

# GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI WŁASNEJ.

## I. DOŚWIADCZENIA NA ZWIERZĘTACH Z TUBERKULINĄ.

DONIESIENIE PIERWSZE.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 5 Maja 1851 r.]

Podał

O. Bujwid.

ZAKŁAD  
MIKROBIOLOGJI LEKARSKIEJ  
UNIwersytetu POZNAŃSKIEGO.

W Grudniu roku zeszłego miałem sposobność przekonania się, iż wytwory przemiany materji bakterji gruźliczych po wstrzyknięciu świnkom morskim, dotkniętym gruźlicą, powodują charakterystyczny odczyn miejscowy i ogólny. Też same wytwory, wstrzyknięte osobom chorym, na wilka i gruźlicę wywołały następnie odczyn, właściwy płynowi Koch'a.

Wtedy już nadałem mieszaninie wytworów pomienionych nazwę tuberkuliny, która to nazwa wkrótce i przez Koch'a jego śródkowi nadaną została.

Dalsze badania, wykonane przez innych autorów, a mianowicie przez Hueppe'go i Scholl'a, oraz Crookswank'a, potwierdziły drogę przemianie obraną, oraz przekonały, iż tuberkulina jest w istocie mieszaniną różnych produktów, wytwarzanych przez bakterje gruźlicze, z wyjątkiem pewnej toksalbuminy, która się rozkłada podczas wyjaławiania otrzymanego przetworu.

Metoda, jakiej się obecnie trzymam przy otrzymywaniu preparatu tuberkuliny, z małemi zmianami jest tą samą, jaką podałem w № 4 Gazety Lek. z roku bieżącego. Obecnie używam czystych hodowli bakterji w buljonie i na agarze silniej rozwiniętych i skutkiem tego otrzymuję produkt silniej działający, przy tejże gęstości, zupełnie zbliżony w działaniu do tuberkuliny Koch'a. Hodowle na agarze wyrastają prędszej, a po upływie 4 tygodni rosnać przestają; natenczas używam ich do otrzymania tuberkuliny; hodowle buljonowe rosnać wolniej i dopiero po upływie 6 tygodni są silnie rozwinięte, przestają zaś rosnać po 7—8 tygodniach. Doświadczenia próbne, wykonane na zwierzętach, wykazały, że ilość produktu, otrzymana z czystych hodowli, zdjętych z powierzchni agaru [największa ilość, jaką do tego użyłem, wynosiła 12 gramów], jest stosunkowo nieznaczna; główna zaś ilość tuberkuliny zawiera się w glebach, na których owe hodowle wyrosły. Z 12 gramów czystej hodowli można otrzymać około 5 ctm. sz. tuberkuliny, gdy tymczasem z 80 próbówek gleby agarowej, na której owe 12 gramów czystej hodowli wyrosły, można otrzymać około 30 ctm. sześć. tuberkuliny.

Gliceryna nie lepiej oddziaływa na rozpuszczenie tuberkuliny z czystych hodowli, niż woda czysta, lub z dodaniem 5—10% gliceryny, dokładniejszych wszakże prób w tym kierunku nie przedsiębrałem, przekonawszy się, że zapomocą wody wyjałowionej można wyciągnąć tak z samych hodowli, jakoteż i z gleby odżywczej, przeważną ilość produktu.

Wygodniejszym do otrzymania większych ilości produktu jest bulijon alkaliczny z mięsa z dodatkiem 0,5% soli, 5% gliceryny i 2% peptonu. Wytwory życiowe bakterij gruźliczych, po 6—8 tygodniach hodowania, znajdują się tutaj w obfitości i w stanie gotowym, tak, iż dla otrzymania tuberkuliny wystarcza zagęścić płyn z hodowlą. Trudniej tylko otrzymać czystą hodowlę dobrze wyrośniętą w bulijonie, niż na agarze. Daleko częściej dostają się do hodowli zanieczyszczenia, tak, iż nieraz trzeba odrzucać  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  kolbek z hodowlą bulijonową.

W tej chwili będę mógł pokazać Szanownym Kolegom wygląd należycie rozrośniętych hodowli w bulijonie i agarze. Warstwa agaru jest jednostajnie pokryta większymi i mniejszymi żółtawo-białawymi brodawkowatymi grudkami, przypominającymi zastygły tłuszcz wołowy, tylko o nieco bardziej mętnym połysku. Z jednej próbki otrzymać można, przy należytych rozroście, od 1—3 i więcej decygramów czystej hodowli i około  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  ctm. sześć. tuberkuliny.

Hodowla bulijonowa przedstawia się w postaci przezroczystego płynu w którym pływają większe i mniejsze kruche płatki czystej hodowli w sposób mocno przypominający oczka zastygłego tłuszczu na rosole.

Tak agarowe, jak i bulijonowe hodowle, wydają charakterystyczny zapach, przypominający nieco bez perski i zarazem kwiat gryki. Zapach ten w produkcji gotowym w znacznej części niknie, pozostawiając zapach miodu, oraz ekstraktu mięsnego, lub skórki chleba razowego.

W celu otrzymania tuberkuliny wylugowuję kilkakrotnie na zimno wodą wyjałowioną agarowe hodowle i otrzymane po 24 godzinach wyciągi wyjaławiam za pomocą trzykrotnego ogrzania, co 6—12 godzin, do 100° C. przez 5—10 minut. Toż samo robię z bulijonowymi hodowlami. Przy wyjaławianiu w płynie pojawia się męt rozkładającej się toksalbuminy, czy innego jakiegoś ciała białkowego. Wyjałowiony płyn filtruję za pomocą filtru PASTEUR'a, odpowiednio urządzonego przezemnie w tym celu w sposób, opisany w *Centralbl. für Bacteriologie*. Filtr składa się ze świeczki glinkowej, połączonej za pomocą rurki kauczukowej o grubych ścianach z kolbą grubościenną, przez której szyję przechodzi dwuotworowy korek kauczukowy. Jeden otwór łączy się ze świeczką, drugi z kolbą, z której powietrze zostaje wypompowaniem za pomocą pompki BUNSEN'a. Świeczka, rurka i kolba z korkiem uprzednio ulegają wyjałowieniu. Za pomocą takiego filtra w ciągu kilku godzin można przefiltrować od 300—500 ctm. sześć. płynu i uwolnić go w ten sposób od bakterij. Następnie otrzymany płyn zgęszczam do gęstości syropu w aparacie BRIEGER'a, w ciepłocie 45—50 C° przy ciśnieniu około 20—30 mm..

Otrzymany mętny płyn, gęstości syropu, poddaję raz jeszcze trzykrotnemu, krótko trwającemu wyjałowieniu, po którym męt zbija się w dość obszerne kłaczkę, opadające na dno, poczem pozostaje płyn klarowny, brunatny, właściwego zapachu, gęstości około 1,150—80, zawierający w obfitości sole, pepton,

oraz około 50% gliceryny, obok właściwie działającej nieznannej substancji. Tak otrzymany przetwór działa na zwierzęta w sposób mniej lub więcej podobny do tuberkuliny Koch'a, t. j. wstrzyknięty świnkom morskim, dotkniętym gruźlicą, w ilości 0,1 ctm. sześć., wywołuje u nich podwyższenie ciepłoty o 1—2° C.. Ścisłejsze oznaczenie zawartości działającej substancji dotąd nie jest mi znane i sądzę, że dotąd wogóle nie jest możebnem.

Tuberkulina, otrzymana przezemnie, jest płynem ściśle wyjałowionym, nie zawierającym resztek martwych bakterij gruźliczych, co wynika ze sposobu jej otrzymywania, a mianowicie skutkiem filtrowania przez glinę. Nie można tego powiedzieć o tuberkulinie Koch'a, która zawiera resztki martwych bakterij gruźliczych, oraz pewnego rodzaju laseczki, nieszkodliwe zresztą, które oznaczyłem jako *bacillus aerophilus*, pochodzący z powietrza. Tuberkulina Koch'a posiada nieco bardziej ciemną barwę, co zależy, być może, od stężania w parownicach przyrządu BRIEGER'a, metalowych, zawierających miedź; jedna porcja tuberkuliny, przezemnie w takimże przyrządzie niedawno otrzymana, również posiadała tę samą barwę.

Przystąpimy teraz do właściwego przedmiotu, który nas dzisiaj obchodzi, mianowicie do doświadczeń na zwierzętach.

Właściwie mówiąc, jakkolwiek od Grudnia r. z. jestem niemi zajęty, mogę je uważać dopiero za rozpoczęte.

Ogółem użyłem do doświadczeń w mojej pracowni 11 myszy, 8 świnek morskich i 7 królików, prócz tego rozpocząłem doświadczenia nad 2 jałówkami, nad 13 świnkami, 11 królikami i 4 psami, w Instytucie medycyny doświadczalnej ks. OLDENBURSKIEGO w Petersburgu, o których będę mówił później, ponieważ doświadczenia te dopiero zostały rozpoczęte.

I. Wstrzykiwania tuberkuliny u zwierząt zdrowych.

1) Świnka zdrowa, o ciepłocie kilkakrotnie sprawdzonej, wynoszącej w odbytnicy 36,4—37° C..

30. XII. Po wstrzyknięciu 0,3 ctm. sześć. tuberkuliny

w 6 godzin ma ciepłotę 37,6° C.

w 9 " " " 38° C.

w 14 " " " 37,8° C.

w 24 " " " 37,9° C.

w 46 " " " 36,6° C..

2) 2 świnki, zdrowe, wagi 456 i 338 grm., ciepłota przed rozpoczęciem wstrzykiwań 37—37,4° C..

19. III. Po wstrzyknięciu 0,2 ctm. sześć. tuberkuliny, ciepłota pozostała bez zmiany.

5. IV. Po wstrzyknięciu 0,5 tuberkuliny, ciepłota pozostała bez zmiany.

27. IV. Po wstrzyknięciu 1 ctm. sześć. tuberkuliny, ciepłota podniosła się w 6 godzin z 37,6° C. do 39,2° C. u pierwszej i do 38,5° C. u drugiej. Waga świnek, w ten sposób traktowanych, które dostały po 3—4 ctm. sześć. tuberkuliny, wcale nie uległa zmianie na niekorzyść, przeciwnie nieco się powiększyła.

