił cięcie w smudze poniżej pępka. W przypadku THIEM'a <sup>6)</sup> guz wielkości pięści w okolicy kiszki ślepej, nieruchomo zrosnięty ze ścianą brzuszną, rozpoznano jako złośliwy nowotwór sieci.

Możliwe też są pomyłki ze strony guzów nerki, sieci i trzustki, wszelako w większości przypadków udaje się postawić właściwe rozpoznanie, skoro tylko obok objawów przedmiotowych nie zapomni się o troskliwych wywiadach, odgrywających właśnie tutaj bardzo ważną rolę w porównaniu np. z wywiadami przy torbielach jajnika.

A jednak pomimo tego tak różnego i tak znacznego postępu ta część chirurgii daleką jest jeszcze od doskonałości pożądaney i osiągniętej w innych obrębach naszej nauki. I nie jest ta niedoskonałość wynikiem braku metod operacyjnych. Owszem przez liczne, a w ostatnich czasach coraz częściej dokonywane operacje metody te wydoskonaliły się bardzo; pomijając nieznaczne odmiany, zebrać je można w 5 następujących typowych sposobów.

1-0. Cholecystotomija z utworzeniem przetoki, wykonana poraz pierwszy przez SIMS'a i KOCHER'a, którąby na podobieństwo gastrostomii, enterostomii, raczej cholecystostomiją nazwać wypadło.

2-0. Cholecystotomija idealna, polegająca na przecięciu pęcherzyka, opróżnieniu go, usunięciu przyczyny choroby, zaszcyciu worka i odprowadzeniu go na powrót do jamy otrzewnej; wykonana poraz pierwszy przez COURVOISIER'a, a gorąco zalecana przez BERNAYS'a i KUESTER'a <sup>7)</sup>.

3-0. Cholecyst-ektomija, polegająca na wycięciu pęcherzyka żółciowego, gorliwie broniona i wielokrotnie z wyborynym rezultatem wykonana przez swojego twórcę, LANGENBUCH'a.

4-0. Sposób ZIELEWICZA <sup>8)</sup>, polegający na podwiązaniu przewodu pęcherzykowego, przecięciu go między podwiazkami i wszyciu przeciętego pęcherzyka w ranę brzuszną; sposób ten jest połączeniem cholecystotomii zwykłej z podwiązaniem i ma zastąpić wycięcie zupełne pęcherzyka, gdzie to jest niemożliwe.

5-0. Operacyja WINIWARTER'a, t. j. cholecystoenterostomija, przy której chirurg ten w bardzo pomysłowy sposób toruje drogę dla żółci przez przyszcycie pę-

<sup>4)</sup> Zur Chirurgia der Gallenblase Deutsch. Med. Woch. 1890. Nr. 12.

<sup>5)</sup> Centrbl. f. Chir. 1890. str. 380.

<sup>6)</sup> Bericht über die Verhand. der deutschen Gesell. f. Chir. 1889. str. 75.

<sup>7)</sup> Zur Chirurgie der Gallenblase. Archiv f. Chir. T. XXXVI. str. 351.

<sup>8)</sup> Archiv. f. kl. Chir. 1889. T. XXXVIII. str. 327.

cherzyka do kiszki, tam, gdzie nie ma możności usunąć przyczyny, zamykającej przewód żółciowy wspólny. Operacja ta w ostatnich czasach wykonana z pewnemi zmianami przez KAPPELER'a, MONASTYRSKIEGO, SOCIN'a, TERIER'a, TILLAUX, ROBSON'a.

Operacje te dają chirurgowi broń w rękę w rozmaitych przypadkach chorobowych; na nieszczęście wybór jednej z nich możliwy jest dopiero po zrobieniu laparotomii, w trakcie samej roboty, a to z powodu niemożności wyrobienia sobie jasnego pojęcia o anatomicznych stosunkach w każdym poszczególnym przypadku, od tego zaś zależy wprost zastosowanie tej lub innej metody operacyjnej. I to jest pierwsza niemiła okoliczność, która jest znaczną przeszkodą w większem rozpowszechnieniu operacji, zwłaszcza w praktyce prywatnej, dlatego że operator nie może z góry przewidzieć, na czem się skończy zamierzony rękoczyn operacyjny, a tymczasem dla chorego i dla rozważnego terapeuty, który wzywa chirurga, nie jest obojętną rzeczą, czy będzie dokonana prawie niewinna cholecystotomia, czy wycięcie pęcherzyka, lub utworzenie przetoki pęcherzyko-kiszkowej, operacje mozolne i poważne. Punkt ten powinni by mieć szczególnie na uwadze lekarze wewnętrzni, którzy nieraz gorąco prą do operacji, nie zdając sobie jasno sprawy z trudnego położenia, będącego wynikiem niedokładnej znajomości stosunków anatomo-patologicznych danego przypadku.

Nie trzeba bowiem zapominać, że stosunki te są tak dalece zawikłane, miejsce niedostępne, a zrosty tak dalece nieraz zmieniają stosunki prawidłowe, że i po otwarciu jamy otrzewnej *in vivo* niezawsze udaje się zoryjentować w położeniu, jeżeli i przy sekcji z nożyczkami i zgłębnikiem w rękę trudno bywa wytworzyć sobie należyte pojęcie o stanie rzeczy wśród licznych zrostów, przetok i owrzodzeń. Za szczęśliwy dla chorego, a za bardzo pochlebny dla chirurga wynik uważać należy operację, jakiej dokonał KOCHER<sup>9)</sup>, który, znalazłszy po otwarciu jamy otrzewnej pęcherzyk skurczony, a przewód żółciowy wspólny zapchany przez kamień, nieruchomo tu umieszczony, pokonawszy wiele trudności technicznych, rozkruszył go, pozostawiając wydalenie siłom przyrody. Operację tę należy uważać za klasyczną i w odpowiednich przypadkach winna być przed innemi wykonaną, tu bowiem żadna inna z wyżej wyszczególnionych wykonaną być nie mogła wobec zupełnego skurczenia się pęcherzyka żółciowego.

Obok tej zupełnie racjonalnej i zachowawczej operacji najzupełniej uzasadnioną i klasyczną jest cholecysto-enterostomija, w przypadkach, gdzie postawić można na pewno rozpoznanie, że zatkanie przewodu żółciowego wspólnego jest takiej natury, iż usuniętem być nie może; nie pozostaje więc nic innego, jak ominąć przeszkodę przez stworzenie nowego łożyska dla żółci do kiszki *via* pęcherzyk żółciowy: w przypadkach, gdzie powodem zamknięcia jest zaklinowany kamień, obrośnięty tkanką bliznowatą, lub bliznowate zwężenie wskutek przetok, ropni, owrzodzeń i t. p.. Operacja, o której mowa, jest radykalną; powraca chorego do zupełnego zdrowia; gdzie zaś powodem zamknięcia *d. choledoci* jest nowotwór bądź samego przewodu albo dwunastnicy, bądź nacisk przez

<sup>9)</sup> Fortschritte der Med. 1890. Nr. 12. Streszcz. w Annals of Surgery, 1890. str. 369.

nowotwór złośliwy sąsiednich narządów, operacja pozostaje paliatywną i może z jednej strony przedłużyć życie chorego, z drugiej ulżyć jego cierpieniom, z warunkiem, że będzie wykonana jak najwcześniej, skoro tylko uda się postawić rozpoznanie złośliwego nowotworu, jako przyczyny uporczywej żółtaczki, powstałej z zastojów żółci. Operacja winna być dokonana na jednym posiedzeniu, gdyż wtedy jest najłatwiejszą, a odcinek кишки, wybrany do zeszywania z pęcherzykiem powinien być jak najwyższym, zatem *jejunum* lub dwunastnica, gdyż wtedy stwarza się prawie fizjologiczne warunki dla żółci odprowadzonej do kanału pokarmowego.

Oprócz tego istnieje jeszcze jedno wskazanie dla cholecystoenterostomii, a tem jest uporczywa przetoka, tocząca żółć, pozostała po cholecystotomii, a trwająca bez względu na wszelkie środki stosowane ku jej zamknięciu.

Pozostałe cztery operacje są dla siebie niemal konkurencyjnymi. Teoretycznie rzeczy biorąc — najlepszą jest idealna cholecystotomia: otworzyć pęcherzyk żółciowy, wydalić z niego zawartość, usunąć przyczynę, zaszyć go i wpuścić do brzucha, a ścianę tego ostatniego zaszyć, stanowi prawdziwie cel chirurgii zachowawczej. Na nieszczęście doświadczenie poucza, że pod naporem zebranego w zeszytym pęcherzyku płynu szew może puścić, poczem choremu grozi śmiertelne zapalenie otrzewnej. Mając to niebezpieczeństwo na oku, operatorowie skwitowali z całkowitego zeszywania jamy brzusznej. CREDÉ<sup>10)</sup> jaknajwiększy kładzie nacisk, i w tem ma najzupełniejszą słusność, aby część rany w ścianie brzusznej pozostawiać otworem, przez który aż do zeszytego pęcherzyka wprowadza się zwitek gazy jodoformowej: w razie pęknięcia zeszytego pęcherzyka, gaz tworzy dren, odprowadzić mający zawartość nazewnątrz. Pęknięciu zeszytego pęcherzyka i wylaniu się jego zawartości stara się zapobiedz CZERNY<sup>11)</sup>, w inny od CREDÉ'go sposób: zaszywszy pęcherzyk po jego opróżnieniu, niezupełnie wpuszcza go swobodnie do jamy otrzewnej, lecz miejsce zeszyte umieszcza naprost rany w ścianie brzusznej i obszywa je listkiem ściennym otrzewnej; w ten sposób w razie pęknięcia pęcherzyka, zawartość wylewa się nie do jamy otrzewnej, lecz do rany w ścianie brzusznej, *resp.* na zewnątrz.

