

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. RYDYGIERA W KRAKOWIE.

## I. WODNIAK NIEWIEŚCI (*Hydrocele muliebris*).

Podał

**Dr Adam Majewski.**

— † — † —

Wodniaki niewieście spotykamy rzadko. Ogólna liczba przypadków wodniaka u kobiet, opisanych w piśmiennictwie lekarskiem europejskiem i amerykańskiem, nie przewyższa dotychczas, podług GEINATZ'a <sup>1)</sup>, osiemdziesięciu. Szczegółowe dane, dotyczące pojedynczych przypadków, znajdują się w pracach statystycznych HENNIG'a <sup>2)</sup>, BERGMANN'a <sup>3)</sup> WECHSELMANN'a <sup>4)</sup>. Pierwszą wzmiankę o torbielach surowicznych w okolicy pachwinowej u kobiet znajdujemy już u AETIUS'a <sup>5)</sup> [zwie on je „*hernia aquosa*“]. Dopiero wszakże AMBROIS PARÉ <sup>6)</sup> opisał sprawę tę szczegółowiej i dał jej nazwę „*hydrocele*“; on też pierwszy usunął wodniaka operacyjnie za pomocą wyluszczenia. Dalsze prace nad tą sprawą znajdujemy przeważnie w literaturze francuskiej i niemieckiej, prócz tego we włoskiej i angielskiej. W rosyjskiej literaturze w 1894 roku wyszła pierwsza i jedyna praca o tym przedmiocie GEINATZ'a. W polskiej lekarskiej, prócz bardzo ogólnego opisu wodniaka w ginekologii BYLICKIEGO <sup>8)</sup>, nie spotkałem się nigdzie z opisem przypadku wodniaka niewieściego.

Wobec tego przedstawiam dane, dotyczące dwóch znanych mi tego rodzaju przypadków.

Pierwszy z nich, operowany w krakowskiej klinice chirurgicznej przez prof. RYDYGIERA, przedstawia się, jak następuje.

<sup>1)</sup> W. N. GEINATZ. Hydrocele u ženszczyn. Hirurgičeskiŭ Wiestnik. Awgust-Sentiabr. 1894, str. 622.

<sup>2)</sup> HENNIG. Allgm. Wiener medic. Zeitung. 1884, str. 507.

<sup>3)</sup> W. BERGMANN. Ueber Hydrocele feminae. Inaug. Diss. Bonn. 1887.

<sup>4)</sup> W. WECHSELMANN. Ueber Hydrocele muliebris. Archiv. f. klin. Chir. B. 40. II. III. 1890.

<sup>5)</sup> W. WECHSELMANN. L. c. str. 578.

<sup>6)</sup> W. WECHSELMANN, str. 579.

<sup>7)</sup> GEINATZ. L. c.

<sup>8)</sup> WEAD. BYLICKI. Nauka o chorobach kobiecych. 1894, str. 61 i 566.

Brajndla B., lat 54, zamężna, chorób poważniejszych nie przechodziła. Miesiączkowanie odbywała i odbywa prawidłowo. Rodziła siedm razy; roniła raz. Zgłosiła się do kliniki z guzem w wardze sromnej lewej. Guz ten zauważyła chora po raz pierwszy przed trzynastu laty. Można go było wtedy łatwo odprowadzić. Dolegliwości nie sprawiał on żadnych. Po porodach guz stopniowo się zwiększał tak, że od czterech lat nie dawał się już całkowicie odprowadzać: pozostawał po odprowadzeniu znacznej części guza w wardze sromnej mały twardy guzik. Ani bólów, ani objawów niedrożności przewodu pokarmowego guzik ten nie sprawiał. Z biegiem czasu część guza, odprowadzić się nie dająca, powiększała się, tak, że w końcu prawie cały guz odprowadzać się już nie dawał. Przed dwoma laty zasięgała chora porady w ambulatoryum klinicznem. Polecono jej wtedy pasek przepuklinowy. Na cztery tygodnie przed przybyciem do kliniki chora poczuła silne bóle w lewej pachwinie; równocześnie stolce były zaparte i pojawiły się wymioty. Wezwany lekarz, opierając się na tych objawach, rozpoznał uwięźniętą przepuklinę. Gdy kilkakrotne usiłowania odprowadzenia nie powiodły się, skierował on chorą do kliniki. Objawy niedrożności kiszek wkrótce jednak ustąpiły: stolce pod wpływem oleju rycynowego powróciły; wymioty i bóle ustały. Chora do kliniki zgłosiła się, skarżąc się jedynie na niedający się ani odprowadzić, ani zmniejszyć guz w okolicy pachwinowej lewej.

W klinice badanie dało dane następujące. Osoba wzrostu średniego, odżywiania nędznego, o powłokach białych i podściółce tłuszczowej bardzo małej. W wardze sromnej lewej guz wielkości jaja strusiego, o wymiarze podłużnym, wynoszącym ośmnaście centymetrów i poprzecznym — dwanaście. Skóra nad guzem niezaczerwieniona, ciepłoty prawidłowej. Guz ten ciągnie się ku ujściu kanału pachwinowego, gdzie bardzo wyraźnie się przewęża i przechodzi w guz drugi kształtu kielbasowatego, ciągnący się wzdłuż kanału pachwinowego. Skóra nad przesmykiem między guzami tworzy wyraźną bródzję. Przy kaszlu powiększa się tylko guz górny, wypełniający kanał pachwinowy. Badanie dotykiem wykazuje, co następuje. Skóra nad guzami napięta, ale ruchoma. Guz dolny, usadowiony w wardze sromnej, jest jednostajnie twardy, elastyczny. Po dokładnem ustaleniu okazuje on chełbotanie, zresztą niezupełnie wyraźne skutkiem mocnego napięcia. W okolicy zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego daje się dokładnie wyczuć przewężenie, które można już było poprzednio skonstatować wzrokiem. Guz drugi, wypełniający kanał pachwinowy, jest konsystencyi miękkiej. Czuć w nim pod palcami przesuwanie się stałej zawartości i charakterystyczne burczenie jelitowe. Odgłos wypukowy nad guzem dolnym jest stłumiony, nad górnym — bębenkowy. Próba na przeświecanie wykazała, że guz dolny światło dość dobrze przepuszcza, podczas gdy górny przeświecić się nie daje. Badanie brzucha nic nieprawidłowego nie wykryło. Badanie przez narządy płciowe danych rozpoznawczych również nie dało. Guzy te odprowadzić, nawet przy poziomem położeniu chorej, nie udało się. Dla uzupełnienia danych wykonano nakłucie próbne dolnego guza strzykawką Pravaz'a, przyczem otrzymano płyn jasno-żółty, zupełnie przezroczysty, podobny i z wyglądu i ze składu chemicznego [białko, brak

mucyny] do płynu przy wodniaku u mężczyzn. Wobec tego rozpoznano przepuklinę kiszkową w kanale pachwinowym, a w wardze sromnej torbiel, mocno napiętą, względnie *hydrocele*.

Prof. RYDYGIER, opierając się na tem rozpoznaniu, wykonał operację z uwzględnieniem zwykłych przepisów aseptyki. Cięcie skórne poprowadzono przez największą wypukłość dołnego guza. Guz znajdował się w podskórnej, luźnej tkance łącznej. Po dojściu do torebki torbieli nacięto ją, poczem wylał się z niej silnym strumieniem opisany powyżej płyn. Przy wprowadzeniu palca do torbieli konstatujemy, że ściany jej są gładkie i że w miejscu przewężenia, gdzie oba guzy ze sobą się stykają, można wyczuć przez ścianę torbieli otwarte wrota przepukliny i wypełniające ją jelita. W dalszym ciągu operacji wyłuszczone nożyczkami СООРЕР'а ścianę torbieli. Ponieważ wrota przepuklinowe były zamknięte, przeto jedynie przez ściankę torbieli je otwarto, poczem dla zamknięcia ich wykonano operację radykalną przepukliny. Ranę zaszyto i nałożono zwykły opatrunek aseptyczny. Rana zagoiła się doraźnie. W dwa tygodnie jednak po operacji wykazano w dolnej części rany guz twardy, wielkości zwykłego jabłka, o wybitnem chęłbotaniu. Rozpoznano torbiel i to krwawą ze względu na szybkie powstanie. Torbiel tę nacięto. Wypełniał ją płyn barwy ciemnej, atramentowej, z nielicznymi, wiotkimi skrzepami. Wkrótce jednak przy opatrunku zauważono, że, pomimo nacięcia torbieli, krew poczęła się nowo w ranie gromadzić. Wobec tego, prof. RYDYGIER otworzył torbiel szeroko, wyciął wrzecionowaty kawałek skóry, wyskrobał wewnętrzną powierzchnię torbieli i założył, po podwiązaniu krwawiących naczyń, kilkanaście szwów grubych, jedwabnych, które przeprowadził pod ścianą tylną torbieli, ażeby ją doprowadzić do zarośnięcia. Rana pod opatrunkiem kolodionowym zagoiła się doraźnie. Chora po miesięcznym pobycie w klinice wypisała się zupełnie uleczona. Na odchodnem zalecono chorej noszenie paska przepuklinowego.

Drugi znany mi przypadek wodniaka znajdował się w roku przeszłym [1894-ym] na krakowskiej klinice ginekologicznej. Objaśnienia o nim udzielił mi łaskawie pierwszy asystent kliniki, D-r ROSNER. Dane, dotyczące przypadku tego, są następujące.

Berta T., lat 33, izraelitka, kupcowa, zamężna od lat piętnastu. Ważniejszych chorób nie przebywała. Miesiączkowanie rozpoczęła w czternastym roku; miewała je nieregularnie; ostatnie miało miejsce przed kilku dniami. Nie rodziła; nie ronila. Boleści nie doznaje żadnych. Mocz oddaje prawidłowo. Stolce miewa często zaparte. Do kliniki zgłosiła się, skarżąc się na przepuklinę pępkową i na guzy w pachwinach. Badanie kliniczne dało dane następujące. Osoba wzrostu średniego, średnio zbudowana i odżywiona. Skóra dość gruba, ciemno zabarwiona. Tłuszczu podskórnego niewiele. Przepuklina pępkowa dość znaczna. Brzuch wypukły więcej pod pępkiem, niż ponad nim. W brzuchu guz wielkości głowy, ze wszystkich stron odgraniczyć się dający, ułożony głównie po stronie lewej, gdzie dochodzi aż do okolicy podżebrowej. W linii środkowej sięga on na trzy palce poniżej wyrostka mieczykowatego; na prawo przekracza na szerokość trzech palców linię środkową. Guz—ruchomy, konsystencji elastycznej, nie jednostajny. Przy uno-

szeniu guza wyczuwa się w głębi szypułę, gubiącą się w małej miednicy. W prawej okolicy biodrowej można wyczuć drugi guz, szerokości dwóch palców, od dołu nie dający się odgraniczyć. Macica normalnej wielkości leży ku przodowi. Przez lewe sklepienie wy badać można dolny odcinek lewego guza i jego szypułę. Przez prawe sklepienie wyczuwa się guz prawy, jak gdyby z dwóch guzów złożony, bardziej od poprzedniego elastyczny, wielkości dwóch pięści; przylega on ściśle do prawego boku macicy i jest ruchomy.

Prócz tego w obu pachwinach znajdują się wypuklenia: po stronie lewej wielkości dużej pięści, po stronie prawej—włoskiego orzecha. Wypuklenia te kształtu jajowatego ciągną się od zewnętrznego otworu kanału pachwinowego ku górnej części większej wargi sromnej. Skóra nad nimi normalna, ruchoma, przytem dość gruba, fałdzista i ciemno zabarwiona. Chełbotanie daje się wyczuć dość wyraźnie. Odgłos wypukowy nad nimi stłumiony. Przeświecić się nie dają. Przy kaszlu powiększają się. Opierając się na tych danych, rozpoznano: torbiele obu jajników, przepuklinę pępkową, przepuklinę pachwinową obustronną, poczem prof. JORDAN wykonał laparotomię. Cięcie powłok brzusznych poprowadzono w ten sposób, że usunięto przez wycięcie klina wrzecionowatego przepuklinę pępkową. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że zawiera mierną ilość płynu. Narządy małej miednicy znajdowały się w stanie przekrwienia. Macica prawidłowej wielkości ułożona była ku przodowi w przodozgięciu. Po lewej stronie macicy znajdował się guz wielkości głowy dziecka, w górnej swej części całkiem wolny, w dole—przyrośnięty. Guz ten posiadał szeroką szypułę i w trzech czwartych znajdował się między blaszkami więzadła szerokiego. Granica niepokrytej części zaznaczała się w postaci rąbka otrzewnowego. Na przedniej powierzchni guza w pokrywającym go więzadle szerokiem przebiegał w kierunku do wewnątrz i z góry ku dołowi i na zewnątrz mocno napięty wiąz obły (*lig. rotundum*). Guz drugi, o połowę mniejszy od poprzedniego, znajdował się po stronie prawej, nie posiadał szypuły, ściśle przylegał do prawego brzegu macicy i pozostawał zupełnie wolnym. W przeważnej jego części przykrywały go blaszki więzadła szerokiego. Na przedniej powierzchni guza, podobnie jak na guzie poprzednim, przebiegał wiąz obły, napięty dość mocno, jednakże nie w tym stopniu, jak po stronie lewej. Guzy te prof. JORDAN wyłuszczył i wyciął. Badanie wykazało, że są to *cystomata ovarii papillaria prolifera*. W miejscach, odpowiadających przypuszczalnym przepuklinom pachwinowym, przepuklin nie znaleziono. Okazało się, że były to obustronne wodniaki uchyłka NUCK'a, komunikujące z jamą brzuszną. Otwory, łączące otrzewną z workiem wodniaka, przepuszczałyby pióro gęsie, lecz nie przepuszczały palca. Płyn, zawarty w wodniaku, był koloru słomkowo-żółtego, przezroczysty, podobny do płynu przy wodniaku u mężczyzn. Wodniaki te, ze względu na to, że chorej i tak już wykonano bardzo znaczną operację i że specjalnych dolegliwości u chorej one nie wywoływały, pozostawiono w „*statu quo ante*“. Ranę brzuszną następnie zaszyto. Nałożono opatrunek aseptyczny. Rana operacyjna zagoiła się doraźnie. Chora w cztery tygodnie po operacji opuściła klinikę, jako uleczona z zasadniczego swego cierpienia, torbieli jajnika.

