

# GAZETA LEKARSKA.

## I. BADANIA NAD ZJAWISKAMI CHEMICZNYMI

### W KISZKACH CIENKICH U CZŁOWIEKA.

Przez

A. Macfadyen'a, prof. M. Nenckiego i N. Sieberową.

Posiadamy dość liczne rozbiory żółci, soku trzustkowego i kiszkowego. Rozbiory soku kiszkowego, pomijając dawniejsze rozbiory FRERICHS'a, ZANDER'a i innych, także nowsze, dokonane były po ulepszeniu przez VELL'a dawniejszego sposobu THIRY'ego zakładania przetok. Nie brak też licznych prób nad działaniem tych soków na ciała pokarmowe *in vitro*. Lecz jak sprawy te zachodzą *in vivo*, o tem od czasu doskonałej niegdyś pracy TIEDEMANN'a i GMELIN'a <sup>1)</sup> istnieją dotąd spostrzeżenia skąpe i niezupełne, które wykonano głównie na zwierzętach, w części wszakże i na ludziach z przetokami kiszkowymi. Uprzejmości profesora KOCHER'a zawdzięczamy szczęśliwą sposobność, która pozwoliła nam przez dłuższy czas badać zjawiska chemiczne w kiszkach cienkich u człowieka. W klinice chirurgicznej uniwersytetu berneńskiego operowano w Maju 1890 roku kobietę z powodu uwięźniętej przepukliny, przyczem z powodu zgorzeli uwięźniętej kiszki i zapalenia trzeba było usunąć zmartwiałą część i założyć odbyt sztuczny. Uwięźnięta i wycięta część kiszki była właśnie końcem *ilei*, wchodzącym w kiszkę ślepą. Z otworu przetoki miazga pokarmowa, po działaniu na nią całej błony śluzowej w kiszkach cienkich, wypływała na zewnątrz, zamiast do kiszek grubych. O ile nam wiadomo, była to zatem pierwsza sposobność do badania spraw, zachodzących w całej rozciągłości kiszek cienkich u człowieka; w dawniejszych bowiem zapisanych w literaturze przypadkach przetok kiszkowych nigdy nie można było być pewnym, w jakim miejscu przetoka się znajduje, oraz w jakim stopniu miazga pokarmowa zmieniała się w części kiszek, leżącej poniżej przetoki. Zrozumiałem jest, że dokładna znajomość zjawisk trawienia najlepiej może być zbadaną na człowieku żywym; niemniej, że wysoce jest ważnem badać zmiany, jakim ulegają ciała pokarmowe w poszczególnych, anatomicznie różnych, odcinkach przewodu trawiennego. W ten sposób dojść musimy do punktów wytycznych, mających być miarodajnymi i dla terapii chorób kiszkowych. Rozważania te kierowały nami przy badaniach, które poniżej opisujemy. Przy sposobności tej serdecznie podziękować nam wypada panu prof. KOCHER'owi, który pierw-

<sup>1)</sup> Die Verdauung nach Versuchen. Leipzig u. Heidelberg. 1828

szy na przypadek ten zwrócił naszą uwagę, a również i asystentowi kliniki chirurgicznej, D-rowi LENZ'owi, za uprzejmą pomoc oraz możliwe uwzględnienie naszych życzeń. Byliśmy także w przyjemnem położeniu korzystania z finansowego poparcia „*Elisabeth Thompson Science Fund in Boston*“ i korzystamy chętnie z tej sposobności, by wyrazić podziękowanie *Board of Trustees*, tej pięknej instytucji.

Magdalena Spycher, mała, szczupła włościanka z Könitz pod Bernem, w wieku 62 lat, ważąca tylko 40 kgr., została 16 Maja 1890 r. przyjętą do kliniki chirurgicznej z powodu uwięźniętej przepukliny i tegoż dnia operował ją D-r TAVEL. Już tkanka podskórna częściowo była zmartwiała, worek przepuklinowy, zarówno jak znajdujące się w nim strzępy sieci i ścianka uwięźniętej kiszki zupełnie zmartwiała. Znalaziono podłużne przedziurawienie kiszki i wykryto, że część uwięźniętą stanowi kiszka ślepa i koniec kiszki cienkiej. Zeszycie kiszki cienkiej z okrężnicą, przy istniejących już objawach zapalenia daleko posuniętego, byłoby stanowczo niepewnem; usunięto przeto części zmartwiałe i zrobiono odbyt sztuczny (*anus praeternaturalis*). Wycięty odcinek kiszki cienkiej posiadał długości 10 ctm., odcinek kiszki ślepej około 3 ctm.. Rana zagoiła się szybko; już na drugi dzień chora czuła się wybornie; żadnego śladu zapalenia otrzewnej. Ciepłota stale prawidłowa, obfite wydalenie półpłynnego kału z przetoki kiszkowej. W 3 dni później, 19 Maja, chora miała zwykły twardy stolec (*per anum*). Z przetoki wydala się obfity płynny stolec, wskutek czego chorej dano nalewkę makowcową. Chora ma dobre łaknienie, czuje się dobrze. 4 Czerwca, z powodu rozwolnionego stolca z przetoki, chora przyjęła odwar *Ratanhiae*, poczem wypróżnienia stały się gęstsze. Od 5 Czerwca otrzymuje chora odważoną ilość pokarmu, wybranego przez nią samą, a składającego się z następującej dziennej racyi:

chleba . . . . .	260 grm.
mięsa . . . . .	100 „
kleiku . . . . .	200 „
peptonu . . . . .	20 „ [KEMMERICH]
cukru . . . . .	60 „
mleka . . . . .	100 „
bulijou . . . . .	1050 „
2 jajka.	

Ta dzienna racya podzielona była, jak następuje:

Rano godz. 7: 350 grm. naparu kawy z 50 grm. mleka + 1 bułka mleczna [85 grm.] + 10 grm. cukru.

Rano godz. 10: 850 grm. bulijonu, 1 jajko i  $\frac{1}{2}$  bułki mlecznej.

W południe 12 godz.: 350 grm. bulijonu, 10 g. peptonu, 100 g. siekanego mięsa,  $\frac{1}{2}$  bułki mlecznej, 200 g. kleiku z 10 g. cukru.

Po południu godz. 3: 350 g. naparu kawy z 50 g. mleka, 10 g. cukru,  $\frac{1}{2}$  bułki.

Wieczorem o godzinie 6: 350 g. bulijonu, 10 g. peptonu, 1 jajko i  $\frac{1}{2}$  bułki.

Jako napój podczas dnia dostaje 200 g. wina, 200 g. wody i 20 g. cukru.

Na noc 150 g. grogu i 10 g. cukru.

W otworze przetokowym umieszczono krótką rurkę, którą codziennie oplukiwano wodą i oczyszczano; wypływającą zawartość kiszek zbierano w butelkę i dostarczano nam do badania. Również codziennie badano 24-godzinna ilość moczu i oznaczano w nim mocznik według metody HUEFNER'a. Mieliśmy więc sposobność zebrać zawartość kiszek cienkich i badać ją w rozmaitych kierunkach. Opiszemy najprzód zewnętrzne jej własności, poczem przejdziemy do oznaczenia poszczególnych części składowych.

Co się przedewszystkiem tyczy ilości mas przechodzących z *ileum* do kiszki ślepej, to zależy ona od konsystencji. Przy pożywieniu powyższem, przeważnie zwierzęcem, masa była rzadką, składała się przeciętnie z 5% stałych części i 95% wody. Z wejrzenia podobna była do kału biegunkowego, i często też lekarze przepisywali środki wstrzymujące. W wielokrotnych próbach, w których dawano pacjentce pokarm roślinny, powidła grochowe <sup>1)</sup>, zawartość kiszek natychmiast stawała się gęstszą, mając przeciętną zawartość 10% części stałych. Przy możliwie troskliwym zbieraniu całkowitej z przetoki wypływającej zawartości, ilość rzadkiej masy wynosiła najwyżej 550 g. z 4,9% stałych. Przy wypróżnieniach gęstych z zawartością 11,23% stałych substancyj wynosiła 24-godzinna ilość 232 grm..

Odływ miazgi pokarmowej do kiszek grubych jest nieprzerwany, tylko w nocy opada do *minimum*, zapewne dlatego, że pacjentka, biorąc 5 razy dziennie pokarm, w nocy nie nie przyjmowała prócz grogu. Wypróżnienia odbywały się tak, że pacjentka nie o tem nie wiedziała. Ażeby się dowiedzieć, kiedy przyjęty pokarm przechodzi do kiszek grubych, oraz jak długo miazga pokarmowa przebywa w kiszkach cienkich, dano chorej w jednej próbie zielonego ugotowanego, lecz nie utartego grochu, który widziano, jak niezmienny wypływał z przetoki. Jako drugiego środka rozpoznawczego używaliśmy salolu, *resp.* odszczepionego odeń w kiszkach kwasu salicylowego.

Dnia 10 Czerwca pacjentka otrzymała o godz. 12 w południe, zamiast kaszy, 200 g. zielonego grochu; wieczorem o 5½ pierwsze porcje grochu wydalone zostały w niestrawionym stanie z rurki, a ostatnie porcje okazały się jeszcze dnia następnego o 11 godzinie. Zaprzestano tego dawania grochu, ponieważ chora utrzymuje, że nie ma łaknienia od czasu spożywania grochu.

Dnia 28 Czerwca przy zwykłym swem pożywieniu rannem o 9½ dostaje badana kobieta naraz 2 g. salolu. Zawartość kiszkowa, wydalona do 12¼, a wynosząca 30 grm., zostaje przekroplona. Filtrat, zakwaszony kilku kroplami kwasu solnego, wyklucony eterem; po odparowaniu roztworu eterowego do pozostałości dodaje się kilka kropel wody i kroplę chlorku żelaza. Odczyn na kwas salicylowy wypadł ujemnie.