Niefortunną wydaje mi się propozycja WOELFLER'a<sup>12)</sup> i SENGER'a<sup>13)</sup>, którzy radzą robić cholecystotomię na 2 tempa, potem ranę pęcherzyka zaszyć, skoro zaszyte brzegi zrosły się należycie, oderwać przyrosły do ściany brzusznej pęcherzyk i wpuścić go do jamy otrzewnej; sposób ten i zmudny i może narazić na zakażenie otrzewnej, to też słusznej uległ krytyce ze strony LANGENBUCH'a<sup>14)</sup>.

Podstawowy warunek dla cholecystotomii idealnej stanowi drożność przewodów żółciowych: jestto oczywista, że niewarto zaszywać i wpuszczać pęcherzyka do jamy otrzewnej, gdy albo przewód pęcherzykowy, albo żółciowy są za-

<sup>10)</sup> Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit. Arch. f. klin. Chir. 1889. T. XXXIX. str. 517.

<sup>11)</sup> Beiträge zur Chirurgie der Gallenblase. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1889. T. V. str. 101.

<sup>12)</sup> SLAJMER. Die ideale Cholecystotomie zweizeitig ausgeführt. Centr. f. Chir. 1890. str. 704.

<sup>13)</sup> Ueber eine Zweckmässige Methode der operativen Entfernung von Gallensteinen. Berlin. klin. Woch. 1890. Nr. 2.

<sup>14)</sup> Ibidem. Nr. 5.

mnknięte; w tym bowiem razie narażamy chorego na powrót choroby, t. j. ponowne zebranie się w nim płynu: śluzu, lub ropy. Dlatego też przed wyborem tej operacji, należy starannie badać zarówno z zewnątrz [od strony jamy brzusznej], jak i od wewnątrz, t. j. po otwarciu pęcherzyka zgłębnikiem, przewody. Skoro przyczyna zamknięcia nie da się usunąć, operator musi cystotomii idealnej zaniechać. Niezawsze można tak szczęśliwie wywiązać się, jak CREDE, który potrafił kamień, zatykający *d. choledocus*, rozgnieść kleszczami, obleczonemi w rurki gumowe, naciskając na kamień przez ścianę samego przewodu.

Oprócz tego ograniczenia cholecystotomii idealnej, wynikającego z niedrożności przewodów żółciowych, istnieje i drugie, a tem jest stan samego pęcherzyka, który skurczony, zmieniony, owrzodzony i kruchy nie nadaje się wcale do zeszywania i wpuszczenia do jamy otrzewnej. W przypadkach tych pęcherzyk nie zawiera wcale, lub bardzo mało płynu i już przed operacją przy badaniu ani go wymacać, ani jego tępości wypukać nie można. Wobec niepewności, z jaką przystępujemy zazwyczaj do operacji przy chorobach dróg żółciowych ważną niezmiernie jest uwaga CREDE'go [l. c. str. 522], że jeśli pęcherzyk jest rozciągnięty płynem i tworzy wyraźny guz, dający się wymacać i wypukać, wtedy już przed przystąpieniem do operacji jesteśmy w stanie określić, że wskazaną jest cystotomija idealna, jeśli tylko istnieje, lub w czasie operacji udaje się przywrócić drożność przewodów. Zdaniem KUESTER'a, cystotomija idealna wskazaną jest szczególnie przy *hydrops vesicae felleae*, przy której w razie znacznej wielkości pęcherzyka radzi część jego wyciąć, a ranę zeszyć. Zdaje mi się jednak, że i przy ropnej zawartości operacja może być śmiało poleconą, gdy stan ściany pęcherzyka pozwala na dokładny szew i gdy nie ma znacznego zwyrodnienia narządu.

Wycięcie pęcherzyka, wprowadzone przez LANGENBUCH'a i z powodzeniem przez niego samego i wielu innych wykonane, stanowi operację wyborną dla pewnych stanów patologicznych i pomimo gorącej krytyki LAWSON-TAIT'a zyskało słusznie prawo obywatelstwa w nowożytnej chirurgii. Główny właściwie zarzut rodzi się podobnie jak i przy cholecystotomii idealnej z obawy, że z podwiązanego i obciętego przewodu pęcherzykowego może wylać się do jamy otrzewnej zawartość dróg żółciowych, wywołując śmiertelne zapalenie otrzewnej. Nie mam zamiaru streszczać tutaj wszystkiego, co było powiedziane *pro* i *contra* tej operacji. Jeżeli przy cholecystotomii idealnej bezpieczeństwo nakazuje nam zabezpieczyć odpływ w razie pęknięcia pęcherzyka na zewnątrz, to tu tembardziej winniśmy część rany brzusznej pozostawić niezaszytą, a w otwór wprowadzać dren lub gazę aż do kikuta przewodu pęcherzykowego. Nietylko bowiem istnieje obawa wylania się płynu z dróg żółciowych, lecz także krwi i wysięku z szerokiej rany wątroby, oraz, na co chcę zwrócić szczególną uwagę, żółci, jak to zdarzyło się w moim przypadku, o czem poniżej. Operacja jest wskazaną tam, gdzie przeciwskazaną jest cholecystotomija idealna, ale zawsze przy drożności *d. choledocus*, a więc przy zwyrodnieniu ściany pęcherzyka, skurczeniu, zarosnięciu częściowem i opustoszeniu tego ostatniego, przy owrzodzeniu i zropieniu jego ściany. W tych razach zazwyczaj już przed operacją, znajdujemy powiększoną wątrobę, pęcherzyk zaś wyczuwa się jako mały guzik, lub wcale go nie wyczuwa się. Przypadki

te zazwyczaj leczone są jako cierpienia żołądka lub wątroby, tak, że lekarz nie podejrzewa nawet kamieni, i dostają się chirurgowi późno; najczęściej jako bardzo zaniedbane. W takim jednym przypadku, niesłychanie ciekawym, asystowałem przy operacji kol. JAWDYŃSKIEMU. Mój pierwszy przypadek dowodzi, że istnieje jeszcze jedno wskazanie do wycięcia pęcherzyka żółciowego, a mianowicie: niedająca się zagoić przetoka, pozostała po cholecystotomii prostej, a sącząca śluz, zatem przy zamknięciu *d. cystici*. Dalej przypadek TÉRILLOŃ'a <sup>15)</sup>, który z powodu *hydropis vesicae* przy zamknięciu *d. cystici* wykonał cholecystotomię, świadczy, że inkrustacje ściany pęcherzyka żółciowego stanowią dalsze wskazanie do wycięcia, choć chirurg ten zdołał doprowadzić do zagojenia przetokę po 6 miesiącach jej trwania.

Gdy się czyta szczegółowe opisy wycięcia pęcherzyka żółciowego, gdy się zmuszonym jest do tej operacji, jak w naszym przypadku [gdyż przy przetoece śluzowej nie byłoby racjonalnem robić cholecystoenterostomię], jednostronnym i nieuzasadnionym wydaje się pogląd LAWSON TAIT'a, który od samego początku okazał się przeciwnikiem operacji LANGENBUCH'a i ciągle poddaje ją ostrej krytyce, zowiąc ją „*intransically absurd*“ <sup>16)</sup>. Hołdując nawet najskrajniejszej zachowawczości w chirurgii, uznać musimy, że wycięcie pęcherzyka jest operacją potrzebną, uzasadnioną, w pewnych razach nieuniknioną nawet.

Nie da się zaprzeczyć, iż operacja ta jest w wielu razach nader trudną z powodu rozległych i tęgich zrostów z wątrobą, kiszka i siecią, z powodu głębokiego i niedostępnego położenia przewodów żółciowych, rozrywalności ściany i t. p.. Z jednej strony udawało się pomimo wyjątkowo trudnych warunków doprowadzić operację do pomyślnego końca i osiągnąć wyzdrowienie: np. HOCHENEĞG <sup>17)</sup> na tępo i prawie bez krwawienia wyluszczył pęcherzyk z kamieniami, poczem wyciął spory klin tkanki wątrobowej, zajętej przez raka z łożyska pęcherzyka, mając do czynienia z umiarkowanym krwawieniem; CRÉDE (*l. c.*) również wyciął kawałek wątroby ściśle zrosłej z pęcherzykiem, a mimo to opanował krwawienie żegadłem. THIEM <sup>18)</sup> w jednym nadzwyczaj ciekawym przypadku miał do czynienia z wyjątkowymi trudnościami, gdyż guz zrosły był ściśle ze ścianą brzuszną, z wątrobą i kiszka, a mimo to wyciął szczęśliwie pęcherzyk napęczniony kamieniami, wraz z częścią ściany brzusznej. W tym przypadku, autor ma najzupełniejszą słuszość, utrzymując, że po prostej cholecystotomii przetoka nigdy byłaby się nie zagoiła i że następcze wycięcie pęcherzyka byłoby jeszcze trudniejsze, niż odrazu wykonane.

Z drugiej strony znane są przypadki, w których operacja była śmiertelną, z powodu zapaści, będącej następstwem długiego jej trwania [KUEMMEL], lub nie mogła być ukończoną z powodu krwotoku, którego nie umiano opanować [HAGEMANN <sup>19)</sup>].

<sup>15)</sup> Centralblatt f. Chir. 1889. str. 622.

<sup>16)</sup> Ibidem. str. 379.

<sup>17)</sup> Ein Beitrag zur Leberchirurgie. Wien, klin. Woch. 1890. Nr. 12.

<sup>18)</sup> Gallenblasenexstirpation. Bericht über die Verhandl. der deut. Gesell. f. Chir. 1889. str. 15.

<sup>19)</sup> Ibidem.