Wodniaki u kobiet dzielą na: 1-o wodniaki więzu obłego (*hydrocele lig. rotundi*), 2-o wodniaki uchyłka NUCK'a.

Co do powstawania pierwszego z nich, KOLB <sup>1)</sup>, opierając się na zdaniu WEBER'a <sup>2)</sup>, że *gubernaculum Hunteri* [późniejszy więz obły] jest początkowo workiem, z zewnątrz przez mięśniowe włókna otoczonym, wewnątrz zaś pustym, sądzi, że torbiele więzu obłego powstają w tych przypadkach, w których skutkiem rozwoju nieprawidłowego niektóre części więzu nie zarastają. Teoria ta jednak upadła, gdy BRAMANN <sup>3)</sup> dowiódł, że „*gubernaculum Hunteri*“ już w drugim miesiącu życia płodowego jest sznurem jednolitym, jamy wewnątrz nie zawierającym.

BENDS <sup>4)</sup> i ROKITANSKY przypuszczają, że torbiele więzu obłego powstają skutkiem krwotoku wewnątrz niego, zdarzającego się nieraz w czasie porodu: są więc one początkowo krwawe; później dopiero mają przybierać charakter surowiczy. Torbiele krwawe w więzie obłym rzeczywiście się zdarzają, jak tego dowodzi przypadek, opisany szczegółowo przez GOTTSCHALK'a <sup>5)</sup>; z drugiej jednak strony przemiana krwawej zawartości torbieli w surowiczą nie jest wcale dowiedziona. Wobec tego, teorii tej za wystarczającą równie uważać nie można; kwestya więc powstawania torbieli więzu obłego pozostaje i nadal otwartą.

Co do wodniaka uchyłka NUCK'a, to od czasu, gdy zdanie DUPLAY'a <sup>6)</sup>, który przeczył istnieniu kanału NUCK'a, zostało obalone przez prace ZUCKERKANDEL'a <sup>7)</sup>, FÉRÉ'go <sup>8)</sup>, i SACHS'a <sup>9)</sup>, kwestya wyjaśniła się o tyle, że powstawanie wodniaka uchyłka NUCK'a tłumaczmy sobie zwężeniem lub zarośnięciem wspomnianego kanału. W pierwszym przypadku, gdy mamy do czynienia jedynie ze zwężeniem kanału, powstaje wodniak uchyłka NUCK'a, komunikujący z jamą brzuszną. W drugim przypadku, gdy uchyłek NUCK'a zupełnie zarasta, wodniak przybiera formę torbieli. Wodniaki, komunikujące z jamą brzuszną, pozostają zwykle takimi do końca; bywają jednak przypadki, w których skutkiem następczych zrostów w kanale przechodzi on w torbiel [CHIARI <sup>10)</sup>]. Oba wzmiankowane rodzaje wodniaka niewieściego, t. j. wodniak więzu obłego i wodniak uchyłka NUCK'a, teoretycznie różnią się wyraźnie, w praktyce jednak odróżnić je można tylko wtedy, gdy uda nam się wyczuć, że więz obły nie stoi w związku bezpośrednim z torbielą. [C. d. n.]

<sup>1)</sup> KLOB. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. 1864, vide WECHSELMANN, l. c.

<sup>2)</sup> WEBER. *Du Bois-Reymond's Archiv*. 1847, vide WECHSELMANN, l. c.

<sup>3)</sup> BRAMANN. *Archiv f. Anatomie u. Physiologie. Anatomische Abtheilung*. 1884, str. 310.

<sup>4)</sup> BENDS. *SCHMIDT's Jahrbücher* Tom 80.

<sup>5)</sup> SIG. GOTTSCHALK. *Haematoma lig. rot. uteri. Centralblatt f. Gynäkologie*. 1887, str. 329.

<sup>6)</sup> DUPLAY. *Des collections sereuses de l'aîne. Thèse de Paris*. 1865.

<sup>7)</sup> ZUCKERKANDEL. *Arch. f. klinische Chirurgie*. T. 20.

<sup>8)</sup> FÉRÉ. *Études sur les orifices herniaires*. Paris. 1879.

<sup>9)</sup> SACHS. *Arch. f. klinische Chirurgie*. 1887. T. 35, str. 321.

<sup>10)</sup> O. CHIARI. *Ueber Entzündung der weibl. Hydrocele*. *Wien. med. Blätter*. 1879, str. 489.

## II. O HALUCYNACYACH JEDNOSTRONNYCH.

Przyczynek do teorii i patogenezy złudzeń zmysłowych.

Opisał

**D-r med. Henryk Higier,**

*były asystent oddziału.*



Nauka o halucynacyach i iluzjach przyczyniła się znakomicie do rozwoju psychiatrii klinicznej. Jej to zawdzięczamy wiele punktów wytycznych, odnoszących się do patogenezy, klasyfikacji, rozpoznawania i rokowania psychoz i psychoneuroz. Pokażna liczba prac [HOPPE, SEGLAS, HOCHÉ, PICK, SEPPILLI, TOULOUSE, TIGGES, MENDEL, GRADHEY], traktujących o tem ciekawem i wysoce interesującym zjawiskiem chorobowym, pojawiła się ostatnimi czasy, tworząc niewzruszoną podwalinę dla tegoczesnej naszej wiedzy kliniczno-patologicznej i anatomo-patologicznej. Szczególnie jednakże ważna zmiana zaszła w poglądach na teorię i umiejscowienie złudzeń zmysłowych z chwilą, kiedy wzięto się do dokładnego badania t. zw. halucynacyi jednostronnych.

Niedawno miałem sposobność spostrzegania przez czas dłuższy dwóch przypadków jednostronnych halucynacyi wzroku, które stale pojawiały się w półwzrocznem (*hemianopsia*) polu widzenia i zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem. W jednym przypadku miałem do czynienia z cierpieniem natury czynnościowej, w drugim, według wszelkiego prawdopodobieństwa, z połączeniem cierpienia czynnościowego i organicznego. Ponieważ liczba ogłoszonych przypadków jednostronnych złudzeń zmysłów, nb. dokładnie zbadanych, jest wogóle niewielka, przeto każde nowe spostrzeżenie może przyczynić się snadnie do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia mnóstwa zagadkowych w tej dziedzinie pytań. SEPPILLI [1890] zdołał zebrać w całym piśmiennictwie lekarskiem zaledwie 26 przypadków <sup>1)</sup>).

Jeszcze skromniej przedstawia się literatura prawdziwych halucynacyi wzroku w przypadkach, w których istnieją braki w polu. Jeśli dodam nadto, że typowe długotrwałe hemianopsye trafiają się przy cierpieniach natury czynno-

<sup>1)</sup> Przypadki te są następujące: PINEL'a — 1, SCHRÖDER van der KOLK'a — 1, GRIESINGER'a—1, DONAT'a—1, MOREAU de TOURS'a — 1, MAISONNEUVE'a — 1, GUEPIN'a — 1, PICK'a—1, SCHÛLE'go—3, RÉGIS'a—3, ROBERTSON'a — 1, BUCH'a—1, CUYILLITIS'a — 1, RAGGI'ego—2, BALL'a—1, MABILLE'a—1, HAMMOND'a—2, BINET'a—2, SEPPILLI'ego — 2. Liczba jednakże, odnośnych przypadków przewyższa znacznie — podaną przez SEPPILLI'ego: nie wspomina on bowiem o przypadkach: DON CALMET'a—1, BERBINGIER'a—1, MAGNAN'a—4, BOUSSAT'a—1, BODIN'a—1, BAILLARGER'a—3, GLYNN'a—1, MILLET'a—1, WEBER'a—1, THONASCHESKY-SIMONOWITSCH'a—1, HUTCHINSON'a—1. Jednocześnie z SEPPILLI'm, lub też wkrótce po nim ogłosili własne przypadki halucynacyi jednostronnych: LWOFF przypadek 1, SOUCHON-MENDEL—1, FÉRÉ—1, TOULOUSE — 1, BIDON—3, PICK—2, RÉGIS—1, HIGIER—2. Tak więc ogólna liczba przewyższa pięćdziesiąt.

ściowej tak rzadko, że niektórzy badacze <sup>1)</sup> podają je nawet w wątpliwość, przeto ogłoszenie niniejszych spostrzeżeń, ciekawych pod wieloma innymi jeszcze względami, wydaje mi się zupełnie usprawiedliwionem.

Zanim przystąpię do opisu halucynacji jednostronnych, poświęcę słów kilka sprawie powstawania złudzeń zmysłowych w ogólności.

Wiadomo, że postrzeżenie (*Wahrnehmung*) pewnego podrażnienia zmysłowego zewnętrznego zależy głównie od dwóch różnych czynników, mianowicie: popierwsze, od całości pod względem anatomicznym i czynnościowym danego narządu zmysłu, tak na obwodzie, jak i w ośrodku; powtórne, od stanu świadomości, która ma przyjąć doprowadzony bodziec. Przypuśćmy, że dla jakichbądź przyczyn [niedokrwestość wskutek zatoru tętnicy środkowej siatkówki] prawidłowa czynność fizyologiczna siatkówki uległa zaburzeniu, lub że nerw wzrokowy został uciśnięty, że zwoje (*ganglia*) wzrokowe podkorowe zniszczone, że sfera optyczna kory porażona, wówczas bez wątplenia nastąpi więcej lub mniej wybitny upadek, względnie zmiana czynności wzrokowej. Ale prócz czynności fizyologicznych, wchodzących w zakres danego narządu zmysłu, obwodowego lub ośrodkowego, źródłem, z którego czerpiemy materiał doświadczalny, jest dla nas jeszcze drugi niesłychanie ważny czynnik, mianowicie: przemiana stanów pobudzenia ośrodkowego w postrzeżenie, t. j. percepcya i apersepcya wrażeń zmysłowych. Jeśli owa przemiana spraw fizyologicznych na psychiczne zostaje zniesioną, względnie zakłóconą, zowiemy stan taki utratą świadomości, względnie przyćmieniem jej.

Wszelkie podrażnienie zdolne jest wywołać wrażenie psychiczne, czyli percepcyę tylko wtedy, gdy posiada pewien stopień natężenia, przekraczający t. zw. próg, czyli kres podrażnienia (*Schwellenwerth*). Dlatego to nie otrzymujemy wrażeń od przedmiotów zbyt słabo oświetlonych i od szmerów zanadto łagodnych i cichych. Prócz tego, dokładne uświadamianie sobie zależy jeszcze od sprawności apersepcyi, innemi słowy, od skupienia uwagi na zewnętrznych lub wewnętrznych bodźcach, podobnie jak dla wyraźnego widzenia niezbędnem jest utrwalenie przedmiotu w jednym środkowym punkcie pola widzenia [WUNDT, JANET]. Niekiedy wszak, zagłębieni w czytaniu, nie słyszymy uderzeń zegara, pomimo że nasz narząd słuchu jest prawidłowy, a natężenie bodźca znacznie przekracza kres podrażnienia, czyli zupełnie wystarcza, by wywołać percepcyę; zwróćmy jednakże uwagę naszą na zegar, a wnet usłyszymy jak najdokładniej jego uderzenia.

