

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
„ półrocznie „ 2 „ 50
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ. Choroba Basedow'a (Tachycardia strumosa exophthalmica; Bronchitis chronica). Obserwowana w klinice terapeutycznej Prof. Chałubińskiego. — Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia siatkówki białkomocznego. (Retinitis albuminurica). Podał Dr. Narkiewicz Jodko. Docent oftalmologii. (Dokonczenie). Kronika Zagraniczna. O skutkach podwyższonej temperatury w gorączce. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

Choroba Basedow'a.

(Tachycardia strumosa exophthalmica, Bronchitis chronica).

Obserwowana w klinice terapeutycznej
Prof. Chałubińskiego.

Dnia 24 czerwca 1865 r. przybyła do kliniki Stan. B. panna wieku lat 20 licząca, w celu znalezienia pomocy na osłabienie ogólne, któremu towarzyszyło bicie serca, kaszel, znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, wysadzenie oczu na zewnątrz i wstrzymanie odpływu miesięcznego.

Bicie serca, jako pierwszy znak choroby wystąpiło przed trzema blisko laty. W stanie zupełnego zdrowia znajdując się, odrazu w skutek zaziębienia i bardzo wielkiego przestachu, dostała silnej gorączki, do której natychmiast przyłączyło się gwałtowne bicie serca; gorączka krótki czas tylko trwała, pozostały jednak bardzo silne i przyspieszone ruchy serca. W parę miesięcy potem dołączył się kaszel z początku od czasu do czasu występujący szczególnie w wieczorami, przytém suchy i krótki, następnie coraz częstszy i więcej męczący; chora zaczęła bardzo na siłach upadać, budziła się zawsze mocno spocona: poty prawie całej chorobie towarzyszyły. Około 6 lub 7 miesiąca choroby, pacjentka zauważyła powiększanie się stopniowe, ale dość szybkie gruczołu tarczowego, a w parę miesięcy potem zjawił się exophthalmus dość znaczny, powiększający się stopniowo, ale zwolna; exophthalmus doszedł do tego stopnia, że chora zamknąć powiek nie mogła, i sypiała z otwartymi oczyma.

Kaszel trwał ciągle, osłabienie z każdym miesiącem wzmagало się, chudnąć dość szybko poczęła. Przed 4 miesiącami wystąpił krwotok płucny obfity; odtąd

do dzisiejszego prawie dnia krwią pluła (raz piwocina więcej, drugi raz mniej zafarbowana, parę razy na dzień mocno czerwona). Czyszczenia miesięczne 2 razy w właściwym czasie miały tylko miejsce z samego początku choroby, potem ustały zupełnie. Poprzednio wyglądała zawsze blado z bardzo żywo zakolorowanymi i mocno odgraniczonymi rumieńcami. Tkanka tłuszczowa podskórna przed chorobą stosunkowo bardzo była rozwinięta. Skłonność do katarów przedstawiała nasza pacjentka wielką: najmniejszy powód wywoływał zapalenie gardła, chrypkę, zapalenie oskrzeli.

W ciągu choroby parę razy bywały pogorszenia i polepszenia: gdy palpacyjne się wzmagaly, gruczoł tarczowy i exophthalmus powiększały się i przeciwnie. Opuchlina kończyn dolnych bardzo znaczna przemijająco występowała.

W obecnym cierpieniu zostawała ciągle pod opieką lekarzy. Przepisy wielu kolegów redukują się do różnych preparatów żelaza (najwięcej jodek żelaza), tranu, naparstnicy, morfiny.

Stan obecny: indywiduum wzrostu dobrego, muskulatura bardzo wiotka, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła. Skóra bardzo blada, cienka, potem chłodnym okryta, w dotknięciu nadzwyczaj miękka i delikatna. Żyły podskórne bardzo uwydatnione. Błony śluzowe powiek, warg, policzków, dziąseł zupełnie blade. Oczy na zewnątrz *oczdolu* wystające, charakterystycznie *nieruchomo-wytrzeszczone*, z wyrazem dziwnej obojętności; białkówka koloru sinawego, źrenice rozszerzone na światło silnie oddziaływające; *zboczeń w czynności wzroku nie było i nie ma*, chociaż powieki niezupełnie zakrywają gałkę oczną. Włos miękki, bardzo cienki, niektóre włosy poskręcane, nierównej grubości, srebrzyste; porost w ogóle bardzo rzadki; dawniej włos był jasno-blond, bardzo bujny i obfity.

Gruczoł tarczowy powiększony dość znacznie, mniej jednak bez porównania jak to bywa przy zwykłym *wolu (struma)*; kształt gruczołu właściwy, oba zrazy jednakowo zwiększone, konsystencyi miękko sprężystej.

Wygląd chorób właściwy wysoko posuniętej anemii. bladość alabastrowa; fizyognomia robi wrażenie osoby w najwyższym stopniu przełkniętej.

Klatka piersiowa dość długa, płaska, sutki mało rozwinięte.

Przy opukiwaniu: *z przodu* odgłos pełny i jasny z prawej strony do dolnego brzegu żebra 4 w linii sutkowej, a w pachowej do dolnego brzegu żebra 6^o;

Z lewej strony pod obojętkiem lekkie stłumienie odgłosu; przy auskultacji z przodu w płucu prawym oddech pęcherzykowy; w płacie górnym płuca lewego od czasu do czasu rżenie suche, niekiedy śluzowe.

Z tyłu: granica płuca lewego w miejscu; prawego tępością absolutną przeszło o 2 c. zmniejszona, ponad którą to tępością jeszcze stępienie blisko centimetra sięga ku górze. W szczycie płuca lewego odgłos prawie tępy.

W szczytach płuc z tyłu oddech pęcherzykowy wzmocniony i zastrzony, przy grzebieniu łopatki lewej nieokreślony, resonancya wzmocniona szczególnie popod grzebieniem łopatki, a oddech tu niewyraźny, bardzo cichy; wreszcie płuc oddech pęcherzykowy.

Oddechów 30, oddychanie dość powierzchowne; kaszel dość częsty, krótki, urywany, suchy, dźwięczny. Stłumienie perkusyjne serca rozpoczyna się w górze pod 2 żebrami, z prawej strony przy prawym brzegu kości mostkowej.

Tony serca zupełnie czyste, wyraźne, donośne, metaliczne; nad wszystkimi zastawkami tenże charakter tonów. Uderzenia serca bardzo gwałtowne, silne, całą lewą stronę klatki wstrząsające.

Puls 112—120 na minutę, rytm tętna bardzo nieregularny: po 3 lub 4 uderzeniach silniejszych i w odstępach dłuższych, następuje 2 : 3 lub 4 : 5 nadzwyczaj słabych i bardzo częstych uderzeń; za chwilę zupełnie zmienia się ten stosunek; na dwa tętna mocniejsze i rzadsze idzie 1 lub 3 uderzenia bardzo słabe i jedno z drugim prawie złane. Puls jest prędko, bardzo mały (pulsus vibrans) i miękki, niektóre pulsacje tak słabe, że prawie nie dają się wyczuć.

Tętnice szyjowe bardzo silnie pulsują, *gruczoł tarczowy* pulsacjami ich cały bywa poruszany; szmery w tętnicach szyjowych przy systoli i w diastoli dmuchające, przytęm czasami mały pisk lub inny szmer słyszeć się daje. *Tętnice tarczowe dolne rozwinięte silnie pulsują, słychać w nich również szmery*; ręka przyłożona na gruczoł bardzo wyraźnie wyczuwa ruchy wibracyjne w głębi jego tkaniny. Pnie żyłne na gruczole większe i mniejsze bardzo uwydatnione.

Najmniejsze wrażenie zmysłowe czy psychiczne powiększa i przyspiesza uderzenia serca.

Wątroba: w linii sutkowej od dolnego brzegu żebra 4, w linii pachowej od dolnego brzegu żebra 6 poczyną się bardzo znaczne stępienie ponad wątrobą, niewiele różniące się od tępości absolutnej. Pod łukiem żebrowym wątroba na 1½ c. wyczuć się daje. Konsystencja organu tego bardzo powiększona, na ucisk wątroba niewrażliwa. Śledziona w granicach normalnych.

Język wilgotny z lekka obłożony, apetytu niema; wypróżnienia stolca codzienne, brzuch miękki: perkussya nie nienormalnego nie wykrywa.

Moczu il. 690 c. c.; c. g. 1024; moczany, fosforany, siarczany i uroxantyną pomnożone, chlorków ilość mniej więcej normalna; ślad lekki barwika żółciowego.

Dytę naznaczono posiłą, lekką, strawną: mleko, serwatkę, użycie kwasów roślinnych i mineralnych, o ile nie będzie przeciwwskazania w wielkiej anemii. W celu zniżenia podwyższonej czynności systematu nerwowego a w szczególności w celu ograniczenia powiększonej czynności serca, przepisano: *Aquae laurocerasi* po 20 kropli 3 razy na dzień — oprócz tego *Dect. Althaeae c. Tart. stib. gr. semis.*

Podczas pobytu w klinice, temperatura ciała, puls i respiracja przechodziły różne falowania, i tak: temp. od 36,3° C. (niższa od normalnej, z powodu stanu anemicznego) do 39,9° C. z powodu nasilenia długotrwałego nieżytu oskrzelowego; oddech od 20 : 56, tętno od 84 do 132 uderzeń na minutę, a nawet raz przez kilka dni zdarzyło się naliczyć do 140, a nawet 160 uderzeń bez wszelkich innych objawów stanu gorączkowego. Nadzwyczajne to przyspieszenie tętna nie można było uważać za objaw nasilenia gorączki, ile raczej tłumaczyć trzeba niedokładnością kurczenia się tętnicy, co było także powodem pozorniej nierówności tętna w różnych arteriach. W niektórych okolicach i częściach ciała od czasu do czasu miewało miejsce w wyższym stopniu nieprzyjemne dla cierpiącej uczucie

bicia i drżenia *np.* w dołku podsercowym (*pulsatio epigastrica*), w arteriach szyjowych, w naczyniach gruczołu tarczowego. Drżenie to niemiłe dla chorąg wy-czuć można było kilka razy przyłożywszy rękę do wzmiankowanych miejscowości.

Ósmego dnia pobytu w klinice, uderzenia serca były słabsze i mniej gwałtowne. — W dniu 16 po przybyciu, gruczoł tarczowy zmniejszony był o 1 cent., i znacznie mniejszej konsystencji; powieki dokładniej na oczy zachodziły, *exophthalmus* się zmniejszył; klatka piersiowa bez porównania mniej wstrząsana, tętnice szyjowe mniej pulsowały, ruchy wibracyjne w gruczole tarczowym słabsze.

W samym końcu października (zatém w 4 miesiące od przybycia chorąg do kliniki) widzieliśmy chorąg w przed dzień jég wystąpienia ze szpitala, w stanie znakomitego *polepszenia*; *Exophthalmus* bowiem prawie znikł zupełnie; *wole o 3 c. zmniejszone*, ruchy serca spokojne, puls 80, dość regularny: konsystencya wątroby daleko mniejsza, skóra biała utraciła kolor alabastrowy, tkanki tłuszczowej podskórnej dość przybyło, siły wróciły. konwalescentka całe dni przebywała w ogrodzie spacerując, gdy przedtém od łóżka do łóżka przejść nie miała siły: apetyt odzyskała zupełnie. Przez ten czas ciągle używała wodę wawrzynosiwową, pokarmy posilne, tłuszcze; zamiast tranu do którego była rzeczywista idiosynkrasia, podano tłuszcz wytopiony ze słoniny, w końcu za-lecono użycie węglanu żelaza po 3 gr. 2 razy dziennie.

Powyższy wypadek choroby *B a s e d o w ' a*, owég rzadkiég, co do swég isto-ty zagadkowej kombinacyi bicia serea z powiększeniem gruczołu tarczowego i *exophthalmią*, komplikowany był cierpieniem płuc i rozrostem serca. Najprawdopodobniej bicia serca było tu czysto dynamiczném zaburzeniem funkcyi, anomalią ruchu, *hyperkinezą* serca; potém wywiązała się anatomiczna zmiana przerostu z rozszerzeniem serca, jako następstwo nadwreżonég czynności tego organu lub processów dokładnie zbadać się niedających.

Zmiany w mięszu płuc mogą po części tłumaczyć się zależnością od powięk-szonego i zmienionego w swég czynności serca, a z drugieg strony mogą być pro-cessem zupełnie niezależnym, co prawdopodobniejsze w tym wypadku. Stępie-nie znaczne w szczycie płuca lewego obecnością gruzełków najwłaściwiej tłumaczyć się daje, bo choć rzeczywiście znaki perkussyjne niekwadrowały z auskultacyjnymi tak, żeby jasny obraz obecności gruzełków dać nam mogły, za sprawą gruzełko-wą jednak przemawia: miejscowość, dane z anamnezy, skłonność do katarów, krwotok płucny i uporczywość nieżytu oskrzelowego w ograniczoném miejscu. Gruzełki istniały tu przed wybuchem *Tachycardii*, ostatnia wraz z processem gruźliczym wywołały ową wysoką anemią; z początku processa niezależne, w ści-sły potém weszły związek.

Z korzyścią dla chorąg postawione były wskazania: wpłynięcie na stan ogól-nég anemii środkami dyetetycznymi i farmaceutycznymi, usuwanie bardzo staranne wszelkich zaburzeń w płucu, a tym sposobem działanie skuteczne na ważny mo-ment etyologiczny palpitycyi serca przez poprawienie stanu anemicznego, zarazem przytém ograniczanie podwyższonég pracy serca wcale nieobojętnég dla stosunków cyrkulacyjnych i nutrycyjnych takiego płuca. Ten plan mając na uwadze, zasto-

sowano leczenie, o którym wzmiankowaliśmy, emetyku ani na jeden dzień niewypuszczając z ręki, aby przez powiększenie wydzieliny błony śluzowej oskrzeli, zmniejszać w niej przekrwienie i zwalniać napięcie nerwowe. Rezultat tego postępowania pokazał się pomyślnym o tyle przynajmniej, że objawy choroby B a s e d o w ' a właściwie zupełnie ustąpiły, a postęp sprawy gruźliczkiej chociaż czasowo powstrzymany został.

Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia siatkówki białkomoczowego.

(Retinitis albuminurica).

Podał Dr. Narkiewicz Jodko.

Docent oftalmologii.

(Dokończenie).

Różne okoliczności nie dozwoliły nam zająć się bliższem zbadaniem oczu posiadanych; w tym roku dopiero, wspólnie z kolegą Brodowskim tego dokonaliśmy; dlatego też wpływ kwasu chromowego zanadto może był znaczny, części wszystkie mocno oranżowo zabarwione, jednak w składzie, oprócz warstwy pręcikowo-czopkowej wcale zmianom nie uległy, jak o tém przekonały nas cięcia w odśrodkowych, nieprzeistoczonych częściach siatkówki robione ¹⁾.