Silny krwotok przy oddzielaniu pęcherzyka od wątroby był również powodem, iż ZIELEWICZ odstąpił w swoim przypadku od wycięcia i poprzestał na podwiązaniu i przecięciu przewodu pęcherzykowego — operacja, która zyskała przychylnie uznanie. Zdaniem KUEMMELE'a, na które w całości zgodzić się można, operacja ta może być skutecznie wykonaną nie tylko w przypadkach, w których wskazane jest wycięcie pęcherzyka, lecz niemożliwe do uskutecznienia, ale i tam, gdzie nie można wykonać cholecystotomii zwykłej z powodu skurczenia i ukrytego położenia pęcherzyka pod płatem wątroby, niepozwalającego na przyszycie pęcherzyka w ranie brzusznej. Nie da się jednak zaprzeczyć, iż operacja ZIELEWICZA nie zapobiega trwaniu przez pewien czas przetoki, wiodącej do pozostawionego pęcherzyka, póki takowy w całości nie zarośnie na drodze ropienia, podczas gdy operacja LANGENBUCH'a usuwa zło za jednym razem. Mylne jest bowiem przypuszczenie, iż podwiązanie, *resp.* zapobieżenie przyływowi kamieni i żółci do pęcherzyka, oraz jednoczesne jego otwarcie prowadzić musi do zaniku narządu; nasz przypadek pierwszy jest wymownym tego zaprzeczeniem.

Pozostaje do rozpatrzenia najprostsza, najlżejsza, najstarsza i najczęściej, oraz najpowszechniej wykonywana operacja, cholecystotomija zwykła, czyli utworzenie przetoki pęcherzyka żółciowego, albo jak proponuję ją ochrzcić, cholecystostomija. Pomimo że tą drogą osiągnięto w dziesiątkach przypadków całkowite uleczenie, operacja ta jest nieracjonalną; chirurg bowiem działa przy niej na ślepo, co najwyżej, palijatywnie. Gdzie istnieje zamknięcie przewodu żółciowego przez raka, lub blizny, kamienie i t. p. przyczyny nie do usunięcia, ratuje się wprawdzie chorego od śmierci z cholemią, ale skazuje go się na wstrętne kalectwo: przetokę żółciową nie do zagojenia. Jeśli więc siły chorego pozwalają, powinno się natychmiast zrobić połączenie pęcherzyka z kiszka dla odprowadzenia tam żółci. Gdzie istnieje zamknięcie przewodu żółciowego, lub pęcherzykowego, które usunąć można [przez rozkruszenie kamienia — CRÉDE, KOCHER], a ściany pęcherzyka są mało zmienione, tam cholecystotomiję zwykłą zastąpić winnaby idealna. Gdzie wreszcie jest wskazane wycięcie pęcherzyka, tam cholecystotomija zwykła prowadzi do przetoki żółciowej, lub śluzowej, stanowiącej niemiły spadek dla chorego. Doświadczenie wykazuje, że w większości przypadków utworzona przetoka, czasami nawet dość szybko zamyka się i chory wstaje zdrowszy, jak po innej typowej operacji; w innych razach przetoka doprowadzona zostaje do zamknięcia przez skrobienie, przyżegania i t. p. bardzo bolesne ręczyny, co stanowi dla chorego tyleż niemiłych operacyj, a dla operatora w szpitalu sprawia wiele kłopotu i przysparza mu zajęcia. Są wreszcie przypadki, w których żadnymi środkami nie udaje się zagoić przetoki. Gdy czytam w sprawozdaniach „uleczony z przetoką żółciową“, podziwiam lekkomyślność autora; chory bowiem, posiadający przetokę, narażony jest ustawicznie na różę i śmierć z niej [czego widziałem przykłady], lub w najlepszym razie na nieprzyjemność kilkakrotnego na dzień zmieniania opatrunku i bielizny; z początku, gdy świeżo stoją mu w pamięci kolki lub bóle, towarzyszące zapaleniu otrzewnej, wymioty i t. p., od których uwolniła go cholecystotomija, jest zachwycony operacją; lecz po kilku miesiącach przetoka jest dla chorego również wstrętną i przykrą, jak pierwotne cierpienie. Znam dwa przypadki, gdzie chore znużone ciągłym wypływem

w ciągu więcej niż roku, przewłócząc się z jednego szpitala do drugiego, gotowe były poddać się wszelkiej operacyi, a nawet obmierzyły sobie życie. KOENIG słusznie radzi rozważyć i ewentalność przetoki, gdy wogóle mówi o zdecydowaniu się do operowania przy chorobach dróg żółciowych. Tam, gdzie przetoka nie chce się zagoić pomimo skrobań, wypalań i t. p., choremu grozi ponowna operacyja albo cholecystoenterostomija, albo wycięcie pęcherzyka — obie obecnie bez porównania trudniejsze, niż gdyby były wykonane odrazu. Co do czasu trwania i zejścia przetoki trudno jest podać bliższe dane, z powodu, że sprawozdania w kazuistyce częstokroć pomijają ten punkt, uważając go za podrzędny, lub wyrażając się eufemicznie <sup>20)</sup>. [D. n.]

## II. O WŁASNOŚCI CHŁONICZEJ SKÓRY LUDZKIEJ.

Napisał

**D-r Leon Kopff,**

lekarz rządowy c. k. zakładu w Krynicy.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 23].

Po opisanii metod badania, jakimi się posługiwałem w moich doświadczeniach, przystępuję teraz do opisu samych doświadczeń.

**Doświadczenie I.** Celem tego doświadczenia było przekonać się, czy ciała stałego, w zwykłych warunkach zwolna się ulatniającego, jest w stanie przejść przez skórę fizjologiczną. Kilku badaczy, jak: KRAUSE (*l. c.*) i ROERIG (*l. c.*), badania takie wykonywali, przewiązując otwór probierki, w którą włożono kawałek kamfory, odpreparowaną skórą. Ponieważ woń kamfory po jakimś czasie dawała się czuć w pokoju, więc twierdzą, że na podstawie przechodzenia ciał lotnych przez skórę należy przyjąć za pewnik, że i ciała ulatniające się w zwykłych warunkach przechodzą w postaci pary przez skórę. ROERIG posuwa się nawet dalej, gdyż twierdzi, że ciała lotne, jak np.: terpentyna, olej kamforowy, eter, wyskok i t. p., przechodzą tylko dlatego przez skórę, że dostają się przez nią w postaci pary. Na tej podstawie buduje on nawet teorię przechodzenia wszystkich ciał w postaci rozpylonej (*Die Physiologie der Haut. S. 116*).

Że przez skórę martwą przechodzi woń kamfory, to jeszcze nie jest dostatecznym dowodem, aby także i przez skórę żywą, w warunkach fizjologicznych będącą, ciała powoli się ulatniające przechodzić miały. Tłómaczenie zaś, że z kąpieli w terpentynie, z jodu, rozpuszczonego w roztworze jodku potasu [LEHMANN (*l. c.*)], w wyskoku oleju kamforowego i t. p., ciała te dostają się tylko dlatego przez skórę, że są lotne, że zatem przez skórę przechodzą tylko w postaci pary, jest niedostatecznym, bo żadnymi doświadczeniami nie popartem.

Najodpowiedniejszym ciałem do badania w tym kierunku wydał mi się jod czysty, gdyż, podobnie jak kamfora, koniina i t. p., ulatnia się zwolna już przy zwykłej ciepłocie, a w moczu daje się z łatwością wykryć.

<sup>20)</sup> Np. WEST HUGHES. „Wound was all but closed, and there was scarcely any discharge“ *Annals of surgery. 1890. T. XII. str. 337.*



Doświadczenie urządziłem w sposób następujący. Część fizyologicznej skóry brzucha okryłem 4 ctm. szerokim skrawkiem papieru gutaperkowego, którego brzegi w ten sposób ku górze podniesiono, że tworzył rodzaj małego pudełka bez przykrywki. Do tego improwizowanego pudełka włożono ziarno małe kryształicznego jodu [koło 0,60 g. ważące] i natychmiast nakryto dużym szkłem zegarkowym, o średnicy przeszło 10 ctm.. Brzegi szkła pomazane były wazeliną, aby lepiej do skóry przylegały. Następnie okryto całe szkło kawałkiem waty i umocowano je szerokim, całkiem je pokrywającym pasem gutaperkowym, mocno do skóry przylegającym. Doświadczenie trwało  $1\frac{1}{2}$  godziny. Przed odjęciem pasa gutaperkowego i szkła z jodem, oddano koło 60 ctm. sześć. moczu. Z następnych 6 godzin po doświadczeniu również zebrano mocz w ilości 310 ctm. sześć.. Każdą z tych 2 części moczu badano na jod sposobem powyżej opisanym osobno. W części pierwszej 60 ctm. sześć., zebranych przed ukończeniem doświadczenia, otrzymano oddziaływanie na jod tak niepewne, że niepodobna było twierdzić o jego obecności. W części drugiej 310 ctm. sześć. moczu, zebranych z 6 godzin po doświadczeniu, otrzymano, postępując w sposób takież sam, słabe bardzo oddziaływanie.

**Doświadczenie II.** W doświadczeniu tem postąpiono tak samo, jak w poprzednim, tylko zamiast jodu czystego użyto kawałka waty, zamoczonej w nalewce jodowej. Doświadczenie trwało 2 godziny. Mocz, zebrany przed odjęciem pasa gumowego i szkła w ilości 48 ctm. sześć., badano osobno, zaś mocz, zebrany w ciągu 6 godzin po doświadczeniu w ilości 380 ctm. sześć., znowu osobno. Wynik obu badań, wykonanych sposobem powyżej opisanym, był ujemny.

W szeregu następnych doświadczeń chodziło o rozstrzygnięcie pytania, czy woda, a właściwie ciała w niej rozpuszczone przechodzą przez fizyologiczną skórę, i czy dostają się tą drogą do obiegu krwi. Do doświadczeń używano rozczynów wodnych, jodku potasu wolnego od kwasu jodowodorowego, chlorku lityny, chlorku rtęci, salicylanu sodu i siarczanu atropiny. Rozczyny tych ciał stosowano w kąpeli częściowej ramieniowej, lub nożnej. Przed każdym doświadczeniem dokładnie badano powierzchnię skóry, czy nie ma gdzie jakiego uszkodzenia. Naczynia, w których się znajdował rozczyn soli, użytych do doświadczeń, okrywano starannie, aby zapobiedz możliwemu ulatnianiu się i możliwości dostania się cząstek soli drogami oddechowymi do ustroju. Mocz przez pewną ilość godzin po doświadczeniu zbierano starannie, zapobiegając również przez ten czas możliwemu dostaniu się cząstek soli z części ciała użytych do kąpeli w jakikolwiek sposób do ustroju. W tym względzie w razie użycia kąpeli ramieniowej, okrywano starannie obsuszone ramię aż po rękę, rękę zaś dokładnie obmywano wodą i mydłem. Po użyciu kąpeli nożnej, obsuszano nogi dokładnie czystym ręcznikiem i również starannie okrywano.