Zawartość kiszek od godz. 12¼ do 1¼ = 62 gr., traktowana w ten sam sposób, dała z chlorkiem żelaza wyraźne fioletowe zabarwienie. Największą ilość kwasu salicylowego wykazała miazga pokarmowa, wydalona pomiędzy godziną 1¼ i 3¼ = 33 g.. Z wyciągu eterowego tej ostatniej porcji wydobyto kilka miligramów krystalicznego kwasu salicylowego. W porcji tej oznaczyliśmy

---

<sup>1)</sup> *Erbsenmuss.*

stopień kwaśności, który okazał się normalnym. Zredukowany do kwasu octowego równał on się 0,0924%. Od tej chwili począwszy, wydzielanie kwasu salicylowego zmniejszało się. Ostatni wyraźny odczyn otrzymano w zawartości wydalonej między godz. 12½ a 2½ w nocy. W porcyi [17 g.], wydalonej między 2½ a 4½, nie wykryto już kwasu salicylowego.

Znacznie później, mianowicie 15 i 16 Października, wykonaliśmy podobną próbę. Aby przedewszystkiem powziąć wyobrażenie o godzinnem wypróżnieniu do kiszki ślepej, co 2 godziny zbierano zawartość kiszkową w odważonych naczyniach. Dnia 16 Października o 7 rano dano kobiecie, obok kawy i chleba, 125 grm. zielonego grochu, a o 9 rano, więc w 2 godziny później, 2 g. salolu. Tabliczka następująca wskazuje wagę zawartości kiszek, zbieranej co 2 godziny.

	7-9	9-11	11-1	1-3	3-5	5-7	7-9	9-11	11-1	1-3	3-5	5-7	Ilość na dobę.
15 Październ.	117 g.	49 g.	9 g.	49 g.	118 g.	27 g.	64 g.	27 g.	18 g.	10 g.	12 g.	15 g.	= 515 g.
16 „	nic	62 g.	42 g.	55 g.	56 g.	89 g.	40 g.	14 g.	7 g.	21 g.	2 g.	2 g.	= 390 g.

Przez te dwa dni zawartość kiszek była rzadka. Pierwsza porcyja grochu wydalonej została o 9¼, a więc po 2¼ godzinach. Wydalenie to trwało bezustannie do 3 godz. po południu, następnie brakło grochu, a znów okazał się pomiędzy 7 a 9 wieczorem, poczem zupełnie znikł. Po podaniu salolu o 9 godz. rano odczyn kwasu salicylowego wystąpił w porcyi wypróżnionej pomiędzy 11 a 1 rano. Ostatnie ślady występują w porcyi zebranej pomiędzy 5 a 7 wieczorem. Sądząc z obu prób z salolem, widzimy, że miazga pokarmowa najwcześniej w dwie godziny po przyjęciu pokarmu przeszła do kiszek grubych. Próby z grochem nie dały tak wielkiej zgodności. W pierwszej próbie pierwsze porcyje grochu ukazują się po 5¼, w drugiej już po 2¼ godz.. W pierwszej próbie z salolem wydalenie trwa około 14 godzin, w drugiej tylko około 9 godzin. W pierwszej próbie ostatnia porcyja grochu przeszła przez przetokę po 23 godzinach, w drugiej już po 14 godzinach. Przyczyna tego przedewszystkiem polega na konsystencji miazgi pokarmowej, *resp.* na chłonienu w kiszkach cienkich. Im zawartość kiszek krócej przebywa w kiszkach, tembardziej obfituje w wodę. W obu próbach, wykonanych w Czerwcu, zawartość kiszek była gęstawa; w pierwszych dniach „grochowych“ zawierała 9,3% części stałych. Ilość części stałych 15 Października wynosiła tylko 4,8%.

Zawartość, wpływająca z przetoki przy podanym wyżej, składającym się przeważnie z białka pokarmie, była zabarwiona na żółto lub żółto-brunatno przez bilirubinę; zwykle prawie bezwonna, czasami miała nieco zapachu przypalonego, przypominającego indol; najczęściej rzadka, lecz niekiedy i gęstawa aż do konsystencji maści. W ostatnim razie ilość części stałych wynosiła przeciętnie 10%. Obraz drobnowidzowy zawartości brzusznej po pożywieniu przeważnie białkowym dostarczał następujących danych: łatwo rozpoznać dużo poprzecznie prążkowanych, przez barwnik żółciowy na żółto zabarwionych włókien mięsnych, rozpadłe drobnoziarniste ziarna barwnikowe, dalej kosmki bezkształtne białka,

mucynę i kwasy żółciowe, włókna roślinne i liczne bakteryje. Badano oddzielnie pod mikroskopem zawartość kiszkiową po spożyciu przez pacjentkę głównie pokarmu mączkowego w postaci powideł z grochu. Preparat ten traktowano jodem. Przeważały w nim ziarna mączki, które w dużej części miały już amylodekstrynę zabarwioną jodem na czerwono. I tutaj grzybki rozszczepkowe w dużej znajdowały się ilości.

[C. d. n.]

## II. O SUROWICZYCH TORBIELACH ZAOTRZEWNOWYCH.

(PRZYCZYNEK DO NAUKI O ROZRÓŻNIANIU GUZÓW JAMY BRZUSZNEJ).

(Wykład miany w sekcji chirurgicznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Podał

**Prof. D-r A. Obaliński** [z Krakowa].

Rozróżnianie guzów w jamie brzusznej człowieka, a przedewszystkiem kobiety, zdawałoby się po zdobyczach osiągniętych w ostatnich dziesiątkach lat przez chirurgów i ginekologów tak ściśle określone, że wszelka dyskusja na tem polu jest zbyteczną, a jednak nieraz jeszcze w praktyce lekarskiej spotykamy takie przypadki, które rzucają nowe światło na tę sprawę.

Miałem sposobność spostrzeżenia i operowania podobnego niezwyklego przypadku i pospieszam podzielić się szczegółami jego z Szanownymi Kolegami, oraz nawiązać do tego kilka uwag, które mi się nasunęły już to przy rozważaniu niniejszego przypadku, już też przy rozpatrywaniu dotyczącej literatury.

W Czerwcu 1890 r. zgłosiła się do mnie Ryfka S., kobieta dobrze odżywiana i zbudowana, lat 57 licząca, twierdząc, że zasięgała u dwóch lekarzy, specjalistów do chorób kobiecych, rady z powodu opadnięcia maciocy i że obaj po zbadaniu dokładnem oświadczyli, że cierpi na guz w jamie brzusznej, który należy usunąć. Bliższe porozumienie się z owymi kolegami wykazało, że obydwa uważali guz ten za torbiel, wychodzącą z jajnika, po której usunięciu może być dopiero mowa o skutecznem leczeniu opadnięcia maciocy.

Wywiady wykazały: że pacjentka, oprócz pomienionej wady, t. j. opadnięcia maciocy, prawie nigdy nie chorowała; że o tworzeniu się i obecności jakiegoś guza w brzuchu wcale nie miała żadnej wiadomości; że 11 razy rodziła, a jeden raz poroniła, ostatni raz w 48 roku życia; że miesiączkowanie odbywało się prawidłowo, a przed 4-ma laty, t. j. w 53 roku życia, stanowczo ustało. Na opadnięcie maciocy cierpieć ma od lat 30. Przy badaniu brzucha i części płciowych znalazłem: rozmiary brzucha nieco powiększone [obwód przez pępek 87 ctm.], kształt jego nieregularny, albowiem po stronie prawej więcej wypukły, niż po stronie lewej; odpowiednio do tego wyczuć można, badając palcami, po stronie prawej w głębi brzucha guz napięty, wielkości głowy dorosłego człowieka, nieco wydłużony w kierunku od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz. Przy wypukiwaniu guza otrzymujemy odgłos stłumiony, jednak dający się odróżnić od stłumienia wątroby.

ZAKŁAD  
MIKROBIOLOGJI LEKARSKIEJ  
UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO

Odgłos tępy zachodzi na bok prawy aż do linii pachowej, po stronie lewej nieco poza linię białą w dół aż do kości łonowej; przy położeniu na boki stosunki te się nie zmieniają. Chełbotanie w guzie wybitne, ściany guza cienkie. Przed szparą sromową widzimy ciało wielkości pięści męskiej, pokryte blado-różową błoną śluzową, dosyć suchą. Ciało to można palcami odprowadzić w głąb pochwy, przyczem wyraźnie wyczuwamy część pochwową macicy i oba sklepienia. Ruchy macicy nie wywierają żadnego wpływu na opisany guz w brzuchu i na odwrót. Przy tych ostatnich próbach okazało się nadto, że guz więcej poruszalnym jest w dole, niż w górze.

Na podstawie tego badania musiałem przypuszczać, że guz ten prawdopodobnie rozrastał się z góry ku dołowi i że ani z macicą, ani z jej częściami dodatkowymi, a przedewszystkiem z jajnikiem prawym nie ma związku; nie mogąc wykluczyć jednak stanowczo guza, z jajnika wychodzącego, skłaniałem się więcej do rozpoznania wodonercza (*hydronephrosis*). W przekonaniu, że guz ten w wielkiej części przyczynił się do zepchnięcia macicy ku dołowi i że po jego usunięciu stosunki te się poprawią, namówiłem chorą na operację, w którym to celu umieściła się w domu zdrowia D-ra LUSTGARTENA i Apt. WILCZYŃSKIEGO.

W połowie Czerwca 1890 przystąpiłem do operacji, otwierając jamę brzuszną cięciem w linii białej. Po rozcięciu otrzewnej ściennej, przedstawił mi się guz o ścianie cienkiej, mocno napiętej, sinawo przeświecającej, a przy bliższem zbadaniu pokazało się, że jest on pokryty tylną blaszką otrzewnej ściennej, która wprost z niego przechodzi na śródjelicie i jelita, tak, że te ostatnie ściśle z guzem wydają się połączone. Zastanawiając się teraz nad pochodzeniem tego guza, postanowiłem dla rozstrzygnięcia, czy on jest tak znacznie rozwiniętem wodonerczem, czy też torbielą bąblowcową (*echinococcus*), nakłuć go szpryczką PRAVAZ'a, a gdy w ten sposób otrzymałem płyn prawie zupełnie jasny, podobny do wody, skłoniłem się do rozpoznania wodonercza i przystąpiłem do usunięcia guza po nacięciu tylnej ściany otrzewnej.