3) 6. III. Myszy dostały po 0,1 ctm. sześć. tuberkuliny; żadnych widocznych zmian nie przedstawiają.

4) 4. V. 4 króliki z ciepłotą 38,6°; 38,4°; 39,2° i 39,1° C., jeden 2, drugi 1, dwa zaś po 0,5 ctm. sześć. dostały po dwa grm. tuberkuliny. W 5 godzin potem ciepłota 40, 39,6, 39,6, i 40,6. Od tej chwili ciepłota zaczyna się zniżać, a następnego dnia staje się prawidłową.

Widzimy ztąd, że zwierzęta zdrowe, jak: myszy, świnki i króliki, są bardzo mało wrażliwe na działanie tuberkuliny. Podczas gdy 0,1 u zdrowego człowieka powoduje silną gorączkę, do 40° C. dochodzącą, u zwierząt wzmiankowanych żadnego widocznego odczynu nie powoduje, dopiero 0,3—0,5 ctm. sześć. u świnek, zaś 0,5—1,0 u królików daje wyraźną różnicę ciepłoty.

II. Doświadczenia na chorych zwierzętach.

8. XII. Zaszczepiono do otrzewnej 2 świnkom po  $\frac{1}{2}$  ctm. sześć. płwociny gruźliczej, zawierającej prawie czyste bakteryje gruźlicze.

26. XII. Jedna świnka zdechła. Znalezione gruźlicę rozległą otrzewnej wątroby, nerek [mniej rozległą] i gruźlicę prosówkową płuc z wysiękiem opłucnej.

27. XII. Drugiej śwince [nieco wychudzona, smutna] wstrzyknięto [przy ciepłocie subnormalnej 35° C.] 0,3 tuberkuliny. W 12 godzin ciepłota spadła do 34° C., świnka z objawami zapaści, zdawało się, wkrótce padnie.

28. XII. Ciepłota 36,7° C.. W miejscu uprzedniego zaszczepienia płwociny guzik twardawy, wielkości małego orzecha, przy dotykaniu bolesny. Następnego dnia ciepłota około 36° C.. Stopniowo guzik słabo wyczuwalny.

5. I. 0,1 tuberkuliny, przy ciepłocie 37° C..

6. I. Po 24 godzinach ciepłota 37° C..

7. I. 37,8° C.. 8. I. 38,5° C.. Wstrzyknięto 0,2 tuberkuliny, w 8 godzin ciepłota 38,9° C..

9. I. Ciepłota 37,5° C.. Następnego dnia ciepłota waha się pomiędzy 36,8°—38° C..

16. I. Po zaszczepieniu 0,5 ctm. tuberkuliny, świnka padła przy objawach zapaści. Znalezione gruźlicę sieci wielkiej, umiejscowioną w postaci dużych serowatych guzów. Gruźlica wątroby bardzo słaba, gruźlica płuc — po kilka gruzelków w obu dolnych płatach. W narządach, badanych drobnowidzowo, uwydatniają się bardzo duże ogniska zapalne, *resp.* gruzelki z bardzo nielicznymi, nieraz niedającymi się odszukać lasecznikami gruźliczymi, zupełnie odwrotnie niż przy śmierci z zakażenia gruźlicą, bez interwencji tuberkuliny, co zdarza się niekiedy u królików, nigdy prawie u świnek.

24. I. Zaszczepiono pod skórę 3 świnkom po 0,2 słabo mętnego płynu, otrzymanego z roztarcia grudki czystej hodowli w wodzie wyjałowionej.

Ciepłota przed zaszczepieniem 37,8°—38,2° C..

13. II. U wszystkich 3 świnek w miejscu zaszczepienia duże guzy z gęstą serowatą zawartością, w której można znaleźć niezbyt liczne bakteryje gruźlicze, zawarte przeważnie w białych ciałkach. Ciepłota 37,8°—37,9° C.. 2 świnki z większymi guzami dostały po 0,1 tuberkuliny, 3-a została dla kontroli.

Po 6 godzinach ciepłota u świnek, którym wstrzyknięto, 39,2° C., u drugiej dla kontroli 37,6° C..

14. II. Ciepłota 38,6°—38,7° C.. Zawartość guzów wyraźnie płynniejsza, po wyciśnięciu u jednej wypływa surowiczo-krwawy płyn, o niezbyt licznych bakteryjach, również wewnątrz białych ciałek.

15. II. Ciepłota 37,8° C.. Nacieczenie naokoło miejsca zaszczepienia bardzo zmniejszone, guzy bardzo małe.

17. II. 0,1 tuberkuliny, przy ciepłocie 37,8° C., w 5 godzin potem ciepłota 39,5° C., toż samo w 8 godzin.

18. II. Ciepłota 38,2° i 38,8 C..

19. II. Guziki prawie znikły. Natomiast w miejscu pierwszego zaszczepienia tuberkuliny [rozcieńczonej  $\frac{2}{3}$  objętości wody wyjałowionej] pojawia się stwardnienie, które stopniowo schodzi, jako obumarły kawałek skóry. To samo dzieje się u obu świnek chorych, u zdrowych nie podobnego miejsca nie ma.

27. II. Wstrzyknięto 0,1 tuberkuliny, przy ciepłocie 37,8° i 38° C., w 8 godzin ciepłota 39° i 40,2° C..

28. II. Ciepłota 38,4° — 33,8° C.. Waga 1) 351 grm., 2) 426 grm..

1. III. Ciepłota 37,6° — 38,4° C..

Guzik u pierwszej świnki zupełnie znikł, u drugiej bolesny, mniejszy.

Następne wstrzyknięcia 11, 15 i 19 po 0,1 ctm. sześć. Zwierzęta dość mocno osłabione, reagują wyraźnie podwyższeniem ciepłoty od 38,5°—39,7° C.. W przestankach pomiędzy wstrzykiwaniami ciepłota bardzo mało różni się od normy; zaledwo o 0,2°—0,5° C.; u świnki, której nie szczepiono, dla kontroli, stopniowe wychudnienie i osłabienie widoczniejsze niż u leczonych; guz w miejscu zaszczepienia rośnie, potem pęka i wydziela serowatą gęstą ropę. Gruczoły pachowe i pachwinowe od strony odpowiadającej zaszczepieniu laseczników gruczkowych coraz wydatniejsze. Ciepłota 37,5°—38,6 C., wyższa niż u szczepionych tuberkuliną w czasie pomiędzy jednym a drugim wstrzyknięciem.

13. III. Świnka kontrolowana padła przy wadze niżej o 60 grm. od poprzedniej [notowanej przed trzema tygodniami]. Znalezione: duży guz pod skórą, w miejscu szczepienia, zropiałe gruczoły pachowe i pachwinowe z obu stron; gruczkowa prosówkowa obu płuc, wątroby, śledziony [2 razy powiększona, miękka, czerwona], nieco gruzelków w otrzewnej i w nerkach. Badanie drobnowidzowe uwydatnia bardzo liczne drobne gruzelki w wymienionych narządach, z bardzo obfitymi bakteryjami gruczkowymi. Nacieczenie drobnokomórkowe w okolicy gruzelków znacznie mniej wyrażone, niż u świnki traktowanej tuberkuliną.

Ponieważ po ostatnich mianowicie wstrzykiwaniach zauważono upadek sił u zwierząt, którym wstrzykiwano, zrobiono zatem przerwę trwającą 17 dni. Po tym czasie zwierzęta nieco się poprawiły ogólnie, jedna świnka przybrała 20 grm. na wadze. Wrzody w miejscu szczepienia nie ponowiły się, powiększyły się jednak gruczoły pachowe i pachwinowe. Pod koniec tego okresu zaczęły ponownie gorączkować 37,8°—38,8° C.. Wstrzykiwania zostały na nowo rozpoczęte i ponowione 5, 13, 23 i 29 Kwietnia. Podczas ostatnich wstrzykiwań, również 0,1 tuberkuliny, zwierzęta były bardzo osłabione i ciepłota zaczęła bywać niższą, subnormalną, mianowicie u pierwszej świnki. Po 2 ostatnich wstrzyknięciach odczyn gorączkowy był słabo wyrażony, ciepłota podniosła się z 36,5° do 37,6°—38,1° C. przyczem za każdym razem po wstrzyknięciu zwierzę wydawało się zwawszem i powracało do łaknienia. 29. IV. w 3 godziny po wstrzyknięciu 0,1 tuberkuliny, świnka 1 padła. Znalezione następujące zmiany pośmiertne: pod skórą, w miejscu szczepienia bakteryj gruczkowych, nie ma ani śladu ropnia,

zaledwie małe zaczerwienie. Gruczoł pachowy strony odpowiedniej zropiały, wielkości ziarna dużego grochu, podobnie kilka drobniejszych gruczołów w pachwinie lewej. Oba płuca twarde, włóknisto chrząstkowej spójności, mają wygląd marmurkowy, od licznych, szarych, włóknistych, żółtych, serowatych i krwawo nacieczonych ognisk, pośród których widnieją wysepki zupełnie zdrowej tkanki płucnej. W wątrobie nieliczne drobne prosówkowe gruzelki. W śledzionie małej, bladej, podobnie nieliczne drobne gruzelki. Nadnercza oba powiększone, stwardniałe. Nerki i otrzewna zdrowe. Badanie drobnowidzowe jeszcze nie dokonane.

III. Doświadczenia na królikach z zakażeniem komory przedniej oka i podskórnem.

3. I. 2 króliki, szary i biały, dostały do komory przedniej bardzo drobną ilość słabo mętnego płynu, z roztartej grudki hodowli czystej, agarowej. Ciepłota obu tych królików, jak również u zdrowego, wziętego dla kontroli, wynosiła od 37,5°, 37,4° i 38° C.. W ciągu tygodnia rogówka zmętniała i pojawił się silny odczyn w całej łącznicy.