**Doświadczenie III.** Do doświadczenia tego użyłem młodego, zdrowego, 20-letniego mężczyzny. Dwa dni przed tem doświadczeniem NN., użyty do niego, brał co wieczór kąpiel nożną mydlaną, pół godziny trwającą, w celu usunięcia warstwy powierzchniowej, złożonej zwykle z naskórka złuszczonego i z łojem skórnyim zmieszanego, który mógłby spowodować, w razie obecności wolnych kwasów tłuszczowych, rozkład jodku potasu. Tak przygotowane kończyny dolne, po prze-

konaniu się dokładnem, że nigdzie nie ma na skórze uszkodzeń naskórka, zanurzano w naczyniu, zawierającym 11 litrów 2%-wego roztworu czystego jodku potasu, ogrzanego na 36° C. Naczynie okryto czystym płótnem, na to ceratą kauczukową i obwinęto dokładnie kocem. Kąpiel trwała 80 minut. Mocz zebrano w ciągu 10 godzin po doświadczeniu w ilości 480 ctm. sześć.

Nadmienić tutaj muszę, że tak w tem, jak i we wszystkich następnych doświadczeniach z jodkiem potasu, przed obtarciem nóg dokładnie oplukiwano je wodą studzienną ciepłą, aby zapobiedz przyczepieniu się powierzchniowemu cząstek jodku potasu do włosów lub skóry, co mogłoby pociągnąć za sobą przy puszczeniu, że cząstki te, uległszy rozkładowi, wywiązały jod, który w postaci pary mógłby się dostać do ustroju. Również badano mocz prawidłowy osoby przed rozpoczęciem z nią szeregu doświadczeń, a to celem wykluczenia, co prawda, nieprawdopodobnej możliwości, że zawiera już z jakdokolwiek jod. 480 ctm. sześć. moczu, zebranych w tem doświadczeniu, odparowano na łaźni wodnej do pozostałości krystalicznej, dodając przytem doń chemicznie czystego wodoru potasu, aż do oddziaływania wybitnie zasadowego. Pozostałość krystaliczną wyciągano dokładnie wyskokiem 98% wrzącym. Pozostałość wyciągową rozpuszczono w małej ilości wody przekroplonej i poszukiwano na jod w sposób, przy doświadczeniach wstępnych opisany. Wynik doświadczenia pierwszego był ujemny: ani kleikiem skrobi, ani dwusiarkiem węgla jodu nie wykazano.

Przyczyna tego wyniku ujemnego zdawała się, zdaniem mojem, polegać na tem, że jeżeli jodek potasu dostał się wogóle przez skórę, to zawsze w ilości mniejszej niż 0,35 mlgrm.. Chcąc to stwierdzić, postanowiłem zebrać mocz po kilku kąpielach razem do badania, aby małe ilości jodku potasu, któreby się po każdej kąpeli nerkami z ustroju wydzielaly, złączyć razem w większą całość. W tym celu zastosowano, tak jak powyżej opisano, kąpiel nożną z 11 litrów 2% roztworu jodku potasu na 36° C. ogrzaną, w ciągu dni trzech z rzędu. W pierwszym dniu kąpiel trwała 70 minut, moczu w ciągu 11½ godziny zebrano 520 ctm. sześć., w drugim dniu po kąpeli, 95 minut trwającej, zebrano w ciągu 10 godzin 490 ctm. sześć. moczu, w trzecim dniu zastosowano takąż samą kąpiel przez 60 minut, moczu zebrano 460 ctm. sześć.. Ogółem użyto razem z tych trzech dni do badania chemicznego 1470 ctm. sześć. moczu. Postąpiono z nim w sposób powyżej opisany. Pozostałość wyciągowa, w małej ilości wody rozpuszczona, była brunatnawo-pomarańczowo zabarwioną. Z powodu tego poszukiwanie jodu wypadło niedokładnie. Jeżeli jod się tutaj znajdował, to w każdym razie w tak małej ilości, że przy upośledzającym reakcję zabarwieniu cieczy, ani kleikiem skrobi, ani dwusiarkiem węgla, na pewno jego obecność wykazać się nie da. Doświadczenie więc to chybiło celu, nie przekonywając nas ani w jednym, ani w drugim kierunku.

Wynik jednak tego doświadczenia nasunął nam myśl, czy też ujemny wynik badania nie polega na wadliwej metodzie poszukiwania jodu w moczu. Użyliśmy tutaj, co prawda, metody podawanej powszechnie w podręcznikach, a używanej w doświadczeniach przez autorów naszego przedmiotu, najwięcej na zaufanie zasługujących i znanych także z innych prac, jako badacze sumienni i dokładni.

Nie ulegało wątpliwości, że to zabarwienie pomarańczowe pozostałości wyciągowej, które nam wykonanie odczynu na jod znacznie przecież utrudniało, polega na jakichś barwnikach moczu, które przeszły w wyciąg wyskokowy. Jeżeli wyciągano pozostałość po odparowaniu mniejszej ilości moczu, to słabo żółtawe, lub słabo żółtawo-pomarańczowe zabarwienie roztworu wodnego pozostałości wyciągowej dozwalało wykryć jod. Gdy zaś wyciągano pozostałość po odparowaniu większej ilości moczu, to i ilość barwników, która się dostawała do wyciągu wyskokowego, była znacznie większą. Zabarwienie to możnaby, co prawda, nieco zmniejszyć użyciem znaczniejszej ilości wody do rozpuszczenia pozostałości wyskokowej, ale w takim razie w tak rozcieńczonym roztworze wykrycie jodu byłoby znów przez samo rozcieńczenie znacznie utrudnionem. Pozostawałoby nam chyba oczyszczenie roztworu tego z barwników za pomocą węgla zwierzęcego. Jednakowoż przy takim postępowaniu znów naraża się zawsze i tak już małą ilość roztworu, a zatem częstokroć minimalną ilość soli, której szukamy, na stratę, mogącą niktiedy dobrze w rachunku zaważyć. Przytem nadmienić też wypada, że takie odbarwienie utrudnia dość całą robotę i tak już mozolną.

Z wyluszczonej więc względów uważałem, że najodpowiedniej będzie usunąć owe barwniki zniszczeniem części organicznych. W tym celu całą ilość moczu zaprawialiśmy w nadmiarze wodanem potasu, jodu nie zawierającym, odparowywaliśmy do suchości, a następnie małymi częściami niszczyliśmy ciała organiczne w tyglu porcelanowym. Pozostałość częściowo zwęgloną wylugowywaliśmy dokładnie wodą wrzącą, aż dopóki już więcej próba przesączu nie dawała na nożu platynowym żadnego śladu jakichś ciał wylugowanych. Ciecz, z wylugowania pochodząca, znów odparowywaliśmy do suchości, dodawszy znów nieco wodanu potasu. Pozostałość ta bywała zwykle jeszcze zabarwioną cisawo od ciał organicznych. Spaliliśmy ją więc znowu na wolnym ogniu. Węgiel teraz powstały znów w sposób powyżej opisany lugowaliśmy wrzącą wodą. Tak ciągle postępowaliśmy, aż wreszcie woda wylugowana, jakoteż pozostałość po jej odparowaniu zabarwieniem nie wskazywała więcej obecności w ilości znaczniejszej ciał organicznych. Zazwyczaj przy ilościach moczu od 500—1200 ctm. sześć dwukrotne spalenie i lugowanie wystarczało, ażeby cel żądany osiągnąć.

Skoro uzyskaliśmy roztwór soli w moczu się znajdujących już wolny od ciał barwiących, odparowywaliśmy go do pozostałości krystalicznej. Pozostałość tę, stale mocno zasadowo oddziaływającą, wyciągaliśmy bezwodnym wyskokiem, dopóki się jeszcze cośkolwiek w wyskoku rozpuszczalnego znajdowało. Wyciąg wyskokowy odparowywaliśmy, a pozostałość teraz już nie zabarwioną rozpuszczaliśmy w małej ilości wody przekroplonej. Rozczyn ten teraz zagęszczony i już zupełnie czysty, lub też, co najwyżej, bardzo słabo żółtawo zabarwiony badaliśmy na jod w sposób już opisany.

Powtórzenie badań przedwstępnych wykazało mi, że tą metodą mogłem jeszcze po wewnętrznem użyciu 0,25 mlgrm. jodku potasu wykryć w moczu, z następnych 7—8 godzin zebrany, bardzo dokładnie jod; oddziaływanie bowiem tak z kleikiem skrobi jak i dwusiarkiem węgla było wcale wybitne.

Mając więc teraz metodę dokładniejszą, której mogłem użyć nawet wobec znacznej ilości barwników moczu, przystąpiłem do doświadczenia IV-go.

**Doświadczenie IV.** Do doświadczenia tego użyłem młodego, zdrowego, 17-letniego chłopca. Podobnie jak w doświadczeniu poprzednim, stosowano przez 2 dni najprzód kąpiele nożne oczyszczające, potem przekonawszy się, że moczu jodu nie zawiera, a skóra nigdzie nie jest uszkodzoną, zastosowano ze zwykłemi ostrożnościami możliwemi kąpiel nożną w 2% roztworze wodnym jodku potasu, na 36° C. ogrzanego. Kąpiel trwała 60 minut. Po kąpeli obmyto nogi i obsuszono, jak w poprzednim doświadczeniu. Mocz z następnych 12 godzin zebrano 720 ctm. sześć. Badanie wykonane teraz wykazało z dwusiarkiem węgla, jak i następnie z kleikiem skrobi, ślady jodu dość wyraźnie dostrzegalne.