Ku memu i towarzyszy moich niemałemu zdziwieniu, dał się cały guz z nadzwyczajną łatwością i bez wszelkiego krwawienia od otrzewnej i tylnej ściany brzusznej oddzielić, przyczem nie napotkałem nigdzie ani na ślad jakiegokolwiek wnęki lub sznurka nawet, przypominającego moczowód lub naczynia nerkowe. Oddzielona otrzewna skurczyła się zaraz po usunięciu guza i przylgnęła do dna jamy, pozostawiając po guzie, osobliwie gdy jej brzegi kilkoma szwami katgutowymi ściśle zespoilem. Przed zamknięciem jamy brzusznej szukałem jeszcze po tej stronie nerki, lecz jej znaleźć nie mogłem, co mię jeszcze bardziej utwierdziło w przekonaniu, że wyjąłem torbiel, powstałą z dawno istniejącego wodonercza. Zamknięcie rany brzusznej, jak zwykle przy laparotomijach; zagojenie *per primam*; pacjentka opuściła zakład po 14 dniach.

Wyjęty guz był większy od głowy człowieka, o ścianach zaledwie na 1 mm. cienkich, lecz zbitych, zawierał około 3 litrów płynu jasnego, podobnego do wody; po wypuszczeniu płynu ściany torbieli zaraz się skurczyły i, co zatem idzie, zgrubiały. Gdy torbiel włożono następnie do wysokoku, skurczyła się tamże jeszcze bardziej tak, że stała się prawie o połowę mniejszą, niż była po wyjęciu z jamy brzusznej.

Płyn wydobyty z torbieli, poddany rozbirowi chemicznemu w zakładzie prof. STOPCZAŃSKIEGO, wykazał własności następujące: barwy jasnej, podobnej do wody, słabo opalizujący, nieciągliwy. Białka zawierał dosyć znaczną ilość [0,12%], fosforanów ziemnych ślady, chlorków ilość dosyć znaczną, mocznika i kwasu moczowego nie udowodniono bezpośrednio, po oddzieleniu białka tylko zaledwie ślady w wyciągu wysokowym, oddziaływanie słabo kwaśne. W skąpym osadzie obok masy drobnoziarnistej, rozpadowej, tu i ówdzie komórki nabłonkowe.

Ściana torbieli, zbadana pod drobnowidzem, wykazała budowę tkanki łącznej i sprężystej.

Na II-em zjeździe chirurgów polskich, odbytym w Lipcu 1890 r., opowiedziałem powyższy przypadek i pokazałem wyjętą torbiel, wyrażając przypuszczenie, że miałem do czynienia z wodonerczem, a to na podstawie położenia torbieli jako też i tej okoliczności, że przy operacyi po tejże samej stronie nie znalazłem nerki.

Już wtenczas zwróciłem był uwagę na ten szczegół, że w ścianach torbieli nie wykryto ani śladu tkanki nerkowej i moczowodu, co znowu silnie przemawiało przeciw przypuszczeniu o powstaniu torbieli z nerki, a ponieważ nie udało mi się odszukać nigdzie analogicznego przypadku, przeto zapytywałem zgromadzonych kolegów, czy im podobne przypadki nie są znane z literatury lub z własnego doświadczenia. Wprawdzie oświadczyło kilku kolegów, że podobny przypadek był operowanym w jednej z klinik warszawskich i że torbiel ową badał prof. BRODOWSKI; gdy jednak tenże, listownie przezemnie zapytany, oświadczył, że co mu niniejszem serdecznie dziękuję, że nietylko sam podobnego przypadku nigdy nie napotkał, ale i w przypadku, przez D-ra BUKOWSKIEGO w Warszawie operowanym, a na zjeździe zacytowanym, przecież przy dokładnem zbadaniu tu i ówdzie ślady nerki i moczowód, chociaż bardzo zwężony, potrafił odszukać; gdy dalej najdokładniejsze przezemnie i prof. BROWICZA przedsięwzięte badania nigdzie ani śladu tych tworów nie wykazały; gdy wreszcie, przeszukując literaturę z ostatnich kilkudziesięciu lat, nigdzie nie natrafiłem na opis podobny: zacząłem nabierać przekonania, że albo przy badaniu głębi jamy brzusznej, podczas operacyi, istniejącą nerkę przecoczyłem, co jednak za mniej prawdopodobne uważam, albo też brak ten był przypadkowym, z tworzeniem się torbieli chyba w pośrednim związku stojącym.

Podczas przeglądu literatury natrafiłem na rozprawkę, która całą moją uwagę zajęła. Jest to praca D-ra PRZEWOSKIEGO <sup>1)</sup> z Warszawy o torbielach surowicznych zaotrzewnowych, której treść naprowadziła mię na myśl, że i w moim przypadku mam do czynienia z podobnym tworem. Że odrazu sam nie wpadłem na tę myśl, niech mi posłużą na usprawiedliwienie najprzód dopiero co przytoczone okoliczności, zresztą i fakt, że najcenniejsi autorowie, pisząc o rozróżnianiu guzów jamy brzusznej, nie wymieniają torbieli surowicznych zaotrzewnowych. Jest tam mowa zazwyczaj o guzach zaotrzewnowych wogóle bez wyszczególnienia pojedynczych ich gatunków i bez uwzględnienia ich pochodzenia; tak dobrze miano

<sup>1)</sup> Gazeta Lekarska. 1889.

tam na myśli guzy twarde, czy to złośliwe [raki, mięsaki], czy też dobrotliwe [tłuszczaki, torbielaki], jak i miękkie [bąblowce]; dopiero w ostatnich czasach zaczęto wspominać o torbielach mleczowych (*cystae chylosae mesenterii*), jak np.: BRAMANN, HAHN, KILIAN, SOLMAN, KOSIŃSKI; lecz o torbielach surowicznych zaotrzewnowych nigdzie wzmianki nie znalazłem. Nawet tak doświadczeni autorowie, jak: LAWSON TAIT [2000 laparotomij] i SPENCER WELLS<sup>1)</sup>, o nich nie wspominają.

O torbielach surowicznych niewiele więc wiedzieliśmy, a jakkolwiek znajdując się o nich ślady w literaturze, to właściwie dokładniejszą wiadomość zawdzięczamy PRZEWOSKIEMU (*l. c.*), który nietylko nas zapoznaje z dotychczasową literaturą, lecz daje piękny i dokładny opis trzech własnych przypadków, przy sekcji spostrzeganych.

Odsyłając Szanownych Kolegów po szczegóły tych przypadków do przytoczonej rozprawki, wspomnę tutaj tylko o wywodzie autora, dotyczącym powstawania tych torbieli. Z faktu, że wszystkie trzy przez niego opisane torbiele, jako też przeważna liczba przytoczonych z literatury, rozwijały się w najbliższym sąsiedztwie nerek, których okolica jest widownią „żywych i znanych przemian morfologicznych w życiu zarodka“, przypuszcza PRZEWOSKI, że jakieś resztki przewodów WOLFF'a i MUELLER'a mogą się stać punktem wyjścia owych torbieli surowicznych, podobnie jak resztki nabłonka łuków skrzelowych stają się niejednokrotnie punktem wyjścia przetok, chrzęstniaków, torbielaków, a nawet raków rogowatych na szyi.

Cały opis mojego przypadku, zachowanie się torbieli przed operacją, stosunki anatomiczne, znalezione wśród tejże, rozbiór chemiczny płynu w nim zawartego, a wreszcie wynik badania makroskopowego i mikroskopowego ścian jej w zupełności odpowiadają szczegółom, podanym przez PRZEWOSKIEGO, a okoliczność, że, nie znając jeszcze jego pracy, pozostawałem pod wrażeniem, iż mam przed sobą szczególniejszego rodzaju wodonercze, przemawia tylko najwymowniej za teorią patogenetyczną powyższego autora.

O tych zaś torbielach surowicznych, które w linii środkowej i między blaszkami kręzek powstają, twierdzi PRZEWOSKI, że one przeistoczyły się z torbieli mleczkowych, początkowo tamże powstałych.

Z literatury dotychczasowej przytacza PRZEWOSKI tylko cztery przypadki: MESNER'a, KLEBS'a, PÉAN'a i WATT'a. Spis ten mogę uzupełnić o jednego, a może najważniejszego autora, a mianowicie: KOEBERLÉ'go, o którego doskonałych w tym kierunku wywodach dowiedziałem się z niedawno wydanego dzieła D-ra GALLEZ'a pod tytułem: „*Diagnostic des tumeurs du ventre. Bruxelles 1890*“. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Strasburskiego referował tenże w r. 1875 o takich torbielach i podał nawet cechy wybitne, po których one od innych torbieli, w jamie brzusznej spotykanych, mogą być odróżnione. Według niego, bywają one zawsze jednokomorowe, zawartość ich, jak woda, jasna, rzadka, zawiera dużo soli, a mało białka. Ściany ich są mocne, lecz cienkie, chełbo-

<sup>1)</sup> Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. Deutsch. v. D-r VRA-GASSY. 1886.



tanie wyraźne; rosłą powoli i dają się od otaczających je narządów i ścian brzusznych łatwo oddzielić. Osoby, niemi dotknięte, bywają zazwyczaj dobrze odżywiane, nawet w razie znaczniejszego rozrostu torbieli.

Z mojej własnej, jakkolwiek szczupłej, bo zaledwie do stu przypadków obejmującej, kazuistyki guzów jamy brzusznej przypominam sobie, oprócz powyższego, jeszcze jeden, który prawdopodobnie tutaj zaliczyć należy. Mówię wyraźnie: „prawdopodobnie“; albowiem w przypadku tym nie przekonano się o szczegółach naocznie, ani przez laparotomię, ani też przez nekroskopiję, a jedynie tylko za pomocą badania klinicznego. Dla ważności sprawy podaję wybitniejsze szczegóły tegoż, według notatek klinicznych z r. 1882 <sup>1)</sup>.