Uwaga, równomiernie rozchodząc się na rozmaite narządy zmysłowe, pośredniczy w świadomem przyjmowaniu wrażeń, uczuć i wyobrażeń. Zwykle skupia się uwaga koło jednego punktu, a mianowicie koło wyobrażenia, zaj-

---

<sup>1)</sup> Gowers up., który niewątpliwie posiada olbrzymie doświadczenie w dziedzinie chorób nerwowych, mówiąc o histeryi, tej nerwicy, której najczęściej towarzyszą zaburzenia wzroku, zaznacza wyraźnie: „aczkolwiek inni ogłaszają przypadki półwzroczności histerycznej, to jednakże ja, pomimo znacznej liczby chorych dotkniętych półwzrocznością, odważyłbym się zaledwie, może, jeden przypadek zaliczyć do rzędu histerycznych“. [T. II, str. 156].

mującego w danej chwili umysł. Przez to też, gdy patrzymy na jakiś krajobraz, widzimy wiele rzeczy bezwiednie; dostrzegamy je zaś dopiero wtedy, gdy jakaś okoliczność, właściwiej mówiąc, gdy natężenie uwagi popchnie ku temu.

Nie tu miejsce rozstrzygać pytanie, jaka jest podstawa fizjologiczna owego natężenia uwagi: czy zależy ono rzeczwiście od niedostrzegalnych naprężeń mięśni, jak to chciał wykazać na drodze doświadczalnej MÜNSTERBERG <sup>1)</sup> [np. naprężenie *m. stapedii*, zewnętrznych i wewnętrznych mięśni gałki ocznej, mięśni oddechowych], czy też jest to wprost psychiczna, transcendentna [jak rozumie szkoła WUNDR'a] czynność naszego narządu świadomości. Pewnem jest tylko jedno, że jeśli narządy zmysłów nie uległy zmianom anatomicznym ani na obwodzie, ani w ośrodkach, i jeśli czynność percepcji i apercepcji jest prawidłowa, to wówczas nie może mieć miejsca ani zboczenie w przyjmowaniu do świadomości, ani złudzenie zmysłu, ani wreszcie brak jakikolwiek w sferze danego zmysłu.

Ponieważ każdy narząd zmysłu odpowiada na wszelkiego rodzaju podrażnienia stale w jeden i ten sam sobie właściwy sposób, przeto, ile razy spostrzeżenie zostaje wywołane przez bodziec nieswoisty, danemu zmysłowi nieodpowiedni, zawsze osobnik otrzymuje złudzenie co do istoty owego źródła podrażnienia; iskry przed oczami, szum i dzwonięcie w uszach, smak żelaza w ustach przy przepuszczaniu prądu elektrycznego przez głowę, lub przy przekrwieniach narządów zmysłów: są to bez wątpienia złudzenia, które w pewnych okolicznościach mogą nie ulegać korekcy i stanowić wówczas przedmiot fantazyi. Tego rodzaju złudzenia zmysłów, pochodzące z obwodu, nazywamy elementarnymi, ponieważ one, dzięki miejscu swego powstawania na płaszczyznach, otrzymujących fizykalne podrażnienia, noszą na sobie często wszelkie cechy wrażeń zmysłowych prostych, niezłożonych.

Nierównie więcej złożone stosunki będziemy mieli wówczas, gdy pobudzenie patologiczne ogarnie sferę ośrodkową, czyli korową danego zmysłu [wzroku, słuchu i t. d.], t. j. te ośrodki, w których oddzielne pierwiastki uczuć łączą się w całkowite wrażenia, w pojęcia zmysłowe. I tutaj nieodpowiednie bodźce [przekrwienie wskutek sprawy nowotworowej, otrucie atropiną i t. p.] mogą wywołać stany pobudzenia, które, dzięki odniesionym wrażeniom, będą zupełnie podobne do podrażnień prawidłowych, przez normalne wrażenie zmysłowe wywołanych. W takich warunkach do świadomości osobnika mogą dochodzić nieraz bardzo złożone obrazy, pomimo że zostały wywołane przez pobudzenie ośrodków odnośnych sfer zmysłowych w korze, bez udziału obwodowych narządów. Prawo t. zw. projekcyi odśrodkowej zachowuje jednakże moc swoją i dla takich stanów podrażnienia, przeto uczucie dźwięku, spowodowane podrażnieniem zrazu skroniowego, lub obraz wzrokowy, wywołany wskutek podrażnienia zrazu potylicowego, będą zawsze przenoszone przez chorego na przedmiot zewnętrzny. Ponieważ wzmiankowane złudzenia zmysłów polegają na stanach pobudzenia okolic położonych ośrodkowo, są więc one wogóle

1) MÜNSTERBERG. Beiträge zur experimentellen Psychologie. T. IV.



niezależne od czynności narządów zmysłów obwodowych i mogą istnieć nawet w przypadkach zupełnego zaniku ostatnich. Łatwo pojąć, że ta kategoria halucynacyi, zwana przez niektórych autorów złudzeniami percepcyi (*Perceptionsphantasmen* — KRAEPELIN), jest bez porównania bardziej złożona i w wartość obfitsza, niżeli wspomniana wyżej grupa iluzyi obwodowych, inaczej zwanych elementarnemi złudzeniami zmysłów. W obwodowych halucynacyach złudzenie polega na fałszywem tłómaczeniu rzeczywistego wrażenia, w percepcyjnych, czyli ośrodkowych mamy wrażenie złożone bez obiektu.

Do trzeciej grupy złudzeń zmysłowych, posiadających doniosłe znaczenie w chorobach umysłowych, należą te, których źródłem jest narząd apercepcyi, i które KAHLBAUM nazywa halucynacyami apercepcyi. Te pseudohalucynacye w rzeczywistości nie są złudzeniami zmysłów, lecz raczej nadmiernie żywemi wyobrażeniami. „Przy dokładnem badaniu można, zdaniem KRAEPELIN'a, zeznania chorego, oparte na złudnych spostrzeżeniach, tłómaczyć sobie w ten sposób, że wrażenia jego nie są właściwie zmysłowe, lecz „wewnętrzne“, tylko że wskutek znacznego ich natężenia chory nie jest w stanie odróżnić ich od zwykłych, t. j. normalnych wyobrażeń. Trzebażby zatem przyjąć, że w danym przypadku nadmiernie się rozwinęła repercepcya, pobudliwość zaś w zakresie fizyologicznym danego zmysłu nic się nie wzmogła“. Powyższe złudzenia zmysłów, w przeciwieństwie do opisanych halucynacyi percepcyi i obwodowych, czyli elementarnych, obejmują niekiedy kilka naraz narządów zmysłów lub wszystkie razem i zależą od swoistego stanu świadomości.

Nas interesuje głównie strona kliniczno-patologiczna halucynacyi, przeważnie zaś tak zwanych halucynacyi jednostronnych, które zjawiają się po jednej tylko stronie ciała. Rozpatrzmy kolejno oddzielne grupy jednostronnych złudzeń zmysłów i ich stosunek wzajemny <sup>1)</sup>.

Złudzenia zmysłów pochodzenia obwodowego są zwykle jednostronne i w grupie halucynacyi jednostronnych względnie najczęstsze, a zarazem i najpodatniejsze do wyleczenia. W krótkich słowach przytoczę na tem miejscu kilka z nielicznie w literaturze lekarskiej opisanych przypadków, które dowodzą jasno, że halucynacye elementarne zależą często od cierpienia obwodowego narządu zmysłu.

Tak, BUCH opowiada o chorym, u którego lewostronne halucynacye słuchu znikły po wyleczeniu go z zapalenia ucha średniego z lewej strony.

Chory BALI'a, uderzony mocno w twarz, dostał zapalenia ucha średniego z wpływem ropnym; po stronie chorej zwołna pojawiły się męczące halucynacye słuchu, które ustąpiły wraz z wyleczeniem cierpienia ucha.

RAGGI spostrzegał kobietę, która przez pięć lat doznawała w lewem oku najrozmaitszych elementarnych złudzeń wzroku. Z pojawieniem się zaćmy

---

<sup>1)</sup> Z liczby 39 przypadków halucynacyi jednostronnych, jakie TOULOUSE zdołał zebrać w literaturze, 26 tyczyło się słuchu, 7—wzroku, 1—dotyku, 4—słuchu i wzroku jednocześnie, wreszcie 1—wzroku, słuchu i dotyku. Strona prawa również często, jak i lewa, ulegała złudzeniom zmysłów.

w temże oku złudzenia znikły, natomiast pojawiły się w prawem. W dwa lata potem zaśmę, już dojrzała, usunięto i wówczas wizye w lewem oku powróciły; niebawem rozwinęła się zaśma w oku prawem, a z nią stopniowo znikły widzenia prawostronne.

Jednocześnie z halucynacyami rozwijają się niekiedy u osobników usposobionych choroby umysłowe, które powstają na gruncie cierpień obwodowych.

Pewien żołnierz, obserwowany przez CUYLLITIS'a, dotknięty obłędem miewał w prawem oku halucynacye w postaci dyabła, które nikły, jeśli chory zamykał oko; obłęd ustąpił z chwilą, jak chory się przekonał, że zjawisko powyższe zależało od plamki czarnej na jego rogówce.

MABILLE opowiada, iż pewna kobieta, cierpiąca na zadumę, miewała prawostronne halucynacye słuchu. Podczas dokładnego przeszprycowania prawego ucha wypadło z niego napęczniałe ziarnko zboża, otoczone woszczkiem. Tegoż wieczora złudzenia zmysłowe ustąpiły, a po pewnym czasie chora, wyleczywszy się z zapalenia ucha, pozbyła się melancholii.

SEPPILLI podaje spostrzeżenia swoje nad chorą, trapiącą melancholicznymi napadami trwogi, ideami obłędowymi charakteru religijnego i lewostronnemi halucynacyami wzroku i słuchu. Jednocześnie doznawała chora podmiotowych wrażeń świetlnych, których źródłem było prawdopodobnie przekrwienie naczyńki lewego oka, stwierdzone za pomocą wziernika ocznego; gdy pacjentka zamykała lewe oko, natychmiast znikła straszna postać dyabła.

Przypadek ten jest, być może, mniej przekonywającym, niż poprzednie; istniała tu bowiem jednocześnie zaduma, której towarzyszyły swoiste halucynacye. Afekty chorego, oraz brak zdolności do oceny krytycznej materiału doświadczalnego mogły niejednokrotnie przyczynić się w danym przypadku do wydawania mylnego sądu o podmiotowych złudzeniach zmysłu, jakie powstawały pod wpływem przekrwienia obwodowego narządu zmysłu, a tem samem mogły warunkować zjawienie się iluzji, czyli złudzeń nieskorygowanych.

Ce się tyczy reszty przytoczonych spostrzeżeń [BALL, RAGGI MABILLE], to te są, zdaje się, wolne od wszelkich zarzutów, a więc i bardziej pouczające.

Daleko ciekawsze są pod względem klinicznym, a z drugiej strony mniej zbadane, te postacie jednostronnych złudzeń zmysłów, które nazywamy halucynacyami percepcyi i które powstają na drodze pierwotnego podrażnienia tej lub owej sfery zmysłowej w korze. Francuscy pisarze zowią te złudzenia „*hallucinations psycho-sensorielles*“. TOULOUSE [1892] zdołał zebrać w piśmiennictwie zaledwie 5 odnośnych przypadków i dołączył do nich szóste, własne spostrzeżenie. Niedawno HENSCHER, w swych klasycznych przyczynkach do patologii mózgu streścił kilka własnych przypadków. Z punktu widzenia anatomicznego mamy do czynienia przy tych złudzeniach zmysłów z jednostronnemi sprawami ogniskowemi w samej korze, względnie w jej odnogach podkorowych [np. „*Sehstrahlung*“ GRATIOLET'a]. Ponieważ zaś ośrodki zmysłowe w korze krzyżują się z odpowiednimi narządami zmysłów, więc i halucynacye mają miejsce po stronie przeciwległej miejscu porażenia koro-

wego. Za przykłady niech posłużą dokładnie zbadane przypadki THOMASCHIEWSKY-SIMONOWITSCH'a i TOULOUSE'a.

Przypadek pierwszy dotyczy 33-letniej osoby, która dostała napadów epileptoidalnych w następstwie obrażenia głowy; po upływie sześciu miesięcy rozwinął się ostry obłąd halucynacyjny, połączony z ideami prześladowczemi. Chora słyszała na oba uszy przeróżne głosy wrogów swoich; prócz tego w lewym uchu, w którym stwierdzono *otitidem mediam chronicam*, istniały odrębne, elementarne złudzenia, które pojawiały się niekiedy całkiem niezależnie od głosów prześladowczych w uchu prawem i znikaly po zatkaniu ucha. Jednocześnie stwierdzono u tejże chorej lewostronne halucynacje dotyku i wzroku; te ostatnie trwały nawet wówczas, gdy chora zamykała oczy. Halucynacje słuchu, oraz napady epileptoidalne w ramieniu lewym [nb. lewa połowa ciała była w stanie niedowładu i znieczulenia] z czasem ustąpiły. W rok po wypadku chora zmarła; badanie zwłok wykazało *pachymeningitidem adhaesivam chronicam dextram* w okolicy dolnej połowy obu zawojów ośrodkowych, tylnej części pierwszego zawoju skroniowego oraz zawoju kąтового (*gyr. angularis*) i nadbrzeżnego (*gyr. supramarginatus*). Cała prawie szara istota kory mózgowej na miejscu wstępującego zawoju ciemieniowego [przypuszczalnego siedliska dla ośrodka ruchowego ręki] i pierwszego zawoju skroniowego [przypuszczalnego siedliska dla ośrodka psycho-zmysłowego słuchu] była zniszczona. Przeciwnie, ani w nerwach, ani w szlakach wzrokowych, ani wreszcie w ich drogach wewnątrz-mózgowych nie udało się stwierdzić przy pomocy drobnowidza żadnego zwyrodnienia.