Chcąc się raz jeszcze przekonać, czy wynik był prawdziwy, stosowałem przez 2 dni zrzędu taką samą kąpiel nożną, zbierając mocz z 12 godzin po kąpeli. Razem poddano badaniu mocz 1520 ctm. sześć., używając tej samej metody niszczenia ciał organicznych. Otrzymałem tak wybitny teraz odczyn z dwusiarkiem węgla i kleikiem skrobi, że to mię zachęciło do wykonania doświadczenia V-ego.

**Doświadczenie V,** mające na celu oznaczenie ilościowe jodu w moczu, który tam się dostał drogą wessania przez skórę. Do doświadczenia, wykonanego tak samo, użyto tej samej, co wprzód, osoby. Kąpiele stosowano przez 4 dni z rzędu, codziennie przez 55 do 70 minut trwające. Mocz zbierano z 12 następujących po doświadczeniu godzin. Razem zebrano do badania chemicznego 3050 ctm. sz.. Części organiczne niszczone w sposób już opisany. Pozostałość wyciągową rozpuszczono w wodzie przekroplonej i oznaczono w niej ilość jodu. Oznaczenie ilościowe dokonano miareczkowaniem. Do miareczkowania użyto podsiarkonu sodu [ $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ ], postępując w tym względzie według CLASSEN'a (*Handb. d. quant. anal. Chemie* 1886). Rozczyn wodny, pozostałości z wyciągu wysokiego, zakwaszono nieco rozcieńczonym kwasem chlorowodnym. Jod z połączenia wydzielono dymiącym kwasem azotnym. Następnie przez dokładne kłócenie go w dobrze zatkanem naczyniu z chemicznie czystym dwusiarkiem węgla, przeprowadzono go w roztwór. Rozczyn ten jodu w dwusiarku węgla wymyto dokładnie, kłóćąc go z wodą przekroploną; następnie wiano go do małej szklanej flaszeczki, z korkiem doszlifowanym, do której puszczone kroplami ostrożnie z kalibrowanej biurety GEISLER'owskiej roztwór chemicznie czystego podsiarkonu sodu, kłóćąc co chwila zawartość małej flaszeczki, aż do chwili, gdy zabarwienie dwusiarku węgla, od jodu pochodzące, znikło zupełnie. Mianownik [titr] podsiarkonu sodu dla jodu, oznaczono podobnie; mianowicie w sposób taki sam miareczkowano jod tym samym roztworem podsiarkonu sodu w kilku ctm. sześć. roztworu chemicznie czystego jodku potasu o wiadomej wartości. Następnie zwykłym obrachowaniem z ilości zużytego roztworu podsiarkonu sodu obliczono ilość jodu. Wynosiła ona w naszym przypadku 0,0032 czystego jodu, co odpowiada 0,00418 grm. jodku potasu. [C. d. n.]

## Listy otwarte do Redakcji Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W N-rze 21 Gazety Lekarskiej kol. TARGOŃSKI z Siedlec podał artykuł o stosowaniu metody THURE BRANDT'a. Praca ta nastęrcza mi niektóre uwagi, które dotyczą zarówno rękoczynów THURE BRANDT'a, jak i poglądów ustalonych już w ginekologii.

Kol. T. stosował w swych przypadkach leczenie macicy mechaniczne *sui generis*, które nazwać można mięsieniem ginekologicznem w ogólnem tego słowa znaczeniu, lecz które niesłusznie mianuje metodą THURE BRANDT'a.

Kol. T. składa mi wprawdzie publiczne podziękowanie i poleca chcącym się obeznać z metodą BRANDT'a moje prace, drukowane w Kronice i Gazecie Lekarskiej, lecz sam rękoczynów BRANDT'a nie stosuje. „Kto zrozumiał“, mówi autor „cel mięsienia i poznał w zasadzie jego [t. j. BRANDT'a] rękoczyny, z pewnością metodę BRANDT'a przerobi podług siebie i dobrze mu z tem będzie i t. d.“, a dalej „...zresztą metoda BRANDT'a w ręku kol. WINAWERA i moim, to, zdaje się, dwie metody. Kol. W. wszystkie rękoczyny, aż do najmniejszych szczegółów tak wykonywa, jak zaleca BRANDT, ja zaś w wykonywaniu jestem swobodny“ i t. d..

W celu łatwiejszego porozumienia się, pozwolę sobie zaczerpnąć z naszej specjalności przykład następujący. Jeżeli autor jakiś pisze, iż dokonał myomiotomii sposobem SCHROEDER'a, to nietylko ma znaczyć, że stosował metodę wewnątrzotrzewnową, lecz że nakładał szwy na kikut podług SCHROEDER'a i t. d., czyli, krótko mówiąc, trzymał się ściśle jego sposobu operowania. Niewielkie więc nawet zmiany, jakie wprowadzili w obszyciu kikuta OLSHAUSEN, ZWEIFEL, FRITSCH, HOFMEIER, dla zachowania ścisłości naukowej, ze względu na różnice w przebiegu i rezultatach ostatecznych tego sposobu operowania, zmuszają nas do mianowania zmienionego sposobu metodą ZWEIFEL'a, HOFMEIER'a i t. d..

Nie wiem więc, dlaczego autor, nie stosując ściśle rękoczynów BRANDT'a, do czego się sam przyznaje, nazywa swój sposób mięsienia ginekologicznego metodą THURE BRANDT'a. Nie rozumiem również, z jakiej przyczyny kol. T. stosowanie rękoczynów BRANDT'a nie uważa za konieczne, a „przerabiając podług siebie“, sądzi, że „mu dobrze z tem jest“.

Szkoda, iż autor nie podaje, na czem polega owa „przeróbka“, jakie rękoczyny zmienia i na czem się owe zmiany zasadzają, a jakie odrzuca, ażebyśmy mogli z jego uwag jakąś korzyść osiągnąć.

Być może, iż autor uważa rękoczyny BRANDT'a za zbyt trudne, wymagające znacznej wprawy w śledzeniu dwuręcznem i specjalnych studyjów, lecz to nie powinno stanowić przyczyny zmian, jakie autor na niekorzyść mięsienia wprowadza.

Wiemy dobrze, iż sposoby leczenia, zarówno jak poglądy naukowe ulegają ciągłym zmianom, co jest dowodem ich rozwoju, lecz czy należy zmieniać to, czego się jeszcze dobrze nie poznało, urabiać podług swego widzimisię, opartego na niewielkiem doświadczeniu naukowem i, mając skromne, z wielkim mozołem zdobyte rezultaty, innych do naśladownictwa zachęcać? Autor nie powinien zapominać, że rękoczyny BRANDT'a są owocem głębokich długoletnich rozmyślań, opartych na genialnych pomysłach i ogromnem doświadczeniu praktycznem ich twórcy, że, jak powiada o metodzie tej prof. SCHAUTA: „...eine mit kritischem, echt urwissenschaftlich beobachtendem Verstande sorgfältig ausgebildete Behandlungsmethode“.

Czy stosując rękoczyny nie ściśle podług BRANDT'a, otrzymał autor wyniki bardziej dodatne?

Nie mam prawa wyprowadzać z artykułu kol. T. wniosków, iż metoda BRANDT'a, ściśle stosowana, dałaby rezultaty lepsze, tembardziej, iż autor

stosował, oprócz mięsienia, jednocześnie skrobanie błony śluzowej macicy, wstrzykiwanie nalewki jodowej i t. d.; zwrócę tylko uwagę na jedną bardzo ujemną stronę w sposobie mięsienia autora, a mianowicie na bóle, jakie swym chorym sprawia, o czym często w swej pracy wspomina.

A więc pisze autor:

w przypadku pierwszym: C. K., lat 44, żona handlarza, z rozpoznaniem *retroflexio ut. posterior* [!!!]... ból przy mięsieniu zdawał się wzrastać za każdym razem [!]. Na szóstym posiedzeniu wstrzyknąłem pod skórę roztwór antypiryny, co dało mi możności swobodnie [!] wykonać mięsienie; to posiedzenie chora zniosła bardzo dobrze,

w przypadku drugim: A. M., lat 24, żona aptekarza, z rozpoznaniem *retro-lateroflexio ut. dextra*... posiedzenie pierwsze bardzo bolesne; posiedzenie siódme mniej bolesne;

w przypadku trzecim: A. S., lat 30, żona majstra, mularskiego z rozpoznaniem *retrolateroflexio ut. sinistra*... mięsienie niemożliwe [!] z powodu silnych boleści [!], wstrzyknięcie antypiryny w okolicy lewej pachwiny; lekkie przypalenie ziarniny na macicy i tampon; makowiec w ławatywie i *roborantia* do wewnątrz. Przez następnych 25 [!] posiedzeń doprowadziłem chorą do tego, że mogłem swobodnie wykonywać mięsienie.

W innych przypadkach powtarzało się, mniej więcej, to samo.

A zatem podczas lub przed mięsieniem zmuszony jest autor wstrzykiwać pod skórę antypirynę, dawać do wewnątrz duże ilości [!] *natrui bromati c. antipyrino*, a niekiedy, widocznie pomimo tych leków, robić przerwę pomiędzy posiedzeniami, by „nie wyniszczać chorych przez bóle“, jakie im autor sprawia podczas mięsienia.

Wprawdzie, o ile wnosić możemy z własnych słów autora, sądzi on, że pojął cele mięsienia i poznał w zasadzie rękoczyn BRANDT'a, lecz fakty, przez kol. T. podane, zmuszają nas, niestety, do wyprowadzenia wprost przeciwnych wniosków, a jakkolwiek autor „przerobił metodę podług siebie“, jednakowoż naraża swe chore podczas mięsienia na dotkliwe bóle i zawdzięcza możność przeprowadzenia kuracji jedynie wyjątkowej cierpliwości swych pacjentek, przeważnie, jak to bywa w praktyce specjalnej na prowincyi, kobiet wiejskich i mniej zamożnych mieszczanek, mniej zdenerwowanych i kapryśnych, a więcej na bóle wytrzymałych.