Marya K., lat 23 licząca, z Przysiek pow. Jasielskiego, stanu wolnego, była dotąd — oprócz białych upławów, które przed 6-ma laty się pokazały, a po leczeniu wkrótce ustąpiły — zawsze zdrową. Obecna choroba datuje się od 1876 r., kiedy to zauważyła w brzuchu po prawej stronie guz wypychający się ku przodowi, z początku ograniczony i wielkości jaja kaczego, a później zwolna rozrastający się ku górze, przyczem granice jego stały się niewyraźnemi. Bólów nie było żadnych. Regularność pojawiła się w 16-tym roku życia, odbywała się w odstępach prawidłowych, lecz coraz obfitsza i w ostatnich czasach z bólami dosyć znacznymi. W 1879 r. chora przedstawiła się w tutejszej klinice ginekologicznej, gdzie po dokładnem zbadaniu rozpoznano: „*peritonitis chronica, saccata, cystovarium simulans*“, i wypuszczono trójgranicem około 12 litrów płynu jasnego, jak woda, nielepkiego, który prof. Browicz uznał za pochodzący ze sprawy zapalnej. W domu czuła się zupełnie zdrową przez 6 miesięcy, poczem znów zaczął się brzuch powiększać, a w dniu 8. I. 1882 r. okazywała stan następujący:

Odżywianie i wygląd dobre; brzuch duży wynosi 89 ctm. przez pępek [o 11 ctm. mniej, niż przed trzema laty], z powodu guza tamże przesuwalnego z boku na bok o ścianach cienkich, z wybitnem chęłbotaniem. Macica nieco ku tyłowi pochylona, długości prawidłowej. Płyn, wypuszczony na próbę, był prawie jasnym, jak woda, o małym ciężarze właściwym [0,007] i zawierał białka surowiczego dosyć, lecz ani paralbuminu, metalbuminu, ani albumin-peptonu, ani mucyny nie było. Gdy nadto w osadzie nie było nigdzie haczyków swoistych dla bąblowca, wykluczono torbiel jajnikową, wodonercze, torbiel nerkową, bąblowca, a pozostało tylko z pomiędzy prawdopodobnych oświadczyć się między otorbionym wysiękiem otrzewnowym a torbielą, wytworzoną między blaszkami więzów szerokiego. Wobec tego, że wywiady nie wykazały nam żadnych danych co do przebytego jakiegos zapalenia, oświadczone się za tem drugim.

Chora nie zgodziła się na operację poważniejszą, a jedynie tylko na wypuszczenie zupełne płynu, który też wypuszczono w ilości 4½ litra, poczem chora udała się do domu. Z listu, otrzymanego w b. r., dowiaduję się, że od r. 1882 poddała się ona jeszcze 2 razy przekłuciu i że obecnie guz już się nie powiększa.

Jakkolwiek w tym przypadku nie mam pewności absolutnej i dowodu anatomicznego, że to była torbiel zaotrzewnowa surowicza, to jednak wszystkie cechy za tem przemawiają; wspomniałem zaś o nim na tem miejscu dlatego, ponieważ z przebiegu jego pokazuje się, że wielokrotne wypuszczanie zawartości takiej torbieli w końcu może być uwieńczone dobrym rezultatem.

Zestawiając dotychczasowe nasze wiadomości o tych torbielach w treściwe zdania, możemy powiedzieć, co następuje:

<sup>1)</sup> Klinikę chirurgiczną prowadziłem podówczas w zastępstwie po śmierci prof. BRYKA, a przypadek ów obserwował kand. med., STANISŁAW BRAUN, obecnie asystent klin. ginekologicznej.

1. Torbiele surowicze zaotrzewnowe nie należą znów do takich rzadkości, za jakie je do niedawna uważano; przyczyną tego mniemania był tylko brak wiadomości o istnieniu tego rodzaju tworów, tak, że je przyjmowano za inne podobne.

2. Napotykam je również często u mężczyzn jak i u kobiet.

3. Wymagają one bardzo długiego czasu do rozwoju, dlatego dochodzą rzadko do znacznej wielkości.

4. Po największej części leżą one w pobliżu nerki, a nawet jest wielkie prawdopodobieństwo, że one biorą początek już w życiu płodowym, z t. zw. ciał WOLFF'a i MUELLER'a, za czem idzie i możebność niedostatecznego rozwoju lub braku nerki sąsiedniej.

5. Tylko w razie znacznej wielkości dochodzą osoby, niemi dotknięte, do świadomości o ich istnieniu i tylko podówczas wywołać mogą zбочenia w trawieniu i krążeniu.

6. Ściany ich są mocne, lecz cienkie i oddzielone luźną tkanką łączną od otrzewnej, sąsiednich narządów i tylnej ściany brzucha; dlatego i usunięcie ich operacyjne nie przedstawia żadnych trudności.

7. Zawartość ich stanowi płyn surowiczy, jak woda, jasny, bardzo mały odsetek części stałych w roztworze zawierający.

8. Jakkolwiek jest wielkie prawdopodobieństwo, że kilkakrotne przekłuwanie doprowadzi do wyleczenia, to jednak polecić można w razie znacznego rozrostu doszczętne wydobycie torbieli, które nie przedstawia ani trudności, ani niebezpieczeństwa.

### III. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD WSTRZYKIWANIAM I SOKU JĄDROWEGO. (Metoda Brown-Séquad'a).

[Rzecz, czytana na VI Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie d. 18 Lipca 1891].

Podał

**A. Puławski,**

lekarz miejscowy szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 38].

**Spostrzeżenie X.** X. X., lat 49, literat, cierpi na niemoc płciową (*impotentia coeundi*). Utrzymuje, że nigdy w życiu nie miał zupełnej erekcyi, ani wytrysku nasienia przy zupełnem zachowaniu popędu płciowego i bez szczególnych zбочeń psychicznych. Pochodzi z rodziny zdrowej, sam był zdrow zupełnie, onanizmem się nie zajmował. Wychowany skromnie z pewną przesadą w tym kierunku; w szkołach i uniwersytecie uczył się dobrze. Ożenił się z miłości w 39 roku życia. Do czasu ożenienia nigdy nie spółkował. Pierwszej nocy po ślubie była erekcyja, ale niedostateczna. Takie erekcyje miewały i mają miejsce dotychczas, będąc połączone z pobudzeniem płciowem, niekiedy znacznem.

Chory nie mógł jednak nigdy zauważyć wytrysku nasienia. Żona w ciąży nigdy nie zachodziła. Nic dziwnego, gdyż badana w 8 lat po zamażpójściu przez jednego z ginekologów okazała się *virgo intacta*. Chory cierpi niekiedy bardzo z powodu swojej niemocy, co mu nie przeszkadza być zdrowym wogóle. Części płciowe rozwinięte prawidłowo, jądra dość duże, jędrne. Odżywianie bardzo dobre, dużo tkanki tłuszczowej, mięśnie dość słabo rozwinięte, porost włosów dość słaby, sutki prawidłowe, głos zwyczajny, niezbyt wysoki. Z objawów chorobowych daje się zauważyć: nadmierna wrażliwość, bóle głowy, czasem bezsenność i zaparcie stolca. Pod względem umysłowym cechuje go pewna jakaś odrębność, zawilość myśli, która mu zjednała opinię oryginała.

O metodzie BROWN-SÉQUARD'a czytał w gazetach i rozmawiał często ze mną. Będąc ze mną w stosunkach dość bliskiej przyjaźni, prosił mnie usilnie, aby na nim tę metodę „wypróbować“, o ile tylko nie jest ona szkodliwą dla ustroju. Uważając pana X. za obiekt bardzo do podobnych doświadczeń podatny, musiałem się z drugiej strony liczyć z jego nadmierną pobudliwością, żywą wyobraźnią i niepożądanem dla mnie czytaniem. Byłem pewny, że będzie mi mógł dokładnie opisać wszelkie sensacje, odczuwane po wstrzykiwaniach, ale zarazem obawiałem się, że w powstawaniu tych sensacji wielką rolę może grać samopoddawanie. Dla kontroli więc, nie uprzedzając o tem pana X., rozpocząłem od wstrzykiwań emulsji... z mleka wyjałowionego z wodą przekroploną i wyjałowioną [również łaskawie mi przygotowaną przez kol. BUJWIDA]. Mleko wybrałem dlatego, aby płyn miał wygląd, przypominający nieco emulsję z jąder [przynajmniej w wyobraźni pana X.].

Pierwsze wstrzyknięcie w ilości jednej szprycki PRAVAZ'a wykonałem dnia 28 Października pod skórę powłok brzusznych. Chory doznał silnego bólu, trwającego kilka minut, ale ze strony przeciwnej [przez roztargnienie zapomniał, gdzie było robione zastrzyknięcie]. Na drugi dzień rano przyszedł do mnie z relacją o wpływie wstrzykiwań. Bólu w miejscu wstrzyknięcia, ani ze strony przeciwnej nie ma żadnego, ani żadnego odczynu miejscowego na skórze. Chory oświadcza, że czuje się znacznie lepiej, niż przed wstrzyknięciem; czuł się odmłodzonym i rześkim, a mianowicie: miał wyborne łaknienie [na utratę, którego w ostatnich czasach się uskarżał], po jedzeniu nie czuje ciężaru, może chodzić prędzej, bez zmęczenia; praca umysłowa szła mu raźniej, niż zwykle, spał wybornie [przedtem cierpiał na bezsenność], wypróżnienie było łatwe i obfite. Co do czynności płciowych, nadmieniam, iż uważa na końcu pręcia „jakieś podrażnienie, jakby swędzenie“. Erekcji nie było, obawiał się zresztą mieć stosunek z żoną, gdyż przypuszcza, że „lekarstwo pewno jeszcze nie może podziałać odrazu“. W każdym razie jest zadowolony z „metody BROWN-SÉQUARD'a“, mówi żywo i z podnieceniem. 31 Października zrobiłem 2-gie wstrzyknięcie także z mleka. Przed wstrzyknięciem chory uskarżał się na ból głowy i ociężenie z powodu jakiejś libacyi przyjacielskiej. Ból przy wstrzyknięciu był dość znaczny tym razem w miejscu wstrzyknięcia [z prawej strony brzucha]. Po wstrzyknięciu chory uczuł „jakąś błogą ociężałość“, położył się spać i spał dobrze. Znowu zjawilo się wyborne łaknienie i inne dodatnie objawy, jak wyżej. Erekcji nie było. 3 Listopada wykonałem trzecie wstrzyknięcie, tym razem „prawdziwe“, z jądra żywej świnki morskiej, w roztworze fizyologicznym soli kuchennej, w ilości jednej szprycki. Z powodu gęstości roztworu wstrzyknięcie się nie udało [zawartość nie wyszła ze szprycki]. Chory jednak o tem nie wiedział. Bólu przy wstrzyknięciu nie było. Na drugi dzień chory zaznacza, że czuje się podnieconym, wybornie spał. Na wieczór miał erekcyję. To samo rano. Erekcya była silniejszą niż zwykle, ale wytrysku nasienia nie było. Chory utrzymuje, że od czasu wstrzykiwań jest mniej wrażliwym na zimno i wogóle przyrównywa swój stan do stanu, w jakim powrócił z kuracji hydropatycznej, która zwykle na niego wpływa dodatnio. 4-te wstrzyknięcie