Jak wytłómaczyć sobie te jednostronne halucynacje wzroku, dotyku i słuchu w powyższym przypadku, opisanym bardzo dokładnie pod względem klinicznym i sekcyjnym? Podrażnienie zapalne kory mózgowej z prawej strony w miejscu, odpowiadającym sferze ruchu (*gyrus praecentralis* i *postcentralis*) objaśnia nam lewostronny niedowład połowiczny i taką niedoczulość wraz z napadami padaczkowymi i halucynacjami dotyku; podrażnienie zaś pierwszego zawoju skroniowego [siedlisko słuchu] i zawoju kąтового [siedlisko wzroku] tłómaczy nam pochodzenie jednostronnych halucynacji wzrokowych i słuchowych. Dość wczesne zniknięcie halucynacji wzroku i drgawek padaczkowych w lewej kończynie górnej było następstwem zupełnego braku szarej istoty korowej na miejscu wstępującego zawoju ciemieniowego i pierwszego zawoju skroniowego, co stwierdzono po śmierci.

Co się tyczy lewostronnych halucynacji słuchu, to przyczyną ich mogłoby być zapalenie ucha średniego, a utwierdzałaby nas w tem przekonaniu okoliczność, na którą wyżej zwróciłem uwagę, że złudzenia słuchowe znikaly wraz z zatkaniem ucha lewego. Wyłączyć zatem halucynację obwodową byłoby tutaj nader trudno; drażnienie bowiem nerwu, podtrzymywane stale przez sprawę zapalną w uchu, mogło przenieść się na ośrodek w korze i spowodować w ten sposób złudzenie zmysłu. Natomiast pochodzenie jednostronnych halucynacji dotyku i wzroku nie ulega najmniejszej wątpliwości: zależały one wyłącznie tylko od podrażnienia zapalnego prawego zawoju ośrodkowego i zawoju kąтового; przemawiają za tem tak dane kliniczne [prawidłowe dno oka,

obecność halucynacji nawet przy zamkniętem oku], jak i poszukiwania anatomico-patologiczne [porażenie siedliska wzroku w korze, prawidłowe nerwy i szlaki wzrokowe].

Analogiczne spostrzeżenie TOULOUSE'a tyczyło się 44-letniej kobiety, nałogowej pijaczki. W 35 roku życia zaczęła ona cierpieć na lewostronne napady padaczki, połączone z halucynacjami słuchu z tejże strony. Blisko w 10 lat potem, w ślad za napadem apoplektycznym wystąpił bezwład i znieczulenie lewej połowy ciała. Objawy podrażnienia z lewej strony [padaczka JACKSON'a] oraz następczy bezwład połowiczny kazały się domyślać zajęcia kory w okolicy ruchowej (*pachymeningitis alcoholica*). Jednostronne halucynacje słuchu łatwo dały się podciągnąć pod owo porażenie ogniskowe; psychoakustyczny bowiem zawój skroniowy leży opodal siedliska ruchu w korze. Stwierdzono nadto w przypadku TOULOUSE'a sklerotyczno-zapalną sprawę średniego ucha lewego. Że wszelako ta ostatnia nie wpływała na halucynacje, dowodził wyższy daleko stopień sprawy zapalnej w uchu prawem u tejże chorej, która jednakże nie skarżyła się nigdy na złudzenia zmysłowe prawostronne.

Dwa przytoczone przypadki starczą, by mieć pojęcie o powstawaniu jednostronnych halucynacji percepcyj i aby wykazać różnicę pomiędzy nimi i halucynacjami obwodowo-elementarnymi. Ściśle biorąc, złudzenia obwodowe nie są również niczem innym, jak tylko złudzeniami percepcyj, gdyż podrażnienie chorobowe obwodowego nerwu zmysłowego udziela się ośrodkowi percepcyj i tylko tą drogą wywołuje halucynacje. Niech tylko czynność ośrodka percepcyj upadnie, np. wskutek zaniku, to i pobudzenie nerwu nie zdoła spowodować złudzenia zmysłowego nawet u osobnika, usposobionego do halucynacji.

Czy przy zaburzeniu ośrodka percepcyj może mieć miejsce odpowiednia halucynacja psychiczna, t. j. halucynacja apercepcyj, postaram się rozstrzygnąć niżej, omówiwszy poprzednio własności tej kategorii złudzeń zmysłowych. Tymczasem stwierdzam jedynie fakt, że tak złudzenia obwodowo-elementarne, jak i złudzenia percepcyj wymagają prawidłowej czynności samego ośrodka w korze.

Rodzi się teraz pytanie: czy obecność obwodowego narządu zmysłu niezbędna jest do powstawania halucynacji percepcyjnych oraz obwodowych? Nie ulega wątpliwości, że halucynacje percepcyj mogą mieć miejsce bez współdziałania narządu obwodowego; zależą one bowiem od swoistego podrażnienia sfery zmysłowej: wszak alkoholik, z zanikiem nerwów wzrokowych, może doznawać halucynacji jednostronnych lub obustronnych w razie ogniskowego, encefalitycznego porażenia okolicy potylicowej. Tylko, ażeby pewien obraz wzrokowy mógł stać się przedmiotem halucynacji, musi on niejako przemieszkować w świadomości danego osobnika; bo jeśli ten lub ów szereg pojęć zmysłowych nie mieści się wcale wśród nagromadzonego w mózgu materiału doświadczalnego, to i obraz pamięciowy ich nie może być odtworzony: dlatego to ślepy od urodzenia nie będzie miał z pewnością halucynacji wzroku.

Jeśli zatem ten lub ów narząd obwodowy zmysłu nie jest konieczny, by wywołać halucynację percepcyjną, to bliższy jesteśmy paradoksalnego na pozór pytania, czy porażenie obwodowego narządu zmysłu jest koniecznym warunkiem do otrzymania odpowiedniego złudzenia obwodowego. *A priori* należałoby odpowiedzieć na to pytanie twierdząco, a jednak znane są przypadki, w których tak zwane halucynacje wzroku obwodowe miały miejsce pomimo zupełnej ślepoty, ewentualnie przy prawidłowym, całkiem nie pobudzonym stanie oka.

HUTCHINSON'a przypadek, w którym zapalenie rogówki, przy zupełnej ślepotcie spowodowało światłowstręt i złudzenia wzrokowe, jest pod tym względem klasyczny.

COLMAN wspomina o dwóch pacjentach, u których przewlekła sprawa uszna wywołała przeważnie lub wyłącznie złudzenia wzrokowe i węchowe. Z wyleczeniem cierpienia ucha znikły halucynacje.

FÉRÉ opisuje przypadek jednostronnych halucynacji wzroku, które przyłączyły się do silnego nerwobólu nerwu twarzowego, połączonego z *herpes zoster*. Tenże autor spostrzegał jednostronne halucynacje słuchu w analogicznym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego.

Przykłady powyższe świadczą wymownie, że jednostronne halucynacje obwodowe, t. j. sprawą obwodową wywołane, nie wymagają koniecznie bodźca ze strony odpowiedniego narządu zmysłu. Silne pobudzenie w zakresie jednego zmysłu zdolne jest poniekąd wywołać złudzenia innego; prawdopodobnie oddzielne sfery zmysłów w korze mózgowej wiążą się ze sobą ściśle za pośrednictwem pewnych określonych dróg kojarzących. Spotykają się przecież osobniki, które, przysłuchując się pewnym dźwiękom, lub wachając pewne ciała, mają stale przed oczami jedną i tę samą prostą lub złożoną barwę (*audition et sensibilité colorée*).

Pomienionego działu jednostronnych, pośrednio powstających złudzeń zmysłów nie należy utożsamiać z właściwymi halucynacjami odruchowymi (*Reflexhallucinationen*) KAHLBAUM'a. Te ostatnie wogóle polegają na pomieszaniu pewnego wrażenia z podmiotowymi pierwiastkami w obrębie jednego i tego samego zmysłu, lub też na omanieniu jednego zmysłu rzeczywistymi wrażeniami, wchodzącymi w zakres drugiego. Najprostsze przykłady halucynacji odruchowych są t. zw. uczucia sympatyczne, jak np. uczucie dotyku przy wrzekomem przeciwko nam skierowanem uderzeniu, lub nieprzyjemne uczucie bólu, doznawane przez nieobycyego widza, patrzącego na bolesną operację i t. p.. We wszystkich tego rodzaju złudzeniach pewne wyobrażenie przekształca się we wrażenie, w obraz zmysłowy. Te halucynacje stanowią przejście do grupy złudzeń zmysłowych, które powstają na drodze czysto apercepcyjnej.

Halucynacje apercepcyjnej, nazwane niesłusznie złudzeniami zmysłów, różnią się pod wieloma względami od opisanych dwóch głównych grup, mianowicie halucynacji obwodowych i halucynacji percepcyjnych. Są raczej niezwykłe i jaskrawymi obrazami. Odtwarzanie minionych wrażeń nie osią-

ga zazwyczaj tej wrażliwości zmysłowej, co złudzenie zmysłu i różni się od tego ostatniego mniejszem ożywieniem i pewną bladością. Takie odtwarzane obrazy bywają szczególnie żywe podczas snu, lub na krótko przed zaśnięciem (*halucinatio hypnagogica*), kiedy z jednej strony natężenie wrażeń tak słabnie, że zaledwie istnieje różnica między rzeczywistemi wrażeniami zmysłowemi a obrazami pamięci, z drugiej zaś strony bieg myśli tak się rozluźnił, że krytyka rozumowa prawie całkiem zostaje wyłączona. W warunkach patologicznych odtwarzanie obrazów pamięci może być tak dokładne, że chory, nawet czuwając, nie będzie w stanie rozróżnić należycie wrażeń odtworzonych od wrażeń rzeczywiście doznawanych. Jeśli przyłączy się do tego jeszcze jeden moment, nie sprzyjający wydawaniu prawidłowego sądu o rzeczach, mianowicie że podrażnienie chorobowe mózgu wywoła pewne obrazy pamięci, bezładnie ułożone i nie ściśle skojarzone ze sobą, wówczas i odróżnienie obrazów rzeczywistych od tworców fantazyi stanie się zupełnie niemożliwem. Nadmiernie żywy obraz pamięci, który powstał nie na drodze prawidłowego kojarzenia myśli, sprawia na normalnym osobniku tak samo wrażenie czegoś obcego, jak i patologiczne uczucie zmysłowe, pochodzące z obwodowego narządu zmysłu [GRASHEY].

[C. d. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 23. Prof. D-r Sonnenburg. Patologia i terapia zapalenia okołokątniczego (*Appendicitis simplex et perforativa*).

[Dokończenie. — Patrz Nr 8].

Przy umiejscowieniu tylnem ropień ograniczony jest od przodu tylną po wierzchnią kiszki ślepej, od tyłu tylną ścianą brzucha. *Appendix* leży wtedy po większej części na kątnicy, po której wspina się ku górze. Ta grupa ropni leży zwykle wyżej, niż poprzednia, przekraczając linię, łączącą obie *sp. il. ant. sup.*. Często ropnie te dochodzą do okolicy nerek, tworząc t. zw. ropnie okołonerkowe, lub też zbliżają się do okolicy lędźwiowej, wypuklają ją.

Przy wewnętrznem położeniu ropień graniczy od zewnątrz z wewnętrzną powierzchnią *coeci*, *resp. coli ascendenti*, od tyłu z *mesocolon*; zrosnięte z sobą pętlice kiszek cienkich, a czasem także pęcherz moczowy tworzą często ścianę wewnętrzną i dolną ropnia.

Ostatnia grupa ropni leży w małej miednicy, najczęściej naturalnie po prawej stronie, choć mogą się przedostawać i do lewej połowy miednicy. Ropnie te opuszczają się zazwyczaj po *excavatio vesico-rectalis* do odbytnicy lub u kobiet między pochwą i kiszka prostą. Wyrostek najczęściej bywa spotykany na górnej lub zewnętrznej ścianie ropnia, albo bywa przyrośnięty wierzchołkiem do odbytnicy.

GERSTER podaje inną klasyfikację ropni okołokątnicznych. Z chirurgicznego punktu widzenia odróżnia on ropnie podług miejsc, gdzie te bezpośrednio

przylegają do ściany brzusznej, tak, że przy otwieraniu ropnia nie natrafiamy po drodze na otrzewną. Otrzymujemy w taki sposób 5 typów:

1) *Typus ileo-inguinalis*: ropień leży ku przodowi i na zewnątrz pod listkiem ściennym otrzewnej.