23. I. Stan przedstawia się, jak następuje:

Silne nastrzyknięcie naczyń łącznicy, mianowicie poczynając od miejsca wklucia na granicy rogówki. Tworzy się pęczek naczyniowy na rogówce mętniej o tyle, że z trudnością widać na dnie komory kilka drobnych ziarnistych tworów. U białego królika duży powierzchowny wrzodzik z dnem serowatem w miejscu wklucia. U szarego królika zmiany mniej natężone. Biały królik zostaje poddany wstrzykiwaniom, szary zostawiony dla kontroli.

23. I. Wstrzyknięto pod skórę 0,4 ctm. sześć. gęstej wyjałowionej hodowli bakterij gruźliczych. Ciepłota nie zmieniła się, miejscowo żadnych zmian. W miejscu zaszczepienia powstał zamknięty, z początku nieco chęłbocący guz, w ciągu tygodnia powiększył się on do wielkości orzecha laskowego i tak pozostał aż do obecnej chwili.

29. I. Wstrzyknięto 0,4 ctm. sześć. tuberkuliny bez odczynu ogólnego, dno powierzchownego ropnia wygląda nieco czystiej.

13. II. Ponowne wstrzyknięcie 1 ctm. sześć. tuberkuliny, ciepłota z 36,4° C. po 6 godzinach podniosła się do 38,6° C., następnego rana 37,6° C.. Owrzodzenie większe. Powiększone również i nastrzyknięcie naczyń.

17. II. Wstrzyknięto do naczyń 1 ctm. sześć., ciepłota 39,7° C., stan oka bez zmiany.

27. II. Wstrzyknięto 0,5 ctm. sz. tuberkuliny. Ciepłota 38,2° C..

6. III., 11. III., 15. III., 19. III. wstrzyknięto po 0,5 ctm. sz. tuberkuliny. Odczyn gorączkowy takż sam; miejscowego wyraźnego odczynu nie ma. Owrzodzenie powierzchowne zagoiło się; rogówka przezroczyściła i nastrzyknięcie łącznicy zmniejszyło się u obu królików. Natomiast na dnie komory oka widać dość znaczne masy serowate, które u królika traktowanego tuberkuliną są wiele mniejsze niż u drugiego. Ciepłota trzyma się u obu w granicach 37,6°—38° C., z wyjątkiem dni wstrzykiwań, natenczas bowiem jest wyższą u traktowanego tuberkuliną.

13. IV., 14. IV. i 23. IV. dostał po 0,5 ctm. sześć., zaś 27. IV. i 3. V. po 1 ctm. sześć. tuberkuliny. Odczyn gorączkowy po 1 ctm. był wyraźniejszy i dochodził do 39,5° C.. Miejscowe zmiany także same. Stan ogólny i odżywianie królika traktowanego nieco lepsze niż kontrolowanego. W ostatnich dniach królik ten zaczyna nieco gorączkować.

O królikach zarażonych przez podskórne wstrzyknięcie niewiele mam dotąd do powiedzenia, równie jak o myszach i innych zwierzętach, z którymi doświadczenia są w dalszym ciągu dokonywane. Zestawiając dotychczasowe spostrzeżenia, widzimy, co następuje:

1) Zdrowe zwierzęta są bardzo mało wrażliwe na działanie tuberkuliny.

2) Wrażliwość zwierząt chorych na gruźlicę jest bez porównania większą. Zwierzęta zarażone gruźlicą podskórnie i do otrzewnej szybciej reagują, niż zwierzęta [*resp.* króliki], którym zaszczerpiono gruźlicę do przedniej komory oka.

3) Tuberkulina powstrzymuje rozwój gruźlicy u zwierząt nią dotkniętych na pewien przeciąg czasu.

4) Wstrzykiwanie tuberkuliny przy gruźlicy podskórnej może oddziaływać korzystnie nawet wtedy, gdy się nie tworzy martwiak skóry i tkanki podskórnej w miejscu zakażenia.

5) Owrzodzenia gruźlicze mogą być pod wpływem tuberkuliny zagojone bez śladu i bez widocznej szkody dla ustroju.

6) Pod wpływem tuberkuliny bakteryje w tkankach ulegają pewnym zmianom, co się wyraża brakiem bakteryj w ogniskach gruźliczych u zwierząt, traktowanych tuberkuliną, a przynajmniej znacznym zmniejszeniem ilości tychże bakteryj w takich ogniskach.

---

## II. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII I KLINIKI

# SPRAW ZAPALNYCH MIGDAŁÓW.

Napisali

**Dr A. Sokołowski,**

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie,

oraz

**Dr Z. Dmochowski,**

asystent tegoż szpitala.

---

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 29].

Skończywszy z nabłonkiem w kryptach zwężonych, przechodzimy do opisu drugiej postaci krypt, nieco rzadziej spotykanych, mianowicie: zwężonych lub zatkanych bliżej ujścia, a głębiej i mocno rozszerzonych. Sądzimy, że jest to tylko bezpośredni następstwem przed chwilą opisaną postaci. Tu, jak i tam, zaczyna się wszystko od zwężenia. Jeżeli to zwężenie doprowadzi do zupełnego zamknięcia krypty w któremkolwiek miejscu, w takim razie w części krypty leżącej głębiej będzie się zbierać zawartość, która, nie mogąc być usunięta, dopro-

wadzi do następczego rozszerzenia. Łatwo zrozumiałem jest, że nabłonek wyściełający podobnie rozszerzoną część bywa zwykle zupełnie gładkim i o niewielu warstwach. Spotykamy się jeszcze z jedną postacią krypt w przerosłych migdałach, mianowicie z kryptami rozszerzonymi na całej swej przestrzeni, nie mającymi ujścia na zewnątrz i nie komunikującymi z sąsiednimi kryptami. Nie możemy tego faktu objaśnić zatkaniem krypty przez wrastające folikuly, lecz musimy postawić go w związku z ostremi nieżytowemi sprawami umiejscowionemi na powierzchni migdała. Wiadomem jest, że powierzchowne ostre nieżyty często doprowadzają do złuszczenia; jeżeli więc podobne złuszczenia utworzą się u wylotu, to przy zabliznianiu się łatwo może nastąpić zarosnięcie zewnętrznego otworu krypty i następcze rozszerzenie przez nagromadzającą się zawartość.

Opisawszy w krótkości te cztery główne postacie krypt, chcielibyśmy zwrócić uwagę na pewien ciekawy obraz, stosunkowo często spotykany na drobnowidzowych preparatach, robionych z przerosłych migdałów. Zaznaczamy go wyraźnie, gdyż w zupełności potwierdza on nasze przypuszczenie o wrastaniu folikulów w światło krypt. Zdarza się, że na polu drobnowidzowym widzimy kilka folikulów obok siebie leżących i otoczonych ze wszystkich stron cienką warstwą nabłonka. Podobne obrazy zależą wyłącznie od cięcia. Jeżeli przypuścimy, że cięcie przeprowadzonym jest równoległe do ściany krypty i przez warstwę wpuklających się w nabłonek i światło krypty folikulów, to wyżej wzmiankowane obrazy będą dla nas zupełnie zrozumiałemi.

Co się tyczy tkanki adenoidalnej i folikulów, to zmiany, jakie tu spotykamy przy przeroście, są bardzo nieznaczne. Zwykle ilość i wielkość folikulów jest mocno zwiększoną, przyczem często spotykaliśmy w nich wielkie ilości tak zwanych keimcentrów. Przy małym powiększeniu przedstawiają się one jako drobnutki, wolne przestrzenie, leżące w środkowej części folikula, przy większem zaś powiększeniu, spotykamy tu nieraz komórki duże, z wyraźnymi jądrami, w których widać figury karyjokinetyczne. Tkanka adenoidalna jest przerosniętą, lecz żadnych szczególnych zmian nie przedstawia. Tkanka łączna jest mniej lub więcej przerosłą, co stoi w ścisłym związku z konsystencyją migdała.

Skończywszy opis drobnowidzowej budowy przerosłych migdałów, chcielibyśmy powiedzieć jeszcze kilka słów o rezultatach drobnowidzowych badań zawartości krypt. Z tego, cośmy w pierw powiedzieli, widocznem było, że zawartość bywa płynną i mętną, lub też dającą się wyciskać w postaci biało-żółtych czopów. Pierwszą spotykamy najczęściej i daje się ona spostrześć przy wszystkich przerostach, jeżeli tylko krypty nie są zwężone przez folikuly. Przy badaniu drobnowidzowym widzimy, że te męty zależą od wielkiej ilości złuszczonej komórek nabłonkowych i ciałek limfatycznych. Lecz często zdarza się, jak mówiliśmy wyżej, że zawartość ta nie może być usuwaną wskutek zwężenia, lub zarostania samych krypt. Umyślnie poświęciliśmy nieco więcej miejsca i czasu opisowi rozmaitych postaci krypt, by dowieść, że właśnie przerost bywa najczęstszą, a może jedyną przyczyną tego zatrzymywania się. W podobnych przypadkach zawartość łatwo daje się usunąć uciskiem na migdał, co zresztą każdy z zajmujących się tą sprawą niejednokrotnie obserwował przy wycinaniu migdałów. Wyciśnięta masa przedstawia się jako biało-żółty czop, zwykle łatwo dający się roze-



trzeć w palcach. Roztarty na szkiełku pokrywkowym i barwiony jakimkolwiek z barwników anilinowych, najlepiej alkalicznym roztworem błękitu metylowego, przedstawia się pod drobnowidzem jako zbiór całych warstw nabłonka zrogowaciałego, na co wyraźnie wskazuje najprzód układ komórek, a następnie resztki barwiących się jąder. Pośród tej masy spostrzegaliśmy najrozmaitsze pasorzyty. Jeżeli zaś podobny czop przy operacyi nie zostanie wyciśniętym, to na skrawkach drobnowidzowych widzimy doskonale jego koncentryczny układ, z warstw zaś, leżących obok jeszcze barwiącego się nabłonka, a zatem niedawno złuszczonego, łatwo wnosić możemy, że podobny czop głównie składa się ze złuszczonego zrogowaciałego nabłonka, domieszka zaś ciałek limfatycznych jest bardzo nieznaczna. I tu także spostrzegaliśmy pasorzyty najrozmaitszych gatunków, najrozmaitszych układów i wielkości (*diplococci, staphylococci, streptococci, leptothrix buccalis*, a nawet w jednym przypadku *actynomyces*), z przyczyny jednak braku odczynu zapalnego zapatrujemy się na nie jako na saprofity.