cie dnia 6 Listopada najprawdziwsze, bo z emulsji z jąder świnki morskiej, przyczem cała zawartość szpryki dostała się pod skórę, była dość bolesną, a co gorzej—utworzyło się nacieczenie, a następnie ropień, który trzeba było otworzyć szerokiem cięciem. Chory pomimo tego czuł się dobrze, lepiej niż przed wstrzykiwaniami, ale naturalnie mniej malowniczo to polepszenie opisywał. Zawiesiłem wstrzykiwania na czas nieograniczony, lubo chory wspomina o nich zawsze z wdzięcznością, pomimo nieprzyjemnego powikłania po ostatniem wstrzyknięciu.

**Spostrzeżenie XI.** X. Y., lat 47, lekarz. Przed 15-laty przymiot; przed 2-łaty bóle w kończynach, achromatopsya, coraz większe osłabienie wzroku aż do zupełnego zaniewidzenia (*atrophia nerv. opticatorum*). Ogólny stan niezły, bezład ruchowy słabo wyrażony i to tylko głównie w lewej kończynie dolnej, brak zupełny odruchów kolanowych. Niemoc płciowa [w roku bieżącym przed kilku miesiącami była raz polucya bez erekcyi], zaparcie stolca, czasem *retentio urinae* w stopniu nieznacznym. Kol. Bujwid dwa razy sam wykonywał wstrzykiwania emulsji z jąder baranich, przepuszczonej przez filtr CHAMBERLAND'a, raz 8 szpryck, drugi raz — 9. Żadnego odczynu miejscowego nie było. Co do ogólnego odczynu, chory utrzymuje, że jest mu lepiej, że czuje się weselszym, więcej rześkim. Zaparcie stolca, zmęczenie przy chodzeniu nie uległo zmianie. W kilka dni po drugiem wstrzyknięciu — polucya [znaleziono nitki nasienne] bez erekcyi, to się zdarzało choremu co kilka miesięcy. Do wstrzykiwań przystępuje chętnie, z nadzieją. Dnia 3 Listopada wykonaliśmy 3-cie wstrzyknięcie [2 szpryki emulsji ze świnki morskiej]. Ciepłota ciała bez zmiany, tętno cokolwiek przyspieszone. Chory, który był chwilowo przygnębiony, czuje się rzeświejszym, wybiera się do teatru. Wykonano jeszcze 2 wstrzyknięcia. Skutek taki sam, co poprzednio, t. j. przedmiotowo żaden, podmiotowo nieznaczny, dodatni. Chory wyjechał z Warszawy, znudzony, jak się zdaje, „powolnem“ działaniem metody BROWN-SÉQUARD'a.

**Spostrzeżenie XII.** Y., lat 36, żyd, szklarz, przychodził do lecznicy z powodu niemocy płciowej (*impotentia coeundi*). Zajmował się długi czas samogwałtem. Z powodu niemocy płciowej zmuszony był rozwieść się z żoną. Leczył się długo i wytrwale hydroterapią, elektrycznością i t. d., zawsze bez skutku. Słyszał „od rabina“ (*sic*) i czytał w „Kuryjerze“ o metodzie BROWN-SÉQUARD'a [„wstrzykiwania od niemocy“]. Wykonałem mu 2 wstrzyknięcia emulsji z jąder królika po 2 szpryki na raz. Żadnej zmiany, ani też żadnych szczególnych uczuć nie doświadczał. Wstrzykiwania bolały go bardzo i dlatego dalszym próbom poddawać się nie chciał. Straciłem go z oczu zupełnie.

Wyniki, do jakich doszedłem, dadzą się streścić w sposób następujący:

1) Wstrzykiwania emulsji z jąder zwierzęcych zwykle wywołują ból w miejscu wstrzyknięcia, niekiedy bolesne stwardnienia. Do tworzenia się ropni dochodzi rzadko [2 razy na 43 wstrzyknięcia]. Szkodliwego widocznie wpływu wstrzykiwania nie wywierają.

2) Dość często wywołują gorączkę, poprzedzoną nieraz bardzo silnemi długimi dreszczami. Gorączka zwykle jest umiarkowaną [38° — 39° C.], krótkotrwałą [najdłużej 24 godzin], towarzyszy jej przyspieszenie tętna i oddechu, niekiedy wybitne pobudzenie układu nerwowego. Gorączka nie stoi w związku z tworzeniem się ropni <sup>21)</sup>.

<sup>21)</sup> Gorączkę zupełnie tego samego charakteru stale prawie po wstrzykiwaniach znajdował D-r BOGROW [sprawozd. z posiedz. Tow. lek. w Odessie. Wracz. 1891. Nr. 14].

3) Żadnego swoistego, dającego się przedmiotowo stwierdzić, wpływu na układ nerwowy i wogóle na ustrój wstrzykiwania emulsji z jąder zwierzęcych nie posiadają.

4) Podmiotowe uczucie polepszenia sprawności niektórych funkcji po wstrzykiwaniach daje się sprowadzić do wpływów natury czysto psychicznej [sugestyja]; podobne podmiotowe polepszenie może być niekiedy wynikiem gorączki.

Tak sformułowawszy swe wnioski, czuję się w obowiązku ubezpieczyć przeciwko niektórym zarzutom, jakie mogą spotkać moje spostrzeżenia. Przede wszystkim liczba ich była niewielką. Wyznaję jednak, że, nie otrzymawszy na 43 wstrzykiwań żadnego dodatniego wyniku, a otrzymawszy z drugiej strony od trzykrotnego wstrzykiwania mleka wynik świetny, a przynajmniej dla metody BROWN-SÉQUARD'a typowy, doświadczenia swoje uważałem za skończone. Nie przeczę, że t. zw. emulsyja z jąder, zawierając tyle różnorodnych i złożonych substancyj, jak krew, nasienie, miąższ samych jąder, może jakiś wpływ na ustrój wywierać [widzieliśmy np., że wywołuje dreszcz i gorączkę], że badanie tego wpływu może być interesującym, a nawet w skutki brzemienne, ale tymczasem chodzi nam o owe swoiste tonizujące i ożywcze działanie soku jądrowego. Takiego działania sok ten, czy emulsyja, stosowana według metody BROWN-SÉQUARD'a, według mnie — nie posiada. W każdym razie, wnioskując nawet najogólniej, musimy przyznać, że działanie owo musi się objawiać nader rzadko, jeżeli z 12 osobników, u żadnego wpływ się nie objawił, jeżeli na 43 wstrzykiwania ani razu nawet przybliżonych skutków widzieć się nie dało. Może osobniki były źle wybrane, albo wstrzykiwania były nie dość długo stosowane? Ależ uwiad starczy, wiad rdzenia, niemoc płciowa, neurastenija, artrytyzm, toć to cierpienia, które się, według utartych już w tym względzie pojęć, *par excellence* do metody BROWN-SÉQUARD'a nadają. Prawda, że niektórzy chorzy otrzymywali tylko po jednym wstrzyknięciu, ale większość ich otrzymywała po 4, 6, 8, nawet 9 wstrzykiwań. Dobroci płynu kwestyjonować nie mamy prawa: był przygotowywany w dostatecznej ilości, ze zwierząt młodych, podług wszelkich prawideł, w odpowiednio urządzonej pracowni [kol. BUJWIDA].

Broniąc swoich własnych poglądów na metodę BROWN-SÉQUARD'a, nie mogę pominąć milczeniem tej sprzeczności, jaka zachodzi między moimi wynikami, a wynikami innych autorów. Sprzeczność ta znacznie się złagodzi, jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że przeważnie dobre wyniki z wstrzykiwań emulsji otrzymywano u neurasteników, hypochondryków, ludzi wrażliwych i nerwowych, jednym słowem — u tej kategorii osobników, których cierpienia, będąc natury czysto czynnościowej, łatwo mogły zmieniać się na lepsze pod wpływem sugestji. Nie potrzebuję, zdaje się, dowodzić, że arcy-typem takiego samopodawania są uczucia samego BROWN-SÉQUARD'a, który już po pierwszym wstrzyknięciu czuje się odmłodzonym o wiele lat. Jeżeli zwykłemu śmiertelnikowi dla wywołania podobnej sugestji wystarczała powaga imienia BROWN-SÉQUARD'a [jak to np. widzieliśmy u mojego chorego № 10], to ten ostatni robi