Gałkę przecięliśmy w południku pionowym, przechodząc przez brodawkę nerwu wzrokowego. Po wydobyciu stwardniałego ciała szklistego mogliśmy w bardzo małej tylko części sprawdzić tożsamość obrazu za pomocą wziernika widzianego, tylko zgrubienie siatkówki w kształcie wału brodawkę otaczającego widzialne było tak na powierzchni, jak i w profilu przecięcia i oprócz tego w rozmaitych miejscach tylnej części siatkówki dostrzegaliśmy porozrzucane, zgrubiałe miejsca daleko jaśniejszego niż reszta siatkówki koloru. Miejsca te na pierwszy rzut oka zdawały się nam odpowiadać białym plamom w różnych częściach siatkówki, za pomocą wziernika widzianym, chociaż nie dostrzegaliśmy charakterystycznego ugrupowania tychże w okolicy plamki żółtej i chociaż wał otaczający brodawkę nie odróżniał się barwą od innych części siatkówki, jakkolwiek z pomocą wziernika szarżółtym był widziany. Dokładniejsze badanie, jak to później zobaczymy, przekonało nas, żeśmy byli pod tym względem w błędzie. Na przecięciu poprzeczném siatkówki, w miejscu kilkakrotnie już wspomnianego wału, gołem już okiem dostrzegliśmy jakąś nowopowstałą warstwę, na całej szerokości pomienionego wału, oddzielającą siatkówkę od naczyniówki i jakby sklejącą te błony pomiędzy sobą. Siatkówka począwszy od brodawki, w całej tylnej połowie oka była znacznie zgrubioną, 0,62 m.m. -- 0,84 m.m. (normalna 0,25 m.m.), najgrubszą była w miejscu wałowi odpowiadającym. Oprócz tego stopniowo zwiększającego się zgrubienia w niektórych miejscach przecięcia poprzecznego widzieliśmy zgrubienia miejscowe, na bardzo małej przestrzeni ograniczone. Miejsca te odpowiadały wyżej wspomnianym jaśniejszym niż tło siatkówki wyniosłościom, jedno z tych największe w bliskości plamki żółtej znajdujące się wymierzone, wynosiło

*) I teraz dla wyżej przytoczonego podobieństwa obu gałek, zadawaliśmy się opisaniem tylko jednej.

w szerokości 1,50 mm, w długości 2,50 mm, a w wysokości 1,23 mm. Na całej przestrzeni siatkówka z łatwością od naczyniówki się oddzielała, tylko w miejscu wałowi odpowiadającym trudniej to uskutecznić się dawało, spojenie bowiem było w tém miejscu ściślejsze. Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką przy rozdzielaniu tych błon trzymała się mocniej ostatniej.

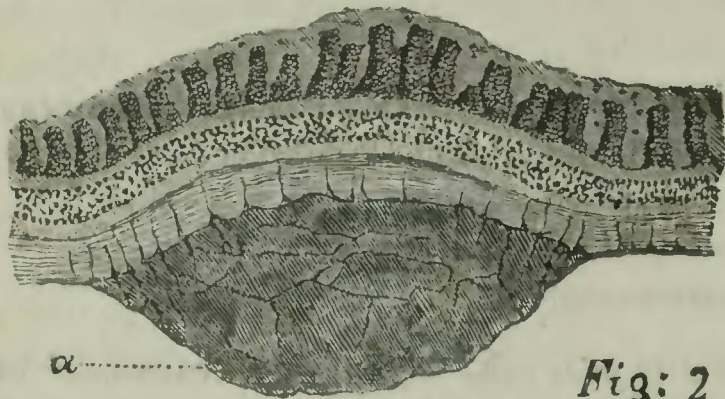


Fig: 2

Powiększenie 70.

70 w fig. 3 podajemy, pochodzi w części z właściwego zgrubienia wszystkich warstw siatkówki a zwłaszcza włóknistej (w), w części zaś z masy grubiej na 0,04—0,12 m.m.

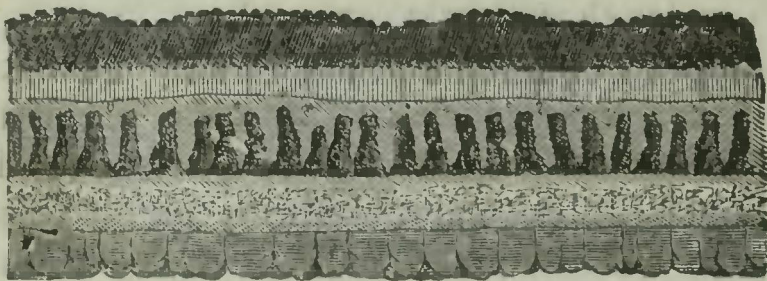


Fig. 3. Powiększenie 70.

nawet warstwa pręcikowo-czopkowa (p. c) w całości utrzymana została, prawdopodobnie przez masę wysiękową oddzielającą siatkówkę od naczyniówki, która nie dopuściła niszczącego tę warstwę działania kwasu chromowego. Warstwa ziarnista zewnętrzna (z z) jak widzimy jest zastąpioną szeregiem jakichś czworokątnych, nieregularnych, palisadowato ustawionych tworów. Twory te znajdowaliśmy na przestrzeni 4—6 m.m. na około brodawki, widzimy je i w fig. 2 (z z); w więcej odśrodkowych częściach zwyrodniałej siatkówki; ustępują one miejsca tworom w części podobnegoż jak się zdaje składu, ale mniejszym i bardziej kulistych kształtów, jak to przy powiększeniu 300 w skrawku wziętym z okolicy plamki żółtej widzimy (fig. 4 z z).

Skrawki, przez wystające nad poziom siatkówki jaśniejsze plamki robione, z których jeden przy powiększeniu 70 wyrysowany w fig. 2 podajemy, były pozbawione warstwy pręcikowo-czopkowej, ale natomiast znajdujemy w nich od wewnętrznej strony pomiędzy warstwą włóknistą a błonką tejże graniczną (membrana limitans) masę szarawą (a), przy tém powiększeniu jednostajnie wyglądającą, a w najgrubszym miejscu wynoszącą 0,60 m. m. U brzegów tej masy dostrzegamy parę włókien Müller'a przez nią przechodzących i dochodzących aż do błonki granicznej; w innych miejscach środkowych dostrzegamy także w kierunku włókien Müller'a gdzieś porzucane włókienka, tak iż z pewnością twierdzić możemy, że masa ta dostawszy się pomiędzy warstwą włóknistą

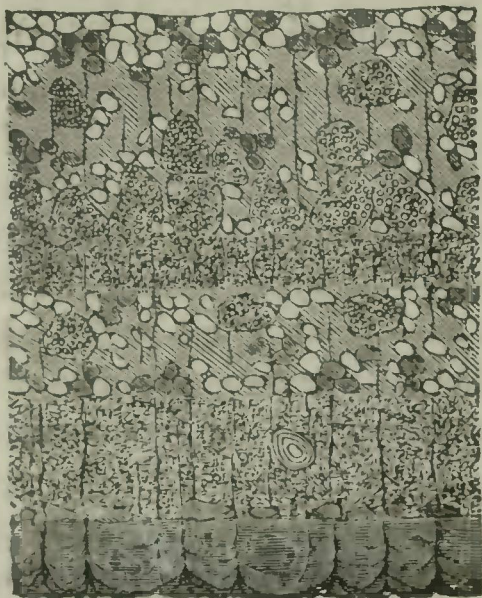
Skrawki do badania pod mikroskopem braliśmy z różnych części siatkówki, patologiczne jednak zmiany znaleźliśmy tylko w tylnych, na przestrzeni koła o promieniu 7—9 mm, otaczającego brodawkę. Zgrubienie w postaci wału otaczające brodawkę, którego przecięcie poprzeczne przy powiększeniu

z z części siatkówki, patologiczne
m z jednak zmiany znaleźliśmy tyl-
z w ko w tylnych, na przestrzeni
d z koła o promieniu 7—9 mm, ota-
w czającego brodawkę. Zgrubie-
nie w postaci wału otaczające
brodawkę, którego przecięcie
poprzeczne przy powiększeniu

x przedzielającą siatkówkę od
p c naczyniówki, do której to mas-
s, z zewnętrznej strony przy-
lepione były tu i owdzie pojed-
z z yncze komórki nabłonka na-
m z czyniówki. (Fig. 3 x). W miej-
z w sciu tém wszystkie warstwy
d z siatkówki odróżnić mogliśmy,
w

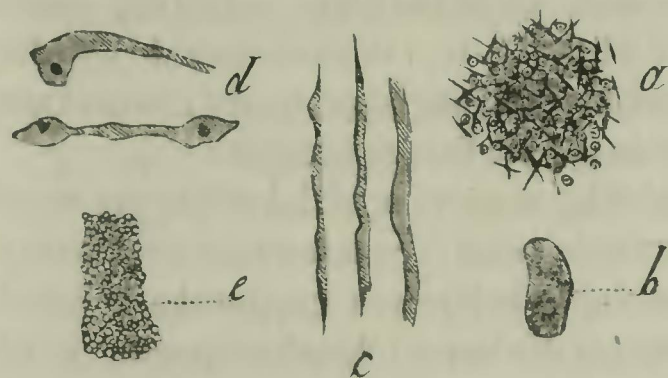
a błonkę graniczną, tę ostatnią od pierwszej powoli oddzieliła i w części środkowej gdzie się nagromadziła w największej ilości, porozrywała utrzymujące związek między temi dwiema częściami siatkówki włókna Müller'a, w częściach zaś skrajnych, gdzie parcie nie było tak silne, tylko takowe powyciągała.

W miejscach najbardziej odśrodkowych części zwyrodniałej siatkówki stosunkowo najmniej zmiany znaleźliśmy, najbardziej uderzające zmiany przedstawiały warstwy ziarniste. W warstwach tych, a szczególnie w zewnętrznej, oprócz właściwych pierwiastków znaleźliśmy nagromadzone, w większej lub mniejszej ilości twory kuliste, które przy większym powiększeniu badane okazały się być kulami ziarnisto-tłuszczowymi. Kule te, raz pojedynczo, to znowu po kilka razem, wypełniały wewnętrzną część warstwy ziarnistej zewnętrznej, pojedynczo znajdowały się i w warstwie ziarnistej wewnętrznej; w warstwie zaś między-ziarnistej w żadnym skrawku nie mogliśmy ich dostrzedz. Stosunki te najlepiej przedstawiał skrawek, którego rysunek przy powiększeniu 300, fig. 4, podajemy.



Po poznaniu ogólnego składu badanej przez nas siatkówki, przejdziemy teraz do warstw jej pojedynczych i zastanowimy się nad zmianami jakim te uległy. W warstwie komórek nerwowych, istoty szarej (drobno-ziarnistej), między-ziarnistej i pręcikowo-czopkowej, gdzieśmy takową znaleźli, zmian żadnych nie było; zmianom więc podlegały głównie warstwa włóknista i obie ziarniste a nadto jak później zobaczymy włókna promieniste czyli Müller'a.

Fig. 4 powiększenie 300. Warstwa włóknista była znacznie grubszą od normalnej; przy samej brodawce wynosiła 0,22 m m. (normalna w tém miejscu 0,18 m m), dalej na zewnątrz 0,10 m m (norm. 0,07 m m); w okolicach rąbka zębatego (ora serrata) 0,03 m m — 0,04 m m. (norm. 0,004 m m — 0,012 m m). Zgrubienie to pochodziło prawdopodobnie od rozszerzenia pojedynczych włókien, które badane na preparatach rozszarpanych (fig. 5



e. d), dochodziły od 0,008 m m — 0,015 m m (norm. 0,001 m m — 0,004 m m) grubości. Włókna te nie były wszędzie jednostajne, oprócz perełkowatego zgrubienia tychże, które i w normalnych znajdujemy, widzieliśmy w niektórych miejscach prawdziwe wyrosty ze ścian, raz w jedną, drugi raz w obie strony w kształcie kulistym wystające (fig. 5 d). W wyrostach tych

Fig. 5 a, b, e, powiększ. 300 c, d, powiększ. 650. nawet czasami jądra dostrzegaliśmy: były one wszędzie mocno połyskujące i jak gdyby przerośnięte i stwardniałe. W téjże warstwie przedewszystkiem, ale ta-

kże i w innych warstwach na wszystkich skrawkach nadzwyczaj wyraźnie i znacznie zgrubiałe widzieliśmy włókna Müller'a. Wewnętrzne ich rozszerzenie w błonkę graniczną przechodzące nie mogło być z powodu nieregularności kształtów wymierzone, z rysunków jednak już (fig. 4 b g) widzimy, iż było znacznie powiększone; w częściach środkowych siatkówki, prawie w dziesięćkroć, wynosiły bowiem od 0,010 m. m. 0,012 m m (norm. 0,0008 mm—0,0012 mm). Masa oddzielająca błonkę graniczną od warstwy włóknistej (fig. 2a) rozszarpana i badana przy większym powiększeniu, okazała się być mieszaniną krążków krwi i drobnych włókienek włóknika (fig. 5a) a więc wynaczynieniem, które, jak to wnosić można ze stosunku w jakim zostaje do włókien Müller'a i błonki granicznej, albo powoli się tworzyło (bo w razie prędkiego wylania tak jedne jak i druga uległyby zupełnemu zniszczeniu), albo też znalazło te pierwiastki tkanki łącznej bardzo rozciągliwymi a zarazem dosyć mocnymi. Przyjmujemy to ostatnie przypuszczenie polegając na wymiarach włókien Müller'a.

Największe zmiany, nawet przy małym powiększeniu widziane, przedstawiały warstwy ziarniste a mianowicie zewnętrzną; oprócz bowiem niewielkiej ilości normalnych pierwiastków anatomicznych warstwom tym właściwych, znaleźliśmy w ogromnej ilości nagromadzone, wyżej już wspomniane twory, w części postaci mniej więcej czworokątnej, w części zaś kuliste. Te ostatnie w więcej odśrodkowych tylko częściach zwyrodniałej siatkówki widziane, były niezaprzeczenie nagromadzeniem drobnych kulek tłuszczu, około których postrzegaliśmy najczęściej cieniutką błonkę. Wynosiły one 0,01 m m — 0,03 m m. w średnicy i wypełniały wraz z kropelkami tłuszczu wolnego głównie warstwę ziarnistą zewnętrzną a w niektórych tylko miejscach znajdujemy je i w wewnętrznej mniej lub więcej nagromadzone, jak to fig. 4zz i zw wykazuje. Twory zaś czworokątne długie 0,30 m m, szerokie 0,04 m m 0,10 mm. nie przedstawiały takiej jak kuliste jednostajności. Niektóre z nich były także niezaprzeczenie złożone z kulek tłuszczowych (w fig. 5 e. jeden taki przy większym powiększeniu zrysowany podajemy), a więc prawdopodobnie powstały ze zlania się powyższych tworów kulistych; w innych zaś znajdujemy szczątki wynaczynienia (krążki krwi i włókienka włóknika); inne znowu były złożone prawie z jednorodnej, niekształtnej, tu i owdzie drobno-włóknistej masy i miały wszelkie pozory pochodzenia wysiękowego; w innych rozszarpanych znajdowaliśmy jednolite, mocno światło łamiące, ściśle odgraniczone łuszczyki (fig. 5 b), tak iż zmuszeni jesteśmy przypuścić, że jakkolwiek przy małym powiększeniu wszystkie twory czworokątne do siebie były podobne, pochodzenie ich jednak było bardzo rozmaite.

Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką w miejscu wielokrotnie już wspomnianego wału (fig. 3 x), pomimo najstaranniejszego preparowania i rozszarpywania nie dała się zbadać wyczerpująco; w najdrobniejszych cząsteczkach przedstawiała się ona prawie jednolitą a nadzwyczaj drobne włókienka czasami w niej spostrzegane, niewiadomo czy były następstwem rozszarpywania, czy też stanowiły jedyne jej części składowe.

Zanim przejdziemy do porównania tego cośmy znaleźli z nabytkami przed nami pracujących na tém polu, musimy nadmienić, że odczynniki chemiczne, któ-

reby nam może w niejednym razie do zupełniejszego odkrycia prawdy dopomogły, nie mogły być w tym razie zkorzyścią zastosowane, ponieważ długi pobyt oczu wyłuszczonej w płynie stwardniającym, zupełnie pierwiastki składowe siatkówki na wpływ czynników chemicznych zubożył; jedna gliceryna rozjaśniając nieco skrawki mikroskopowe przy badaniu tychże pomoc nam przyniosła.

Przechodząc do historii badań nad opisywanym przez nas cierpieniem, musimy naprzód wymienić Türk'a, który przed kilkunastu już laty znalazł twory tłuszczowe w zwyrodniałej przez chorobę Bright'a siatkówce, po nim wielu innych patologów i okulistów zajmowało się tym cierpieniem. Heymann, Virchow, Wagner, Henryk Müller, Demme, Lichtenstein, Nagel i Schweigger pomieszczały swe prace w tym względzie, w ostatnim lat dziesiątku, częścią w Archiwach oftalmologicznym Graefego i patologicznym Virchowa, częścią w osobnych artykułach i broszurach. Szczegółowy rozbiór prac tych autorów przechodziłby granice przez nas zakreślone, nie mogę jednak pominąć zupełnym milczeniem prac, które po większej części uwieńczone zostały temież co i moje rezultatami. We wszystkich opisanych wypadkach twory tłuszczowe przeważnie kulistych kształtów, były w rozmaitych warstwach siatkówki dostrzegane, w żadnym wypadku siedliskiem ich nie były warstwy tylko ziarniste, jak to w naszym widzieliśmy. Nagromadzenie to tworów tłuszczowych tym było większe, im zmiany przy pomocy wziernika dostrzegane znaczniejsze i niedoślep bardziej posunięty. Heymann, Virchow, Wagner i Nagel znajdowali niezwykle w siatkówce twory bez-ustrojne, dość znacznych rozmiarów, czasami o wielkiem, połyskującym, jakby stwardniałym jądrze, które za zwyrodniałe komórki nerwowe uważali; późniejsi zaś badacze, Müller i Schweigger podają takowe za rozszerzenia zgrubiałych i stwardniałych włókien nerwowych. Nadto Nagel i Schweigger w kilku wypadkach znaleźli w rozmaitych warstwach, a pierwszy także pomiędzy siatkówką a naczyniówką, znaczną ilość obcych siatkówce pierwiastków, które za masę skrzepłą wysięku włóknikowego (Gerinnungsmasse) poczytują. Schweigger, który aż cztery wypadki tego rodzaju badać miał sposobność, w dwóch znalazł nadzwyczajne zgrubienia włókien promienistych Müller'a i warstwy włóknistej, a tę ostatnią w wielu miejscach złożoną z pęków nadzwyczaj zgrubiałych, miejscami wyrostami opatrzonych i stwardniałych, połyskujących włókien nerwowych.

Wynacznienia we wszystkich tych wypadkach zwykle znajdowały się w środkowych warstwach siatkówki, wynacznienia podobnego opisywanemu przez nas fig. 2a w żadnym wypadku nie było.

Zestawiając rezultata do których doszliśmy z rezultatami badań poprzedników naszych, widzimy, iż te są w bardzo wielu względach jednakowe: twory tłuszczowe znajdowaliśmy wprawdzie tylko w warstwach ziarnistych, ale też cierpienie siatkówki przez nas obserwowane trwało prawdopodobnie przez czas względnie dosyć krótki, możemy więc przypuszczać, że gdyby zatrucie mocznikowe pasma życia naszej chorój nie przerwało, podobnym zmianom mogłyby w późniejszym czasie i inne warstwy podlegać. Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką

fig. 3 x i pewna część palisadowato ustawionych tworów warstwy ziarnistej zewnętrznej, które, jak to wyżej opisaliśmy, składały się z wielkiej ilości zbitych, drobnutkich włókienek i jednolitych mocno światło łamiących łuszczyk (fig. 5 b), zdają się być nie czém inném, jak skrzeplym włóknikiem czysto wysiękowej natury. Masa ta wysiękowa musiała być już skrzeplą za życia, skoro warstwa pręcikowo-czopkowa przez nią nie tylko w miejscu utrzymaną została ale i w całości zachowana. Tak w wypadku Schweiggera jak i w naszym uderza niezwykle zgrubienie włókien nerwowych, z miejscowemi ich poszerzeniami i włókien Müller'a; te ostatnie niezaprzeczenie składają się z tkanki łącznej, przerost więc ich przy procesie zapalnym jest bardzo naturalny, ale daleko trudniej wytłómaczyć zgrubienie włókien nerwowych. W wypadkach przez Schweigger'a opisanych zgrubienie bywało dwojakiego rodzaju, a mianowicie w świeższych, gdzie obrzmienie (oedema) siatkówki przed śmiercią było obserwowane i w innych cierpieniach siatkówki, których obiektywne objawy podobne były do tychże pierwszego okresu zapalenia siatkówki białkomoczowego, znajdował on włókna nerwowe przezroczytymi, jednostajnie zgrubiałymi. Zgrubienie to włókien nerwowych uważa on za nabrzmienie wodniste (oedematoese Schwellung). W późniejszych zaś okresach zapalenia białkomoczowego, po ustąpieniu obrzmienia znajdował przeważnie włókna nerwowe zgrubiałe w podobny sposób jak i my obserwowaliśmy, i te dla ich połysku i silnego łamania światła ma za włókna przeistoczone i stwardniałe (skleromatoese Schwellung). Zgrubienie pierwsze uważa jako następstwo warunków utrudniających krążenia krwi, jakie przy cierpieniu nerek spotykamy; zgrubienie zaś drugiego rodzaju, jako zapalne spowodowane zakażeniem krwi przepęnlionąj pierwiastkami mocznikowymi.

Zgrubienie włókien Müller'a, widzialne we wszystkich prawie skrawkach, których trwałość i niepodatność przy tworzeniu się wynaczynienia (fig. 2 a) uprzednio wykazaliśmy, jest, jak się zdaje niezaprzeczonym powodem, że tak różnorodnego pochodzenia czworokątne twory warstwy ziarnistej zewnętrznej posiadały prawie jednostajne wszędzie kształty, fig. 2 i 3 w z. Włókna te jak nas anatomja siatkówki uczy, idąc przez całą jej grubość równoległe do siebie, zlewają się końcami zewnętrznymi i wewnętrznymi we dwie błonki tak zwane graniczne, wewnętrzną (limitans interna) odgraniczającą siatkówkę od ciała szklistego i zewnętrzną (limitans externa) stanowiącą granicę pomiędzy warstwą ziarnistą zewnętrzną a pręcikowo-czopkową. Włókna więc Müller'a stanowią podpore dla wszystkich warstw siatkówki i utrzymują różnorodne w niej nagromadzone pierwiastki nerwowe w miejscach właściwych, rozgraniczając i otaczając rozpiętą pomiędzy sobą siateczką tkanki łącznej, jak to piękne badania Maksa Schultze'go wykazały, wszystkie komórki, ziarnka i ziareczka. Proces zapalny wywołany nieprawidłowym składem krwi, właściwym późniejszym okresem choroby Bright'a, pobudza pierwiastki komórkowe siateczki tkanki łącznej, otaczającej części siatkówki nerwowe, do rozmnażania się; nowo powstałe tym sposobem komórki ulegają w dalszym ciągu stłuszczeniu i ztąd powstają rozmaitego kształtu twory ziarnisto-tłuszczowe. Twory te w początkach procesu chorobliwego są pojedyncze i kształtów bardziej kulistych, jak i pierwiastki z których powstały;

w dalszym przebiegu cierpienia ilość ich się zwiększa i wówczas przyjmują kształty do jakich je zmuszają sąsiednie niepodatne tkanki. W naszym wypadku znajdujemy twory ziarnisto-tłuszczowe tak kuliste jak i czworokątne, te w środkowych częściach siatkówki, tamte zaś w obwodowych, tak jedne jak i drugie w warstwach ziarnistych. Prawdopodobnie więc cierpieniu dłużej podlegały części środkowe siatkówki aniżeli obwodowe, niedosyć jednak długo ażeby twory tłuszczowe i w innych warstwach siatkówki powstały.

Jeżeli zechcemy z poznanego składu zwyrodniałej siatkówki wyprowadzić jakieś wnioski co do natury zmian za pomocą wziernika w tejsze dostrzeganych, to musimy przedewszystkiem te zmiany sobie przypomnieć; najbardziej nas uderzały plamki jasno-żółte, promienisto ku górze i ku dołowi od plamki żółtej rozchodzące się i wał barwy szaro-żółtej otaczający brodawkę. Barwa szaro-żółta wału pochodziła prawdopodobnie od nagromadzenia w warstwie ziarnistej zewnętrznej wysięku włóknikowego i tworów ziarnisto-tłuszczowych; barwa zaś jasno-żółta plamek, w okolicy plamki żółtej widzianych, zależy zapewne od nagromadzenia tworów li tylko tłuszczowych w obu warstwach ziarnistych fig. 4. S c h w e i g g e r tłumaczy charakterystyczne dla zapalenia białkomocznego siatkówki ugrupowanie zmian w okolicy plamki żółtej odmiennym pochyleniem włókien M ü l l e r ' a od reszty siatkówki. Włókna te w częściach siatkówki otaczających plamkę żółtą, oddalają się zewnętrznymi końcami od siebie i im bliżej są plamki żółtej, tem końce ich zewnętrzne bardziej się ku niej pochylają, tak, iż szereg włókien M ü l l e r ' a stykających się z plamką żółtą ma już tak pochyły kierunek, że tylko zewnętrznymi końcami środka plamki dotyka, włókna więc z kierunku pionowego do płaszczyzny siatkówki przechodzą prawie w równoległy i z przodu siatkówki badane wyglądają jakby promienie z plamki żółtej rozchodzące się na wszystkie strony; a ponieważ ugrupowanie tworów tłuszczowych z których się plamki jasnożółte składają, zależy od kierunku włókien M ü l l e r ' a, więc i plamki te ugrupowują się na około plamki żółtej w kształcie promieni.

Zgrubienie warstwy włóknistej i zwyrodnienie włókien ją składających może być także przy pomocy wziernika rozpoznane, jak o tém L i c h t e n s t e i n i S c h w e i g g e r wspominają, ale to w razach takich, gdzie wiązki włókien zwyrodniałych przebiegając w przednich częściach warstwy włóknistej przykrywają sobą naczynia siatkówki; w tych razach, jak wyżej wspomnieli autorzy podają, widzimy plamy szaro-żółte, mniej lub więcej pokrywające naczynia. W naszym wypadku naczynia na przestrzeni całej siatkówki były zupełnie wyraźnie widziane, jakkolwiek więc znajdowaliśmy pojedyncze zwyrodniałe włókna nerwowe, ilość ich jednak była zbyt małą, żeby na wyrazistość obrazu siatkówki za pomocą wziernika widzianego jakikolwiek wpływ wywierać mogła.

Ogół badań przez nas dokonanych następcza następujące uwagi. W rozmaitych sprawach chorobowych ciała naszego spotykamy się ze zmianami zapaleniem spowodzonemi; zmiany te, jak nas doświadczenie uczy, bywają trojaki: raz mamy do czynienia ze zmianami głównie naczyń dotykającemi, z tak zwaną formą naczyniową zapalenia, drugi raz spotykamy się z rozmnożeniem komórkowych pierwiastków, i wówczas widzimy przed sobą zapalenie z charakterem pro-

dukcyjnym, w innych znowu razach znajdujemy pierwiastki anatomiczne zwyrodniałymi i zmienionymi w ten lub w owy sposób i tę grupę zmian uważamy jako zapalne z charakterem degeneracyjnym. W wypadku zapalenia białkomocznego przez nas opisanym spotykamy zmiany świadczące o nadzwyczaj skomplikowanej sprawie chorobowej, której siatkówka podległa; wszystkie trzy wyżej wspomniane rodzaje zapalenia w zwyrodniałej siatkówce znajdujemy: massa wysięku włóknikowego i wynaczynienia wykazują sprawę zapalną charakteru naczyniowego; rozmnożenie się komórek tkanki łącznej i następne przetworzenie się ich tłuszczowe, poznajemy jako cechy zapalenia z charakterem produkcyjnym; w zgrubieniu zaś i stwardnieniu tak włókien Müller'a jak i nerwowych widzimy charakter degeneracyjny zapalenia. Ta różnorodność objawów pochodzi, jak się nam zdaje ztąd:

1 że jako przyczyny tych zmian występuje raz utrudnione krążenie krwi w systemie wielkiego krwi obiegu (przez zmiany nerek), drugi raz zakażenie krwi mocznikowe;

2 że miejscopoleżenie siatkówki pomiędzy niepodatną błoną twardą a elastycznym, różnym zmianom środocznego ciśnienia podlegającym ciałkiem szklistym, stawia poniekąd tamę zbyt gwałtownemu rozwijaniu się sprawy zapalnej, a przy szerzeniu się powolnym sprawa ta rozmaity względnie do towarzyszących okoliczności przybiera charakter.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O skutkach podwyższonej temperatury w gorączce.