Podobne zbiorowiska zrogowaciałego nabłonka, leżąc przez dłuższy czas w kryptach, już samą swoją obecnością, jako ciała obce, muszą wywoływać ciągłe drażnienie, które ostatecznie będzie odbijało się na ciągłym pobudzaniu do dalszego przerostu. Z drugiej znów strony rozkładające się organiczne części w atmosferze cieplej i wilgotnej służą za doskonale podłoże do rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów. Prawda, że te ostatnie mogą przez dłuższy czas nie mieć żadnego znaczenia, lecz w pewnych razach mogą one być niewątpliwą przyczyną najrozmaitszych ostrych, a nawet złośliwych spraw zapalnych.

Jednem słowem, zatrzymaliśmy się nieco obszerniej nad anatomiczną i drobnowidzową częścią opisu przerostu migdałów, chcąc dowieść, że z jednej strony przerost migdałów, warunkując zatrzymywanie się wydzielin krypt, przygotowuje najlepsze podłoże, na którym rozwijać się mogą najrozmaitsze pasorzyty chorobotwórcze; z drugiej znów strony, zatrzymana wydzieliną, jako ciało obce, przytem organiczne i rozkładające się, może raz pobudzać do dalszego przerostu, a następnie wywoływać najrozmaitsze sprawy przewlekłe i ostre, zakaźnego lub niezakaźnego pochodzenia, w zależności od tego, czy rozwijały się na niej jakie chorobotwórcze pasorzyty, czy też nie. Nie śmiemy tu twierdzić, by przerost był bezpośrednią i jedyną przyczyną wszystkich innych spraw, a chociażby jedynym czynnikiem usposabiającym. Ważną rolę będą tu grały najrozmaitsze nieżyty, wpływy atmosferyczne, nareszcie epidemie. Na przerost zapatrujemy się jedynie jako na jeden z czynników usposabiających wogóle do wszystkich cierpień migdałów.

## II. *Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa.*

Nie mogąc dziś jeszcze przedstawić całej klasyfikacyi wszystkich zapalnych spraw migdałów, a zatem ścisłego związku, jaki widzimy we wszystkich

tych cierpieniach, ograniczamy się jedynie na opisie kilku form, biorąc za punkt wyjścia wydzielające się czopy z krypt, nie wchodząc w to, jakie miejsce zajmie to cierpienie w całkowicie wykończonej pracy. Chcąc jednak utrzymać chociaż pewien związek, opiszemy teraz cierpienie, które na podstawie naszych badań anatomo-patologicznych odnosimy do grupy *tonsillitis lacunaris chronica desquamativa*, a którą stawiamy w bezpośrednim związku z mięszszowemi zapaleniami, a zatem ze zwykłym przerostem migdałów.

Objawy kliniczne tej sprawy są doskonale znane i w podręcznikach szczegółowo opracowane, lecz we wszystkich tych opisach uderza taka niesystematyczność, taki brak związku i ugrupowania tych objawów, że czujemy się w prawie zwrócić szczególną uwagę najprzód na kliniczną stronę danego cierpienia, a następnie dopiero przejść do rozbioru anatomicznego.

U większości chorych, dotkniętych przerostem migdałami, od czasu do czasu, najczęściej nawet bezwiednie, wydzielają się mniejsze lub większe białe żółtawe czopy. O ich pochodzeniu i składzie mówiliśmy obszernie w poprzednim rozdziale. Wydzielanie się to w większości przypadków nie zmusza chorych do odwoływania się do pomocy lekarskiej. Nieraz przy badaniu i rozpytywaniu dowiadujemy się, że czopy te chorzy uważali za reszki pozostałych pokarmów, uwieczonych w gardzieli. W innych znów razach, stosunkowo rzadszych, chorzy co rano doznają uczucia obcego ciała w gardzieli; dopiero kilkakrotne przelykanie i odchrząkiwanie uwalnia ich od tej dolegliwości zwykle na cały dzień. Podobni chorzy na ten objaw sami zwracają uwagę, lecz jakiegoś szczególnego znaczenia mu nie przypisują. Niekiedy jednak to wydzielanie staje się częstszem i obfitszem, chorzy zaczynają się niepokoić i nieraz sami przynoszą te czopy, wyraźnie żądając od lekarza wytłómaczenia i porady. Jeżeli zaś wydzielanie się czopów jest bardzo obfitem, to już występują pewne dotkliwie subiektywne zaburzenia. Zwykle chorzy skarżą się przy tem na uczucie obcego ciała, zmuszające ich do ciągłego i mocnego odchrząkiwania, w innych znów razach, co zresztą zależy od indywidualnej wrażliwości chorego, występuje uczucie palenia, zaciśnięcia w gardzieli, objawy, przypominające tak zwany *globus hystericus* i uczucie nieprzyjemnego zapachu, który nieraz i obiektywnie daje się zauważyć.

Przy badaniu chorych, skarżących się na powyższe zaburzenia, zwykle znajdujemy nieco powiększone migdały, z mniej lub więcej wyraźnemi ujściami krypt. Stosunkowo rzadko widujemy jednak w podobnych razach migdały mało lub wcale nie powiększone. Na pierwszy rzut oka nieco wprawny badacz wykrywa istotną przyczynę cierpienia, t. j. wyraźne białe czopy, sterzące na powierzchni migdała, wielkości zależnej od wielkości ujścia krypty. Wygląd, kolor, umiejscowienie są tak charakterystycznemi, że nie mogą dopuścić pomyłki rozpoznawczej. Zdarza się jednak, że przy badaniu podobnych chorych na migdałach nie nie spostrzegamy. Zależy to może od dwóch przyczyn. Najprzód w danej chwili w wylocie krypt może nie być czopów, lecz mogą one siedzieć głębiej. W tych razach dla rozstrzygnięcia wątpliwości wystarczy mniej lub więcej znaczny ucisk szpatlem. Jeżeli tylko mamy z tą sprawą do czynienia, z którejkolwiek krypty niewątpliwie wysunie się charakterystyczny czop. Drugą przyczyną, nie pozwalającą nam szybko oryentować się, bywa nierównomierny przerost

migdałów i stosunek ich do tylnego łuku. W poprzednim rozdziale mówiliśmy, że czasem przerost odbywa się głównie ku tyłowi, a zatem podobny migdał dość znaczną częścią swej powierzchni przylega do fałdy bocznej; a przecież i na tej powierzchni również znajdują się wyloty krypt. Może się więc zdarzyć, że chory, przelknąwszy kilkakrotnie ślinę, przed badaniem usunął czopy z krypt otwierających się na przedniej powierzchni, lub też krypty te mogły być wcale nie zajęte. W tych więc razach dopiero po wyciągnięciu migdała lub po mocnym ucisku na okolice podszczękową, czyli inaczej przy odchyleniu migdała spostrzegamy charakterystyczne czopy. W niektórych przypadkach, widząc podobne czopy, na pierwszy rzut oka może nasunąć się myśl o dyfterycie lub syfilisie, lecz nad podobnem rozpoznaniem różniczkowem nie uważamy za potrzebne się zastanawiać, gdyż wszelką wątpliwość w zupełności rozstrzygnie ucisk na migdał końcem szpatla.

Przebieg cierpienia jest *par excellence* przewlekłym, sprawa ciągnie się całe lata, lecz zwykle od czasu do czasu zjawiają się obostrzenia, o czem niżej pomówimy.

Chociaż w programie niniejszej pracy nie mamy zamiaru dotykać kwestyj terapeutycznych, chcemy jednak mimochodem nadmienić, że wycięcie migdała dotkniętego tą sprawą niezawsze do celu prowadzi; widzieliśmy bowiem przypadki, w których na pozostałych częściach migdała znów tworzyły się czopy.

Przy opisie rozmaitych postaci krypt przerosłych migdałów, nad którymi tak obszernie zatrzymaliśmy się, wskazaliśmy na pochodzenie tych czopów i mechanizm ich wydzielania się. W kilku słowach: zawartość krypt nie może być stopniowo wydzielaną wskutek zwężenia lub zatkania pewnej części krypty przez wrastające folikuly, dopiero większe ilości złuszczonego nabłonka pod wpływem ucisku, chociażby przy łykaniu, zostają mechanicznie usuwane. Wycięte podobne migdały pod względem anatomicznym, prócz nieco zwiększonego nacieczenia nabłonka wyścielającego krypty, niczem innem nie różnią się od przerosłych migdałów.

Całe to cierpienie jest, jednym słowem, przewlekłym deskwamacyjnym niezłym krypt, rozwiniętym na tle przerostu, a wszystkie objawy kliniczne przy nim spostrzegane, zależą od utrudnionego wydzielania się ilościowo wzmózonej zawartości.

Na zakończenie czujemy się w obowiązku odpowiedzieć na pytanie: co nas właściwie skłoniło do oddzielenia tej sprawy od zwykłego przerostu? W gruncie rzeczy, jak widzimy z anatomicznego opisu, cała różnica polega jedynie na natężeniu sprawy. W ostatecznem scharakteryzowaniu tej sprawy, główny nacisk zrobiliśmy na deskwamacyjny niezły krypt, lecz opierając się jedynie na anatomii, moglibyśmy również główny nacisk położyć na zatkanie krypt zależne od przerostu, czyli na sam przerost. Do podobnego zapatrywania się zmusiła nas najprzód klinika, a następnie ten drobny fakt, że podobne deskwamacyjne niezłyty, chociaż rzadko, jednak spotykaliśmy w migdałach mało lub wcale nieprzerośniętych. Chorzy, dotknięci zwykłym przerostem migdałów, nigdy nie skarżą się na wyżej opisane objawy, dopiero przewaga po stronie złuszczenia się nabłonka w kryptach daje te dolegliwości. Sądzymy więc, że ta kliniczna przewaga niezłyty deskwa-

macyjnego w zupełności nas upoważnia do uważania tej sprawy za zapalenie kryptowe, skombinowane jedynie z zapaleniem mięszowem, jakim jest zwykły przerost migdałów. Co się tyczy spostrzeganych czopów w migdałach nieprzeosiętych, to fakt ten wyraźnie przemawia za nieżytem deskwamacyjnym, umiejscowionym w kryptach, bez udziału ogólnego zapalenia mięszowego. I tu także badanie drobnowidzowe wykryło przerost i wdrażanie folikulów w światło krypty, jednym słowem: tę samą przyczynę, jaką widzieliśmy w przypadku pierwszym. Podobny przerost folikulów uważaliśmy za jeden z objawów ogólnego przerostu migdałów; folikuly jednak leżą bardzo blisko krypty, w której, jak w danym razie, odbywa się sprawa zapalna; zapalenie więc to może się odbić na sąsiednich tkankach i pobudzić je do przerostu bez podrażnienia warstw dalej leżących.