2) *Typus anterior*: więcej na wewnątrz, dostępny bezpośrednio ze strony ściany brzusznej.

3) *Typus posterior*: przylega do tylnego ściennego listka otrzewnej.

4) *Typus rectalis*: dostępny ze strony kiszki prostej.

5) *Abscensus meso-coeliacus*: ognisko ropne leży pośród pętlic kiszkowych; aby dojść do ropnia, musimy przejść przez wolną jamę brzuszną.

W prostych przypadkach *perityphlitis* mamy zwykle pojedynczy ropień; w innych przypadkach spostrzega się mnogie, jednocześnie powstałe ogniska, oddzielone od siebie przegrodami.

Zazwyczaj wcześniej, czy później worek ropny ulega pęknięciu. W którym miejscu nastąpi naruszenie ciągłości ścian ropnia, to już zależy od przypadku. BULL na 57 przypadków spostrzegął.

38 razy dobrowolne opróżnienie się ropnia przez pokrywy brzuszne,

8	"	"	"	"	"	do jamy otrzewnej,
2	"	"	"	"	"	do odbytnicy,
2	"	"	"	"	"	do klatki piersiowej,
2	"	"	"	"	"	do pęcherza moczowego,
2	"	"	"	"	"	do <i>a. iliaca interna</i> ,
1	—	<i>peritonitis chron.</i> ,				
1	—	<i>pyaemia</i> ,				
1	—	nie wiadomo.				

EINHORN na 100 badań pośmiertnych znalazł 13 razy przedziurawienie kiszki: 5 razy — *coecum*; 3 — *colon ascendens*; 3 — *ileum*, 2 — *rectum*; 1 — opróżnienie na zewnątrz przez tylną ścianę brzuszną, 3 razy przez przednią ścianę brzucha, 2 razy w jedną jamę opłucnej, 6 razy zakaźne zatory w żyłę wrotnej z zapaleniem tej żyły i t. d. KRAFFT na 106 przypadków 17 razy notował dobrowolne otwarcie się ropnia do kiszki ślepej, 1 raz do pęcherza. Według statystyki PAULIER'a, na 49 przypadków 4 razy opróżnienie nastąpiło przez ścianę brzuszną, a 15 razy do kątnicy.

Przedziurawienie ścian brzusznych następuje zazwyczaj w okolicy więzu POUPART'a albo powyżej grzebienia kości biodrowej, choć bywa i w okolicy lędźwiowej i w innych miejscach. Tylko w wyjątkowych przypadkach osiąga się na tej drodze uleczenie. Dość często zdarzają się przypadki, w których nawet po szerokim otwarciu ropnia przez ścianę brzuszną, pozostaje przetoka, która nie okazuje wcale skłonności do zagojenia; w takich razach należy podejrzewać grzlicę.

Ze wszystkich przedziurawień kiszkowych do najczęstszych należy przedziurawienie kątnicy, co nie jest bynajmniej dziwnem, gdyż tylko wyjątkowo nie bierze ona udziału w utworzeniu worka ropnego. Przy ogniskach ropnych w małej miednicy ma miejsce opróżnienie do odbytnicy. Kiszki cienkie

rzadziej ulegają przedziurawieniu; znane są jednak przedziurawienia dwunastnicy [FUEHRBRINGER]. Przedziurawienie kiszki może nastąpić w kilku miejscach [przyp. GRAVITZ'a]. Przedziurawienia jelit stanowią główny kontyngens t. zw. samoistnych uleceń: ropień pozbywa się swej płynnej zawartości i kamieni kałowych. Lecz często ropa niezupełnie się opróżnia, lub pozostaje w ropniu kamień kałowy: wszystko to jest przyczyną nowego nagromadzenia się ropy. Połączenia ropnia z pęcherzem moczowym, które daleko rzadziej się zdarzają, niż poprzednie, mogą także prowadzić do wyleczenia; często przytem rozwija się ciężkie zapalenie pęcherza. Nierzadko zdarza się opróżnienie ropnia do pochwy lub do macicy.

Do ciężkich powikłań zapalenia około-kątniczego należą: nadżarcie ścian naczyń i opróżnienie ropnia do jamy otrzewnej. Przedziurawienie ścian tętniczych należy do rzadkości: autor zdołał zebrać z literatury wszystkiego 4 przypadki, z których w jednym tylko nastąpiła śmierć. O wiele częściej sprawa przechodzi na ściany żył, tak, że przypadki powikłania zapalenia około-kątniczego *pylephlebitide cum hepatitiside suppurativa* bynajmniej do rzadkich nie należą.

*Appendicitis perforativa* gra wybitną rolę w etyologii zapalenia otrzewnej z przedziurawienia. BOUNESS zebrał 59 przypadków [z instytutu VIRCHOW'a], w których przedziurawienie nastąpiło: wskutek wrzodów tyfusowych—16 razy, *append. perfor.* 11 razy, wrzodów żołądka 9 razy, wrzodów gruźliczych w kiszki 7 razy. GRAVITZ na 560 przypadków wtórnego ropnego zapalenia otrzewnej znalazł punkt wyjścia we wrzodach tyfusowych 32 razy, w przedziurawieniu wyrostka 24 razy, we wrzodach żołądka 16 razy, w gruźliczych wrzodach kiszki 19 razy. Ciężkość przebiegu zapalenia otrzewnej zależy od stopnia jadowitości drobnoustrojów, wywołujących to zapalenie. Najcięższe zakażenie jamy brzusznej, t. zw. przez MIKULICZA *peritoneale Sepsis*, wytwarza bardzo małą, iść krwawo-surowiczej cieczy, gdyż piorunujący przebieg cierpienia nie pozostawia dosyć czasu do wytworzenia obfitszego wysięku. W pojedynczych przypadkach niema nawet wcale wysięku.

Ze wszystkich postaci rozlanego zapalenia otrzewnej najczęstsze powikłanie dziurawiącego zapalenia wyrostka stanowi rozlana posokowato-ropna postać (*diffuse jauchig-eitrige Form der Peritonitis*—MIKULICZ). Postać ta jest najczęściej śmiertelną. Nieco rzadziej występuje przy przedziurawieniu wyrostka t. zw. przez MIKULICZ'a postępujące włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej (*progredivente fibrinös-eitrige Peritonitis*). W tej postaci odróżnić można 2 typy. Typ I. Ogniska ropne umiejscawiają się w jednej części jamy brzusznej, znajdując się między sobą w połączeniu często tylko za pomocą cienkich kanalików, gdy tymczasem cała reszta jamy otrzewnej pozostaje nietkniętą. Ropa wędruje przytem 2-ma różnymi drogami: raz poprzecznie przez miednicę i do lewej okolicy podżebrowej, wypełniając *excavationem vesico-rectalem*, a u kobiet dół DOUGLAS'a i *cavum vesico-uterinum*; druga droga prowadzi między pętlami kiszki po wewnętrznym brzegu okrężnicy wstępującej często do samej wątroby. Po większej części ropa postępuje jednocześnie obiema



drogami. MIKULICZ zwraca uwagę na tę okoliczność, że podzielenie jamy otrzewnowej na 2 części: jedną zdrową i drugą chorą, zależne jest od zrostów sieci wielkiej. Typ II. Ogniska ropne, zupełnie otorbione i nie mające między sobą żadnej komunikacji, rozrzucone są po całej jamie brzusznej. Trzewa tak są zrosnięte ze sobą, że niepodobna ich od siebie oddzielić. Sprawa przebiega zazwyczaj bardzo przewlekłe. Ogniska ropne okazują skłonność do zagęszczenia i do wessania, tak, że w pojedynczych przypadkach może nastąpić nawet uleczenie samoistne. Inne zaś przypadki prowadzą do zejścia śmiertelnego przy objawach posocznicy przewlekłej. Rozległe zrosty utrudniają krążenie kału, warunkują zgięcia kiszek i nawet zamknięcie światła, skutkiem czego może nastąpić śmierć przy objawach niedrożności (*ileus chronicus*). Należy pamiętać, że ropne zapalenie otrzewnej może się rozwinąć i przy nieprzewidywanym wyrostku [3 przyp. EINHORN'a].

Zapalenia okołokątnicze klinicznie występuje najczęściej pod postacią *perityphlitiis recidivae*. O przyczynach tego zjawiska już była mowa. Również wzmiankowano i o gruźliczym zapaleniu wyrostka, które zdarza się dość często i cechuje się przebiegiem i skłonnością do wytworzenia nieogających się przetok.

*Appendicitis actinomycotica* stanowi cierpienie rzadkie. W jednej z najnowszych prac KELYNACK'a przytoczono z literatury tylko jedno spostrzeżenie. Autor zebrał i podaje w streszczeniu 12 przypadków promienicy wyrostka.

### Część kliniczna.

Rozpoznanie kliniczne różnych postaci niedziurawiącego zapalenia wyrostka (*appendicitis cat. chronica, empyema proc. vermiformis*) opiera się głównie na często powracających przypadłościach, umiejscawiających się przeważnie w okolicy biodro-kątniczej. Przypadłości te można określić jako kolkę wyrostkową (*colica appendicularis*). Chorzy zazwyczaj dokładnie wskazują na siedlisko tych bólów. W tych nielicznych przypadkach, w których chorzy wskazują na rozlane bóle brzucha lub opowiadają o kurczach żołądka, można przy macaniu zawsze wykryć prawdziwe siedlisko bólów: ucisk, wywierany na okolicę biodro-kątniczą, wywołuje ból lub wzmacnia już przedtem istniejący ból. Jeśli przytem u kobiet badanie wewnętrzne nie wykrywa nic chorobowego w przydatkach macicy, to rozpoznanie zapalenia wyrostka (*appendicitis simplex*) postawimy z całą śmiałością. Napady kolki wyrostkowej kończą się nagle. Za przyczynę tego uważać należy wydalanie z jamy wyrostka nagromadzonych tam wydzielin i kamyczków kałowych, wydalanie, spowodowane przez skurcze błony mięśniowej wyrostka i sąsiednich odcinków jelit.

Ponieważ *appendicitis simplex* zwykle poprzedza zapalenie wyrostka dziurawiące, przeto często słyszymy od chorych o bólach, które przed daną chorobą występowały od czasu do czasu w dole biodrowym.

Już w poprzednich rozdziałach była mowa o tem, że i zwyczajne zapalenie wyrostka (*ap. simplex*) często prowadzi do zrostów z sąsiednimi narządami i że do najczęstszych należą zrosty wyrostka z kątnicą. Przypadki *appendicitidi*

*simpliis*, które autor miał sposobność operować [w liczbie 4], nauczyły go, że nie tylko zapalenie wyrostka, lecz także zrosty jego z otaczającymi narządami mogą powodować bóle. Skargi pacjentów odnosiły się nie tylko do bólów w postaci kolki, lecz często także do uczucia ciężkości w dole biodrowym i uporczywego zaparcia stolca. Zwiększona rezystencja w dole biodrowym, którą łatwo można było stwierdzić przed operacją, zależała w tych przypadkach, jak to wykazała później operacja, od zastoju kału w kiszce ślepej, *resp.* w okrężnicy wstępującej. Przyczyną tej koprostazy były zrosty wyrostka z kątnicą, które utworzyły obrączkowate zwężenie tej ostatniej. Autor przypuszcza, że przypadki t. zw. *typhlitis* często można sprowadzić do takich właśnie postaci zapalenia wyrostka. Przypadki niedziurawiącego zapalenia wyrostka wogóle rzadko dochodzą do operacji. W nielicznych tylko razach wywiady są tak charakterystyczne, że decydujemy się na operację, najczęściej zaś dzieje się to na wyraźne żądanie chorego. W wszystkie 5 przypadków autora (*app. simpl. et emp. proces verm.*) zakończyły się wyzdrowieniem, a opisane wyżej przypadłości zostały zupełnie usunięte.

Co się tyczy dziurawiącego zapalenia wyrostka, to autor spostrzegał i operował 52 przypadki. We wszystkich zejście było pomyślne. Operacji dokonano:

2-go dnia od początku choroby	1 raz	9-go dnia od pocz. chor.	2 razy
3-go " " "	3 razy	10 " " " "	4 "
4 " " "	7 "	11 " " " "	3 "
5 " " "	5 "	13 " " " "	5 "
6 " " "	3 "	14 " " " "	2 "
7 " " "	2 "	15 " " " "	4 "
8 " " "	6 "	22 " " " "	2 "
		23 " " " "	1 raz.

Jeszcze później 2 operacje.