THURE BRANDT i ci, co mieli sposobność pod jego kierunkiem pracować, uważają za pierwsze правило, ażeby podczas mięsienia bólu nie sprawiać, zupełnie tak samo, jak się to podczas śledzenia ginekologicznego praktykować winno. BRANDT, stosując mięsienie, zwraca od czasu do czasu baczną uwagę na twarz pacjentki, a, gdy tylko zauważy, że ucisk zewnętrzny lub wewnętrzny jakiejś fałdki, części macicy i t. d. sprawia, starannie już to miejsce omija, lub bardzo oględnie ucisk wywiera, ażeby chorej nie osłabiać i nie zniechęcać, co ma właśnie podczas pierwszych posiedzeń bardzo ważne znaczenie. To „*schonungsvolles, zartes Vorgehen*“, jak się prof. SCHAUTA wyraża, stanowi nieodłączną cechę BRANDT'owskiego mięsienia. Niech kol. T. wczyta się lepiej w prace autorów o tej metodzie, a przekonana się, że ja bynajmniej z prawdą się nie mijam.

Czy zresztą rękoczyn BRANDT'a mogłyby się przyjąć tak szybko, gdyby były tak bardzo bolesne, że autor, pomimo antypiryny, makowca i bromu, uważa tę okoliczność za jedyną ujemną stronę tej metody i czyni niewinną uwagę, że należy na zaufanie chorej zasłużyć, a wtedy „chętnie [!] znieśnie najdotkliwszy ból“.

Ponieważ autor stosował mięsienie podług wskazań ogólnie przyjętych, a nie przy jakimś podostrem zapaleniu otrzewnej, lub przy *pyosalpinx*, co wskutek błędnego rozpoznania byłoby możliwym, więc stanowczo twierdzić można, iż te bóle niepotrzebne, jakie swym chorym sprawia, jedynie nieumiejętnemu stosowaniu mięsienia przypisać winien, a nie metodzie BRANDT'a, tembardziej, iż sam

przyjmuje za zasadę cierpliwość podczas miesiąenia, delikatność w obejściu się z chorą i wytrwałość, pomimo niekiedy widocznego pogorszenia się [!] choroby.

Można więc rzec śmiało: *si duo faciunt idem, non idem*, a jeżeli „swoboda“ w stosowaniu rękoczynów nie ma innego celu, jak tylko sprawianie chorym silnego bólu, to żaden z ginekologów, mimo przekonań krańcowo liberalnych, do obozu kol. T. przejść nie zechce.

Ażeby zakończyć nieporozumienia nasze co do metody BRANDT'a, zwrócę jeszcze uwagę kol. T., iż, mówiąc o metodzie, nie miałem na myśli systemu leczenia, lecz rękoczyny, jakie BRANDT stosuje.

W ginekologii jest to samo z metodą BRANDT'a, co APOSTOLI'ego. Zarówno w jednej, jak w drugiej jest zbyt wiele wskazań, gdyż twórcy tych sposobów leczenia wpadli w jednostronność i, oprócz swego sposobu, innego nie stosowali. Nie przypuszczam, ażeby ci, co poznali metodę BRANDT'a, przestali być ginekologami i mam zamiar wyjaśnić, iż metody THURE BRANDT'a nie uważam za *panaceum* przeciw wszelkim cierpieniom przewlekłym narządów rodnych, stosuję ją zaś przeważnie przy cierpieniach zapalnych jajników (*oophoritis et perioophoritis*), przy resztkach wysięków (*residua para-et peri-metritidis*) i przyzeczpinach, powodujących unieruchomienie macicy lub jajników, lub zmiany w położeniu tych narządów, a nie zalecam bynajmniej przy wypadnięciu macicy, przy tyłozgięciu bez przyzeczpin (*retroflexio ut. mobilis*), przy przewlekłym zapaleniu mięszsu, połączonym z przerostem lub sklerozą i innych, gdyż w tych przypadkach [oprócz tyłozgięcia macicy] leczenie np. chirurgiczne daje wyniki pewniejsze.

W pracy mojej, przed dwoma laty ogłoszonej, podałem wprawdzie cały system leczenia THURE BRANDT'a, lecz w praktyce przez nabyte doświadczenie, zgodnie z poglądami innych autorów, przyjąłem te wskazania, które są pewne i nie dają się zastąpić innymi zabiegami leczniczymi. Rozumie się, że oprócz miesiąenia, chore odbywają leczenie pomocnicze w postaci irygacji, wacików z lekami, lawatyw, kąpieeli i t. d., a po skończonej kuracji, zależnie od wskazań, poddają się niekiedy rękoczynom chirurgicznym, jak: skrobaniu błony śluzowej, amputacji części pochwowej, operacji EMMER'a i t. d..

Przechodząc w dalszym ciągu do leczenia ginekologicznego, jakie kol. T. oprócz miesiąenia stosuje, nie mam zamiaru prostować wszystkich usterek, jakie w artykule autora spotykamy, załedwie na niektóre zwrócę uwagę.

Kol. T. zgodzi się ze mną, że, zajmując się ginekologią, jako specjalnością, należy mieć zawsze ściśle zasady i trzymać się tych faktów i wniosków, jakie są we współczesnej nauce przyjęte.

Otóż, leczenie ginekologiczne autora, oprócz rzeczy arcyelementarnych, jak zakładanie do pochwy wacików z różnymi lekami, o których niepotrzebnie się rozpisuje, jak wstrzykiwanie nalewki jodowej do jamy macicy, którego technikę szczegółowo podaje, nie tylko nie stanowi postępu, lecz jest wadliwe, może być dla chorych szkodliwe, a z naukowego punktu widzenia bezwarunkowo stanowi w ginekologii krok wsteczny.

Dotyczy się to najbardziej użycia zgłębnika i skrobania błony śluzowej macicy przy przewlekłym jej zapaleniu.

Zgłębnik jest autorowi potrzebny w niektórych przypadkach do rozpoznania położenia macicy, do określenia skrzywienia lub przegięcia osi macicy i t. d., dalej pisze autor: „...przy silnym zgięciu macicy ku przodowi bez pomocy zgłębnika niemożliwe jest wprowadzenie szprycki do macicy“, a następnie: „...niekiedy trzon macicy jest tak silnie przymocowany do tyłu, że palec, unoszący macicę przez tylne sklepienie, zgina szyję ku przodowi, weale nie unosząc macicy, wskutek czego jednostronne mięsienie wywiera nader słaby wpływ na zrosty i nasze zabiegi karłowacieją. Jeżeli zaś zamiast palca na zgłębniku będziemy unosili macicę, mięsienie zacznie działać szybko i już po kilku posiedzeniach palec będzie wystarczający“, a w końcu „...ręka niewprawna i ciężka, wprowadzając

zglebnik do macicy, sprawia chorej bezpotrzebny ból, kaleczy ścianki kanału i może przedziurawić macicę, lub przez rozszerzony jajowód wejść do jamy brzusznej. W pierwszym razie możemy wywołać silne krwawienie i nawet zapalenie macicy, w drugim, zanosząc wydzielinę z kanału do wnętrza spowodować groźne zapalenie jajników, otrzewnej, kiszek i t. d.“.

Pragnąłbym zwrócić uwagę kol. T., że dawniej, gdy śledzenie dwuręczne nie było jeszcze dobrze opracowane, a skutek tego często niedostateczne, posilkowano się zglebnikami w celu oznaczenia położenia macicy; obecnie zaś ginekolog powinien po zbadaniu dwuręcznym w każdym przypadku położenie macicy określić, gdyż ono nawet przy mięśniakach macicy bez zglebnika określić się daje, jeżeli się ma dostateczną wprawę w śledzeniu dwuręcznym.

Podług np. J. VEIR'a, zglebnik ma obecnie następujące cele rozpoznawcze:

- a) zmierzyć długość jamy macicy;
- b) oznaczyć grubość ściany macicy;
- c) określić zawartość jamy macicy [resztki jaja płodowego, nowotwory];
- d) oznaczyć, jak się zachowuje błona śluzowa macicy: czy nie jest nierówną, zbyt miękką, bolesną, i
- e) stwierdzić, czy nie ma zwężenia kanału szyi macicznej.

Tylko w razach wyjątkowych wolno jest przy innem wskazaniu, np. przy guzach jajników, zglebnik do jamy macicy w celu rozpoznawczym wprowadzić, lecz należy za zasadę sobie postawić, ażeby już przed wprowadzeniem położenie macicy oznaczyć.

Stosować mięsienie przy pomocy zglebnika nie ma żadnej potrzeby, gdyż przy tyłozgięciu, lub pochyleniu macicy unieruchomionej, rękoczynny BRANDT'a są w większości przypadków wystarczające, jeżeli, naturalnie, znamy je wszystkie i stosujemy podług specjalnych wskazań. W przypadkach ciężkich, gdy bliznowate zrosty silnie utrzymują przegięty ku tyłowi trzon macicy, gdzie rękoczynny BRANDT'a przyczepin ani nie przerwą, ani nie rozciągną, zglebnik nic nie pomoże. W tych przypadkach po usunięciu resztek wysięku, lub obrzmienia jajników, proponuję metodę SCHULTZE'go, lub VULLIET'a, a gdyby i te zawiodły, nie pozostaje nic innego, jak cięcie brzuszne z przyszcyciem dna macicy do przedniej ściany brzucha. Gdybym już koniecznie, nie będąc w stanie wykonać odpowiedniego rękoczynny BRANDT'a, miał zamiar powoli przy pomocy narzędzi przyczepiny rozciągnąć i macicę do położenia prawidłowego odprowadzić, to użyłbym zglebnika SIELSKIEGO, gdyż wtedy miałbym przynajmniej pewność, że nie wywołam obrażenia błony śluzowej i nie przedziurawię ściany macicy, co jest możliwem przy przewlekłem cierpieniu narządu, a szczególnie po przebytych niedawno położu, gdy ściana macicy wskutek stłuszczenia włókien mięsnych jest miękką i wiotką. Jakkolwiek, jak widzi kol. T., na unoszenie macicy na zglebniku podczas mięsienia zgodzić się nie możemy, a w celu rozpoznawczym używamy go przy ścisłych wskazaniach, jednakże nie sędzę, by zglebnik, wprowadzony umiejętnie do jamy macicy, mógł silny ból sprawiać, ścianę macicy okaleczyć, lub wreszcie przez jajowód wejść do jamy brzusznej, jak to kol. T. utrzymuje.