je sobie sam, stwarzając kunsztowną własną hipotezę. Ciekawą jest rzeczą i pouczającą, w jaki sposób już nie chorzy, ale sami badacze, znajdujący się pod wpływem teorii BROWN-SÉQUARD'a, opisują działanie wstrzykiwań, na sobie samych spostrzegane. Oto np. D-r HAUSNER<sup>22)</sup> wskutek bólu i nocy bezsennych po wstrzykiwaniach czuł się nie dobrze. Dopiero „odpocząwszy po ostatniem wstrzyknięciu“ (*sic*), zauważył, że „mniej się męczy pracą umysłową, że nie ma bólów neuralgicznych, które mu dokuczają“. Czyż to nie sugestyja? Albo D-r TIKTIN<sup>23)</sup>, który zauważył u siebie po wstrzykiwaniach „większą szybkość myśli, usunięcie zaparcia stolca“ [na jak długo?]. Ci właśnie autorowie widzieli dobre skutki po wstrzykiwaniach u neurasteników. Tak samo KOSTIURIN<sup>24)</sup> na 7 chorych, u 4 neurasteników widział poprawę. Bo, że tabetyk tegoż autora mógł po wstrzykiwaniach poruszać nogami, kiedy go trzymano pod rękę, tegobym za poprawę nie uważał. Inny znów chory tego autora [także tabetyk] po pierwszych wstrzykiwaniach oświadcza, „że czuje się, jak w raju“. U tego właśnie zauważono poprawę pisma. Autor nie podaje, jak długo ta poprawa trwała. A szkoda, bo wiadomo przecie, że w chorobach przewlekłych bywają często jakieś niepochwytnie, krótkie zwykle, *momenta lucida*: chory, nie wiadomo dlaczego, czuje się lepiej, jest rzeświejszy i t. d. Autor dodaje, że chory nie wiedział, jakie mają być skutki wstrzykiwań. To samo powtarzają nieraz inni, aby się zabezpieczyć od podejrzeń o sugestyję. Wiemy jednak z doświadczenia, że samo już zbliżenie się lekarza i wykonywanie jakichkolwiek rękoczynów budzi w chorym ideę leczenia, mianowicie u chorych wrażliwych lub prostodusznych. Sam miałem w szpitalu chorego na niedokrwistość, który każde uklucie w palec, które mu wykonywałem dla zbadania krwi, uważał za pewien zabieg leczniczy i czuł się po nim lepiej.

Dwie powyżej przytoczone prace, to może najlepsze i najdokładniejsze z całej odnośnej literatury. Podobną wartość posiada także i praca MAIRET'a<sup>25)</sup>, profesora z Montpellier, znanego zaszczytnie z prac nad wydzielaniem kwasu fosforowego u obłąkanych, histeryków i epileptyków<sup>26)</sup>. Praca jego bywa zwykle przytaczana jako *summum argumentum* dla wątpiących w skuteczność metody BROWN-SÉQUARD'a, lub upatrujących w niej czynnik sugestyjny. Otóż, prof. MAIRET zastosował metodę BROWN-SÉQUARD'a u 6 chorych. U czterech z nich były wyniki dodatnie. Byli to chorzy dotknięci osłupieniem (*stupeur*). Stan ich patologiczny objawiał się w ten sposób, że kolejno od absolutnej apatii przechodzili w stan nadmiernego pobudzenia. Wstrzykiwania stosowano podczas apatii. Wynikiem ich było przejście w stan pobudzenia już to wkrótce po wstrzyki-

<sup>22)</sup> i <sup>23)</sup> Opyty podkożnych wpryskiwaniij BROWN-SÉQUARD'owskiej emulsji proizwiedionnyje doktorami TIKTINYM, ROSENSTEINOM i HAUSNEROM. [Wręcz. 1890. Nr. 29 i 30].

<sup>24)</sup> K woprosu o wlijanii podkożnogo wpryskiwanija BROWN-SEQUARD'owskiej wytiązki na lic srođniago wzrosta i starikow i na lečzenie boliezniej centralnoj nerwnoj sistemy. [Wręcz. 1890. Nr. 5 i 10].

<sup>25)</sup> Applications thérapeuthiques des injections du liquide testiculaire. Leçon recueillie par M. Bosc interne du service. [Le Bulletin Médical. 1890, str. 141].

<sup>26)</sup> De l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique. G. MASSON. 1884.

waniu, już też po dłuższym czasie. Charakter tego pobudzenia był patologiczny i przejściowy (*excitation morbide, excitation passagère*), nie różniąc się w niczem od tego stanu pobudzenia, który się u nich zjawiał zwykle po apatii (*la surexcitation reproduit complètement la physionomie de l'agitation qui emaille la stupeur lypemaniaque*). Już sam autor nie przypisuje wielkiego znaczenia temu przeistaczaniu apatii na pobudzenie, bo ono może zupełnie nie zależeć od swoistego działania płynu jądrowego. Za to autor przypisuje wielkie znaczenie temu faktowi, że wstrzykiwania wpływają regulująco: 1-o na krążenie krwi, [raz tętno ze 130 spadło do 90, drugi—z 55 podniosło się do 90, trzeci raz—zniknęła niemiarowość], [czy nie wróciła jak u mojego chorego № 1], 2-o na ciepłotę ciała [z 36,5° podniosła się do 37° C.], 3-o na odżywianie, które się polepszyło wskutek zwiększenia łaknienia.

Czy podobnie minimalne zmiany, jak zwiększenie i zmniejszenie częstości tętna i to u chorych nerwowych, podnoszenie się ciepłoty ciała o kilka dziesiętnych stopnia, może być przypisywane wstrzykiwaniom i zapisywane na ich dobro, zwłaszcza jeżeli 'sposzczenie obejmuje cztery tylko przypadki? Zdaje mi się, że nie. W każdym razie, jakże dalekie są owe skutki od tych, o jakich mówi BROWN-SÉQUARD i jego adherenci.

A zatem i owe dobre wyniki metody BROWN-SÉQUARD'a, po bliższym rozpatrzeniu, niezmiernie maleją i dają się sprowadzić do sugestyi, którą sobie wykonywują sami już autorowie, olśnieni wielkością imienia BROWN-SÉQUARD'a. Są i tacy, co prawda nieliczni, którzy albo bardzo jakieś nieznaczące widzieli rezultaty wstrzykiwań, jak LOOMIS<sup>27)</sup>, albo ich nie widzieli wcale, jak ZIENIEC<sup>28)</sup> i FEURBRINGER<sup>29)</sup>.

W końcu czuję się w obowiązku wytlómaczyć, dlaczego zamiast trudnej do otrzymania i niezupełnie bezpiecznej emulsyi z jąder, nie stosowałem sperminy, która według pewnych autorów ma zawierać pierwiastek działający w emulsyi. Przedewszystkiem, nie można utożsamiać sperminy z emulsją z jąder. Dla otrzymania z tej ostatniej sperminy, jak to słusznie zauważył profesor TARCHAN-MOURAWOW<sup>30)</sup>, potrzeba poddawać emulsję całemu szeregowi energicznych manipulacyj chemicznych, które niszczą wszystkie mniej stałe substancyje towarzyszące sperminie, a wśród których mogą się zdarzać i ciała działające. Co się tyczy zresztą sperminy, to właściwie nigdzie jej dostać nie można, bo nikt jej nie wyrabia i nie sprzedaje. Sperminę, a właściwie jej sól fosforową odkrył SCHREINER w r. 1878 w kryształkach, otrzymywanych z na-

<sup>27)</sup> Medical Record. 1889. September, na 10 przyp. właściwie w jednym widział polepszenie.

<sup>28)</sup> Primińienja BROWN-SÉQUARD'owskiej wyťažki k leceniju czachotki. Z kliniki prof. STOLNIKOWA, zebrał 5 przypadków, absolutnie ujemnych. Zdarzała się tylko gorączka. [Wracz. 1891. N. 9].

<sup>29)</sup> Patrz wyżej. Stosował wstrzykiwania u 18 mężczyzn. W połowie przypadków były bardzo silne bóle po wstrzyknięciu. Ani razu nie otrzymał wpływu na pępek płciowy w znaczeniu dodatnim lub ujemnym. Na całą metodę zapatruje się sceptycznie.

<sup>30)</sup> Posiedzenia towarzystwa lekarzy rosyjskich z d. 7 Lutego r. b. [Wracz. 1891. Nr. 7] T. robił doświadczenia z chlorku sperminy POEHL'a na zwierzętach. Wynik zupełnie nie potwierdzał przypuszczeń POEHL'a. Ów chlorek sperminy jest nieobojętny dla ustroju, czasem może być korzystny [działając tonizująco na serce]. WERNER w S. Petersburg. med. Woch. z 1890, 22 Września uważa doświadczenia Tarch. za wysoce naiwne.

sienia. Fosforan sperminy zaczęła wyrabiać firma Parke, Davis & Com. [w Detroit], ale go na sprzedaż nie wystawiała ze względu, zdaje się, na koszt produkcyi. Inna firma Scheringa w Berlinie pod nazwiskiem sperminy puściła w obieg handlowy inne ciało, któremu później dała nazwę piperazydyny. Wreszcie prof. POEHL z Petersburga wyrabiał i sprzedawał t. zw. chlorek sperminy. Jest to jedyny preparat sperminy [?], jaki się znajdwał w sprzedaży. Ale ów chlorek sperminy prof. POEHL'a spotkały tak poważne zarzuty ze strony jego własnych współpracowników <sup>31)</sup> i lekarzy <sup>32)</sup>, że ani używać tego preparatu, ani przywiązywać wagi do doświadczeń z nim robionych <sup>33)</sup> niepodobna. Zresztą decyzją Rady Lekarskiej zabroniono sprzedaży owego „chlorku sperminy“.

### SZÓSTY ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W KRAKOWIE.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 37].

O biegunce letniej u dzieci pod względem etyologicznym i leczniczym mówił kol. ARNSTEIN z Kutna. Cholera dziecięca, według mówcy, właściwie nie jest ani chorobą zakaźną, ani pasorzytniczą: jest to otrucie toksynami, powstałemi wskutek fermentacyi i rozpadu mleka. Co do leczenia, potrzebną jest wczesna interwencya, polegająca na usunięciu z pożywienia mleka i podawaniu leków przeciwfermentacyjnych. Z tych ostatnich kol. A. zaleca bizmut salicylowy w dużych dawkach [2,0—5,0], przemywania kiszki roztworem kwasu bornego. Ani rezorcyna, ani kwas mleczny nie dawały prelegentowi dobrych wyników. W dyskusyi kol. SZUMAN i PRZYCHODZKI nie zalecają odstawiania mleka z obawy zagłodzenia dziecka. Kol. Sz. podaje rezorcynę z makowcem, kol. SYSAK — kalomel. Mówca jeszcze raz kładzie nacisk na potrzebę odstawienia mleka, ze względu na fermentacyję tegoż. Prócz tego przy istnieniu wymiotów mleko nie może przynieść pożytku, a kilkodziwne wstrzymanie się od mleka szkody ustrojowi nie przyniesie.