Wszystkie te przypadki nie tylko zakończyły się wyzdrowieniem, lecz i nie dały nawrotów [o ile sądzić można z zebranych przez autora wiadomości o dalszych losach chorych]. Z pomiędzy tych 52 przypadków 10 stanowiły nawroty, 2 razy poprzedzał cierpienie tyfus, 1 raz za przyczynę cierpienia mógł być przyjęty uraz. Wyrostek robaczkowy został całkowicie lub częściowo wycięty tylko 22 razy: mała ta cyfra objaśnia się tem, że w latach poprzednich wyrostek nie bywał tak systematycznie, jak w latach ostatnich, odszukiwany i usuwany. Kamienie kałowe i części ich znaleziono 18 razy. W 5 przypadkach wykonano operację na 2 posiedzeniach. We wszystkich przypadkach istniało bolesne obrzmienie *in reg. ileo-coeculi*. W kilku spostrzeżeniach wzdęcie brzucha od samego początku choroby było tak silne, że stłumienie i obrzmienie w dole biodrowym tylko z trudnością można było skonstatować. *Meteorismus*, objawy podrażnienia otrzewnej i wysoka gorączka nie stanowiły przeciwwskazania do wykonania operacji. W żadnym przypadku autor nie pomylił się w rozpoznaniu: we wszystkich znaleziono ropę. Im wcześniej się operowało, tem pewniej można było znaleźć wyrostek i po większej części całkowicie go wyciąć. Im wcześniej była wykonana operacja, tem mniejsze było zbiorowisko

ropy i tem prędzej następowało wyleczenie. W wielu przypadkach kikut mógł być zeszyty, w wielu innych razach szwy nie trzymały w kruchej tkance wyrostka i światło jego pozostawało otwarte. Zdarzało się przeto, że podczas gojenia wytwarzała się przetoka, przez którą od czasu do czasu opróżniał się kał. Przetoka ta zwykle stopniowo się zmniejszała i wreszcie zupełnie znikiała. Jeśli wyrostka nie można było usunąć, to rana wprawdzie zamykała się, lecz po jakim czasie znów się otwierała, przyczem poczynały się wydzielać obumarłe części tkanek i ropa często zmieszana z kałem, co zmuszało do ponownego otwarczenia rany i szukania wyrostka. Sprawa gojenia w takich razach trwała zwykle bardzo długo. 21 razy ropień leżał z przodu, 20 razy z tyłu, 10 razy na wewnątrz i 1 raz w worku przepuklinowym [przepuklina biodrowa]. We wszystkich przypadkach [prócz jednego, w którym, być może, szło o *emp. proces. vermif.*] była gorączka, silne bóle brzucha, które szybko umiejscawiały się z prawej strony, wymioty połączone z rozwolnieniem i obrzmienie bolesne. Często poprzedzały cierpienie objawy *app. catarrhalis*. W 10 przypadkach choroba rozpoczynała się od dreszczy. W 8 przypadkach w końcu 1-go tygodnia [przed operacją] nagle następowało pogorszenie: dreszcze, gwałtowne bóle brzucha i objawy podrażnienia otrzewnej. W tych właśnie przypadkach znajdowano zwykle dużych rozmiarów zbiornik ropy. Zdaniem autora, miało się do czynienia w takich przypadkach z szybkim zropieniem wysięku surowiczowo-włóknikowego. Późniejsze wiadomości o losach chorych znajdujemy nie we wszystkich spostrzeżeniach autora. Operacja zawsze bywała łatwo wykonalną.

Od tych przypadków autor przechodzi do opisu 8 spostrzeżeń, w których dziurawiące zapalenie wyrostka było powiklane postępującem włóknikowo-ropnem zapaleniem otrzewnej [liczne ropnie] bez objawów posocznicy lub z bardzo lekkimi jej objawami. Jeśli w poprzedniej grupie odsetka śmiertelności = 0, to w tej grupie było zejść śmiertelnych 3. W pierwszym przypadku jeden ropień nie został otwarty, bo nie można było go znaleźć. W drugim istniało połączenie ropnia z jelitami cienkimi, przyczem masy kałowe przechodziły ciągle do jamy ropnia. W 3-im również, jak i w pierwszym, jedno ognisko nie zostało wykryte i opróżnienie nastąpiło do pęcherzyka żółciowego; prócz tego przyłączyło się obustronne nieżytowe zapalenie płuc. Przy ropnem zapaleniu otrzewnej nigdy nie można z góry wiedzieć, jakie zejście będzie miała choroba, gdyż wiele tu zależy od sił pacyenta i od rozmaitych nieprzewidzianych okoliczności.

Przypadki z przebiegiem piorunującym, w których przedziurawienie wyrostka lub opróżnienie naokoło niego leżącego ropnia nastąpiło do jamy otrzewnej, zanim jeszcze zdołały się wytworzyć dostateczne zrosty, należy uważać za stracone. Po kilku bezużytecznych próbach uratowania życia chorym autor ostatecznie zrzekł się w takich razach operacji. Przy końcu pracy autor podaje opis 12 przypadków septycznego zapalenia otrzewnej, z których wszystkie zakończyły się śmiercią.

Za zakończenie swej pracy prof. SONNENBURG powiada: „Mam nadzieję, że uważny czytelnik zgodzi się ze mną, że przy takim cierpieniu, jak zapalenie okołokatnicze, gdzie zejście nie da się z góry przewidzieć, wczesny zabieg

chirurgiczny, stosownie wykonany, jest zupełnie usprawiedliwiony i że wyłącznie on tylko w stanie jest sprowadzić zupełne uleczenie i zapobiedz nawrotom. Wcześniej przedsięwzięta operacja daje najlepsze wyniki: w 57 przypadkach nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. Wskazanie do operacji daje dziurawiące zapalenie wyrostka, które, występując przy objawach bardzo charakterystycznych, może być klinicznie z całą pewnością rozpoznane. Wystąpienie tego zapalenia wciska, że tak powiem, lekarzowi nóż do ręki. Wiara w zupełne uleczenie samoistne winna, wobec bogatego doświadczenia, nabytego przez chirurgów na drodze operacji, z każdym dniem się zmniejszać... Uleczenie samoistne dopóty uchodzi za zupełne, póki przy pierwszej lepszej sposobności pozostałe w ustroju resztki produktów zapalnych nie wywołają nagle nowego zapalenia. Podobne niebezpieczeństwo może usunąć tylko wczesna operacja... Ze wszystkiego, cośmy wyżej rzekli, wynika, że leczenie zapalenia około-kątniczego winno należeć do chirurga, gdyż wtedy tylko choroba ta straci swój niebezpieczny charakter“.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 1894. Bd. 38. Heft 2 u. 3.).

Stanisław Pechkranc.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie kliniczne z d. 5. II. 1895.

DOBROWOLSKI przedstawia przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej (*tonsillitis et glossitis leptothricia*), dotyczący chorej, lat 24, która przed paru dniami zgłosiła się do niego, skarżąc się na zasychanie, palenie i uczucie zawadzenia w gardle. Przy badaniu D. znalazł czopki, wystające z dolnych części migdałków i z boków podstawy języka. Czopki te, wielkości od ziarnka prosa, do grochu polnego, miały kolor biały, były twarde, rogowate i trudno dawały się usunąć końcem szpatla lub pędzelkiem. Przy badaniu drobnowidzem czopki przedstawiały skupienie płaskich komórek nabłonkowych, w pośród których leżały nitki włoskowca (*leptothrix buccalis*), to pojedynczo, to zebrane w snopeczki; dodanie do preparatu płynu Lugol'a powodowało fioletowe zabarwienie nitek. Cierpienie to na pierwszy rzut oka można uważać za *tonsillitis lacunaris*, *tonsillitis diphtheritica* lub złogi wapienne w migdałach. Najważniejszym punktem w odróżnieniu *pharyngitidis leptothriciae* od powyżej przytoczonych jest wykrycie w czopkach pod drobnowidzem snopeczków włoskowca lub pojedynczych jego nitek w pośród komórek nabłonka płaskiego.

(*Autoreferat*).

SĘDZIAK miał odczyt p. t. „Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych [intratrachealnych] wstrzykiwań płynów antyseptycznych“.

Jakkolwiek podgłośniowe wstrzykiwania płynów antyseptycznych, jako metoda lecznicza przy gruźlicy płuc, nie jest nowe, to jednak stosunkowo niewiele w tym kierunku istnieje prac doświadczalnych, tak, że dotąd nie mamy dokładnego pojęcia o tem, czy i o ile takie wlewania są skuteczne przy tem cierpieniu; wiemy tylko to: że 1) metoda ta jest bezpieczną [BOREY] oraz 2) że

pliny, tą drogą stosowane, dostają się do gruźliczo zmienionych tkanek płuc, *resp.* ich wierzchołków [HERYNG].

Wzgląd powyższy skłonił prelegenta do zajęcia się tą kwestyą. W tym celu w szpitalu Dzieciątka Jezus wykonał on szereg odnośnych doświadczeń [na 17 przypadkach gruźlicy płuc]. Stosował mentol sam [w 5—10% roztworze oleistym] lub w połączeniu z gwajakolem [1%—5%], wstrzykując owe roztwory za pomocą specjalnej szprycy krtaniowej w ilości 2 — 4 grm. do tchawicy, *resp.* płuc pod kontrolą lusterka krtaniowego, co chorzy w większości przypadków znosili dobrze, doznając uczucia przyjemnego chłodu w tej części klatki piersiowej, do której były robione wlewania [najczęściej w pozycji siedzącej, przechyloonej w odpowiednią stronę]. Czasami chorzy skarżyli się na palenie w boku, jednak bez zmian jakichkolwiek obiektywnych. Parę razy na trupie i na chorej *in extremis experimenti gratia* zastosował S. błękit metylenowy w celu przekonania się, o ile płyn ten przenika do wierzchołków, *resp.* znajdujących się w nich jam gruźliczych; w jednym przypadku [na żywym] rezultat był ujemnym. Ostatecznie po szczegółowym opisie 17 odnośnych spostrzeżeń i rozpatrzeniu ich krytycznym przechodzi S. do następujących wniosków:

1) Wstrzykiwania podgłośniowe [intratrachealne] płynów antyseptycznych, mianowicie mentolu samego, lub w połączeniu z gwajakolem, przy gruźlicy płuc są metodą najzupełniej bezpieczną oraz po większej części łatwo wykonalną i dobrze przez chorych znoszoną zwłaszcza w słabych roztworach [5% mentolu i 1% gwajakolu] i w ilościach niezbyt znacznych, nie przechodzących 4 grm. płynu.

2) Wstrzykiwania te na stan ogólny wywierają w wielu przypadkach wpływ pomyślny, jak o tem świadczy zwiększenie się wagi ciała, choć nie zawsze, co zależy od natężenia sprawy chorobowej [brak gorączki, rozpadu płuc, powikłań i t. d.].

3) Na przebieg gorączki wybitniejszego znaczenia wstrzykiwanie nie zdaje się wywierać; w przypadkach bezgorączkowych ciepłota pod ich wpływem nie podnosi się.

4) Na kaszel i płwocinę, pod względem ilości i jakości, w większości przypadków wpływ tych wstrzykiwań jest pomyślnym.

5) Na zmiany gruźlicze w płucach, *resp.* w ich wierzchołkach, wstrzykiwania intratrachealne mentolu i gwajakolu, zdaje się, w pewnych rzadkich przypadkach wywierają wpływ pomyślny; dotyczy to przedewszystkiem spraw początkowych naciecznów szczytów płucnych.

Ostatecznie więc, jakkolwiek rezultat dotychczasowy nie był zbyt zadawalającym, to jednak ze względu na zbyt szczupłą liczbę obserwacji S. nie odmawia zupełnie metodzie wstrzykiwań intratrachealnych przy gruźlicy płuc wpływu leczniczego, lecz sądzi, że należy w dalszym ciągu na większym materiale z innymi jeszcze środkami antyseptycznymi metodę tę wypróbować, co też i w niedługim czasie ma zamiar skutecznie.

(Autoreferat).

W dyskusyi SOKOŁOWSKI mówił, co następuje: „Zdawałoby się, że gruźlica płuc, której ostateczna przyczyna stanowczo przez KOCH'a jako pasożyt

swoisty została wskazaną, winna na drodze leczenia antyseptycznego dawać najbardziej zadawalające wyniki. Zachętę i pobudkę do takiego leczenia dała nam patologia doświadczalna, wykazawszy cały szereg środków z grupy antyseptyków, działających zabójczo na rozwój lasecznika gruźliczego. Niestety, doświadczenie kliniczne, z całą konsekwencją prowadzone niemal we wszystkich szpitalach i klinikach europejskich w ciągu lat ostatnich kilkunastu, dało ostatecznie rezultat ujemny. Całe legiony coraz to nowych środków antyseptycznych zdawały się z początku dawać nadzieję pomyślnych wyników; wkrótce jednakże doświadczenia ściślejsze szybko osłabiły doniosłość pierwotnych dodatnich wyników. Rozliczne więc owe środki antyseptyczne, stosowane czy to wewnątrznie, czy też podskórnie, za pomocą wzięwań, rozpylań, wstrzykiwań wprost do tkanki płucnej i t. d., zawiodły w zupełności pokładane w nich pierwotne nadzieje, a całą metodę leczenia antyseptycznego suchot płucnych, sądzę, dziś uważać należy jako zabytek historyczny.