Po przedziurawieniu macicy za pomocą zglebnika nie widział nikt ani zapalenia macicy, ani nawet podrażnienia otrzewnej [widocznie zglebnik był aseptyczny], również mowy nie ma o silnym krwotoku: autorzy wzmiankują zaledwie o kropelce krwi. Niech kol. T. przeczyta przypadki LUEBMANN'a, RABL-RUECKHARD'a i LEMUS'a, NOEGERRATH'a i SCHROEDER'a, a przekona się, że jest w błędzie.

Co do wprowadzenia zglebnika do jajowodu, to nie wiem, czy kol. T. pisze to pod wpływem pracy BIEDERT'a, lecz te bardzo rzadkie przypadki, w jakich zglebnik do jajowodu wprowadzono, należy przypisać wyjątkowemu rozszerzeniu wylotu i całego narządu i odciągnięciu takowego ku górze wskutek guzów jajnikowych, jak tego dowodzą przypadki LEHMANN'a, BISCHOFF'a i KNOWSLEY-



THORNTON'a. Co się zaś tyczy przypadków DUNCAN'a, VEIT'a, LAWSON-TAIT'a i ZINI'ego, to w przypadkach tych, jak wyjaśnił HOENIG, nie wprowadzono zgłębnika do jajowodu, lecz najprawdopodobniej przedziurawiono ścianę macicy.

Wprowadzenie zgłębnika do otworu prawidłowego jajowodu jest anatomicznie niewykonalne, a jeżeli wskutek zmian patologicznych jajowodu zdarzyć się może, to ono za *avis rarissima* uważać należy. Zresztą ażeby wywołać zakażenie narządów rodnych, dostatecznym już jest wprowadzenie mikrobow na zgłębniku z pochwy, lub kanału szyi do aseptycznej w zwykłych warunkach jamy macicy, nie wprowadzając bynajmniej zgłębnika do jajowodu.

Co się tyczy skrobienia błony śluzowej macicy przy przewlekłym jej zapaleniu, to autor operuje nie na jednym posiedzeniu, lecz częściowo, powtarzając rękoczyn kilkakrotnie, a więc odmiennie, niż jak to się wszędzie praktykuje.

Oto, co autor pisze: „jeżeli ziarnina bardzo jest bujna, nigdy nie staram się usunąć jej odrazu; naprzód oczyszczam łyżeczką, o ile można, dokładnie powierzchnię szyjki, następnie, po kilku dniach, sam kanał, odrazu, lub też w ciągu kilku posiedzeń, co zależy od ilości ziarniny, jak niemniej, od stopnia powiększenia [!] macicy i t. d.“.

Oprócz tego, po jednokrotnym częściowym wyłyżeczkowaniu, już następnego dnia odbywa autor mięsienie, pomimo obfitego wypływu, złożonego, jak podaje, z kawałków ziarniny, ropy, surowicy, śluzu i krwi.

Pomijając już antyseptykę, którą autor jakoś skąpo wykonywa, nigdzie bowiem mowy nie ma o przemywaniu przed rękocyznem jamy macicy, zapytam się kol. T., czy uważa to swoje, tak bardzo bolesne mięsienie za manipulację o tyle niewinną, że może je odbywać w dalszym ciągu już w 24 godzin po pierwszym skrobaniu, gdy obrażenie błony śluzowej, sztucznie wywołane, jest zaledwie w początkowym okresie gojenia, gdy kanał szyi zawiera masę rozkładową wcale nie aseptyczną, a czasami, jak wspomina, nawet cuchnącą [!], która wskutek mięsienia macicy szybszemu wchłanianiu uleż musi?

Lecz to jeszcze nie wszystko.

Po 2—3 dniach autor znowu skrobie, usuwa ziarninę, niby z innych miejsc, obnaża już większą powierzchnię błony śluzowej, kaleczy ją mimo obecności ropy i wogóle bardzo już podejrzanej zawartości kanału szyi, a następnego, czy też po dwóch dniach znowu mięsienie odbywa.

Minęły wprawdzie te czasy, gdy przewlekłe zapalenie macicy uważano za *noli me tangere*, lecz czy kol. T. rozważył dobrze, że jego oryginalny wprawdzie system leczenia sprzeciwia się kardynalnym zasadom chirurgii i stanowi jakieś dziwne *horrendum* ginekologiczne.

Że żadna z jego chorych, w ten sposób leczonych, nie przebyła ciężkiego powikłania zapalnego, tłómaczę sobie zbyt szczupłym materiałem, jakim autor rozporządzał, lecz, że przypadki takie nieszczęśliwie przytrafić się mu muszą, przyzna każdy, choćby był ożywiony najlepszymi chęciami wobec kol. TARGOŃSKIEGO.

Uwagi te uważałem za stosowne kol. T. na wstępie jego praktyki specjalnej uczynić. Czy autor choć w małym stopniu zreformuje swój sposób leczenia, nie przesądzam, lecz stanowczo utrzymuję, że leczenie, jakie stosuje, jest bardzo bolesne, niebezpieczne dla chorych, zmudne dla lekarza i nienaukowe, i że, jako takie, nie tylko nie jest godne naśladowania, lecz, przeciwnie, dla dobra chorych i prawidłowego rozwoju ginekologii winno być jaknajrychlej zarzucone.

A. Winawer.

## SZANOWNY REDAKTORZE!

Artykuł kol. TARGOŃSKIEGO, p. t.: „Metoda THURE BRANDT'a przy leczeniu zastarzałych zapaleń macicy“, nasunął mi kilka uwag, które pozwalam sobie w liście tym przedstawić w obronie — powiem otwarcie — lekarzy naszych i... ginekologii.

Przedewszystkiem więc zapytuję, dlaczego motywem do ogłoszenia tego artykułu miała być aż chęć „zbudzenia w lekarzach żywszego zajęcia się kwestyją chorób kobiecych“. Czy rzeczywiście lekarze nasi, szczególnie na prowincyi, tak pomocozemu, jak zapewnia autor, traktują ginekologiję, że aż trzeba było dać im publiczną za to naganę w artykule, wysławiającym metodę THURE BRANDT'a; czy rzeczywiście tak mało u nas znają się lekarze na ginekologii, że do artykułu, mającego traktować o metodzie BRANDT'a, trzeba aż było przypiąć wykłady dodatkowe o wyskrobywaniu macicy, o badaniu macicy za pomocą zglębnika i wreszcie o tamponowaniu pochwy, aby zrozumieć mogli, co to są za „zabiegi chirurgiczne“, które autor „wprowadził przy leczeniu zapalenia wewnątrzmacicznego na wzór lekarzy niemieckich“. Czy autorowi rzeczywiście się zdaje, że przed nim nikt u nas nie posługiwał się temi rękoczynami, które ostatecznie stanowią tylko części elementarne tak zwanej „małej chirurgii ginekologicznej“? Niepotrzebnie autor obciążył swój artykuł tym balastem wiadomości elementarnych; dośbey było, gdyby, opisując przypadki swoje, wspomniał tylko, że tam, gdzie potrzeba było, wskrobał macicę lub ją wysondował, ówdzie zaś wytamponował pochwę. Każdy z lekarzy, jestem przekonany, zrozumiałby doskonale, co to wszystko znaczy, a artykuł wypadłby o wiele krótszym, i już przez to samo zyskałby na wartości. Tyle w obronie lekarzy.

Teraz słów kilka o ginekologii kol. TARGOŃSKIEGO. Powracam raz jeszcze do wyskrobywania macicy. Autor powiada, że jeżeli ziarnina bardzo jest bujna, nigdy nie usuwa jej odrazu z całego kanału, lecz wykonywa to na kilku posiedzeniach. Dlaczego? Sądzę, że skoro raz przeprowadziliśmy łyżeczkę przez ujście wewnętrzne do kanału macicy, to lepiej uczynimy, odrazu na jednym posiedzeniu zeszkrobując wszystko, co się da usunąć z powierzchni kanału, aniżeli gdybyśmy mieli powtarzać tę manipulacyję kilkakrotnie i w ten sposób narażać chorą za każdym razem na ból dość dotkliwy, na niebezpieczeństwo zakażenia i wreszcie na przedłużanie sprawy gojenia. „Zdejmując ziarninę łyżeczką, staram się — powiada autor — nie ranić zdrowych części macicy“. Jestto staranie bardzo chwalebne, lecz, o ile wiem, do wykonania niemożliwe; wszedłszy raz bowiem łyżeczką do kanału macicy, możemy już nią tylko na ślepo manipulować, zeszkrobując wszystko, co się pod łyżeczkę nawinie, a więc zarówno ziarninę i cząstki nowotworowe, jak i zdrową błonę śluzową.

Krwawienie na zeszkrobanej powierzchni kanału macicy radzi autor tamować za pomocą roztworu chlorniku żelaza; wogóle jest zwolennikiem tego *stypticum*, zalecając je pod postacią pędzlowań, jako też nasycając niem paski gazy i tampony. Chlornik żelaza, zastosowany na świeżą krwawiącą ranę, wytwarza na niej czarny, gruby strup, trzymający się długo na powierzchni rany, a działając jak ciało obce, wywołuje podrażnienie i zanieczyszcza ranę. Wobec więc powszechnie już teraz zakorzonych zasad metody przeciwnego opatrywania, traktowanie ran krwawiących roztworem chlorniku żelaza jest... anachronizmem, przypominającym czasy bardzo dawne, przedlisterowskie.