Kol. BIEGAŃSKI mówił: O zakładaniu pracowni klinicznych przy szpitalach prowincjonalnych. Pracownie takie, z których mogliby korzystać wszyscy lekarze, praktykujący w danej miejscowości, dalyby możność wykonywania praktyki lekarskiej, w sposób więcej naukowy, zgodny z postępem wiedzy lekarskiej. Urządzenie takiej pracowni może być rozłożone na lat kilka i wymaga niezbyt wielkich nakładów [całkowity wydatek na pracownię, kol. B. oblicza na 500 rs., co rozłożone na lat kilka może wynieść jakie 100 — 150 rs. rocznie]. Potrzebną sumę można uzyskać w części od zarządu szpitala, w części z ofiar od lekarzy, z koncertów, z dobrowolnych datków od chorych ambula-

<sup>31)</sup> M. FRENKEL. O sperminie. Petersburg. 1890. i sprawozdanie z rozpraw sądowych między POEHL'em i FRENKEL'em. [Wracz. 1890. Nr. 48].

GROSTERN. Wiadomości terapeutyczne. *Spermium*. Gaz. Lek. Rok 1890, str. 845—846.

<sup>32)</sup> Na posiedzeniu Petersb. Tow. lek d. 12 Marca r. b doc. HERZENSTEIN w odpowiedzi na nowe doniesienie POEHL'a o sperminie przypomina mu, że według zdania chemików [BEJLSTEIN'a, JURGENS'a DIANIN'a] jego preparat nie jest sperminą. P. utrzymuje, że dał prof. TARCHANOWI 18 gm. chlorku sperminy. Dla otrzymania podobnej ilości potrzeboby 300 pudów jader, t. j. przynajmniej 15,000 sztuk młodych byków! Preparat POEHL'a jest nieczysty, a zanieczyszczenia stanowią główną jego część. Powoływanie się POEHL'a na powagę MENDELJEWA niezego nie dowodzi, gdyż M. sam sperminy POEHL'a nie badał. [Wracz. 1891. Nr. 13].

<sup>33)</sup> O doświadczeniach TARCHANOWA mówiliśmy wyżej. ROZCZYNIN robił doświadczenia na ludziach, otrzymując prawie zawsze wyborne skutki. HERZENSTEIN i inni uważają te wyniki albo za urojone, albo za czysto subiektywne. [Wracz. 1891. Nr. 10 i 13].



toryjnych. Niektóre składy zgodziłyby się wydać przyrzady na spłaty ratami. Jednem słowem, nie jest to rzeczą w gruncie niemożliwą, ani nawet trudną. Prelegent mówi to na podstawie własnego doświadczenia, gdyż sam podobną pracownię założył i od lat kilku kompletuje ją w szpitalu Częstochowskim. Potrzeba tylko do tego dobrej woli i energii. Kol. DUNIN potwierdza ważność kwestyi poruszanej przez kol. B., sędzi nawet, że pracownie podobne mogą służyć nie tylko do celów praktycznych, ale nawet naukowych, jak to mamy przykład z pracowni kol. BUJWIDA w Warszawie, lub KARLIŃSKIEGO w Hercogowinie, potrzeba tylko, aby lekarze mieli zamiłowanie do ściślejszych badań i posiadali pierwsze początki, dlatego powinni by po ukończeniu studiów przynajmniej przez rok jeden pracować w laboratorjach klinicznych.

W dalszym ciągu kol. J. KARLIŃSKI mówił: O pewnych postaciach żółtaczki gorączkowej.

Kol. K. spostrzegł w Hercogowinie 20 przypadków choroby gorączkowej, ostrej, podobnej z przebiegu do tyfusu powrotnego, połączonej zwykle z żółtaczką i białkomoczem. We krwi takich chorych kol. K. znajdował pasorzyty z grupy spirylli [zgięte i niekiedy bywało po 4—5 zgięć]. Pasorzyty te nie dadzą się wyhodować na żadnym ze znanych gruntów, przechowują swą żywotność przez czas długi w ciele pijawek. Szczepienia nie dały wyników dodatnich. Prelegent, nie przesadzając kwestyi, przypuszcza, że owa choroba jest odmianą tyfusu powrotnego. Tu kol. K. demonstrował preparaty krwi, zawierającej wyżej opisane spirylle, różniące się od spirochetów typowej gorączki powrotnej. Oprócz tego kol. K. przedstawiał preparaty krwi, zawierającej plasmodyje malaryczne.

[C. d. n.]

## KORRESPONDENCYJA.

Wiedeń, 6 Września 1891.

Szanowny Redaktorze!

Wręcz przeciwna, dotychczas u nas rozpowszechnionej, opinia o współczesnem leczeniu wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanemi, którą wyraziłem w moim odczycie klinicznym „Leczenie syfilisu“ i w Gazecie Lekarskiej N-rze 16 i 19 z b. r., przez niektórych kolegów niechętnie przyjętą była. Nie dziwnego. Każdy pogląd nowszy znajduje z początku przeciwników, ale to tylko tak długo, póki nie przekonają się oni o jego niezachwianej prawdzie.

Obecnie zapytujesz mię znów, Szan. Redaktorze, jak się na kwestyję tę zapatrują zagranicą, w ogniskach uniwersyteckich, lub lekarze zdrojowo-kąpielowi u źródeł siarczanych. Wdzięčen Ci jestem bardzo za sposobność, jaką mi nastreczasz do wygłoszenia w Twem piśmie tych danych, jakie mi się w Wiedniu zebrać udało i chętnie też żądaniu Twemu zadość czynię, powtarzając tu tylko to, com z ust poważnych już dziś syfilografów wiedeńskich młodszej generacyi, uczniów jeszcze SIGMUND'a, usłyszał.

Zdaniem syfilidologów wiedeńskich, współczesne stosowanie wcierań szaruchy i kąpeli siarczanych jest zupełnie nieodpowiednie, a nawet szkodliwe dla chorych, gdyż oddawna już ci lekarze przyszli do przekonania, że związki siarki, zawarte w kąpielach siarczanych, tworzą z rtęcią, wtartą w skórę, a znajdującą się w przewodach gruczołowych i powierzchownych warstwach naskórka, nierozpuszczalny i niezdolny do wessania siarek rtęci, unicestwia więc działanie rtęci; chorym się tedy zdaje, że przebyli dobrą kuracyję rtęciową, tymczasem zaledwie ślady rtęci do ich ustroju wnikać mogły, a cała kuracyja jest chybioną. Dlatego też lekarze wiedeńscy nawet do Badenu chorych syfilitycznych nie posyłają, a jeżeli już ich posyłają dla przeprowadzenia tam kuracyi wcieraniami [gdy

w domu chorzy leczyć się nie mogą, lub nie chcą], to kąpeli tamtejszych przyjmować im wzbraniają. Częściej też posyłają syfilityków, przy niektórych postaciach syfilisu, do Hall, bardziej dla pobytu tam i picia wód jodowych, aniżeli dla kąpeli, które w świeżych formach syfilisu, z małym wyjątkiem, tak, jak i kąpiele siarczane, wcale dobrze nie działają, z powodu swych silnie drażniących własności. W razie zaś, gdy nie obawiają się drażniącego działania kąpeli na skórę, a gdy jest po temu wskazanie, to w niedługim czasie po ukończeniu leczenia wcieraniami, zalecają którakolwiek z tych kąpeli, które zarówno jak i czyste solankowe kąpiele pobudzać mają wydzielanie rțęci z ustroju, która przedtem jednak w obieg krwi wejść musi i w ten sposób znów działać na ustrój zaczyna.

W ostatnim zeszycie dzieła M. KAPOSÍ'ego, tylko co wydanym (*Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1891, str. 497*), znajdujemy o kąpielach, co następuje: ani kąpiele siarczane, ani hydroterapija nie mają najmniejszego wpływu bezpośredniego na sprawy syfilityczne; z tych kąpeli i po takich kuracjach, nawet przez 10 miesięcy prowadzonych, widywał KAPOSÍ chorých powracających ze stwierdzeniem pierwotnem i niezmiennem wykwitami skóry. Stosowanie wszakże takich kuracyj może być pożytecznem po przebytem leczeniu rțęciowem, gdyż kąpiele wogóle i hydroterapija pobudzają działalność skóry i nerek, sprzyjają wydzielaniu rțęci, która znów we krwi krąży i działać musi — tylko bowiem we krwi i sokach ustroju krąząca rțęć działanie wywiera. Oto, co mówi KAPOSÍ. O leczeniu współczesnem kąpielami siarczanemi i wcieraniami szaruchy K. nie wspomina wcale.

W Akwisgranie, dla dowiedzenia się na miejscu, jak na tę sprawę zapatrują się lekarze zdrojowo-kąpielowi, nie mogłem być już, gdyż czasu mi nie starczyło, natomiast koledzy wiedeńscy, zwłaszcza docent, D-r FINGER, wtajemniczyli mię w te opinie, jakie wyznają teraz lekarze term akwisgrańskich, jak: SCHUSTER, SCHUMACHER i inni, co do współczesnego leczenia kąpielami siarczanemi i wcieraniami, i czego się jaknajściślej trzymają w swej praktyce. Opinie ich są tem ciekawsze i więcej mają znaczenia, że w interesie właśnie tych lekarzy i wód, u których praktykują, leży jaknajlepiej o działaniu owych kąpeli mówić, wysłać ich zalety, lecznicze własności i t. d..

Ci właśnie lekarze, nie nadając żadnego swoistego działania kąpielom siarczanym w leczeniu syfilisu, zapatrują się na współczesne leczenie wcieraniami i temiz kąpielami, tak jak i lekarze wiedeńscy, o czem wyżej wspomniałem.