Jednym słowem, ponieważ przy charakterystyce każdego cierpienia klinika powinna nam zawsze służyć za wskazówkę równie ważną, jak anatomija, sądzimy więc, że podział ten każdy będzie uważał za umotywowany, a termin, który umieściliśmy w tytule, za usprawiedliwiony. [C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 9. Nowy sączek metalowy przy torakotomii.

Dnia 16 Października 1890 roku zgłosił się do mnie włościanin, z okolic Iwina, Konarski, 30-letni mężczyzna. Przed 7 tygodniami nagle uczuł klucie w lewym boku. Zjawiała się gorączka i silny suchy kaszel. Po kilku tygodniach stan zdrowia trochę się poprawił, ale wkrótce znowu nastąpiło pogorszenie. Chory błądliwy i wyniszczony. Przy opukiwaniu klatki piersiowej, zupełna tępość w lewej połowie z przodu od IV żebra w dół; na linii pachowej środkowej lewej od VII żebra; z tyłu od kąta łopatki. Powyżej tych granic stopienie z przodu mniejsze, z tyłu do połowy łopatki. Powyżej linii stopienia oddech zastrzony, niżej linii tępości — silnie osłabiony. Rzężenia suche, nieliczne. Prawa połowa klatki nie wykazuje zmian przy badaniu, prócz tylko zastrzonego oddechu. Reszta narządów wewnętrznych nie przedstawia zmian dostrzegalnych. Prawa połowa klatki piersiowej na wysokości sutek — 45,5 ctm.; lewa — 41,5 ctm.. Przestrzenie międzyżebrowe zbliżone bardzo, około 0,5 ctm.. Próbne przekłucie wykazało obecność ropy.

Przekonany o niezbędnej potrzebie torakotomii z przedrenowaniem, zaproponowałem ją choremu, na co się najzupełniej zgodził. W tym przypadku należało koniecznie zrobić wypiłowanie kawałka żebra, gdyż międzyżebra były wąskie; rurka gumowa zupełnieby została uciśniętą, nie przynosząc żadnej korzyści. Że zaś nie miałem żadnej pomocy, a chory z materyjalnych względów nie zgadzał się na sprowadzenie drugiego lekarza, zdecydowałem się przeto zrobić prostą torakotomię bez wypiłowania żebra i bez uspienia.

Przy wąkości przestrzeni międzyżebrowych, tylko bardzo cienki sączek mógłby być użyty, co by tamowało odpływ wydzieliny; prócz tego z czasem zostałby zaciśniętym i światło zatkałoby się zupełnie. Aby tego uniknąć, aby mieć sączek z niepodatnymi ścianami i jednocześnie dostatecznym światłem, obmyśliłem zamiast kauczukowego sączka wstawić metalowy [mosiężny niklowany] spłaszczonej formy, któryby, przy wąkości międzyżebra, dawał jednak dostateczne światło. Taki sączek zrobiłem naprędce z pochwy termometru lekarskiego. Od-

ciąłem od owej pochwy kawał 6 ctm. długi, na jednym końcu zrobiłem 4 nacięcia; tak nacięte części [1 ctm. długości] porozginałem w 4 strony; 2 mniejsze blaszki zupełnie wyciąłem. Tak otrzymaną rurkę spłaszczyłem młotkiem; dolny koniec młotkiem przyklepałem, aby zaokrąglić kanty i od zranienia płuco uchronić. Otrzymałem w ten sposób rurkę 5 ctm. długości, na jednym końcu mającą tarczę, przeszkadzającą wślizgnięciu się do jamy oplucnej, ze światłem owalnym, w poziomym wymiarze 17 mm., w pionowym 5 mm.. Wyjałowiłem ją w ogniu i nakoniec miałem gotową do użycia. Po przecięciu części miękkich warstwami w 6 międzyżebżu na linii pachowej środkowej, przekłułem oplucną ranę w niej rozszerzyłem guzikowatym nożem [trzymając się górnego brzegu niższego żebra] i wstawiłem wyżej opisaną rurkę. Po wydaleniu około 1½ litra gęstej ropy ze strzępami włókniaka, przepłukałem jamę oplucnej wyjałowioną wodą i nałożyłem opatrunek sublimatowy. Z początku codziennie, potem co 3 i co 4 dni zmieniałem opatrunek, a po 2 tygodniach, t. j. 30. X. 1890 mogłem już zupełnie wyjąć rurkę, gdyż płuco już się rozszerzyło i ropa już nie wydzielala się. Po tygodniu przetoka pod jednym opatrunkiem zagoiła się. Odtąd chory cieszy się zupełnym zdrowiem.

Na mocy tego przypadku, ośmielam się proponować opisaną rurkę przy torakotomii. Pomysł nie jest nowy. Ale, o ile wiem, dotąd były proponowane tylko okrągłe rurki; ja zaś użyłem spłaszczonej i w zastosowaniu okazała się ona bardzo praktyczną.

Rurkę swoją zrobiłem naprędce. Naturalnie, zrobiona przez mechanika będzie dokładniejszą i trwalszą i może być zrobioną ze srebra. Dla dorosłych wystarczy 5 ctm. długości. Dla dzieci obstalowałem krótsze, po 2,5 i 3 ctm..

Rurka ta, mając ściany cienkie i formę spłaszczoną, nie potrzebuje dla siebie wiele przestrzeni międzyżebrowej, światło zaś przedstawia dostateczne dla odpływu wydzieliny. Będąc twardą i niepodatną, nie zostaje zaciśniętą pod parciem żeber i światło jej nie zmienia się. Te dwie zalety stawiają ją wyżej od gumowego sączka, tembardziej, że jest ona wieczną i łatwo daje się wyjałowić. Posiłkując się nią, nawet przy bardzo wązkich przestrzeniach międzyżebrowych można się obejść bez wypilowania żebra, operacyi, potrzebującej i pewnej techniki, i pomocy umiejętnej i znieczulenia. Wielu lekarzy na prowincyi jedynie z tego względu unika torakotomii, że bardzo często nie można się obejść bez wypilowania żebra. Przy użyciu proponowanej rurki usuwa się tę potrzebę i każdy lekarz będzie mógł wykonać powyższą operacyję, gdyż staje się ona bardzo uproszczoną i niczem się nie różni od przecięcia zwykłego ropnia. S. Kraszewski [Iwie].

#### 10. Przypadek ogólnej rozedmy podskórnej przy złamaniu żebra.

We środę 13 Maja b. r. byłem wezwany do miasteczka Mordy do staroza-konnego, Naftuły, którego znalazłem w stanie następującym. Chory, lat 56, leży na łóżku na wznak. Budowy i odżywiania wcale ocenić nie można, jest on bowiem cały jak nalany, a raczej jak nadęty. Twarz potwornie opuchła, powieki jak dwa baloniki. Oczu otworzyć nie można. Szyja wydęta; skóra na niej błada, silnie napięta. Wziąwszy chorego za rękę, celem zbadania tętna, poczułem trzeszczenie, jak przy ucisku tkanki płucnej, zawierającej powietrze. Takie samo trzeszczenie wyczuć można wszędzie: najwyraźniej na klatce piersiowej i na szyi, ale także na twarzy, czole, brzuchu, kończynach górnych i dolnych, nawet stopach i dłoniach. Moszna wielkości główki dziecka, skóra silnie napięta, przeświecająca. Jednem słowem, miałem do czynienia z rozedmą podskórną (*emphysema subcutan.*) na całym ciełe.

Tętno 100, średniej wielkości i napięcia. Oddech 40 na minutę. Ciepłota, mierzona pod pachą, 36,1° C.. Chory mówi przez nos, jakimś skrzeczącym głosem, skarży się na ból w lewym boku, duszność i trudność polykania. Zbadanie stanu narządów wewnętrznych okazało się niemożliwym: przy opukiwaniu na

całej klatce piersiowej, z przodu, z tyłu i z boków otrzymujemy odgłos bębniasty, tak samo jak i nad jamą brzuszną. Przy wysłuchiowaniu z tyłu i z prawej strony, jeśli tylko choć trochę przycisnąć ucho, słychać bardzo liczne i wyraźne suche trzeszczenia [pęcherzyków powietrznych], jeśli zaś przyłożyć ucho delikatnie, nie naciskając, nie słychać żadnego szmeru oddechowego. Z lewej zaś strony, oprócz rzeczonych trzeszczeń, słychać rytmiczne chrupanie [tarcie odłamków żebra] bardzo wyraźnie. Miejsce złamania znajduje się około 5-go—6-go żebra z przodu. Tętno serca dochodzą niewyraźnie; ocenić ich dokładnie z przyczyny wyżej wspomnianych trzeszczeń nie można.

Przy oglądaniu jamy ustnej, znalazłem dno tejże pod językiem jakby opuchnięte, na podobieństwo żabki (*ranula*), język odsunięty ku górze i ku tyłowi odepchnięty. Z tej też przyczyny, jak również z powodu duszności, męczącej chorego, gardzieli dobrze zbadać nie mogłem.