W opisie przypadków, podanych przez kol. TARGOŃSKIEGO, przedewszystkiem uderzają w oczy większe lub mniejsze braki cech rozpoznawczych, na których powinien był autor oprzeć swe dyagnozy. Z tego też powodu rozpoznania jego wyglądają często jakby z powietrza zaczerpnięte. Dla udowodnienia słuszności mego zarzutu rozbiorę tu szczegółowiej przypadek I-szy, jako pod tym względem najcharakterystyczniejszy.

Przypadek ten jest opatrzony dyagnozą następującą: *Retroflexio uteri posterior fixata, para- et endometritis*. Przedewszystkiem zapytań muszę, co to jest *retroflexio uteri posterior*? Czy zna autor także *retroflexio uteri anterior*, skoro odróżnia odmianę tylną tyłozgięcia macicy? Następnie zapytuję, czy można w danym przypadku postawić rozpoznanie na tyłozgięcie macicy unieruchomione, jeśli autor ani nie mógł wyczuć przez tylne sklepienie dna macicy, ani też nie określił kierunku, w jakim wprowadził zgłębnik do macicy, jakkolwiek potem na jakiś kierunek się powołuje. To unieruchomienie macicy wydaje mi się także problematycznym; autor bowiem sam przyznaje, że zgłębnikiem [aczkolwiek słabo] wprawiał w ruch trzon macicy. Rozpoznał autor *parametritis*, gdy tymczasem w opisie ani słowa o tem, aby przy badaniu przez pochwę wykrył obecność wysięku okołomacicznego; wprawdzie zaznacza, że tylne sklepienie prawie nie istnieje, lecz dlaczego go nie ma [czem wypełnione], nie powiada. Jako dowód, że chora cierpiała na *endometritis* przytacza autor tylko to jedno, że „z o t w o r u s r o m n e g o“ [nie z macicy!] słabo wydzielał się *fluor albus*. Czyż dowód taki jest wystarczający?

W drugim przypadku kol. T. stawia między innymi rozpoznanie na *oophoritis duplex*. Tymczasem wyżej w opisie przypadku powiada: „prawy jajnik niewyczuwalny, lewy nieco powiększony i mało bolesny“; gdzież tu więc dowód, że istniało zapalenie aż obu jajników.

W opisie przypadku IV-go znalazłem znów taką osobliwość: „Jajniki — powiada autor — przy tak znacznie powiększonej macicy niewyczuwalne; jednak wnosząc z kształtu macicy, sądzę, że nie muszą być bardzo powiększone“. Już to samo, że były niewyczuwalne dostatecznie, mojem zdaniem, dowodziło, iż nie musiały być bardzo powiększone; żeby zaś z kształtu macicy można było określić wielkość jajników, to, wybaczy autor, wydaje mi się prostoproście nieprawdopodobieństwem.

Dziwną też skłonność posiada autor do podporządkowywania wszelkich innych cierpień ustroju cierpieniom narządów rodzajnych, poczytując wszędzie to ostatnie za główne, inne zaś za choroby następce. Chora [przypadek II] uskarża się na mocny, suchy i częsty kaszel i kłucie pod prawym obojczykiem, badanie płuc wykazuje u prawego szczytu oddech zaostrowany z wydłużonym wydechem, a mimo to autor powiada, że płuca nie przedstawiają nic osobliwego i uważa cierpienie płuc nie za samoistne, lecz za cierpienie, wywołane przez podrażnienie nerwowe, zależne od cierpienia narządów rodzajnych („*retro-latero-flexio uteri dextra fixata, para- peri- et endometritis, oophoritis duplex*“ [?]), i stawiając je na równi z połowicznym bólem głowy, biciem serca i objawami histerycznymi, często towarzyszącymi chorobom kobiecym. W przypadku III-cim wątroba była tak znacznie powiększona, że dosięgała pępka, a więc już to samo wskazywało na jej poważne cierpienie; mimo to jednak, według autora, duża wątroba była tylko prostem następstwem choroby narządów rodzajnych („*retro-latero-flexio uteri sinistra fixata*“). Gdzież dowody takiej zależności cierpienia płuc i wątroby od chorób narządów rodzajnych i to chorób tego właśnie rodzaju? Autor dopatruje się jej w spostrzeganem tutaj jednoczesnym znikaniu kaszlu, *resp.* kureczeniu się wątroby, w miarę ustępowania choroby narządów płciowych pod wpływem swoistego leczenia tej ostatniej. Czy nie nazbyt śmiała i jednostronna hipoteza? Czy nie był to prostoproście zbieg okoliczności, iż dwa cierpienia współzależne, jednocześnie leczone — jedno środkami narkotycznymi, *resp.* przeczyszczającymi, wzmacniającymi i dyjetetycznymi, drugie [choroba macicy] leczone miejscowo — ulegały jednocześnie poprawie?

Teraz zwrócimy się do metody THURE BRANDT'a, której to metodzie artykuł kol. TARGOŃSKIEGO swój tytuł zawdzięcza. W ciągu 1½ roku miał autor w swej praktyce 1200—1500 chorych. W tej liczbie było 72 przypadków z chorobami narządów płciowych kobiecych [czyli przeszło 5%], między temi zaś zaledwie

12-cie cięższych przypadków leczył autor podług metody THURE BRANDT'a i te zakończyły się wyzdrowieniem. Otóż, z tego pomysłnego wyniku czerpie autor pochop do wnioskania, że i w następnych 57-iu przypadkach, jako lżejszych, gdyby były tak samo, jak tamte, leczone, nastąpiłoby również niewątpliwie wyzdrowienie! I na takiej to statystyce oparł autor swe przekonanie o wszechpotężnych skutkach metody THURE BRANDT'a, zapominając jednak zupełnie, że nawet tych 12 ciężkich przypadków nie leczył wyłącznie mięsieniem i to autentycznym mięsieniem THURE BRANDT'a, lecz posługiwał się mięsieniem według siebie zmodyfikowanym, do którego dodawał w miarę potrzeby tak ważne i skuteczne procedury, jak wyskrobywanie macicy, lekkie przypalanie ziarniny, wkrapianie nalewki jodowej do kanału macicznego, tamponowanie pochwy watą, zmaczaną w glicerynie i t. d.. Jaka więc właściwie część skuteczności wśród tego dużego arsenału leczniczego przypada na rachunek mięsienia, trudno do prawdy orzec.

Nie jestem zwolennikiem metody THURE BRANDT'a, bo się przekonałem, że uciążliwe i często odstrasżające dla pacjentek jej manipulacje, wcale nie są skuteczniejszemi, aniżeli inne zabiegi nasze, przy tych samych cierpieniach oddawna stosowane, same zaś wskazania do mięsienia ginekologicznego zostały już obecnie ograniczone *ad minimum*; za zasługę więc nawet poczytałbym autorowi, że się odważył przyznać, iż odstąpił przy wykonywaniu mięsienia od przepisów BRANDT'a i nie krępuje się za bardzo pedantycznymi jego praktykami, gdyby manipulacjom, które sam u swych pacjentek stosuje, nie chciał nadawać pozorów metody, jakoby przez siebie udoskonalonej. Kolega T. powiada, że przerobił THURE BRANDT'a podług siebie i w wykonaniu rękoczynów, zalecanych przez niego, był swobodny tak dalece, że zdaje mu się nawet, iż stworzył nową metodę [„metoda BRANDT'a w rękę kolegi WINAWERA i w moim, to zdaje się dwie metody“]. A więc zamiast metody BRANDT'a mamy znowu metodę kol. TARGOŃSKIEGO, polegającą, jak się zdaje [na pewno powiedzieć trudno, bo nam autor bliższych o niej szczegółów poskapił], na odwiecznym zwyczajnym masażu [rozcieranie, rozciąganie i t. d.], zastosowanym do starych wysięków i bliznowatych zrostów, w jamie miednicy usadowionych. Poczóż więc przedstawiać jako rzecz nową i okrywać tajemnicą to, co jest, prawie jak świat, stare.

Zreszłą w jednym miejscu uchylił autor rąbek tajemnicy, mówiąc o mięsieniu macicy, unieruchomionej od tyłu. Ponieważ palcem niepodobna wtedy unieść macicy, więc mięsienie w takich warunkach wykonane, nie może być dostatecznie skutecznem, radzi więc autor w takich razach zamiast palcem unieść lekko ku górze macicę na zgłębniku i wtedy dopiero ją masować. Mięsienie w tych warunkach stanie się, jak zapewnia autor, natychmiast skuteczniejszym. Mnie się zaś to mięsienie macicy, osadzonej na zgłębniku, wydaje bardzo niebezpiecznem i dlatego niezastługującym zupełnie na rozpowszechnienie. *M. Zweigbaum.*

## Wiadomości bieżące.

— Kol. O. HEWELKE, redaktor Kroniki Lekarskiej, uzyskał stopień doktora medycyny w tułtejszym Uniwersytecie po obronie rozprawy p. t. „Przyczynki do farmakologii fluoru sodu“.

— Karty legitymacyjne na tegoroczny zjazd lekarski w Krakowie są do nabycia w Redakcyi naszego pisma po rs. cztery.

— Na posiedzeniu Wydziału gospodarczego w d. 30 Maja 1891 r., wybrano na przewodniczącego sekcji farmaceutycznej mag. farm. FORTUNATA GRALEWSKIEGO. Postanowiono wystosować odezwę do kolegów na prowincyi, zachęcającą ich do wzięcia licznego udziału w Zjeździe. Sprawę założenia archiwu dla medycyny odesłano do komitetu Towarzystwa Lekarskiego. Postanowiono utworzyć ściślejszy komitet, składający się z pp. D-rów ROSTAFIŃSKIEGO, RYDYGIERA, ZAREWICZA, GLUZIŃSKIEGO i CYBULSKIEGO z zakresem obszerniejszego działania w sprawach niecierpiących zwłoki. Do komisji kwaterunkowej, na wniosek D-ra KWAŚNICKIEGO, przybrano pp. D-ra MAKSYMILJANA CERCHĘ i D-ra JÓZEFA SURZYCKIEGO.