Pod tym napisem znajdujemy bardzo ważną dla Patologii i Kliniki i niezmiernie pouczającą dłuższą rozprawę profesora w Bazylei Dr. C. Liebermeister, zamieszczoną w piśmie „*Deutsches Archiv für klinische Medizin* I Bd. 3, 5, 6 Hft. 1865—1866“

Każdemu wiadomo, jakie znaczenie w dzisiejszej teorii gorączki zajmuje podwyższenie temperatury. Wszyscy patologowie i lekarze kliniczni przekonali się dziś dowodnie, że jednym z najglówniejszych objawów gorączki, niemal istotnym, jest *podwyższone ciepło ciała*, że dopiero stwierdzenie tej przypadłości obok innych jak: przyspieszenie tętna, zboczenie wydzielin i czynności, stanowi rozpoznanie gorączki, że obecność znaku tego daje nam możność dokładniejszego zrozumienia tej zawiłej chorobowej sprawy organicznej, którą zwiemy gorączką. Wiemy wprawdzie, że pojęcie gorączki odnoszące się do podniesionego ciepła, nie jest nabytkiem naszych czasów, że już lekarze starożytnej Grecji (a mianowicie Galen) uważali objaw ten za główny warunek gorączki, że Antoni de Häën Professor Kliniki Wiedeńskiej, w drugiej połowie XVIII w., pierwszy już zastosował użycie termometru w chorobach gorączkowych; pomimo to, historia wskazuje, jak rozmaitemi drogami kręciła się Patologia średniowiecznych czasów dla wykazania najdziwaczniejszych innych czynników wpływających jakoby na wywołanie gorączki, jak wiele walk staczali świątli mężowie dla obalenia pojęć antifizyologicznych i wszelkiej nauki pozbawionych, zanim ściśle i rzetelne badania sprowadziły lekarzy na właściwy, jak się zdaje, i zasadam Fizjologii i Patologii odpowiedni kierunek pojmowania sprawy w mowie będącej. Nie zapuszczając się w bliższe szczegóły historii nauki o gorączce, przypominać tylko: jak wieki całe składały się na wyrugowanie z medycyny widma o *dachach żywotnych*, które wywoływać miały gorączkę; jak drogie tyle upłynąć musiało, aby obalić pojęcie o *ostrości i wzburzeniu soków*, które pomimo tego zachowało się niemal do dziś dnia jeszcze w umysłach gminu lekarskiego; że wreszcie dla pokonania zasad *Teleologii i Ontologii* potrzeba było tak burzliwych i zaciętych walk, jakie staczał Broussais, który nawiasem powiedziawszy, gromiąc zwolenników Ontologii, ontologiczne zasiewał błędy na polu Patologii, a które szczęściem dla nauki, surowy i niezmordowany w pracy z gruntu wykorzeniać musiał wiekopomnej sławy Lãëne c.

W naszych dopiero czasach ustaliło się powszechnie przekonanie, że *gorączka jest zboczeniem o natury ogólnej, objawiającym się podniesieniem temperatury, przyspieszeniem tętna, i zmianą czynności nerwowej, wydzielania i trawienia*. Do utrwalenia i rozpowszechnienia tej teorii przyczynili się głównie: Virchow, Traube, Bärensprung, Claude Bernard, Ziemssen, Thierfelder, Liebermeister i t. d.

Na tém stanowisku nauki pozostaje obecnie do wytłumaczenia: gdzie leży źródło owego zboczenia ogólnego odżywienia? z kąd pochodzi podniesienie ciepła? . . . jaki zachodzi przyczynowy związek pomiędzy wyliczonymi przypadłościami gorączki?

Liebermeister w rozprawie powyższej przytoczonej usiłuje wyjaśnić ostatnie z trzech zagadnień na zasadzie faktów klinicznych, twierdząc, że *większa część najważniejszych objawów gorączkowych jest następstwem działania podwyższonej temperatury, jako takiej*, którą to rzecz następującym sposobem w streszczeniu tu podaném wyłożył:

„W liczbie ciężkich chorób gorączkowych ostrych zdarzają się często takie wypadki, które kończą się śmiercią, a w których badanie pośmiertne nie wykazuje takich zmian anatomicznych, żeby z nich konieczność śmiertelnego zejścia wyprowadzić się dała.

„Wypadki tego rodzaju spotykamy najczęściej w gorączkach tak zwanych zakaźnych, mianowicie w czasie złośliwych epidemii, jak np. w epidemii ospy, odry, szkarlatyny, gdzie częstokroć ani rozległość ani gwałtowność wysypki ani współcierpienie ważnych organów do wytłumaczenia zapadłego zgonu nie ukazują się dostatecznymi. To samo widzimy bardzo często na chorych tyfusowych (t. wysypkowego a jeszcze bardziej brzuszego), w gorączce pługowej, lub w ropnicy, kiedy sekcya nie przedstawia nam odpowiedniego zakończeniu zboczenia anatomicznego. Co więc, takie same nie wytłumaczone przypadki pojawiają się nawet w chorobach, które do zakaźnych wcale zaliczane nie bywają, jako: w zapaleniu płuc, gdzie nie rzadko wysięk zapalny bardzo małą tylko stosunkowo zajmuje część organu, w róży twarzy, a nawet w ostrym reumatyzmie stawowym. Wynika ztąd, że choroby gorączkowe ostre częstokroć sprowadzają zgon chorego bez ważnych widocznych zmian anatomicznych, zatem w wypadkach tych zachodzą warunki, których wcale nie znamy, albo dostatecznie cenić nie umiemy.

„Powszechnie znajomą jest rzeczą, że są pewne formy chorobowe, a nawet pojedyncze przykłady różnych chorób, odznaczające się pewnego rodzaju *złośliwością*, która nie polega na tém, że chory umiera, ale że przedstawia objawy nieodpowiadające znanym a stosunkowo lekkim zboczeniom materalnym. I tak: ropień w mózgu, albo rozległe zapalenie otrzewnej, żaden z lekarzy nie nazwie chorobą złośliwą, chociażby chory rzeczonemu uległ cierpieniu; ale złośliwym zowiemy nowotwór, który w całości wyjęty powtórnie wyrasta, albo stan patologiczny, który przy łagodnych i ograniczonych zmianach anatomicznych powoduje śmierć chorego.

„Charakter złośliwości zależy na tém że zakończenie choroby jest niepomyślniejsze, aniżeli przy danych zmianach oczekiwać było można; że lekarz przypadłości gwałtownych wytłumaczyć sobie nie może; że zatem oprócz wybadanych zmian chorobowych są inne niezbadane i niewiadome. Złośliwa ta własność niektórych gorączek znaną już była lekarzom starożytnym (Hippokrates, Sydenham), kiedy nowsi patologowie rzadziej uwagę na to zwracają już dlatego, że mniej od dawniejszych kolegów pojęciami abstrakcyjnymi posługiwać się zwykli, które pojęcia jako niedokładnie określone, zbyt często tylko za pokrywkę niewiadomości lekarskiej służyć zwykły. Pomimo to wszakże wyrazy i pojęcia tego rodzaju okazują się prawie niezbędne w nauce naszej; i nie są w rzeczy samej szkodliwe dla postępu jęj, jeżeli używać ich będziemy dla łatwiejszego i krótszego wyrażenia się, a nie w myśli wyjaśnienia zawitych zagadnień naukowych. I tak, krom długich i zaciętych sporów patologicznych posiłkujemy się jeszcze zawsze dotychczas przy oznaczeniu charakteru nowotworów, wyrazami „złośliwy i łagodny“, mówimy powszechnie o złośliwej zimnicy, złośliwej epidemii, szkarlatynie i t. p. *)

„Zastanawiając się nad *przyczyną złośliwości* chorób zakaźnych, wiadomo, że najbardziej rozpowszechnioném jest przekonanie, iż powodem owęj złośliwości ma być działanie *specyficznego jadu*, czyli zarazka, wywołującego samą chorobę, za czém przemawiać się zdaje wielkie podobieństwo objawów w złośliwych chorobach, do tychże w niektórych wypadkach zatrucia, a zresztą i ta okoliczność, że z tego stanowiska wychodząc nie potrzeba dla każdej choroby z osobna, osobnej wyszukiwać przyczyny. Wszelako tłumaczenie takie napotyka ważne zarzuty, a mianowicie: że wbrew licznym i rozmaitym chorobom, a tém samém i różnym bardzo zmianom anatomicznym, zbiór objawów złośliwych mniej więcéj zawsze jest ten sam; z drugiej strony, że tłumaczenie takie zastosować się da tylko do chorób tak zwanych zakaźnych w ścisłym

*) Użyty przez Wunderlich'a wyraz: „*Constitutionstheriiden*„ dla oznaczenia złośliwości tych chorób, odrzuca Liebermeister doradzając pozostać przy dawniejszym „*malignus*„ jako dobitniej rzecz wyrażającym.

znaczeniu, i do ropnicy; gdy tymczasem złośliwość występuje także w gorączkach symptomatycznych, np. w zapaleniu płuc, w róży, w gościecu a objawy złośliwości nie wiele różnią się tu od objawów w tamtych?!

„Do wytłumaczenia zatem tych zjawisk służyć mogą tylko 2 przypuszczenia, t. j.; 1) albo w takich razach przyczyną złośliwości są *całkiem inne warunki aniżeli jad*, 2) albo w chorobach nie zakaźnych wytwarza się także *jakiś jad*, na skutek działania nieznanego stosunków.

„Pierwsze przypuszczenie, nakazujące bardzo troskliwe wybadywanie każdego wypadku z osobna, nie może mieć dziś jeszcze żadnego znaczenia ani zastosowania.

„W przypuszczeniu wytwarzania się właściwego pierwiastka złośliwego, w danych wypadkach uciekano się tu, jak w wielu innych niewytłumaczonych zagadnieniach, przedewszystkiem do badań *chemicznych*, które jednak do niczego dotychczas nie doprowadziły, podając co najwięcej cześć słowa zamiast wyjaśnienia.

„Obwiniano napróżno ammoniak, węglan ammonii, wodór węglisty, siarkowodór a nawet barwik moczowy; mówiono i pisano wiele o Cholemii, Uremii, Oxyemii i t. p.; starano się wreszcie wyszukiwać zakażenie, np. moczowe tam, gdzie wcale żadnych zmian patologicznych w nerkach nie było, dowodząc że przeszkoda w wydalaniu mocznika leżeć miała li tylko w braku dostatecznej ilości wody w krwi: wszystkie wszakże rozumowania te rozbijają się o prosty fakt kliniczny, że są wypadki chorób gorączkowych ostrych, gdzie żadna z przytoczonych hipotez złośliwości przebiegu wyjaśnić nie zdoła. Zarzut ten spotyka również tłumaczenie Niemeyera o niedostateczności oddychania, które jakkolwiek trafne, odnosi się tylko do zajęcia chorobowego narządu oddechania.

„Wykazawszy w ten sposób niedostateczność dotychczasowego tłumaczenia przyczyny złośliwości gorączek, przedstawiam swoje zdanie; uprzedzam wszakże, że nie jest bynajmniej zamiarem moim narzucić mój sposób widzenia dla wyjaśnienia wszystkich przypadków złośliwych we wszystkich wydarzających się wypadkach złośliwości, ale zwrócić uwagę na okoliczność dotąd mało cenioną, która jednak w wielu a może w większej połowie wypadków, wywiera przeważny wpływ na wywołanie objawów złośliwych i śmierci.

„Sledząc za właściwością, wszystkim złośliwym gorączkom *wspólną*, przekonywamy się, że taką jest jedynie *silna gorączka*, która na przebieg choroby niewątpliwie wpływa nie tyle przez wyniszczenie, ile przez *znaczne podniesienie temperatury*, *sprawdzając niekiedy tém samém śmierć chorego*.

„Doświadczenia na zwierzętach czynione wykazują dowodnie, że ssawce i ptaki giną, jeżeli temperatura ciała ich podniesioną zostanie wyżej nad 6—7⁰ C od prawidłowej. Fakt ten stwierdzają najwyraźniej na ludziach wypadki tak zwanego „przepalenia słonecznego“, czego przykładały mamy np. w Indjach, gdzie żołnierze giną najczęściej w barakach, nie pod gołym niebem, a to tém prędzej, jeżeli powietrze wysycone jest jednocześnie parą wodną, co właśnie tamuje ochłodzenie ciała.

„Fakta te wraz z doświadczeniem tylokrotnie stwierdzonem, że podniesienie temperatury sztuczne, zewnętrzne, wywołuje u ludzi zdrowych zboczenia w krążeniu i w układzie nerwowym, powinny być zwrócić uwagę atologów i lekarzy praktycznych na zjawiska podobne w chorobach, co wszakże nie miało miejsca.

„Wprawdzie lekarze dawniejsi jak Galen, Sydenham, Boerhave a szczególnie van Svieten łączyli znaki wysokiego podniesienia temperatury z prawidłami *prognostycznymi* w chorobach gorączkowych, co także stwierdzali nowsi jak Bärensprung, Wunderlich, Lebert, Ziemssen i t. p. opierając się na postrzeżeniach klinicznych, że zbyt wysokie podwyższenie temperatury daje zawsze rokowanie bardzo niepomyślne, a ostatecznie (42,5C) sprządza zgon chorego. Wszakże wszyscy dotąd uważali śmiertelne zakończenie chorób w tych wypadkach za *następstwo złośliwości choroby samej*, jej istoty czy zarazka, którego działaniu także przypisywali podniesienie ciepła, utrzymując, że wysoki ów stopień ciepła jest tylko współobjawem czyli znakiem gwałtowności choroby, nie zaś przyczyną tej gwałtowności.

„Dla udowodnienia twierdzenia naszego, że podniesione ciepło jest źródłem złośliwości przebiegu chorób gorączkowych, będziemy usiłowali *wykazać szkodliwość podwyższonej temperatury, samej przez się*.

„Boerhave (aphor. § 689) sądził, że podwyższone ciepło działa zabójczo przez ułatwienie najpłynniejszej części krwi i pośrednie zgęszczenie tejże; van Svieten (Commentaria)

wyprowadzał to samo ze skłonności krwi w tych wypadkach do szybszego krzepnięcia jej, a H. Weikart (Archiv d. Heilkunde 1863) przypisuje podwyższonej temperaturze w gorączce własność ułatwienia krzepnięcia włóknika w krwi.

„Ponieważ teoria zgęszczenia i krzepnięcia krwi nie opiera się na dowodach fizjologicznych, a zdanie Weikarta wyprowadzone z doświadczeń czynionych na królikach nie da zastosować się do wypadków złośliwych gorączek, w których wykazano, że krew takichto chorych właśnie niezwykle płynną się przedstawia, a na zwłokach tego rodzaju najmniej właśnie znajdujemy skrzepów włóknikowych, zmuszeni jesteśmy wykazać, że podwyższenie temperatury staje się *innym sposobem* czyli na innej drodze źródłem zabójczych dla organizmu zbroczeń bądźto anatomicznych bądź czynnościowych. Zanim wszakże będziemy w stanie zrozumieć ową drogę działania, zadaniem naszym być powinno przedewszystkiem wysledzić *zbroczenia anatomiczne i czynnościowe wypływające z samego podwyższenia temperatury*.