Z wywiadów dowiedziałem się, że chory poprzednio był zdrow, pracował, ale był zawsze „dychawy“, co prawdopodobnie ma oznaczać, że cierpiał na rozednięcie płuc. W przeddzień był na wsi o 5 wiorst od Mord, tam spadł z drabiny, bokiem uderzył się o szaflik i poczuł zaraz silny ból; wrócił jednak do domu i w drodze już tak spuchł, że go się rodzina za powrotem przestraszyła.

Chory wkrótce po mojej wizycie zmarł przy objawach zwiększającej się duszności. Sekcyi z przyczyn odemnie niezależnych zrobić nie mogłem.

Dany przypadek rozedmy podskórnej zasługuje na uwagę z tego powodu, że powietrze zajęło tkankę łączną podskórną całego ciała, a co najważniejsza i tkankę podśluzową [jama ustna].

Kazimierz Ciałkowski [Siedlce].

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej<sup>1)</sup>.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W N-rze 25 „Gazety Lekarskiej“ wystąpili z krytyką mego artykułu kol. WINAWER i ZWEIGBAUM. W imię bezstronności upraszam Was, Szanowny Redaktorze, o pomieszczenie następującej odpowiedzi.

### A). Kol. WINAWEROWI.

Szanowny krytyk zarzuca mi, że leczenie, jakie stosowałem w podanych przez się przypadkach, nie powinno nazywać się metodą BRANDT'a, lecz mięsieniem ginekologicznem w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Jeżeli chodzi o matematyczną ścisłość nazwy, zarzut jest na miejscu, ponieważ rzeczywiście nie stosowałem całego arsenału leczniczego podług metody BRANDT'a, lecz tylko jego mięsienie i niektóre działy gimnastyki, i w tem zresztą nie krepowałem się pedantyzmem BRANDT'a.

Czyż odstąpienie przy wykonaniu mięsienia od niektórych wskazówek BRANDT'a ma koniecznie dowodzić, że ktoś popełnia owo odstąpienie li tylko zrażony trudnością samej metody, której nawet (*sic!*) zrozumieć nie jest w stanie? czy nie mogły skłonić go do tego inne pobudki?

Kol. WINAWER w swem dziełku na str. 32 pisze: „Metoda BRANDT'a stanowi, właściwie mówiąc, połączenie 1) szwedzkiej gimnastyki lekarskiej, zastosowanej do leczenia chorób kobiecych i 2) rękoczynów specjalnych, zastosowanych po raz pierwszy przez BRANDT'a i stanowiących t. zw. mięsienie ginekologiczne“

<sup>1)</sup> Pomieszczając w imię bezstronności list ten i odpowiedzi, oświadczamy, że wszelką polemikę w sprawie artykułu kol. TARGOŃSKIEGO uważamy za wyzerpaną. *Red.*

i dalej str. 33 „Uczniowie BRANDT'a, przede wszystkim NISSEN, a za nim i ci wszyscy, którzy w ostatnich czasach metodę BRANDT'a stosowali, odrzucają to ogólne leczenie <sup>1)</sup>“. A więc nie ja pierwszy spostrzegłem, że metoda BRANDT'a zawiera niektóre praktyki, nie powiem, zbyt, lecz niekonieczne; nie ja pierwszy przyjąłem *partem pro toto*; być może, że poszedłem nieco dalej od innych, a mianowicie:

a) Przy mięsieniu zawsze zachowuję metodę t. zw. podwójnego ucisku i staram się rozciągać zrosty i odprowadzam macicę według wskazówek BRANDT'a, sądząc, że nie sprofanuję metody, jeżeli, zamiast palucha do pochwy, a wskaziciela lewej ręki do odbytnicy, wprowadzę oba palce do pochwy, lub nawet tylko wskaziciel i będę działał nim na macicę przez tylne sklepienie tak, jak BRANDT przez odbytnicę [przy odprowadzaniu i mięsieniu macicy]. Wprawdzie, w ten sposób rezultat naszych zabiegów nieco się opóźni, zato, przynajmniej dla mnie, ta zmiana jest wygodna i, o ile zauważyłem, przez same chore pożądana.

b) Prawa ręka przy mięsieniu po większej części wykonywa powolne ruchy koliste, linijne, w kształcie ucisku, bez drżącego głaskania, skakania, klepania i t. d..

c) Przy lewostronnem zgięciu macicy i silnych zrostach zewnętrznych. role rąk zmieniam.

d) Zawsze chorą badam w postaci leżącej, nie na sofce BRANDT'owskiej, lecz na wcale niezłe ku temu nadającym się stoliku i t. d..

Jeżeli w swym artykule nie pomieściłem tych odstępień od ustalonych poglądów w ginekologii przez BRANDT'a, to dlatego, że, skoro ja zaprowadziłem pewne udogodnienia w wykonaniu rękoczynów [przynajmniej dla siebie], to ktoś inny może zaprowadzić jeszcze lepsze [naturalnie podług siebie], które również, jak i ja, może uważać za nieustalone. Czy wobec tego mięsienie stosowane przeze mnie nie da się nazwać BRANDT'owskim, nie wiem, jednak we wszystkich przypadkach otrzymałem pożądaną rezultat i nadal będę je w tej formie stosował, dopóki kto inny nie wskaże mi bardziej uproszczonej.

Kol. W. może mi zrobić zarzut, że niezawsze przez tylne sklepienie wskazywałem możemy działać tak, jak przez odbytnicę. Otóż w takich razach i ja działałem przez odbytnicę, lub, skoro macica stoi wysoko, za pomocą zgłębnika [palce mam bardzo krótkie].

Drugi, daleko ważniejszy zarzut kolegi W. jest ten, że stworzyłem sposób mięsienia, sprawiający chorym silne bóle. Jakkolwiek zarzut ten uważam za w wysokim stopniu niewłaściwy, jako zrobiony przez lekarza, na tym samym wózku jeżdżącego, jednak nie chcę pominąć go milczeniem.

Każdy ginekolog wie bardzo dobrze, jak chore, cierpiące oddawna na choroby kobiece zapalnego pochodzenia, są trudne do zbadania i nierzadko się zdarza, że tylko pod chloroformem mogą być zbadane ze względu na silne bóleści, jakie im sprawia ręka lekarza, nawet niekiedy przez najslabszy dotyk. Wobec tego zapytuję, czy można u podobnej chorej wykonać mięsienie bez bólu, władając nawet tak udoskonaloną techniką, jak BRANDT? Nie, bo i sam BRANDT przy każdym mięsieniu zaleca nadzwyczajną ostrożność i zaprzestaje mięsienia, skoro zauważy, że chora krzywi się z bólu, jaki jej sprawia w czasie mięsienia. A więc, Sz. kolego, nie ja stwarzam ból swem mięsieniem, lecz sama istota cierpienia go wywołuje; jeżeli ten ból powiększa się w czasie mięsienia, a właściwie przez samo mięsienie, to właśnie wina metody, jej ujemna strona, którą naszym obowiązkiem jest zwalczać, co ja też robiłem i we wszystkich przypadkach już po kilku posiedzeniach doprowadziłem choć do tego stanu, że mogłem w dalszym ciągu stosować mięsienie bez bólu. Kolega WINAWER nie chce pogodzić

1) Ogólne leczenie, t. j. szwedzką gimnastyką lekarską.

się z tem, by u moich chorych istniały podobne warunki, ponieważ w żadnym z podanych przezemnie przypadków nie znalazłem zapalenia otrzewnej, lub ropnego zapalenia jajowodu, a więc, podług zdania krytyka, ból ja stwarzałem swem nieumiejętnem mięsieniem. Jakkolwiek twierdzenie krytyka mija się z opisem podanych przezemnie cierpień, jednak zwróć jego uwagę, że niekiedy najbogiejszy ginekolog nie może wyczuć zmian anatomicznych w jajnikach, jajowodach, w więzjach i t. d., pomimo, że one istnieją, i dopiero sekcya lub próbna laparotomija je odkrywa. Zresztą, czy można wyobrazić sobie cierpienie maciczne zapalnego pochodzenia, trwające kilka lub kilkanaście lat [takie właśnie były w mojem leczeniu], by tam, gdzie są zrosty okołomaciczne, sąsiednie narządy były absolutnie zdrowe, co jednak według zdania krytyka w moich przypadkach musiało istnieć? Z tego wszystkiego każdy musi przyjsć do wniosku, że mięsienia u podobnych chorych nie można wykonać, nie powiększając już istniejącego bólu, i sam kol. WINAWER wie o tem dobrze, a jednak robi mi z tego *summum crimen*.

Resztę zarzutów kol. W. stawia mi li tylko dlatego, by wykazać, że w sposobie leczenia, stosowanym przezemnie, nie ma nic godnego uwagi.

Czy chirurg, usuwający wybujałą ziarninę z zastarzałej rany, lub przetoki, za pomocą łyżeczki lub środków żrących i następnie oczyszczoną ranę pobudza środkami drażniącymi do wytwarzania ziarniny dobrej, cofa w ten sposób chirurgiję wstecz, co właśnie kol. W. mi zarzuca? Nie sądzę. Jeżeli zaś o tych rękoczynach obszerniej wspomniałem w swym artykule, to jedynie dlatego, że każdy z nich stanowił część sposobu leczenia, jakie stosowałem, i czem głównie różni się metoda moja od metody kol. W..

Niektóre spostrzeżenia, jakich mi nie szczędził kol. W., w wielu razach przydały mi się, zapobiegając przykrym wypadkom. Przeto i ja uważałem za obowiązek podać do wiadomości ogólnej swe spostrzeżenia, z którychby mogli korzystać inni. Tymczasem kol. W. te uwagi bierze za nieunikniony wynik mego sposobu leczenia, który powinienby odstraszyć każdego, np. mówiąc o użyciu zgłębnika na str. 414 pisze: „Ręka niewprawna i ciężka, wprowadzając zgłębnik do macicy, sprawia chorej bez potrzeby ból, kałeczy ścianki kanału i może przedziurawić macicę, lub przez rozszerzony jajowód wejść do jamy brzusznej“, co, podług kol. W. str. 496, ma być równoznacznem „...jednakże nie sądzę, by zgłębnik, wprowadzony umiejętnie do jamy macicy, mógł silny ból sprawiać, ściany macicy okaleczyć, lub wreszcie przez jajowód wejść do jamy brzusznej, jak to kol. T. utrzymuje“, lub z 15 <sup>1)</sup> robi 25 i, widocznie dla efektu, akcentuje wykrzyknikiem.