Ja sam wszystkie owe środki i metody ich stosowania, nie wykluczając wstrzykiwań wewnątrz-tchawicowych w ciągu ostatnich lat dziesięciu konsekwentnie stosowałem u chorych w szpitalnej i prywatnej praktyce; doszedłem wreszcie do smutnego przeświadczenia o ich bezskuteczności, a nieraz nawet o szkodliwym działaniu [duże dawki kreozotu], o czem zresztą wielokrotnie w ciągu lat ostatnich komunikowałem w tutejszem Towarzystwie. Metoda stosowania środków antyseptycznych wprost do tchawicy w celu leczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia teoretycznego ulega bardzo poważnym zarzutom; wiemy bowiem że, sprawa gruźlicza już nawet w początkowych okresach rozwoju wywołuje zatkanie drobnych, a następnie i większych oskrzelików, przez co masy serowate, ulegające powoli wewnątrz rozpadowi, są zupełnie zamknięte i przez oskrzela z góry nie mogą być dostępne dla terapii lokalnej. Dopiero z wystąpieniem szerszego rozpadu i wytworzeniem się większej jamy, komunikującej swobodnie z oskrzelem, droga ta dla niej mogłaby się stać dostępną. Jama jednakże, swobodnie komunikująca z oskrzelem, przez którą masy rozpadowe bywają z łatwością odpluwane, i do której plyn antyseptyczny, jak to dowiódł doświadczalnie kol. HERYNG, może się dostać przy wstrzyknięciu wewnątrz-tchawicowem, jest stosunkowo najmniejszym złem, tkwiącym w ustroju suchotnika; główne bowiem niebezpieczeństwo tkwi w olbrzymiej ilości ognisk serowatych, ściśle zamkniętych, rozpadających się powoli i dających bodziec do zakażeń miejscowych w sąsiedztwie, a nieraz i ogólnych przez naczynia limfatyczne i krwionośne. Te teoretyczne zarzuty dały powód, że metoda powyższa bardzo szybko została zarzuconą; nie będąc bowiem usprawiedliwioną teoretycznie, po zastosowaniu jej w praktyce dała w rękach krytycznie patrzących autorów zupełnie ujemne wyniki. Ja sam, stosując ją w niewielkiej stosunkowo liczbie przypadków, również tylko ujemne wyniosłem o niej wrażenie. SĘDZIAK, wychodząc może i ze słusznego praktycznego punktu widzenia, że każdą metodę, mogącą wpłynąć korzystnie na tak straszne cierpienie, jakim jest gruźlica płuc, należy wielokrotnie wypróbować, podjął się tego niewdzięcznego zadania i w całym szeregu przypadków metodycznie ją przeprowadzał.

Wyniki, jakie otrzymał, są, zdaniem mojem, zupełnie ujemne. Poprawa, notowana w przypadku I, nic na korzyść metody nie przemawia; był to bowiem przypadek u chorej z nieznacznymi zmianami i nie gorączkującej wcale, a wiemy, że u tej kategorii chorych poprawy spostrzegane są stosunkowo dość często, a przede wszystkim przy stosowaniu metody higieniczno-dyetyetycznej. Inny przypadek, w którym wstrzyknięcia miały wywierać pewien dodatni wpływ na sprawę miejscową, jest, jak to słusznie zaznacza SĘDZIAK, wątpliwym pod względem dyagnostycznym; laseczników bowiem gruźliczych w płwocinie nie wykryto, a badanie pośmiertne dokonaniem nie było. *(Autoreferat).*

HERYNG zaznacza, że przed 2 lata rozpoczął badania nad metodą wstrzykiwań podgłośniowych u zwierząt; wyniki z tych doświadczeń ma zamiar wkrótce przedstawić. Zabiera obecnie głos w celu zwrócenia uwagi na pewne niedokładności, które zauważył w odczycie SĘDZIĄKA oraz w celu odpowiedzi na zarzuty SOKOŁOWSKIEGO przeciwko stosowaniu metody wstrzykiwań podgłośniowych.

HERYNG najpierw zaznacza, że nie BEILAG pierwszy zaczął stosować wstrzykiwania, lecz REICHERT, który w r. 1885 zaczął leczyć suchotników pulweryzacją salicylanu sodu i widząc, że działanie jest słabe, przystąpił do wstrzykiwań mentolu w dawkach dochodzących do 8 grm. MASINI z Genui nie stosował wstrzykiwań z gwajakolu, lecz z kreozotu, a metody tej próbował nie BREMER, lecz STACHIEWICZ. Co się tyczy doświadczenia londyńskich studentów weterynaryi z wlewaniem wody do płuc konia, to ze względu na jego przypadkowość, nie daje ono dowodów, aby płyny mogły się umiejscawiać. Wreszcie H. prostuje zdanie prelegenta, że nie on [HERYNG] pierwszy przeprowadzał doświadczenia nad lokalizacją wstrzykiwanych do płuc płynów, lecz że przed nim podobne próby wykonywali: HOFFMANN, DOR, BINZ, NOTHAGEL i wielu innych.

W szczególności mówca nie wchodzi, gdyż nie zna historii chorób, na których opiera swe wyniki prelegent; chodzi jednak głównie o to, czy chorzy zaraz po wstrzykiwaniach byli badani, oraz czy płyny do wstrzykiwań były ogrzewane? [Tu S. odpowiada, że używał płynów nieogrzewanych i że chorych badał zaraz po wstrzyknięciu, czasami i po raz drugi tegoż samego dnia].

Co się tyczy techniki, to jest ona obecnie nieco odmienną. Przy obecnej technice udaje się nieraz wprowadzać płyny do jam, nie dotykając strun głosowych.

Nie małe znaczenie dla dodatniego leczenia intratrachealnymi wstrzykiwaniami ma ilość płynu wprowadzonego, a skutku pomyślnego można się dopiero spodziewać przy wprowadzaniu większych ilości płynów. Niepomyślnie wyniki badań prelegenta mogły zależeć od materiału; chorzy bowiem szpitalni z powodu niezbyt pomyślnych warunków, w jakich się znajdują, do badań w tym kierunku nie są odpowiedni.

Następnie H., wbrew twierdzeniu SOKOŁOWSKIEGO, jest zdania, że metoda omawiana ma przyszłość przed sobą; trzeba tylko wyrobić sobie technikę. Metoda wstrzykiwań ma za zadanie nie tylko dezynfekowanie chorych płuc, lecz i wyrzucanie z nich produktów rozkładu. Wychodząc z tego założenia, H. są-

dzi, że we wszystkich wczesnych okresach suchot płucnych, w przypadkach przewlekłych niezytu oskrzeli, rozszerzenia oskrzeli i niewielkich jam stosowanie tej metody ma rację bytu. Stosując wstrzykiwania podtchawicowe, można liczyć na znaczne wessanie wstrzykniętych płynów. Doświadczenia OERTEL'a dowodzą, że pomimo zatrzymywania się wstrzykniętego płynu w gruczołach limfatycznych, przechodzi on w bardzo mało zmienionej postaci przez układ krwionośny. Antyseptyki posiadają tutaj o tyle znaczenie, że powstrzymują w jamach rozwój zarazków ropotwórczych, od których, jak na to wskazują nowsze badania [PETRUSCHKY], zależy przeważnie gorączka w przebiegu suchot płucnych.

DUNIN jest zdania, że proponowana metoda nie może zyskać szerszego zastosowania. Wdechania roztworów będzwinianu sodu stosowano oddawna z małym rezultatem, choć wiadomo z badań SMOLEŃSKIEGO, że przy wdechaniach płyn może się dostać do wszystkich części płuc zdrowych. Gorączka u suchotników nie zależy tylko od rozpadu w płucach, gdyż zjawia się często w początkowych okresach suchot płucnych, wtedy, kiedy o rozpadzie tkanki jeszcze mowy być nie może.

WRÓBLEWSKI dodaje, że na podstawie własnego doświadczenia i badań, których był świadkiem na klinikach wiedeńskich, metoda wstrzykiwań do płuc mało ma szans powodzenia. Co się tyczy techniki, używanej przez prelegenta, to różni się ona od techniki, jaką się posiłkują HERYNG i REICHERT; nie jest ona jednak tak trudną, aby ją musiał koniecznie wykonywać laryngolog.

W odpowiedzi HERYNGOWI SOKOŁOWSKI zaznacza, że pomimo wielu wątpliwości, dotyczących metody wstrzykiwań podgłośniowych, próbować ją można; należałoby jednak zbić zdanie SCHREIBER'a i ARNOLD'a, że płyny nie mogą się dostawać do tkanki zęszczonej. Co się tyczy ogólnego działania płynów, wstrzykiwanych do płuc, to S. uważa, że odpowiedniej wprowadzać by było te płyny do odbyticy, która, jak wiadomo, znaczną posiada siłę rezorbcyjną. W kwestyi gorączki w przebiegu suchot S. przyłączając się do zdania DUNINA, dodaje, że często suchotnicy, posiadający znaczną ilość różnych zarazków w wydzielinie, nie gorączkują do pewnego czasu, potem zaś naraz zaczynają gorączkować i sekcyja zazwyczaj wykazuje obecność znacznej ilości gruzelków, gdy tymczasem jam z rozpadem albo niema, albo też jest ich bardzo mało; stąd wynika, że same streptokoki nie są wyłączną przyczyną gorączki w przebiegu suchot płucnych.

W odpowiedzi na poczynione zarzuty SĘDZIAK odpowiada, że nie przytaczał dokładnych historii chorób z powodu braku czasu, tembardziej, że już poprzednio w Kronice Lekarskiej dwa przypadki szczegółowo opisał; w pracy niniejszej prelegent nie miał zamiaru przytaczać szczegółowo literatury, chodziło mu tylko o wskazanie prac w tej kwestyi najważniejszych. Co do skuteczności stosowania metody wstrzykiwań podgłośniowych, to wobec dość małej względnie liczby obserwacji, S. wstrzymuje się od wypowiedzenia zdania stanowczego.

Przypadki do badań brał SĘDZIAK bez wyboru umyślnie w tym celu, aby mieć możność ocenienia metody; stosowanie jej bowiem we wczesnych okresach



gruźlicy z dodatnim wynikiem nie mogłoby jeszcze na jej korzyść przemawiać. Do doświadczeń swych S. używał małych ilości środków leczniczych; większe ilości, jak zauważył, chorzy źle znosili.

Prof. BARANOWSKI nadmienia, że kwestya skuteczności proponowanej metody, jak to zaznaczył prelegent, rozstrzygniętą obecnie być nie może. W prowadzenie antyseptyków nie ma racyi o tyle, o ile liczymy na ich skutek za pomocą krwiobiegu, natomiast miejscowo niewątpliwie wpływ ważny przy leczeniu spraw w płucach posiadać powinny. Nadto większe ilości wstrzykniętego płynu okażą swój wpływ jako środek wykrztuśny. Wobec tego prof. B. zachęca do dalszych doświadczeń nad metodą wstrzykiwań podgłośniowych.

Prof. BRODOWSKI mówił, co następuje: „Ponieważ w dyskusyi nad kwestyą, poruszoną przez SĘDZIĄKA, koledzy opierali swe wnioski na zmianach anatomicznych, mających zachodzić w płucach osób, dotkniętych gruźlicą, a wygłaszane w tym względzie opinie zdawały mi się niekoniecznie zgodnemi z doświadczeniem, osiągniętem przez anatomię patologiczną, pozwalam więc sobie zwrócić na to uwagę. A najprzód z tego, com słyszał, wnoszę, że koledzy powstawanie jam w płucach suchotników tłómaczą sobie niemal wyłącznie destrukcyą tkanki płucnej i to przeważnie wskutek przyłączenia się do gruźliczego — zakażenia ropnego, tak dalece, iż HERYNG wygłosił, że co innego jest gruźlica, a co innego suchoty płucne. HERYNG gorączkę nawet u dotkniętych gruźlicą płuc przypisuje wyłącznie ropieniu w płucach. Otóż, anatomia patologiczna uczy, że większości jam w płucach u suchotników, a niemal wszystkim, z nic nieznaczącym wyjątkiem, znajduwanym u szczytu tych narządów, daje początek nie szybki rozpad, destrukcyą płuc, lecz bardzo powoli zwiększające się torebkowate rozszerzenie się oskrzeli, że t. zw. *phthisis fibrosa c. induratione*, dziesiątki lat niekiedy trwająca, kończy się wreszcie śmiercią wskutek zagłady budowy większości płuc przez zwyrodnienie włókniste nie bez pewnej ilości jam w płucach, lecz z pewnością nie rozpadowych. Wszak laseczniki gruźlicze rzadko kiedy już z samego początku dostają się w większej ilości do narządów oddechowych lub tak podatny znajdują grunt, żeby się mnożyć mogły z niezwykłą szybkością, a tylko w podobnych przypadkach od razu mogłaby powstać *phthisis ulcerosa* z jamami rozpadowemi. Najczęściej zaś stosunkowo w nieznacznej ilości sadowią się nazwane laseczniki w bardzo drobnych oskrzelach, powodując tu dość znaczne, jak na takie oskrzela, zapalenia drobno-ogniskowe (*tubercula s. bronchiolitis tuberculosa*) zwyczajnie z reakcyjnym rozrostem tkanki łącznej ścian odnośnych oskrzeli, a wkrótce i tkanki około oskrzelowej. Stąd niedrożność tych oskrzeli (*obturatio*), opadnięcie (*collapsus*), przekrwienie, a niekiedy i obrzęk niemogących już otrzymywać przez zatkałe drogi powietrza odnośnych pęcherzyków płucnych. Zmiany, zdawałoby się tak bardzo usposabiające do przejścia na nie z tak blisko położonych, a dotkniętych gruźlicą oskrzeli, zapalenia gruzełkowego (t. zw. *pneumonia caseoidea intralveolaris*). A jednak i takie zjawisko do częstych nie należy. Owszem, częściej gruźlica z tkanki około-oskrzelowej przechodzi na sąsiednią tkankę interstycjalną płuc, szerzy się ciągle w niej za pomocą naczyń limfatycznych, wywołuje także rozrost tkanki łącznej, a więc i zwyrodnienie włókniste. Gdyby nawet i prze-