„Przed 2 laty ogłosiłem *) 21 wypadków z wykazaniem *następczego zwyrodnienia wątroby*, powikłanego w większej połowie z jednoczesnym zwyrodnieniem mięszu nérek i serca. Wówczas już wypowiedziałem moje zdanie, że zwyrodnienie to jest może najczęstszym źródłem złośliwości przebiegu, niemniej że w wypadkach gdzie oględziny pośmiertne nie wykazują widocznych zmian anatomicznych, wymienione organa poddane być winny badaniu mikroskopowemu.

„Zwyrodnienie powyższe nie ograniczało się na pewnej jednej chorobie, nie należało wyłącznie do chorób zakaźnych, i owszem znajdowałem je w tyfusie, w gorączce pólógowej, w skarlatynie, w zapaleniu otrzewnej a nawet w gorączkach nieżytowych. Dochodząc przypadłości wszystkim owym 21 wypadkom wspólnej, przekonałem się, że nią była li tylko *silna gorączka*, która wszystkim tym chorobom towarzyszyła.

„Ta okoliczność przeto, że w chorobach tak różnorodnych przy wysokim *podwyższeniu ciepła jednocześnie wystąpiła sprawa zwyrodnienia mięszowego*, dozwala przypuszczać, że *zwyrodnienie było wynikiem gorączki*. Ponieważ jednak zwyrodnienie *pierwotne* powodowane bywa różnymi czynnikami (zakażeniem, zatruciem np. fosforem, wyskokiem, kwasem saletrowym it. d. a nawet nieznanymi dotąd przyczynami), domyślać się można, że i następcze zwyrodnienie nie jest wynikiem jednej, wyłącznej przyczyny; przeciwnie zdaje się prawdopodobnym *a priori*, że zniszczenie komórek mięszowych wywołanem być może bardzo różnorodnymi warunkami, które tę tylko wspólną sobie mają własność, że niszczą życie komórek. Że zaś wysokie podwyższenie ciepła działa zabójczo na budowę i czynność komórek zwierzęcych roślinnych, dowodzą doświadczenia M. Schultze'go, W. Kühne'go, i wielu innych, z czego wynika, że nasze przypuszczenie ma jak dotąd przynajmniej wiele za sobą prawdopodobieństwa, co nadto stwierdzają wypadki przez innych lekarzy podawane.

„Tak Louis wspomina już o zmięknieniu serca w tyfusie brzuszny, Stokes mówi o tej samej sprawie w tyfusie wysypkowym; E. Wagner widział zwyrodnienie tłuszczowe serca 9 razy w tyfusie ciężkim, Buhl orzeka wyraźnie że zwyrodnienia mięszowe różnych organów w chorobach gorączkowych a szczególnie w tyfusie i ropnicy napotykanie, obok zakażenia ropniczego mają źródło swe niewątpliwie w gwałtownej gorączce, a w ostatnich czasach Zenker wykazując na zasadzie najwiarogodniejszych i najstaranniejszych dochodzeń, że w tyfusie mięśnie dowolne niemal statecznie ulegają zwyrodnieniu, twierdzi, że zjawisko to jest wynikiem a przynajmniej współobjawem gorączki, która, jak utrzymuje, wywołuje zbroczenie w czynności właściwych nerwów (rdzeniowych) służących do odżywiania mięśni. Poważne to zdanie Zenkera, jednego z najznakomitszych anatomów patologicznych naszego czasu, służy o tyle do poparcia naszego przypuszczenia, że wykazane przez nas zwyrodnienia innych organów w ciężkich gorączkach nasuwają przekonanie, iż przyczyną tego zwyrodnienia nie może być *pewne zbroczenie pewnej czynności nerwowej*, albowiem zmiana taka sama objawia się w organach od mięśni dowolnych zupełnie nie zależnych.“

Na poparcie przypuszczenia przedmiotem rozprawy będącego, przytacza w tém miejscu Liebermeister kilka opisów sekcyj, w których przy braku wszelkich ważniejszych zmian patologicznych nastąpiła śmierć, a gdzie wykazano zwyrodnienie mięszowe bądź to w wątrobie

*) Beiträge zur pathol. Anatomie n. klinik. Tübingen 1864.

bądź w nérkach, w sercu lub w mięśniach. Opisy przytoczonych sekcij odnoszą się do 4 gorączek pólgowych (2 z kliniki Breita), do 2 tyfusów brzusznych (1 z przedziurawieniem jelita) i do 3 ropnic (z kliniki Bruns'a), któreto postrzeżenia potwierdzać mają zdanie, że *zwyrodnienia te były wynikiem znacznego podniesienia temperatury.*

Doświadczeń prowadzących do sztucznego wywołania zwyrodnień tego rodzaju za pomocą wysokiego ciepła, które najwięcej do utrwalenia przekonania Liebermeistra przyczynićby się mogły, dotąd jeszcze nierobiono.

W następnym artykule podamy dalszy ciąg wykładu autora usiłującego wykazać, jaki wpływ wywiera podniesienie temperatury w gorączce na czynność *krążenia i nerwów.*

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 26 września do 2 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	555	129	127	11	546
„ Śgo Ducha	141	38	35	2	142
„ Ewangelickim	64	13	21	—	61
„ Śgo Rocha	59	25	19	—	65
„ Śgo Jana Bożego	151	4	2	—	153
„ Śgo Łazarza	253	52	33	5	264
„ Starozakonnych	316	116	100	18	314
Ogółem:	1399	382	340	36	1515

Od dnia 28 września do 2 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholereę był następnij:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	11	17	11	8	9
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	165	423	179	107	304
Razem	176	440	190	115	313

W ogóle do 2 października zachorowało 1603, wyzdrowiało 812, a umarło 483.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłym tygodniu otwarty został przy ulicy Wiejskiej w domu pod N. 1734 przez PP. Wincentego Brodowskiego i Wiktora Leszkiewicza zakład leczenia za pomocą ścieśnionego powietrza. Przybywa więc nam jeszcze jeden bardzo ważny środek lekarski, którego skuteczność w wielu chorobach została dowiedziona. Zanim obszerniejszą podamy wiadomość o stosowaniu tego środka nadmienimy obecnie, że zgęszczone powietrze największy wpływ wywiera na oddychanie i krążenie krwi i dopiero za pośrednictwem tych czynności organizmu oddziaływa i na inne. Oto w kilku wyrazach skutki tego wpływu: inspiracye pełniejsze, a więc i rzadsze; krążenie tętnicze wolniejsze, żyłne zaś i wlosowate prędsze; ogólna zmiana materji szybsza; pobudzenie układu nerwowego większe. Łatwo więc pojąć, że stosowanie ścieśnionego powietrza w praktyce lekarskiej może być bardzo rozległe: środek ten bowiem będzie wskazany we wszystkich tych wypadkach, w których chodzi o uregulowanie oddechu lub krążenia krwi, przyspieszenie odnowy organicznej, bądź wreszcie pobudzenie układu nerwowego. Mamy nadzieję że zakład mogący oddać tak ważne usługi praktyce lekarskiej znajdzie dobre u kolegów przyjęcie.

Sprostowanie. W N. 13 na str. 195 w wierszach 3 i 4 od dołu, zamiast: jasno-żółtego, czytaj szaro-żółtego.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —
„ półrocznie „ 2 „ 50
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:
„ „ rocznie . . . Rs. 6.
„ „ półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TREŚĆ. Choroba Basedow'a (Tachycardia strumosa exophthalmica; Bronchitis chronica). Obserwowana w klinice terapeutycznej Prof. Chałubińskiego. — Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia siatkówki białkomocznego. (Retinitis albuminurica). Podał Dr. Narkiewicz Jodko. Docent oftalmologii. (Dokonczenie). Kronika Zagraniczna. O skutkach podwyższonej temperatury w gorączce. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

Choroba Basedow'a.

(Tachycardia strumosa exophthalmica, Bronchitis chronica).

Obserwowana w klinice terapeutycznej
Prof. Chałubińskiego.

Dnia 24 czerwca 1865 r. przybyła do kliniki Stan. B. panna wieku lat 20 licząca, w celu znalezienia pomocy na osłabienie ogólne, któremu towarzyszyło bicie serca, kaszel, znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, wysadzenie oczu na zewnątrz i wstrzymanie odpływu miesięcznego.

Bicie serca, jako pierwszy znak choroby wystąpiło przed trzema blisko laty. W stanie zupełnego zdrowia znajdując się, odrazu w skutek zaziębienia i bardzo wielkiego przestachu, dostała silnej gorączki, do której natychmiast przyłączyło się gwałtowne bicie serca; gorączka krótki czas tylko trwała, pozostały jednak bardzo silne i przyspieszone ruchy serca. W parę miesięcy potem dołączył się kaszel z początku od czasu do czasu występujący szczególnie w wieczorami, przytém suchy i krótki, następnie coraz częstszy i więcej męczący; chora zaczęła bardzo na siłach upadać, budziła się zawsze mocno spocona: poty prawie całej chorobie towarzyszyły. Około 6 lub 7 miesiąca choroby, pacjentka zauważyła powiększanie się stopniowe, ale dość szybkie gruczołu tarczowego, a w parę miesięcy potem zjawił się exophthalmus dość znaczny, powiększający się stopniowo, ale zwolna; exophthalmus doszedł do tego stopnia, że chora zamknąć powiek nie mogła, i sypiała z otwartymi oczyma.

Kaszel trwał ciągle, osłabienie z każdym miesiącem wzmagало się, chudnąć dość szybko poczęła. Przed 4 miesiącami wystąpił krwotok płucny obfity; odtąd

do dzisiejszego prawie dnia krwią pluła (raz piwocina więcej, drugi raz mniej zafarbowana, parę razy na dzień mocno czerwona). Czyszczenia miesięczne 2 razy w właściwym czasie miały tylko miejsce z samego początku choroby, potem ustały zupełnie. Poprzednio wyglądała zawsze blado z bardzo żywo zakolorowanymi i mocno odgraniczonymi rumieńcami. Tkanka tłuszczowa podskórna przed chorobą stosunkowo bardzo była rozwinięta. Skłonność do katarów przedstawiała nasza pacjentka wielką: najmniejszy powód wywoływał zapalenie gardła, chrypkę, zapalenie oskrzeli.

W ciągu choroby parę razy bywały pogorszenia i polepszenia: gdy palpacyjne się wzmagaly, gruczoł tarczowy i exophthalmus powiększały się i przeciwnie. Opuchlina kończyn dolnych bardzo znaczna przemijająco występowała.

W obecnym cierpieniu zostawała ciągle pod opieką lekarzy. Przepisy wielu kolegów redukują się do różnych preparatów żelaza (najwięcej jodek żelaza), tranu, naparstnicy, morfiny.

Stan obecny: indywiduum wzrostu dobrego, muskulatura bardzo wiotka, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła. Skóra bardzo blada, cienka, potem chłodnym okryta, w dotknięciu nadzwyczaj miękka i delikatna. Żyły podskórne bardzo uwydatnione. Błony śluzowe powiek, warg, policzków, dziąseł zupełnie blade. Oczy na zewnątrz *oczdolu* wystające, charakterystycznie *nieruchomo-wytrzeszczone*, z wyrazem dziwnej obojętności; białkówka koloru sinawego, źrenice rozszerzone na światło silnie oddziaływające; *zboczeń w czynności wzroku nie było i nie ma*, chociaż powieki niezupełnie zakrywają gałkę oczną. Włos miękki, bardzo cienki, niektóre włosy poskręcane, nierównej grubości, srebrzyste; porost w ogóle bardzo rzadki; dawniej włos był jasno-blond, bardzo bujny i obfity.

Gruczoł tarczowy powiększony dość znacznie, mniej jednak bez porównania jak to bywa przy zwykłym *wolu (struma)*; kształt gruczołu właściwy, oba zrazy jednakowo zwiększone, konsystencyi miękko sprężystej.

Wygląd chorób właściwy wysoko posuniętej anemii. bladość alabastrowa; fizyognomia robi wrażenie osoby w najwyższym stopniu przełkniętej.

Klatka piersiowa dość długa, płaska, sutki mało rozwinięte.

Przy opukiwaniu: *z przodu* odgłos pełny i jasny z prawej strony do dolnego brzegu żebra 4 w linii sutkowej, a w pachowej do dolnego brzegu żebra 6^o;

Z lewej strony pod obojętkiem lekkie stłumienie odgłosu; przy auskultacji z przodu w płucu prawym oddech pęcherzykowy; w płacie górnym płuca lewego od czasu do czasu rżenie suche, niekiedy śluzowe.

Z tyłu: granica płuca lewego w miejscu; prawego tępością absolutną przeszło o 2 c. zmniejszona, ponad którą to tępością jeszcze stępienie blisko centymetra sięga ku górze. W szczycie płuca lewego odgłos prawie tępy.

W szczytach płuc z tyłu oddech pęcherzykowy wzmocniony i zaostrzony, przy grzebieniu łopatki lewej nieokreślony, resonancya wzmocniona szczególnie popod grzebieniem łopatki, a oddech tu niewyraźny, bardzo cichy; wreszcie płuc oddech pęcherzykowy.

Oddechów 30, oddychanie dość powierzchowne; kaszel dość częsty, krótki, urywany, suchy, dźwięczny. Stłumienie perkusyjne serca rozpoczyna się w górze pod 2 żebrami, z prawej strony przy prawym brzegu kości mostkowej.

Tony serca zupełnie czyste, wyraźne, donośne, metaliczne; nad wszystkimi zastawkami tenże charakter tonów. Uderzenia serca bardzo gwałtowne, silne, całą lewą stronę klatki wstrząsające.

Puls 112—120 na minutę, rytm tętna bardzo nieregularny: po 3 lub 4 uderzeniach silniejszych i w odstępach dłuższych, następuje 2 : 3 lub 4 : 5 nadzwyczaj słabych i bardzo częstych uderzeń; za chwilę zupełnie zmienia się ten stosunek; na dwa tętna mocniejsze i rzadsze idzie 1 lub 3 uderzenia bardzo słabe i jedno z drugim prawie złane. Puls jest prędko, bardzo mały (pulsus vibrans) i miękki, niektóre pulsacje tak słabe, że prawie nie dają się wyczuć.

Tętnice szyjowe bardzo silnie pulsują, *gruczoł tarczowy* pulsacjami ich cały bywa poruszany; szmery w tętnicach szyjowych przy systoli i w diastoli dmuchające, przytęm czasami mały pisk lub inny szmer słyszeć się daje. *Tętnice tarczowe dolne rozwinięte silnie pulsują, słyszeć w nich również szmery*; ręka przyłożona na gruczoł bardzo wyraźnie wyczuwa ruchy wibracyjne w głębi jego tkaniny. Pnie żyłne na gruczole większe i mniejsze bardzo uwydatnione.

Najmniejsze wrażenie zmysłowe czy psychiczne powiększa i przyspiesza uderzenia serca.

Wątroba: w linii sutkowej od dolnego brzegu żebra 4, w linii pachowej od dolnego brzegu żebra 6 poczyną się bardzo znaczne stępienie ponad wątrobą, niewiele różniące się od tępości absolutnej. Pod łukiem żebrzym wątroba na 1½ c. wyczuć się daje. Konsystencja organu tego bardzo powiększona, na ucisk wątroba niewrażliwa. Śledziona w granicach normalnych.