Na zakończenie Sz. krytyk udziela mi rady, bym dla dobra chorych i prawidłowego rozwoju ginekologii porzucił swój sposób leczenia, za co wywdzięczając się życzę Mu z całego serca, aby zaniechał swych naukowych krytyk, ze względu, że ginekologija nader szybko przez to dojdzie do punktu kulminacyjnego swego rozwoju i stanie się nauką skończoną.

## B) Kol. ZWEIGBAUMOWI.

Szanowny kolega występuje w obronie lekarzy naszych i ginekologii zupełnie tak, jakbym ja napadał na pierwszych, a potępiał lub lekceważył drugą. Tymczasem rzecz się ma zupełnie inaczej. Mieszkając na prowincyi przez pewien czas [o Siedlcach nie ma mowy, ponieważ mieszkam tu drugi miesiąc], poznałem wielu lekarzy; niektórzy z nich otwarcie mi oświadczyli, że niechęć zajmować się chorobami kobiecemi, inni chętnieby się zajmowali, lecz nie mają sposobu obznaj-

<sup>1)</sup> U jednej z moich pacjentek dopiero po 15 posiedzeniach mogłem wykonać mięsienie bez bólu.



mienia się z temi cierpieniami. Czy dla nich znajduje kol. Z. opis elementarnych rękoczynów zbytecznym? <sup>1)</sup>

Występując w obronie ginekologii kol. Z. zarzuca mi, że:

1) nie usuwam odrazu obfitej ziarniny z kanału macicy, lecz na kilku posiedzeniach i używam chlorniku żelaza. Mogę upewnić kol. Z., że zawsze radbym odrazu kończyć z każdym złem, lecz, niestety, nie zawsze to możebne. Proszę przedstawić sobie, że cała część pochwowa macicy pokryta jest grubą warstwą ziarniny w kształcie grzyba, pośród którego trzeba szukać otworu w szyjce; ażeby wprowadzić do kanału zgłębnik, potrzeba nader misternie wykonywać nim różne powolne ruchy, ponieważ i sam kanał wypełniony ziarniną, nadającą mu kierunek zygzakowaty. Rzecz naturalna, że przez taki kanał trudno przeprowadzić łyżeczkę, a tymczasem częste i niekiedy nawet ciągłe krwawienia <sup>2)</sup> z ziarniny wycieńczają chorą, która prosi o ratunek. Najprostszy sposób zachloroformować chorą, rozszerzyć kanał i wyskrobać ziarninę — w Warszawie lub wogóle w większem mieście, czego ja, będąc sam jeden w miasteczku, chyba zrobić nie mogłem. Więc zdejmowałem, o ile się dało dokładnie ziarninę z powierzchni szyjki i części kanału; po kilku dniach, jeżeli ziarnina nie zniknęła pod wpływem mięsienia, usuwałem pozostałe części; niekiedy to powtarzało się trzy razy, a w przypadku II nawet cztery razy. Jeżeliby nawet z łatwością można było wprowadzić łyżeczkę do kanału odrazu, to czyż godziłoby się chorą narażać na tak silny i stosunkowo długi ból, gdybyśmy chcieli choć względnie oczyścić kanał? [mowa o obfitej ziarninie, której nie należy kaleczyć, lecz doszczętnie usuwać]. Rozkładając taką operacyję na 2 lub 3 posiedzenia, wprawdzie tracimy na czasie, lecz zato sprawiamy mniej przykrości chorej, czego lekarz nie może lekceważyć. Przed, w czasie i po operacyi zawsze zachowywałem należytą antyseptykę i nigdy nie zauważyłem grubego strupa po zapędzowaniu rany roztworem chlorniku żelaza, lecz przeciwnie na drugi dzień po przemyciu wodą karbolową, odkrywała mi się na szyjce różowa rana, już niekrwawiąca; przy usuwaniu gazy również nigdy nie zauważyłem nawet śladów strupa, co jednak nie zbija twierdzenia kol. ZWEIFBAUMA, by użycie chlorniku żelaza nie zanieczyszczało rany, jednak, sądzę, nie do tego stopnia, by takie postępowanie zasłużyło na nazwę *anachronizmu*, przypominającego czasy przed listerowskie. Wszak chirurdzy dosyć często używają rozpalonego żelaza, które rzeczywiście wywołuje gruby strup, a jednak chyba żaden z nich nie wywołał w ten sposób zakażenia nawet miejscowego.

2) W opisie przypadków, podanych przezemnie, uderzają większe lub mniejsze braki cech rozpoznawczych i t. d. [str. 498]. I w tym razie kol. Z. za surowo mię sądzi, ponieważ mając takie dane, jak: szyjka maciczna powiększona, stoi nisko po środku i nieco ku tyłowi, zgłębnik wchodzi na 5 ctm. i sprawia silny ból chorej przy swych poruszeniach i przyjmuje pewien kierunek [przy *anteflexio* rękojeść zgłębnika potrzeba silnie opuścić na dół, przy *retroflexio* — ku górze, co miało miejsce w danym przypadku, lub przekręcić oś zgłębnika na 180°, jeżeli szyjka stoi wysoko i ku przodowi], chyba miałem prawo, podobne położenie macicy nazwać *retro-flexio*; poruszenia zgłębnika słabo wprawiają w ruch macicę i wywołują ból, więc jest *fixatio*; czy można wyobrazić sobie zrosty macicy, któreby wniosły wszelkie jego ruchy nawet bardzo ograniczone?

<sup>1)</sup> Po wdropleniu np. jodu do kanału macicy, niekiedy chore dostawały gwałtownych boleści, pomimo np., że dwa dni taką samą ilość zniosły bardzo dobrze. Ta okoliczność nie dawała mi spokoju, szperałem po książkach, szukałem wskazówek nawet u ginekologów i nie znalazłem nigdzie objaśnienia. Przeto, doszedłszy do pewnego sposobu, uważałem za stosowne zrobić o nim wzmiankę.

<sup>2)</sup> Podobny przypadek miałem jeden, w którym chora dostawała krwawienia już przy forsowniejszych ruchach [skok, podniesienie czegoś z ziemi, lub zdjęcie z wyższego miejsca i t. d.]. W tym razie mowy być nie mogło o mięsieniu przed usunięciem ziarniny.

Skoro istnieją zrosty i brak tylnego sklepienia, to chyba wskutek wysięku okołomacicznego, bo zkądby się wzięły owe zrosty i gdzieby się podziało tylne sklepienie? Zgłębnik wchodzi do macicy na 5 ctm., to znaczy, że dalsza część kanału jest zajęta ziarniną, gdyż o zaniku macicy, sądząc ze stanu szyjki, mowy być nie może, i zgłębnik po 12-tu posiedzeniach nie wszedłby do kanału na 9 ctm. [w artykule podano 2½ — jest to błąd zecercki], zatem i nazwa *endometritis* nie zupełnie zacierpnięta z powietrza, jakkolwiek łatwo domyśleć się, że i wpływ z macicy był, tylko wzmianka o nim pominięta.

Jeżeli w opisie badania powiedziano, że w prawej pachwinie wyczuwa się dosyć ograniczone stwardnienie, wielkości pięści dorosłego człowieka, że główną część tego stwardnienia stanowi macica, że lewy jajnik nieco powiększony i mało bolesny, a prawy niewyczuwalny, to nazwa *oophoritis duplex* chyba nie z powietrza zacierpnięta, bo lewy jajnik nieco powiększony i mało bolesny [a więc chory], prawy zaś z konieczności wchodzi w skład owego stwardnienia, czyli i on musi być chory — wszak prawda? Kolega Z. przypuszcza, że z kształtu powiększonej macicy nie można wnioskować o stanie jajników, choć ich wyczuć nie można. Ja na tę kwestyję zapatruję się nieco inaczej. Skoro macica powiększona zachowuje mniej więcej swą zwykłą formę, napewno twierdzą, że jajniki nie są bardzo powiększone, choć ich nie wyczuwam; skoro macica powiększona głównie w poprzecznym wymiarze, to znaczy, że jajniki, których nie wyczuwam, przyczyniły się do owego powiększenia.

3) Dziwną też skłonność posiadam do podporządkowywania wszelkich innych cierpień ustroju cierpieniom narządów rodzących i t. d., [str. 499].

Gdyby kol. ZWEIGBAUM uważniej był przeczytał odpowiednie ustępy w podanym przezemnie opisie, to mniej by się dziwił tym podporządkowaniom, ponieważ byłby zauważył, że przystępując do leczenia przypadku II-go i III-go, sam nie wiedziałem, czy jest jaka zależność pomiędzy cierpieniami. Skoro zaś cierpienie kobiece zostało usuniętem, a z niem i pozostałe, to z konieczności musiało się zrodzić przypuszczenie, że te ostatnie zależały od niego. W samej rzeczy, czyż możebnem jest, by cierpienie płucne, trwające 7 lat, na które się daremnie wysilała wewnętrzna medycyna, na raz od grana morfiny znikło bezpowrotnie? To chyba nie zbieg okoliczności! Co zaś do zależności cierpienia przewodu pokarmowo-kiszkowego od cierpień kobiecych, to uważam ją za fakt dokonany, i obecnie nie mogę sobie wyobrazić zastarzałego *metritidis fixatae c. endometritide*, gdzieby funkcje kiszek i żołądka były nienaruszone.

4) Kol. Z. znajduje, że ja, opierając się na wyleczeniu 12 podanych przypadków za pochopnie wnioskuję, że i pozostałe 57 lżejszych bezwarunkowo bym wyleczył, tembardziej, że i w tych 12-tu nie wie, co głównie pomogło, bom używał dosyć złożonego leczenia. Czy kol. Z. uważałby wniosek za mniej pochopny, gdybym ze 100 leczonych wyleczył 99, lub nawet z 10,000—9900?