Postępowanie ich w termach w krótkich słowach tak się da przedstawić:

We wczesnych postaciach syfilisu wcale kąpielami siarczanemi nie leczą, lub bardzo rzadko. W późnych zaś formach, gdy chory był już rțęcią leczony, przedewszystkiem badają mocz na rțęć, i gdy tę w moczu znajdują, przeznaczają tylko kąpiele siarczane, by wskutek ich działania rțęć energiczniej w sokach ustroju krążyć zaczęła i w ten sposób leczniczy swój wpływ wywierała; wcierania rțęciowe lub inny sposób podawania rțęci jest już wtedy zbyt czyny. Jeżeli zaś pierwsze badanie nie wykrywa rțęci w moczu, przeznaczają choremu 8—10 kąpeli, po których znów mocz badają: gdy rțęć wtedy się znajduje już w moczu, to kąpiele siarczane w dalszym ciągu choremu przeznaczają, by niedziałająca, zgromadzona w narządach rțęć do krwiobiegu przeszła i działać zaczęła, a działanie to jest zupełnie wystarczającym. Gdy zaś i po owych 8—10 próbných kąpielach rțęci w moczu nie znajdują, przerywają kąpiele siarczane, i tylko wcieraniami już leczć zwykli, wiedząc z doświadczenia, że przy jednoczesnych kąpielach siarczanych wcierania szaruchy pozostałyby bez żadnego prawie wpływu na ustrój chorego i na objawy syfilisu.

Te tedy poglądy, które u nas kielkować zaczęły, a które tak pięknie rozwijać zaczął kol. F. GŁOGOWSKI przed laty dwudziestu, dziś tryumfuja zagranicą.

Antoni Elsenberg.

## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Z prawdziwym zajęciem śledziłem przebieg polemiki o metody oznaczenia kwasu solnego w zawartości żołądkowej. W całej tej polemice, która dowiodła tego, co z góry przewidzieć się dało, iż poszczególne metody mało różnią się od siebie pod względem zasady, na których są oparte, zapominano o starej, bardzo starej metodzie, bo powstałej w r. 1824, a która PROUT'owi służyła za punkt wyjścia do stwierdzenia poglądu BRACCANET'a, iż kwaśność zawartości prawidłowego żołądka zależy od kwasu solnego.

Naturalnie, PROUT nie mógł znać sporów o wolny i utajony kwas solny, o łączenie się kwasu z rozmaitemi związkami organicznymi, dla tej choćby prostej przyczyny, iż po latach 67, mimo całego stosu prac nader sumiennych, i my niewiele o tem wiemy, nie wiemy zaś z tego powodu, iż nikt dotąd absolutnie czystych ciał tych nie wyosobnił; o naturze więc ich domyślać się zaledwie nam wolno. Możemy sprzeczać się o istnienie wolnego i utajonego kwasu, możemy wykonywać, jak to uczyniono, szereg doświadczeń w tym rodzaju, iż do roztworu białka dodajemy pewną ilość kwasu solnego, a następnie przez mianowanie dochodzimy do wniosku, iż mniej się go znajduje w roztworze <sup>1)</sup>, z chemicznego jednak punktu widzenia nie wolno nam mówić nawet o związku k a c h białka z kwasem solnym, dopóki ciało takie nie będzie wyosobnione, a tem mniej—wyciągać z doświadczeń tego rodzaju wniosków praktycznego znaczenia. Czy bowiem tworzy się z związku k kwasu solnego z białkiem, czy to ostatnie maskuje tylko obecność pewnej ilości kwasu, dotąd nie pewnego powiedzieć się nie da. Dlatego też kwestyi tej, którą świeżo tak bezpotrzebnie związane z kwestyją wartości oznaczeń ilościowych kwasu solnego, poruszać nie będę, wspomnę tylko o sposobie PROUT'a, podanym całkowicie w „*Chimie appliquée à la physiologie etc.*“, prof. E. J. GAUTIER'a. [Paryż 1872. T. I. str. 389].

PROUT, podobnie jak WINTER i HAYEM, dzielił płyn na 3 równe części. Pierwszą odparowywał, żarzył, pozostałość rozpuszczał i określał ilość A chloru z związanego z zasadami. Drugą część zobojętniał wodanem potasu, odparowywał i żarzył, otrzymał ilość chloru B większą, niż poprzednio. Różnica B—A, powstała wskutek ulotnienia się kwasu solnego, wyraża więc ilość kwasu solnego. Do trzeciej części płynu dodawał w nadmiarze wodanu potasu, odparowywał i żarzył, a w pozostałości znalazł ilość chloru C większą, niż poprzednio—całą ilość chloru. Nadmiar otrzymany zależał od utlenienia się soli amonu.

Oto, co robił 67 lat temu PROUT. Co robią WINTER i HAYEM?

Przesącz zawartości żołądkowej dzielą również na 3 części.

1) Do jednej dodają nadmiaru węglanu sodu, suszą, a następnie żarzą do czerwoności. W roztworze określają całą ilość chloru [vide: określenie 3 PROUT'a].

2) Drugą część odparowują, dodają nadmiaru węglanu sodu i żarzą, oznaczając kwas solny wolny [vide: określenie PROUT'a].

3) Trzecią bez żadnych dodatków żarzą i oznaczają ilość chlorków związanych z zasadami [patrz: określenie 1-sze u PROUT'a].

Zestawiwszy obie te metody, żadnej zasadniczej nie widzimy między nimi różnicy, choć PROUT opisał ją w r. 1824, WINTER-HAYEM zaś w całe 66 lat później.

Za pomocą metody PROUT'a możemy oznaczyć.

1) Całą ilość chloru, zobojętniając przesącz zawartości żołądkowej i dodając w nadmiarze wodanu potasu i żarząc następnie suchą pozostałość [C].

2) Ilość chloru związanego z zasadami [A], wyrażają zawartość bez dodania wodanu potasu.

---

1) Porównaj: 1) PFUNGEN. Beiträge zur Bestimmung der Salzsäure im Magensaft. Wien. klin. Wochschr. 1889. 2) MORITZ. Die Verdeckung der Salzsäure. D. Arch. für klin. Med. r. 1889. Nr. 49. 3) CARL MÖRNER. Einfache Methode zur Untersuchung der Fähigkeit des Magens Salzsäure abzusondern. Wszystkie te prace streszczone są u MALY'ego Jahres-Bericht. r. 1890, oraz wiele innych prac w tym kierunku.

3) Ilość chloru, związanego ze związkami organicznymi, z różnicy między całą ilością chloru, a ilością związaną z zasadami i ilością wolnego kwasu solnego.

4) Ilość wolnego kwasu solnego przez zobojętnienie płynu i wyżarzenie Różnica między otrzymaną ilością i ilością C da nam wynik żądany.

Cała modyfikacja, wprowadzona przez WINTER'a, polega na użyciu węgla sodu, zamiast wodoru potasu, co porządku ułatwia spalenie. Ponieważ nie dowiedziono, czemu zresztą sam mogłem się przekonać, iżby woda potasu w roztworze tak słabym, jaki do zobojętnienia użyto, mógł rozłożyć przypuszczalne związki kwasu solnego ze związkami organicznymi, przeto metoda PROUT'a i pod tym względem jest prostszą i czystsza.

O tem, aby metoda, używana przez WINTER'a i HAYEM'a, była poprostu modyfikacją metody PROUT'a, zdają się zapominać wszyscy sprawozdawcy. W „*Revue de Sciences Medicales*“<sup>1)</sup>, redagowanym przez HAYEM'a, wyraźnie czytamy na str. 290, iż metoda ta zawdzięcza swe istnienie WINTER'owi („*du à M. Winter*“), toż samo świeżo czytaliśmy w Gazecie Lekarskiej w sprawozdaniu D-ra MINTZA, sami wreszcie autorzy we wspomnianej pracy, podając metodę dają jej nagłówek „*Procédé de M. Winter*“ (str. 72 *Du chimisme stomacal*), a za całą satysfakcją, rzucają z łaski PROUT'owi, możnaby uważać pobieżną wzmiankę, umieszczoną nieco niżej [str. 84], gdzie wspominają zlekka, iż zawdzięczają PROUT'owi zasadę lotności kwasu solnego, podczas gdy nieomal całe oparli na jego metodzie postępowanie („*Ce principe on la pu le voir, est le même, que celui, dont s'est inspiré PROUT: la grande volatilité de l'HCl libre*“). Nie chcę zarzutu czynić autorom na tem miejscu: sąd zostawiam czytelnikowi, czy mała modyfikacja czyjejs pomysłu może upoważniać do nadawania metodzie nazwy modyfikującego; chciałem tylko zwrócić uwagę sprawozdawców i czytelników na fakt ten, iż metoda, przypisywana niepodzielnie WINTER'owi, ma swój pierwowzór w metodzie PROUT'a.

Jeżeli metodzie WINTER'a nie można przyznać tytułu oryginalności, nie można tego powiedzieć o teorii trawienia, zbudowanej przez HAYEM'a. Można z nią polemizować, nie można jednak odmówić jej wielkiej słuszności, o czem wkrótce będę miał sposobność podać więcej szczegółową pracę. Pobudką określenia powyższych słów było zadosyć uczynienie zasadzie „*sum cuique*“, którą częściej w polemikach zdałoby się stosować.

Zechciej, Szanowny Redaktorze, słów tych kilka pomieścić w swem piśmie, jako przyczynek do rozbudzonej obecnie kwestyi oznaczeń ilościowych kwasu solnego w zawartości żołądkowej.

Józef Zawadzki.

## NEKROLOGIJA.

D-r Med. MIKOŁAJ KOWALEWSKI, prof. fizjologii w uniwersytecie Kazańskim, zmarł dnia 19 b. m.. Znanym on był z licznych i poważnych prac naukowych.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

**Sprostowanie.** W artykule SAWICKIEGO „O nadwicznieniach ku przodowi i t. d.“, w Nr. 36 str. 707 wiersz 14 od góry zamiast: pochwycawszy swą lewą ręką, winno być: pochwycawszy swą prawą ręką.

1) Paris. 1891. T. 37.