Język wilgotny z lekka obłożony, apetytu niema; wypróżnienia stolca codzienne, brzuch miękki: perkussja nie nienormalnego nie wykrywa.

Moczu il. 690 c. c.; c. g. 1024; moczany, fosforany, siarczany i uroxantyną pomnożone, chlorków ilość mniej więcej normalna; ślad lekki barwika żółciowego.

Dytę naznaczono posiłą, lekką, strawną: mleko, serwatkę, użycie kwasów roślinnych i mineralnych, o ile nie będzie przeciwwskazania w wielkiej anemii. W celu zniżenia podwyższonej czynności systematu nerwowego a w szczególności w celu ograniczenia powiększonej czynności serca, przepisano: *Aquae laurocerasi* po 20 kropli 3 razy na dzień — oprócz tego *Dect. Althaeae c. Tart. stib. gr. semis.*

Podczas pobytu w klinice, temperatura ciała, puls i respiracja przechodziły różne falowania, i tak: temp. od 36,3° C. (niższa od normalnej, z powodu stanu anemicznego) do 39,9° C. z powodu nasilenia długotrwałego nieżytu oskrzelowego; oddech od 20 : 56, tętno od 84 do 132 uderzeń na minutę, a nawet raz przez kilka dni zdarzyło się naliczyć do 140, a nawet 160 uderzeń bez wszelkich innych objawów stanu gorączkowego. Nadzwyczajne to przyspieszenie tętna nie można było uważać za objaw nasilenia gorączki, ile raczej tłumaczyć trzeba niedokładnością kurczenia się tętnicy, co było także powodem pozorniej nierówności tętna w różnych arteriach. W niektórych okolicach i częściach ciała od czasu do czasu miewało miejsce w wyższym stopniu nieprzyjemne dla cierpiącej uczucie

bicia i drżenia *np.* w dołku podsercowym (*pulsatio epigastrica*), w arteriach szyjowych, w naczyniach gruczołu tarczowego. Drżenie to niemiłe dla chorąg wy-czuć można było kilka razy przyłożywszy rękę do wzmiankowanych miejscowości.

Ósmego dnia pobytu w klinice, uderzenia serca były słabsze i mniej gwałtowne. — W dniu 16 po przybyciu, gruczoł tarczowy zmniejszony był o 1 cent., i znacznie mniejszej konsystencji; powieki dokładniej na oczy zachodziły, *exophthalmus* się zmniejszył; klatka piersiowa bez porównania mniej wstrząsana, tętnice szyjowe mniej pulsowały, ruchy wibracyjne w gruczole tarczowym słabsze.

W samym końcu października (zatém w 4 miesiące od przybycia chorąg do kliniki) widzieliśmy chorąg w przed dzień jég wystąpienia ze szpitala, w stanie znakomitego *polepszenia*; *Exophthalmus* bowiem prawie znikł zupełnie; *wole* o 3 c. zmniejszone, ruchy serca spokojne, puls 80, dość regularny: konsystencya wątroby daleko mniejsza, skóra biała utraciła kolor alabastrowy, tkanki tłuszczowej podskórnej dość przybyło, siły wróciły. konwalescentka całe dni przebywała w ogrodzie spacerując, gdy przedtém od łóżka do łóżka przejść nie miała siły: apetyt odzyskała zupełnie. Przez ten czas ciągle używała wodę wawrzynosiwową, pokarmy posilne, tłuszcze; zamiast tranu do którego była rzeczywista idiosynkrasia, podano tłuszcz wytopiony ze słoniny, w końcu za-lecono użycie węglanu żelaza po 3 gr. 2 razy dziennie.

Powyższy wypadek choroby *B a s e d o w ' a*, owég rzadkiég, co do swég istoty zagadkowej kombinacji bicia serea z powiększeniem gruczołu tarczowego i *exophthalmią*, komplikowany był cierpieniem płuc i rozrostem serca. Najprawdopodobniej bicia serca było tu czysto dynamiczném zaburzeniem funkcyi, anomalią ruchu, *hyperkinezą* serca; potém wywiązała się anatomiczna zmiana przerostu z rozszerzeniem serca, jako następstwo nadwreżonég czynności tego organu lub processów dokładnie zbadać się niedających.

Zmiany w mięszu płuc mogą po części tłumaczyć się zależnością od powiększonego i zmienionego w swég czynności serca, a z drugieg strony mogą być processem zupełnie niezależnym, co prawdopodobniejsze w tym wypadku. Stępień znaczny w szczycie płuca lewego obecnością gruzełków najwłaściwiej tłumaczyć się daje, bo choć rzeczywiście znaki perkussyjne niekwadrowały z auskultacyjnymi tak, żeby jasny obraz obecności gruzełków dać nam mogły, za sprawą gruzełkową jednak przemawia: miejscowość, dane z anamnezy, skłonność do katarów, krwotok płucny i uporczywość nieżytu oskrzelowego w ograniczoném miejscu. Gruzełki istniały tu przed wybuchem *Tachycardii*, ostatnia wraz z processem gruźliczym wywołały ową wysoką anemią; z początku processa niezależne, w ścisły potém weszły związek.

Z korzyścią dla chorąg postawione były wskazania: wpłynięcie na stan ogólnég anemii środkami dyetetycznymi i farmaceutycznymi, usuwanie bardzo staranne wszelkich zaburzeń w płucu, a tym sposobem działanie skuteczne na ważny moment etyologiczny palpitaacyi serca przez poprawienie stanu anemicznego, zarazem przytém ograniczanie podwyższonég pracy serca wcale nieobojętnég dla stosunków cyrkulacyjnych i nutrycyjnych takiego płuca. Ten plan mając na uwadze, zasto-

sowano leczenie, o którym wzmiankowaliśmy, emetyku ani na jeden dzień niewypuszczając z ręki, aby przez powiększenie wydzieliny błony śluzowej oskrzeli, zmniejszać w niej przekrwienie i zwalniać napięcie nerwowe. Rezultat tego postępowania pokazał się pomyślnym o tyle przynajmniej, że objawy choroby B a s e d o w ' a właściwie zupełnie ustąpiły, a postęp sprawy gruźliczkiej chociaż czasowo powstrzymany został.

Przyczynek do anatomii patologicznej zapalenia siatkówki białkomoczowego.

(Retinitis albuminurica).

Podał Dr. Narkiewicz Jodko.

Docent oftalmologii.

(Dokończenie).

Różne okoliczności nie dozwoliły nam zająć się bliższem zbadaniem oczu posiadanych; w tym roku dopiero, wspólnie z kolegą Brodowskim tego dokonaliśmy; dlatego też wpływ kwasu chromowego zanadto może był znaczny, części wszystkie mocno oranżowo zabarwione, jednak w składzie, oprócz warstwy pręcikowo-czopkowej wcale zmianom nie uległy, jak o tém przekonały nas cięcia w odśrodkowych, nieprzeistoczonych częściach siatkówki robione ¹⁾.

Gałkę przecięliśmy w południku pionowym, przechodząc przez brodawkę nerwu wzrokowego. Po wydobyciu stwardniałego ciała szklistego mogliśmy w bardzo małej tylko części sprawdzić tożsamość obrazu za pomocą wziernika widzianego, tylko zgrubienie siatkówki w kształcie wału brodawkę otaczającego widzialne było tak na powierzchni, jak i w profilu przecięcia i oprócz tego w rozmaitych miejscach tylnej części siatkówki dostrzegaliśmy porozrzucane, zgrubiałe miejsca daleko jaśniejszego niż reszta siatkówki koloru. Miejsca te na pierwszy rzut oka zdawały się nam odpowiadać białym plamom w różnych częściach siatkówki, za pomocą wziernika widzianym, chociaż nie dostrzegaliśmy charakterystycznego ugrupowania tychże w okolicy plamki żółtej i chociaż wał otaczający brodawkę nie odróżniał się barwą od innych części siatkówki, jakkolwiek z pomocą wziernika szarżółtym był widziany. Dokładniejsze badanie, jak to później zobaczymy, przekonało nas, żeśmy byli pod tym względem w błędzie. Na przecięciu poprzeczném siatkówki, w miejscu kilkakrotnie już wspomnianego wału, gołem już okiem dostrzegliśmy jakąś nowopowstałą warstwę, na całej szerokości pomienionego wału, oddzielającą siatkówkę od naczyńki i jakby sklejącą te błony pomiędzy sobą. Siatkówka począwszy od brodawki, w całej tylnej połowie oka była znacznie zgrubioną, 0,62 m.m. -- 0,84 m.m. (normalna 0,25 m.m.), najgrubszą była w miejscu wałowi odpowiadającym. Oprócz tego stopniowo zwiększającego się zgrubienia w niektórych miejscach przecięcia poprzecznego widzieliśmy zgrubienia miejscowe, na bardzo małej przestrzeni ograniczone. Miejsca te odpowiadały wyżej wspomnianym jaśniejszym niż tło siatkówki wyniosłościom, jedno z tych największe w bliskości plamki żółtej znajdujące się wymierzone, wynosiło

*) I teraz dla wyżej przytoczonego podobieństwa obu gałek, zadawaliśmy się opisaniem tylko jednej.

w szerokości 1,50 mm, w długości 2,50 mm, a w wysokości 1,23 mm. Na całej przestrzeni siatkówka z łatwością od naczyniówki się oddzielała, tylko w miejscu wałowi odpowiadającym trudniej to uskutecznić się dawało, spojenie bowiem było w tém miejscu ściślejsze. Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką przy rozdzielaniu tych błon trzymała się mocniej ostatniej.

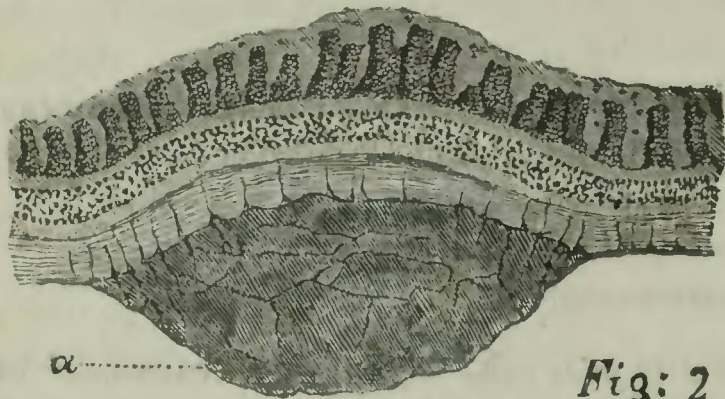


Fig: 2

Powiększenie 70.

70 w fig. 3 podajemy, pochodzi w części z właściwego zgrubienia wszystkich warstw siatkówki a zwłaszcza włóknistej (w), w części zaś z masy grubiej na 0,04—0,12 m.m.

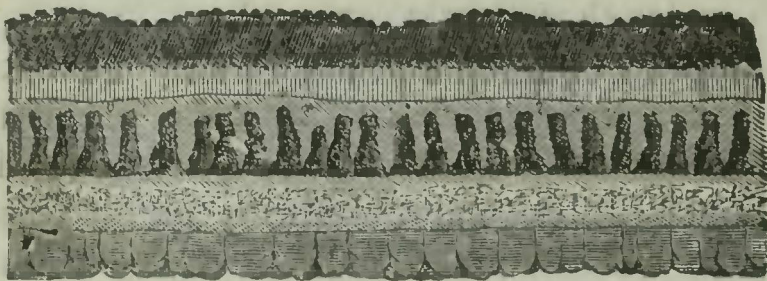


Fig. 3. Powiększenie 70.

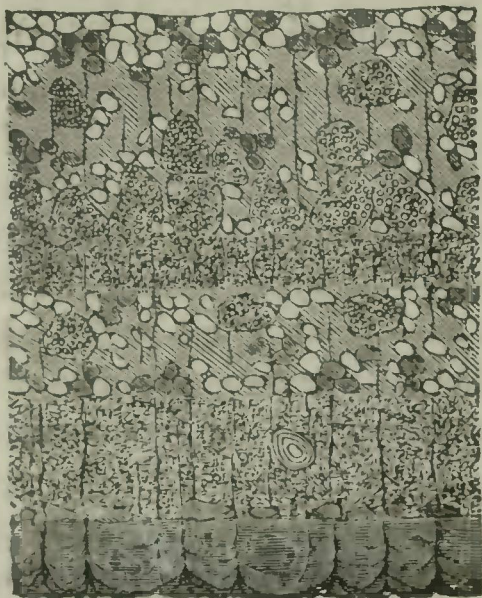
przedzielającej siatkówkę od naczyniówki, do której to masy, z zewnętrznej strony przyklepione były tu i owdzie pojedyncze komórki nabłonka naczyniówki. (Fig. 3 x). W miejscu tém wszystkie warstwy siatkówki odróżnić mogliśmy, nawet warstwa pręcikowo-czopkowa (p. c) w całości utrzymana została, prawdopodobnie przez masę wysiękową oddzielającą siatkówkę od naczyniówki, która nie dopuściła niszczącego tę warstwę działania kwasu chromowego. Warstwa ziarnista zewnętrzna (z z) jak widzimy jest zastąpioną szeregiem jakichś czworokątnych, nieregularnych, palisadowato ustawionych tworów. Twory te znajdowaliśmy na przestrzeni 4—6 m.m. na około brodawki, widzimy je i w fig. 2 (z z); w więcej odśrodkowych częściach zwyrodniałej siatkówki; ustępują one miejsca tworom w części podobnegoż jak się zdaje składu, ale mniejszym i bardziej kulistych kształtów, jak to przy powiększeniu 300 w skrawku wziętym z okolicy plamki żółtej widzimy (fig. 4 z z).