szło wskutek zmian powyżej wspomnianych zapalenie gruźlicowe na wewnątrz stosunkowo niewielkiej ilości pęcherzyków płuc (*pneumonia caseoidea alveolaris*, a nie *lobularis*), to i w takim razie towarzyszący rozrost tkanki łącznej nie dopuści zwykle do rozpadu. Dopiero gdy się potworzą torebkowate rozszerzenia oskrzeli, gdy skupiający się w nich śluz dostarczy dobrego podłoża do rozpadu laseczek gruźlicowych i innych pasożytów, a chorzy zaczęą wykrztuszać większe ich ilości, dopiero, powtarzam, wtenczas wskutek wciągania w płuca [aspirowania] większej ilości pasożytów gruźlicowych powstają liczne częstokroć ogniska zapalenia płuc nachłystowego (*Schlukpneumonie*), którego wytwory ulegają szybkiej nekrozie (t. zw. *pneumonia caseoidea lobularis*), miękną, rozplývają się i dopiero wtenczas mamy do czynienia z jamami, powstałymi z rozpadu, częstokroć bez udziału w niszczeniu tkanek pasożytów ropotwórczych. Obecność ich np. w płwocinie nie dowodzi jeszcze obecności w płucach głębokich zapaleń ropnych [flegmonicznych, jak się zwykle wyrażają]. Te wogóle są rzadkie. Mogą wzmiankowane pasożyty znajdować się w płwocinie, już jako saprofity [wszak można je znaleźć jako takie i w normalnym śluzie oskrzeli], już też jako współczynniki etyologiczne zapaleń nieżytowych oskrzeli, które tak nieodstępne, rzecz można, są od gruźlicy płuc, a częstokroć także jako jedna z przyczyn zapalenia nieżytowego płuc, które u suchotników także do rzadkości nie należy. Że też gorączka u dotkniętych gruźlicą płuc niekoniecznie jest następstwem głębszego w nich zapalenia ropnego, dowodzi tego najlepiej tuberkulina“.

(Autoreferat).

## Wiadomości bieżące.

— W Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandrya pod przewodnictwem lekarza naczelnego D-ra SIKORSKIEGO utworzył się komitet dla badania działania surowicy antydifterytycznej, która od trzech tygodni jest już stosowaną w oddziale kolegi MALINOWSKIEGO. Do komitetu tego należą: SIKORSKI, MALINOWSKI, DUDREWICZ, R. JASIŃSKI, RABEK, WŁ. SAWICKI, BĄCZKIEWICZ, L. NENCKI i PALMIRSKI. Dotąd leczono 10 dzieci chorych na dyfteryt, a rezultaty otrzymane są istotnie zachęcające. W oddziale kolegi MALINOWSKIEGO zastosowano izolację przypadków podejrzanych od zdecydowanych, urządzono salkę operacyjną, jednym słowem: wyposażono oddział ten tak, że może służyć za wzór dla oddziałów szpitalnych tego rodzaju. Wizyta chorych odbywa się rano od 11—1 i wieczorem o 8 godzinie. Codziennie liczni lekarze z miasta i prowincji wiedzają oddział, zapoznając się z nową metodą leczniczą. W tym tygodniu kol. MALINOWSKI stosował kilkakrotnie surowicę BUJWIDA, która — zdaniem jego — przewyższa surowicę BEHRING'a co do szybkości działania, nie mówiąc już o tem, że jako przezroczysta robi przyjemne wrażenie dla oka.

— Wyszedł z druku Nr. 73 „Odczytów klinicznych“. Zawiera on spolszczenie pracy RABE'go „Współczesne teorie gorączki“.

— Komitet złożony z wybitniejszych obywateli miasta Wiednia złożył na ręce prof. NOTHNAGEL'a sumę 50000 guldenów, dla utworzenia „*Nothnagelstiftung*“ o celach naukowo-lekarskich.

— V międzynarod. kongres otologiczny odbędzie się 23. IX. 1895 we Florencji.

— W Paryżu w d. 31 grudnia 1894 było 2153 lekarzy.

— **Zmarli:** W Warszawie: DUSZAN LAMBL, prof. kliniki terapeutycznej w szpit. Ś-go Ducha. W Sokołowie: ZAWISTOWSKI, młody i ceniony kolega padł ofiarą tyfusu wysypkowego. W Paryżu: znany klinicysta DUJARDIN-BEAUMETZ.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych i dawniejszych dzieł“ księgarni Ed. Wende i S-ki za m. styczeń 1895.

Liquor Ferri albuminati 0,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Fe i 0,1 Mn.

## Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

## PREPARATY D<sup>-ra</sup> HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci  
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

# Wszystkie wina lecznicze.

## TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi  
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem  
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

**Apteka H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.

## APTEKA

## E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbonici-Blaudii minor aa 10,00 = 100
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,00i	„ „ „ Blaudii major aa 15,00 = 100
„ kreosoti Fagi 0,10	„ „ „ Valletti
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos 0,00i	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. toltan aa 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Eis. magn pill.)
„ acid. arsenicos 0,00i	„ guajacoli 0,05
„ aloes 0,10	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,00i
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. extr. belladonnae 0,00
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen. 0,00i	„ ichtyoi 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodoformii 0,05
„ „ muriatici 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,00i
„ „ sulfurici 0,05	„ „ 0,05 c. morph. muriatic 0,004
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	„ pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	„ picis 0,05
„ „ rhei comp. 0,05	
„ „ rhei simpl. 0,05	
„ „ Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem słazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwiają się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuję, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigułek jest niemożliwym.

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Od 1-go Stycznia r. 1893 Cena Gazety Lekarskiej wynosi w Warszawie: rocznie 7 rs., półrocznie 3 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 8 rs., półrocznie 4 rs. **Cena ogłoszeń**, Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10 ogłoszenia zagraniczne po kop. 18, za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Gajkiewicz Władysław.

Wydawca Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano.

Wszystkie artykuły są płatne. Koszta odbitek obciążają honorarium.

**Treść:** I. D-r A. MAJEWSKI. Wodniak niewieści (*Hydrocele muliebris*).— II. D-r med. H. HIGIER O halucynacjach jednostronnych. Przyczynę do teorii i patogenety zrudzeń zmysłowych.— *Dział sprawozdawczy.* 24. Prof. D-r SONNENBERG. Patologia i terapia zapalenia okołokątniczego (*Appendicitis simplex et perforativa*). [Dokończenie]. — *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* — *Wiadomości bieżące.* — *Ogłoszenia.*

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati. cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znacznie większych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma jak sądzę, wszelką racyję bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se*, przetwór, o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku od swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej do swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki Nowy-Swiat N. 18.

# APTEKA, SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone,

52-9

<p><b>MATTONIEGO</b> <b>GISSHÜBLER</b> najczystsza woda mineralna <b>SZCZAWA-ALKALICZNA</b></p>	<p>Najlepszy napój dyetetyczny i orze- wiający, odpowie- dni we wszystkich chorobach narządów oddechania i tra- wienia, przy poda- grze, niezżytach żo- łądka i pęcherza. Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.</p>	<p>Zakład leczniczy zimnowodny Giesshübl-Sauerbrunnen pod Karlsbadem. Miejsce pochodzenia <i>Giesshübler'u</i> <b>Mattoni'ego.</b></p>
<p>Henryk Mattoni, Karlsbad, Wiedeń Francensbad, Budapest.</p>		
<p>52-9</p>		

## DOM ZDROWIA D<sup>ra</sup> K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0-3

### CONTREXÉVILLE SOURCE DU PAVILLON

Nieocenione przeciw  
następującym chorobom:

Gościec, Kamica, Moczówka,  
choroby wątroby i dróg  
moczowych.

**AVOIR SOIN DE BIEN PRÉCISER  
LA SOURCE DU PAVILLON**

Jedynie uznane za ogólnie  
pożyteczne.

Sezon od 20 Maja do 20  
Września.

# J. RUTKOWSKI

## Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

**Przetwory chemiczno-farmaceutyczne** specjalnie **Ekstrakty lecznicze** (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

**Nowe środki lekarskie** sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

**Czyste przetwory chemiczne** do celów analitycznych.

**Barwniki Dra G. Grüblera w Lipsku** do badań mikroskopowych.

**Różne przyrządy pomocnicze** do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.  
(dla aptek i szpitali ceny hurtowe). 26-2

### DLA LEKARZA:

#### Dom z ogrodem

w korzystnej miejscowości pod względem praktyki do sprzedania.

Wiadomość w kancelaryi W-go Rejenta Borkowskiego, Kapucyńska № 3.

Hoża № 19 róg Kruczej.

### SPRZEDAŻ ŚRODKÓW ODŻYWCZYCH W. HEBDY

*mianowicie:*

Sok mięsny, proszek mięsny, Mączka dziecinna (a la Nestl'a), Kawa lecznicza, Kakao słodowe, Lipanin zastępujący tran, a nie mający wstrętnego zapachu tranu i t. p.,

przy **Fabryce Wód Mineralnych**  
**Aptekarza A. Erhardta.** 26-22

Hoża № 19 róg Kruczej.

**D-r W. MAYZEL** Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi mlekokobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

CHEMICZNIE CZYSTY W CYLINDRYCZNYCH RURKACH

Przygotowany dla anestezji,

Rue de Bourgogne 19, w Paryżu.

Żądać z podpisem i marką fabryczną

SKŁADY:



St. Petersburg Breziński, Nowski 59.  
Warszawa Welt, Przejazd 5.  
Poltawa, Krafft, apteka.  
Charków, Łapin, apteka.  
Helsingfors, A. Norastrem, apteka.  
Kazań, Kieszner, apteka.

Moskwa, Ferrein, apteka.  
Odessa, Farle i Landau, apteka.  
Kijów, Marchůczyk, apteka.  
Tomsk, Kownacki, apteka.  
Wilno, Segal, apt.-drogista.  
Tyllis, Kaukazkie Tow. Farmaceutyczne.

# WĘGLAN GWAJAKOLU

znakomity środek przeciw gruźlicy.

działa niszcząco na bakterye krwi (Berl. klin. Woch. 1892 № 3) zawiera 90,5% najczystsze Guajakolu, nie posiada wcale zapachu, ani smaku, ani własności żrących, wskutek czego chętnie bywa przyjmowany przez chorych nawet bardzo wrażliwych i nie bywa wymiotowany. Powoduje szybki przybytek sił i wagi np. 23 funty w ciągu 4 tygodni (Berl. klin. Woch. 1893 № 51). O Węglanie Guajakolu przy tyfusie p. Allg. Med. Central Ztg. № 45/6, 1893.

Dane z literatury i sposób użycia można otrzymać przez  
*D-ra F. von Heydena Następców w Radebeul pod Dreznem.*  
Sprzedaje się w głównych składach materiałów aptecznych i aptekach.

24 5

## ADMINISTRACYJA

### Marienbadzkich wód mineralnych

(w Czechach).

Przygotowała obecnie nowy, dotychczas nieużywany dozowany preparat z wód Kreuzbrunnen i Ferdinandsbrunnen: **Marienbadzką sól naturalną sproszkowaną** i uprasza o żądanie tylko **prawdziwego nie podrabia nego przetworu**. Próbkki tej soli wysyłane są na żądanie **bezpłatnie** dla p. p. lekarzy, dla szpitali, lecznic i innych tym podobnych zakładów przez głównego przedstawiciela.

**Dżona Richarda Altmana.**

*Moskwa, Roźdiestwienskaja. Dom Lebediewa.*

2—1

## Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych

**D-ra F. Wesener'a**

przełożył D-r St. Markiewicz.

Cena 2 rs. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp.

# VICHY

SOURCES DE L'ETAT

# CELESTINS GRÈDE-GRILLE HOPITAL

Avoir soin  
de désigner  
la Source

48—7

Дозволено Ценаурою, Варшава 17 Февраля 1895 г. Друк. П. Коваловского, Mazowiecka 8.