Metoda BRANDT'a leczy wszelkie cierpienia macicy zapalnego pochodzenia specjalnemi rękoczynami, a wewnątrzmaciczne o tyle tylko, o ile same znikają w czasie leczenia, pozostawiając je w razie potrzeby chirurgom. Otóż ta właśnie okoliczność zachęciła mię do połączenia tych dwóch kuracyj w jedną, co w zupełności osiągnąłem. Z tego wniosek już prosty: *endometritis*, nawet najwięcej zastarzała, zawsze nadaje się do wyleczenia — naturalnie gdy innych cierpień nie ma; *peri* i *parametritis*, *oophoritis* i inne w moich 57 przypadkach, jeżeli istniały, nie dosięgały znacznego rozwoju, a więc przedstawiały się tak, jak każde z cięższych po kilku lub kilkunastu posiedzeniach. Kto raz systematycznie przeprowadził kurację choć jednego w mowie będącego przypadku, łatwo przekona się, że najtrudniejsze tylko pierwsze posiedzenia, następne zaś tak szybko prowadzą chorą do zdrowia, że trzeba się dziwić, czem to się dzieje. Opierając się na takim rozumowaniu, sądzą, że wszystkie 57 przypadków byłbym wyleczył.

Stanowcza decyzja co do porzucenia użycia zgłębnika [jako narzędzia niebezpiecznego] w niektórych przypadkach przy stosowaniu mięsienia, zrodzona li tylko na zasadzie teoretycznych kombinacyj, jest, co najmniej, przedwczesna.

Targoński [Siedlce].

## O D P O W I E D Z I.

W liście powyższym kol. TARGOŃSKI pragnie odeprzeć zarzuty, wypowiedziane przezemnie w № 25 Gaz. Lek., lecz nie podaje ani faktów ściśle spostrzeganych, ani wniosków na faktach opartych. Kol. T. walczy retoryką, chcąc koniecznie wykazać, iż leczenie jego ginekologiczne jest bez zarzutu, a zmiany w metodzie THURE BRANDT'a jego osobistą zasługą.

Polemikę z kol. T. uważam z tego powodu za bezcelową, podam natomiast niektóre wyjaśnienia, bym nie był posądzony, iż *qui tacet, consentire videtur*.

Kol. T., mówiąc o metodzie THURE BRANDT'a, zdaje się, nie odróżnia systemu BRANDT'a od rękoczynów jego metodzie właściwych.

System BRANDT'owski nie został przez ogół ginekologów w całej objętości przyjęty: ograniczenia dotyczą części gimnastyki leczniczej, po części zaś niektórych wskazań i rękoczynów dodatkowych.

Być może, iż niektóre rękoczyny BRANDT'a ulegną zmianom, w każdym razie ściśle opracowanym i należycie wymotywowanym naukowo, które będą stanowiły postęp w leczeniu metodą BRANDT'a. Kol. T. tłumaczy zmiany, jakie wprowadził tem, iż z powodu bardzo krótkich palców nie jest w stanie rękoczynów ściśle podług BRANDT'a wykonać.

Czy kol. T. również z tego powodu nie wyczuwa jajników i jajowodów, a sądzi o zmianach w tych narządach z kształtu powiększonej macicy?

Jeżeli przy odklejaniu przyczepin macicy posilkuje się zgłębnikiem, to w jaki sposób rozciąga przyczepiny jajników?

Sądzę, iż, mając powody wyłącznie osobiste [b. krótkie palce], nie powinien kolegów w błąd wprowadzać i do zmian na niekorzyść metody zachęcać, wobec tego, iż ogół ginekologów stosuje rękoczyny ściśle podług THURE BRANDT'a.

Bolesność nie stanowi ujemnej strony rękoczynów BRANDT'a, jak to twierdzi stanowczo kol. T., jest ona wyłącznie właściwą manipulacyjom kol. T.. Ogół ginekologów nie wzmiankuje nawet o tej ujemnej stronie rękoczynów i stosuje je bez makowca, antypiryny i bromu. Wywody kol. T., iż bolesność jest zależną od cierpienia, a nie od metody, nie zastąpią gruntownej znajomości rękoczynów.

Stosowanie wraz z metodą THURE BRANDT'a leczenia pomocniczego w postaci irygacyj, wacików z lekami, kąpeli i t. d. uważam za pożyteczne i za przykładem wielu ginekologów sam zwykle w praktyce zalecam. Kol. T. myli się, utrzymując, iż tem się różni jego sposób leczenia od mego.

Skrobania błony śluzowej nie należy odbywać nigdy podług sposobu kol. T., lecz zależnie od wskazań przed lub po ukończeniu leczenia metodą BRANDT'a.

A. Winawer.

W odpowiedzi na zarzuty, powyżej uczynione przez kol. TARGOŃSKIEGO mojej krytyce, zauważę, że według mnie, wiadomości elementarne pasują jedynie do podręczników, w piśmie zaś lekarskiem są zupełnie zbytecznymi. „Gazeta Lekarska“ jest prawie wyłącznie czytana przez lekarzy, którzy w niej szukają przede wszystkim postępów nauki, nie zaś powtarzania rzeczy znanych. Zresztą nie sprzeczałbym się o to tak bardzo z kolegą T., gdyby nie ta ważna okoliczność,

że motyw, którym się kierował kol. T., ogłaszając swoją pracę, wydał mi się niewłaściwym i pomimo niniejszej obrony, przyznam, nie przestał mię dziwić.

Dlaczego kol. T. zeszkrobanie jednorazowe i doszczętne ziarniny z kanału macicy uważa za bardziej dla chorej bolesne, aniżeli zeszkrobywanie częściowe i kilkakrotne, także zrozumieć nie mogę. Wiadomo przecież, że najboleśniejszą częścią tej operacji bywa przeprowadzenie łyżeczki przez kanał szyi macicznej, samo zaś zeszkrobywanie prawie bólu chorej nie sprawia. <sup>2</sup>Otóż aby uniknąć tego kilkakrotnego przeprowadzania łyżeczki przez kanał, należy się ze zeszkrobaniem odrazu załatwić. Sam kol. T. powiada, że tam, gdzie kanał jest wązki, lub „zykzakowaty“, najlepiej jest chorą zachloroformować, kanał rozszerzyć i ziarninę zeszkrobać, a ja dodam jeszcze, że przedewszystkiem należy macicę za pomocą kleszczyków (*Kugelzange*) za część pochwową ku dołowi pociągnąć, a wtedy skręcony lub zgięty kanał natychmiast się wyprostuje i łyżeczkę ponajwiększej części odrazu przepuści; wogóle bez przytrzymywania macicy za pomocą kleszczyków wyszkrobywania robić nie należy.

O chlorniku żelaza już nie wspomnę, bo sam kol. T. przyznaje, iż preparat ten ranę zanieczyszcza, a oto właśnie tylko mi chodziło.

Dyagnoz kol. T. nie kwestyjonowałem, bo chorych jego nie znam; zarzuty moje dotyczyły tylko strony opisowej przypadków, która—przyznać to musi każdy bezstronny czytelnik — wiele pozostawia do życzenia. Dlatego też nie twierdziłem, że rozpoznania kol. T. są z powietrza zaczerpnięte, tylko powiedziałem, że „często tak wyglądają, jakby z powietrza zaczerpnięte“. To wielka różnica.

Co się tyczy trzeciego punktu odpowiedzi, to z przyjemnością zauważyłem, iż związku między znacznem powiększeniem wątroby, a tyłozgięciem macicy, już i kol. TARGOŃSKI w swej odpowiedzi zupełnie nie broni, bo o nim wcale nie wspomina, a więc, jak się zdaje, przyszedł do przekonania, że zależność ta nie jest znowu tak ścisłą, jak dotąd sądził. Ja sobie takiej zależności w żadnym przypadku kolegi T. jasno wytlómaczyć nie mogłem i dlatego zamiast wątpliwej hipotezy wołałem jednoczesne ich wyleczenie poczytywać po prostu za szczęśliwy zbieg okoliczności.

Przyznaję wreszcie, że mój pogląd na masowanie macicy, osadzonej na zglębniku, jest tylko teoretycznym, albowiem nie odważyłbym się sposobu tego zastosować w praktyce; ręczę, że dla mnie teoretycznym na zawsze pozostanie.

M. Zweigbaum.

## Wiadomości bieżące.

— W ubiegłym tygodniu odbył się w Krakowie VI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Szczegółowe sprawozdanie o nim będzie pomieszczone po dostarczeniu nam materyjału przez 2 naszych korespondentów. Obecnie tyle tylko powiedzieć możemy, iż — wedle prywatnych informacyj — Zjazd udał się świetnie. Liczba uczestników była duża, prace bardzo zajmujące. Na prezesów honorowych zostali wybrani: prof. BARANOWSKI, prof. MEYER, D-r A. BARANIECKI [inicjator zjazdów polskich] i prof. REHMAN. Prezesami Zjazdu byli: prof. LASKOWSKI z Genewy i D-r SOKOŁOWSKI, współwłaściciel naszego pisma. W sekcji medycyny wewnętrznej, między innymi przydawali: prof. BARANOWSKI, D-r FLORKIEWICZ, DUNIN, REJCHMAN i SOKOŁOWSKI [3 ostatni, współwłaściciele naszego pisma]. Na wystawie, jednocześnie ze zjazdem odbywającej się, Wydawnictwo nasze otrzymało najwyższą nagrodę: dyplom honorowy uznania

## Nadesłano do Redakcyi.

RYBICKI. O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny metodą PASTEUR'a. [Odb. z „Medycyny“].

GRÜTZNER i ŚWIĘCICKI. Bemerkungen über die Physiologie der Verdauung bei den Batrachiern. [Odb. z Archiv f. d. ges. Phys.]. Bonn. 1881.

ŚWIĘCICKI. Sectio caesarea wegen Eklampsie am Ende der Schwangerschaft. [Odb. z Wien. med. Blätter]. Wien. 1891.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarń Wendego i S-ki za Czerwiec 1891.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 12 Юля 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.