Skrawki, przez wystające nad poziom siatkówki jaśniejsze plamki robione, z których jeden przy powiększeniu 70 wyrysowany w fig. 2 podajemy, były pozbawione warstwy pręcikowo-czopkowej, ale natomiast znajdujemy w nich od wewnętrznej strony pomiędzy warstwą włóknistą a błonką tejże graniczną (membrana limitans) masę szarawą (a), przy tém powiększeniu jednostajnie wyglądającą, a w najgrubszym miejscu wynoszącą 0,60 m. m. U brzegów tej masy dostrzegamy parę włókien Müller'a przez nią przechodzących i dochodzących aż do błonki granicznej; w innych miejscach środkowych dostrzegamy także w kierunku włókien Müller'a gdzieniegdzie porozrzucane włókienka, tak iż z pewnością twierdzić możemy, że masa ta dostawszy się pomiędzy warstwą włóknistą

Skrawki do badania pod mikroskopem braliśmy z różnych części siatkówki, patologiczne jednak zmiany znaleźliśmy tylko w tylnych, na przestrzeni koła o promieniu 7—9 mm, otaczającego brodawkę. Zgrubienie w postaci wału otaczające brodawkę, którego przecięcie poprzeczne przy powiększeniu

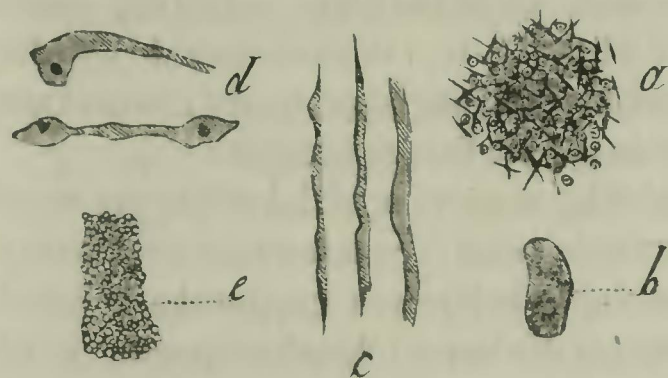
a błonkę graniczną, tę ostatnią od pierwszej powoli oddzieliła i w części środkowej gdzie się nagromadziła w największej ilości, porozrywała utrzymujące związek między temi dwiema częściami siatkówki włókna Müller'a, w częściach zaś skrajnych, gdzie parcie nie było tak silne, tylko takowe powyciągała.

W miejscach najbardziej odśrodkowych części zwyrodniałej siatkówki stosunkowo najmniej zmiany znaleźliśmy, najbardziej uderzające zmiany przedstawiały warstwy ziarniste. W warstwach tych, a szczególnie w zewnętrznej, oprócz właściwych pierwiastków znaleźliśmy nagromadzone, w większej lub mniejszej ilości twory kuliste, które przy większym powiększeniu badane okazały się być kulami ziarnisto-tłuszczowymi. Kule te, raz pojedynczo, to znowu po kilka razem, wypełniały wewnętrzną część warstwy ziarnistej zewnętrznej, pojedynczo znajdowały się i w warstwie ziarnistej wewnętrznej; w warstwie zaś między-ziarnistej w żadnym skrawku nie mogliśmy ich dostrzedz. Stosunki te najlepiej przedstawiał skrawek, którego rysunek przy powiększeniu 300, fig. 4, podajemy.



Po poznaniu ogólnego składu badanej przez nas siatkówki, przejdziemy teraz do warstw jej pojedynczych i zastanowimy się nad zmianami jakim te uległy. W warstwie komórek nerwowych, istoty szarej (drobno-ziarnistej), między-ziarnistej i pręcikowo-czopkowej, gdzieśmy takową znaleźli, zmian żadnych nie było; zmianom więc podlegały głównie warstwa włóknista i obie ziarniste a nadto jak później zobaczymy włókna promieniste czyli Müller'a.

Fig. 4 powiększenie 300. Warstwa włóknista była znacznie grubszą od normalnej; przy samej brodawce wynosiła 0,22 m m. (normalna w tém miejscu 0,18 m m), dalej na zewnątrz 0,10 m m (norm. 0,07 m m); w okolicach rąbka zębatego (ora serrata) 0,03 m m — 0,04 m m. (norm. 0,004 m m — 0,012 m m). Zgrubienie to pochodziło prawdopodobnie od rozszerzenia pojedynczych włókien, które badane na preparatach rozszarpanych (fig. 5



e. d), dochodziły od 0,008 m m — 0,015 m m (norm. 0,001 m m — 0,004 m m) grubości. Włókna te nie były wszędzie jednostajne, oprócz perełkowatego zgrubienia tychże, które i w normalnych znajdujemy, widzieliśmy w niektórych miejscach prawdziwe wyrosty ze ścian, raz w jedną, drugi raz w obie strony w kształcie kulistym wystające (fig. 5 d). W wyrostach tych

Fig. 5 a, b, e, powiększ. 300 c, d, powiększ. 650. nawet czasami jądra dostrzegaliśmy: były one wszędzie mocno połyskujące i jak gdyby przerośnięte i stwardniałe. W téjże warstwie przedewszystkiem, ale ta-

kże i w innych warstwach na wszystkich skrawkach nadzwyczaj wyraźnie i znacznie zgrubiałe widzieliśmy włókna Müller'a. Wewnętrzne ich rozszerzenie w błonkę graniczną przechodzące nie mogło być z powodu nieregularności kształtów wymierzone, z rysunków jednak już (fig. 4 b g) widzimy, iż było znacznie powiększone; w częściach środkowych siatkówki, prawie w dziesięćkroć, wynosiły bowiem od 0,010 m. m. 0,012 m m (norm. 0,0008 mm—0,0012 mm). Masa oddzielająca błonkę graniczną od warstwy włóknistej (fig. 2a) rozszarpana i badana przy większym powiększeniu, okazała się być mieszaniną krążków krwi i drobnych włókienek włóknika (fig. 5a) a więc wynaczynieniem, które, jak to wnosić można ze stosunku w jakim zostaje do włókien Müller'a i błonki granicznej, albo powoli się tworzyło (bo w razie prędkiego wylania tak jedne jak i druga uległyby zupełnemu zniszczeniu), albo też znalazło te pierwiastki tkanki łącznej bardzo rozciągliwymi a zarazem dosyć mocnymi. Przyjmujemy to ostatnie przypuszczenie polegając na wymiarach włókien Müller'a.

Największe zmiany, nawet przy małym powiększeniu widziane, przedstawiały warstwy ziarniste a mianowicie zewnętrzną; oprócz bowiem niewielkiej ilości normalnych pierwiastków anatomicznych warstwom tym właściwych, znaleźliśmy w ogromnej ilości nagromadzone, wyżej już wspomniane twory, w części postaci mniej więcej czworokątnej, w części zaś kuliste. Te ostatnie w więcej odśrodkowych tylko częściach zwyrodniałej siatkówki widziane, były niezaprzeczenie nagromadzeniem drobnych kulek tłuszczu, około których postrzegaliśmy najczęściej cieniutką błonkę. Wynosiły one 0,01 m m — 0,03 m m. w średnicy i wypełniały wraz z kropelkami tłuszczu wolnego głównie warstwę ziarnistą zewnętrzną a w niektórych tylko miejscach znajdujemy je i w wewnętrznej mniej lub więcej nagromadzone, jak to fig. 4zz i zw wykazuje. Twory zaś czworokątne długie 0,30 m m, szerokie 0,04 m m 0,10 mm. nie przedstawiały takiej jak kuliste jednostajności. Niektóre z nich były także niezaprzeczenie złożone z kulek tłuszczowych (w fig. 5 e. jeden taki przy większym powiększeniu zrysowany podajemy), a więc prawdopodobnie powstały ze zlania się powyższych tworów kulistych; w innych zaś znajdujemy szczątki wynaczynienia (krążki krwi i włókienka włóknika); inne znowu były złożone prawie z jednorodnej, niekształtnej, tu i owdzie drobno-włóknistej masy i miały wszelkie pozory pochodzenia wysiękowego; w innych rozszarpanych znajdowaliśmy jednolite, mocno światło łamiące, ściśle odgraniczone łuszczyki (fig. 5 b), tak iż zmuszeni jesteśmy przypuścić, że jakkolwiek przy małym powiększeniu wszystkie twory czworokątne do siebie były podobne, pochodzenie ich jednak było bardzo rozmaite.

Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką w miejscu wielokrotnie już wspomnianego wału (fig. 3 x), pomimo najstaranniejszego preparowania i rozszarpywania nie dała się zbadać wyczerpująco; w najdrobniejszych cząsteczkach przedstawiała się ona prawie jednolitą a nadzwyczaj drobne włókienka czasami w niej spostrzegane, niewiadomo czy były następstwem rozszarpywania, czy też stanowiły jedyne jej części składowe.

Zanim przejdziemy do porównania tego cośmy znaleźli z nabytkami przed nami pracujących na tém polu, musimy nadmienić, że odczynniki chemiczne, któ-

reby nam może w niejednym razie do zupełniejszego odkrycia prawdy dopomogły, nie mogły być w tym razie z korzyścią zastosowane, ponieważ długi pobyt oczu wyłuszczonej w płynie stwardniającym, zupełnie pierwiastki składowe siatkówki na wpływ czynników chemicznych zubożył; jedna gliceryna rozjaśniając nieco skrawki mikroskopowe przy badaniu tychże pomoc nam przyniosła.

Przechodząc do historii badań nad opisywanym przez nas cierpieniem, musimy naprzód wymienić Türk'a, który przed kilkunastu już laty znalazł twory tłuszczowe w zwyrodniałej przez chorobę Bright'a siatkówce, po nim wielu innych patologów i okulistów zajmowało się tym cierpieniem. Heymann, Virchow, Wagner, Henryk Müller, Demme, Lichtenstein, Nagel i Schweigger pomieszczały swe prace w tym względzie, w ostatnim lat dziesiątku, częścią w Archiwach oftalmologicznym Graefego i patologicznym Virchowa, częścią w osobnych artykułach i broszurach. Szczegółowy rozbiór prac tych autorów przechodziłby granice przez nas zakreślone, nie mogę jednak pominąć zupełnym milczeniem prac, które po większej części uwieńczone zostały temież co i moje rezultatami. We wszystkich opisanych wypadkach twory tłuszczowe przeważnie kulistych kształtów, były w rozmaitych warstwach siatkówki dostrzegane, w żadnym wypadku siedliskiem ich nie były warstwy tylko ziarniste, jak to w naszym widzieliśmy. Nagromadzenie to tworów tłuszczowych tym było większe, im zmiany przy pomocy wziernika dostrzegane znaczniejsze i niedoślep bardziej posunięty. Heymann, Virchow, Wagner i Nagel znajdowali niezwykle w siatkówce twory bez-ustrojne, dość znacznych rozmiarów, czasami o wielkiem, połyskującym, jakby stwardniałym jądrze, które za zwyrodniałe komórki nerwowe uważali; późniejsi zaś badacze, Müller i Schweigger podają takowe za rozszerzenia zgrubiałych i stwardniałych włókien nerwowych. Nadto Nagel i Schweigger w kilku wypadkach znaleźli w rozmaitych warstwach, a pierwszy także pomiędzy siatkówką a naczyniówką, znaczną ilość obcych siatkówce pierwiastków, które za masę skrzepłą wysięku włóknikowego (Gerinnungsmasse) poczytują. Schweigger, który aż cztery wypadki tego rodzaju badać miał sposobność, w dwóch znalazł nadzwyczajne zgrubienia włókien promienistych Müller'a i warstwy włóknistej, a tę ostatnią w wielu miejscach złożoną z pęków nadzwyczaj zgrubiałych, miejscami wyrostami opatrzonych i stwardniałych, połyskujących włókien nerwowych.

Wynacznienia we wszystkich tych wypadkach zwykle znajdowały się w środkowych warstwach siatkówki, wynacznienia podobnego opisywanemu przez nas fig. 2a w żadnym wypadku nie było.

Zestawiając rezultata do których doszliśmy z rezultatami badań poprzedników naszych, widzimy, iż te są w bardzo wielu względach jednakowe: twory tłuszczowe znajdowaliśmy wprawdzie tylko w warstwach ziarnistych, ale też cierpienie siatkówki przez nas obserwowane trwało prawdopodobnie przez czas względnie dosyć krótki, możemy więc przypuszczać, że gdyby zatrucie mocznikowe pasma życia naszej chorój nie przerwało, podobnym zmianom mogłyby w późniejszym czasie i inne warstwy podlegać. Massa spajająca siatkówkę z naczyniówką

fig. 3 x i pewna część palisadowato ustawionych tworów warstwy ziarnistej zewnętrznej, które, jak to wyżej opisaliśmy, składały się z wielkiej ilości zbitych, drobniotkich włókienek i jednolitych mocno światło łamiących łuszczyk (fig. 5 b), zdają się być nie czém inném, jak skrzeplym włóknikiem czysto wysiękowej natury. Masa ta wysiękowa musiała być już skrzeplą za życia, skoro warstwa pręcikowo-czopkowa przez nią nie tylko w miejscu utrzymaną została ale i w całości zachowana. Tak w wypadku Schweiggera jak i w naszym uderza niezwykle zgrubienie włókien nerwowych, z miejscowemi ich poszerzeniami i włókien Müller'a; te ostatnie niezaprzeczenie składają się z tkanki łącznej, przerost więc ich przy procesie zapalnym jest bardzo naturalny, ale daleko trudniej wytłómaczyć zgrubienie włókien nerwowych. W wypadkach przez Schweigger'a opisanych zgrubienie bywało dwojakiego rodzaju, a mianowicie w świeższych, gdzie obrzmienie (oedema) siatkówki przed śmiercią było obserwowane i w innych cierpieniach siatkówki, których obiektywne objawy podobne były do tychże pierwszego okresu zapalenia siatkówki białkomoczowego, znajdował on włókna nerwowe przezroczytymi, jednostajnie zgrubiałymi. Zgrubienie to włókien nerwowych uważa on za nabrzmienie wodniste (oedematoese Schwellung). W późniejszych zaś okresach zapalenia białkomoczowego, po ustąpieniu obrzmienia znajdował przeważnie włókna nerwowe zgrubiałe w podobny sposób jak i my obserwowaliśmy, i te dla ich połysku i silnego łamania światła ma za włókna przeistoczone i stwardniałe (skleromatoese Schwellung). Zgrubienie pierwsze uważa jako następstwo warunków utrudniających krążenia krwi, jakie przy cierpieniu nerek spotykamy; zgrubienie zaś drugiego rodzaju, jako zapalne spowodowane zakażeniem krwi przepęnlionąj pierwiastkami mocznikowymi.

Zgrubienie włókien Müller'a, widzialne we wszystkich prawie skrawkach, których trwałość i niepodatność przy tworzeniu się wynaczynienia (fig. 2 a) uprzednio wykazaliśmy, jest, jak się zdaje niezaprzeczonym powodem, że tak różnorodnego pochodzenia czworokątne twory warstwy ziarnistej zewnętrznej posiadały prawie jednostajne wszędzie kształty, fig. 2 i 3 w z. Włókna te jak nas anatomja siatkówki uczy, idąc przez całą jej grubość równoległe do siebie, zlewają się końcami zewnętrznymi i wewnętrznymi we dwie błonki tak zwane graniczne, wewnętrzną (limitans interna) odgraniczającą siatkówkę od ciała szklistego i zewnętrzną (limitans externa) stanowiącą granicę pomiędzy warstwą ziarnistą zewnętrzną a pręcikowo-czopkową. Włókna więc Müller'a stanowią podpórę dla wszystkich warstw siatkówki i utrzymują różnorodne w niej nagromadzone pierwiastki nerwowe w miejscach właściwych, rozgraniczając i otaczając rozpiętą pomiędzy sobą siateczką tkanki łącznej, jak to piękne badania Maksa Schultze'go wykazały, wszystkie komórki, ziarnka i ziareczka. Proces zapalny wywołany nieprawidłowym składem krwi, właściwym późniejszym okresem choroby Bright'a, pobudza pierwiastki komórkowe siateczki tkanki łącznej, otaczającej części siatkówki nerwowe, do rozmnażania się; nowo powstałe tym sposobem komórki ulegają w dalszym ciągu stłuszczeniu i ztąd powstają rozmaitego kształtu twory ziarnisto-tłuszczowe. Twory te w początkach procesu chorobliwego są pojedyncze i kształtów bardziej kulistych, jak i pierwiastki z których powstały;

w dalszym przebiegu cierpienia ilość ich się zwiększa i wówczas przyjmują kształty do jakich je zmuszają sąsiednie niepodatne tkanki. W naszym wypadku znajdujemy twory ziarnisto-tłuszczowe tak kuliste jak i czworokątne, te w środkowych częściach siatkówki, tamte zaś w obwodowych, tak jedne jak i drugie w warstwach ziarnistych. Prawdopodobnie więc cierpieniu dłużej podlegały części środkowe siatkówki aniżeli obwodowe, niedosyć jednak długo ażeby twory tłuszczowe i w innych warstwach siatkówki powstały.

Jeżeli zechcemy z poznanego składu zwyrodniałej siatkówki wyprowadzić jakieś wnioski co do natury zmian za pomocą wziernika w tejsze dostrzeganych, to musimy przedewszystkiem te zmiany sobie przypomnieć; najbardziej nas uderzały plamki jasno-żółte, promienisto ku górze i ku dołowi od plamki żółtej rozchodzące się i wał barwy szaro-żółtej otaczający brodawkę. Barwa szaro-żółta wału pochodziła prawdopodobnie od nagromadzenia w warstwie ziarnistej zewnętrznej wysięku włóknikowego i tworów ziarnisto-tłuszczowych; barwa zaś jasno-żółta plamek, w okolicy plamki żółtej widzianych, zależy zapewne od nagromadzenia tworów li tylko tłuszczowych w obu warstwach ziarnistych fig. 4. S c h w e i g g e r tłumaczy charakterystyczne dla zapalenia białkomocznego siatkówki ugrupowanie zmian w okolicy plamki żółtej odmiennym pochyleniem włókien M ü l l e r ' a od reszty siatkówki. Włókna te w częściach siatkówki otaczających plamkę żółtą, oddalają się zewnętrznymi końcami od siebie i im bliżej są plamki żółtej, tem końce ich zewnętrzne bardziej się ku niej pochylają, tak, iż szereg włókien M ü l l e r ' a stykających się z plamką żółtą ma już tak pochyły kierunek, że tylko zewnętrznymi końcami środka plamki dotyka, włókna więc z kierunku pionowego do płaszczyzny siatkówki przechodzą prawie w równoległy i z przodu siatkówki badane wyglądają jakby promienie z plamki żółtej rozchodzące się na wszystkie strony; a ponieważ ugrupowanie tworów tłuszczowych z których się plamki jasnożółte składają, zależy od kierunku włókien M ü l l e r ' a, więc i plamki te ugrupowują się na około plamki żółtej w kształcie promieni.

Zgrubienie warstwy włóknistej i zwyrodnienie włókien ją składających może być także przy pomocy wziernika rozpoznane, jak o tém L i c h t e n s t e i n i S c h w e i g g e r wspominają, ale to w razach takich, gdzie wiązki włókien zwyrodniałych przebiegając w przednich częściach warstwy włóknistej przykrywają sobą naczynia siatkówki; w tych razach, jak wyżej wspomnieli autorzy podają, widzimy plamy szaro-żółte, mniej lub więcej pokrywające naczynia. W naszym wypadku naczynia na przestrzeni całej siatkówki były zupełnie wyraźnie widziane, jakkolwiek więc znajdowaliśmy pojedyncze zwyrodniałe włókna nerwowe, ilość ich jednak była zbyt małą, żeby na wyrazistość obrazu siatkówki za pomocą wziernika widzianego jakikolwiek wpływ wywierać mogła.

Ogół badań przez nas dokonanych następcza następujące uwagi. W rozmaitych sprawach chorobowych ciała naszego spotykamy się ze zmianami zapaleniem spowodzonemi; zmiany te, jak nas doświadczenie uczy, bywają trojakkie: raz mamy do czynienia ze zmianami głównie naczyń dotykającemi, z tak zwaną formą naczyniową zapalenia, drugi raz spotykamy się z rozmnożeniem komórkowych pierwiastków, i wówczas widzimy przed sobą zapalenie z charakterem pro-

dukcyjnym, w innych znowu razach znajdujemy pierwiastki anatomiczne zwyrodniałymi i zmienionymi w ten lub w owy sposób i tę grupę zmian uważamy jako zapalne z charakterem degeneracyjnym. W wypadku zapalenia białkomocznego przez nas opisanym spotykamy zmiany świadczące o nadzwyczaj skomplikowanej sprawie chorobowej, której siatkówka podległa; wszystkie trzy wyżej wspomniane rodzaje zapalenia w zwyrodniałej siatkówce znajdujemy: massa wysięku włóknikowego i wynaczynienia wykazują sprawę zapalną charakteru naczyniowego; rozmnożenie się komórek tkanki łącznej i następne przetworzenie się ich tłuszczowe, poznajemy jako cechy zapalenia z charakterem produkcyjnym; w zgrubieniu zaś i stwardnieniu tak włókien M ü l l e r a jak i nerwowych widzimy charakter degeneracyjny zapalenia. Ta różnorodność objawów pochodzi, jak się nam zdaje ztąd:

1 że jako przyczyny tych zmian występuje raz utrudnione krążenie krwi w systemie wielkiego krwi obiegu (przez zmiany nerek), drugi raz zakażenie krwi mocznikowe;

2 że miejscopołożenie siatkówki pomiędzy niepodatną błoną twardą a elastycznym, różnym zmianom środocznego ciśnienia podlegającym ciałkiem szklistym, stawia poniekąd tamę zbyt gwałtownemu rozwijaniu się sprawy zapalnej, a przy szerzeniu się powolnym sprawa ta rozmaity względnie do towarzyszących okoliczności przybiera charakter.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O skutkach podwyższonej temperatury w gorączce.

Pod tym napisem znajdujemy bardzo ważną dla Patologii i Kliniki i niezmiernie pouczającą dłuższą rozprawę profesora w Bazylei Dr. C. Liebermeister, zamieszczoną w piśmie „*Deutsches Archiv für klinische Medizin I Bd. 3, 5, 6 Hft. 1865—1866*“

Każdemu wiadomo, jakie znaczenie w dzisiejszej teorii gorączki zajmuje podwyższenie temperatury. Wszyscy patologowie i lekarze kliniczni przekonali się dziś dowodnie, że jednym z najglówniejszych objawów gorączki, niemal istotnym, jest *podwyższone ciepło ciała*, że dopiero stwierdzenie tej przypadłości obok innych jak: przyspieszenie tętna, zboczenie wydzielin i czynności, stanowi rozpoznanie gorączki, że obecność znaku tego daje nam możność dokładniejszego zrozumienia tej zawiłej chorobowej sprawy organicznej, którą zwiemy gorączką. Wiemy wprawdzie, że pojęcie gorączki odnoszące się do podniesionego ciepła, nie jest nabytkiem naszych czasów, że już lekarze starożytniej Grecyi (a mianowicie Galen) uważali objaw ten za główny warunek gorączki, że Antoni de Häën Professor Kliniki Wiedeńskiej, w drugiej połowie XVIII w., pierwszy już zastosował użycie termometru w chorobach gorączkowych; pomimo to, historia wskazuje, jak rozmaitemi drogami kręciła się Patologia średniowiecznych czasów dla wykazania najdziwaczniejszych innych czynników wpływających jakoby na wywołanie gorączki, jak wiele walk staczali świątli mężowie dla obalenia pojęć antifizyologicznych i wszelkiej nauki pozbawionych, zanim ściśle i rzetelne badania sprowadziły lekarzy na właściwy, jak się zdaje, i zasadam Fizjologii i Patologii odpowiedni kierunek pojmowania sprawy w mowie będącej. Nie zapuszczając się w bliższe szczegóły historii nauki o gorączce, przypomnamy tylko: jak wieki całe składały się na wyrugowanie z medycyny widma o *dachach żywotnych*, które wywoływać miały gorączkę; jak drogie tyle upłynąć musiało, aby obalić pojęcie o *ostrości i wzburzeniu soków*, które pomimo tego zachowało się niemal do dziś dnia jeszcze w umysłach gminu lekarskiego; że wreszcie dla pokonania zasad *Teleologii i Ontologii* potrzeba było tak burzliwych i zaciętych walk, jakie staczał Broussais, który nawiasem powiedziawszy, gromiąc zwolenników Ontologii, ontologiczne zasiewał błędy na polu Patologii, a które szczęściem dla nauki, surowy i niezmordowany w pracy z gruntu wykorzeniać musiał wiekopomnej sławy L ä e n e c.

W naszych dopiero czasach ustaliło się powszechnie przekonanie, że *gorączka jest zboczeniem o natury ogólnej, objawiającym się podniesieniem temperatury, przyspieszeniem tętna, i zmianą czynności nerwowej, wydzielania i trawienia*. Do utrwalenia i rozpowszechnienia tej teorii przyczynili się głównie: Virchow, Traube, Bärensprung, Claude Bernard, Ziemssen, Thierfelder, Liebermeister i t. d.

Na tém stanowisku nauki pozostaje obecnie do wytłumaczenia: gdzie leży źródło owego zboczenia ogólnego odżywienia? z kąd pochodzi podniesienie ciepła? . . . jaki zachodzi przyczynowy związek pomiędzy wyliczonymi przypadłościami gorączki?

Liebermeister w rozprawie powyższej przytoczonej usiłuje wyjaśnić ostatnie z trzech zagadnień na zasadzie faktów klinicznych, twierdząc, że *większa część najważniejszych objawów gorączkowych jest następstwem działania podwyższonej temperatury, jako takiej*, którą to rzecz następującym sposobem w streszczeniu tu podaném wyłożył:

„W liczbie ciężkich chorób gorączkowych ostrych zdarzają się często takie wypadki, które kończą się śmiercią, a w których badanie pośmiertne nie wykazuje takich zmian anatomicznych, żeby z nich konieczność śmiertelnego zejścia wyprowadzić się dała.

„Wypadki tego rodzaju spotykamy najczęściej w gorączkach tak zwanych zakaźnych, mianowicie w czasie złośliwych epidemii, jak np. w epidemii ospy, odry, szkarlatyny, gdzie częstokroć ani rozległość ani gwałtowność wysypki ani współcierpienie ważnych organów do wytłumaczenia zapadłego zgonu nie ukazują się dostatecznymi. To samo widzimy bardzo często na chorych tyfusowych (t. wysypkowego a jeszcze bardziej brzuszego), w gorączce płożowej, lub w ropnicy, kiedy sekcya nie przedstawia nam odpowiedniego zakończeniu zboczenia anatomicznego. Co więc, takie same nie wytłumaczone przypadki pojawiają się nawet w chorobach, które do zakaźnych wcale zaliczane nie bywają, jako: w zapaleniu płuc, gdzie nie rzadko wysięk zapalny bardzo małą tylko stosunkowo zajmuje część organu, w róży twarzy, a nawet w ostrym reumatyzmie stawowym. Wynika ztąd, że choroby gorączkowe ostre częstokroć sprowadzają zgon chorego bez ważnych widocznych zmian anatomicznych, zatem w wypadkach tych zachodzą warunki, których wcale nie znamy, albo dostatecznie cenić nie umiemy.

„Powszechnie znajomą jest rzeczą, że są pewne formy chorobowe, a nawet pojedyncze przykłady różnych chorób, odznaczające się pewnego rodzaju *złośliwością*, która nie polega na tém, że chory umiera, ale że przedstawia objawy nieodpowiadające znanym a stosunkowo lekkim zboczeniom materialnym. I tak: ropień w mózgu, albo rozległe zapalenie otrzewnej, żaden z lekarzy nie nazwie chorobą złośliwą, chociażby chory rzeczonemu uległ cierpieniu; ale złośliwym zowiemy nowotwór, który w całości wyjęty powtórnie wyrasta, albo stan patologiczny, który przy łagodnych i ograniczonych zmianach anatomicznych powoduje śmierć chorego.

„Charakter złośliwości zależy na tém że zakończenie choroby jest niepomyślniejsze, aniżeli przy danych zmianach oczekiwać było można; że lekarz przypadłości gwałtownych wytłumaczyć sobie nie może; że zatem oprócz wybadanych zmian chorobowych są inne niezbadane i niewiadome. Złośliwa ta własność niektórych gorączek znaną już była lekarzom starożytnym (Hippokrates, Sydenham), kiedy nowsi patologowie rzadziej uwagę na to zwracają już dlatego, że mniej od dawniejszych kolegów pojęciami abstrakcyjnymi posługiwać się zwykli, które pojęcia jako niedokładnie określone, zbyt często tylko za pokrywkę niewiedomości lekarskiej służyć zwykły. Pomimo to wszakże wyrazy i pojęcia tego rodzaju okazują się prawie niezbędne w nauce naszej; i nie są w rzeczy samej szkodliwe dla postępu jęj, jeżeli używać ich będziemy dla łatwiejszego i krótszego wyrażenia się, a nie w myśli wyjaśnienia zawitych zagadnień naukowych. I tak, krom długich i zaciętych sporów patologicznych posiłkujemy się jeszcze zawsze dotychczas przy oznaczeniu charakteru nowotworów, wyrazami „złośliwy i łagodny“, mówimy powszechnie o złośliwej zimnicy, złośliwej epidemii, szkarlatynie i t. p. *)

„Zastanawiając się nad *przyczyną złośliwości* chorób zakaźnych, wiadomo, że najbardziej rozpowszechnioném jest przekonanie, iż powodem owęj złośliwości ma być działanie *specyficznego jadu*, czyli zarazka, wywołującego samą chorobę, za czém przemawiać się zdaje wielkie podobieństwo objawów w złośliwych chorobach, do tychże w niektórych wypadkach zatrucia, a zresztą i ta okoliczność, że z tego stanowiska wychodząc nie potrzeba dla każdej choroby z osobna, osobnej wyszukiwać przyczyny. Wszelako tłumaczenie takie napotyka ważne zarzuty, a mianowicie: że wbrew licznym i rozmaitym chorobom, a tém samym i różnym bardzo zmianom anatomicznym, zbiór objawów złośliwych mniej więcéj zawsze jest ten sam; z drugiej strony, że tłumaczenie takie zastosować się da tylko do chorób tak zwanych zakaźnych w ścisłym

*) Użyty przez Wunderlich'a wyraz: „*Constitutionstheriiden*„ dla oznaczenia złośliwości tych chorób, odrzuca Liebermeister doradzając pozostać przy dawniejszym „*malignus*„ jako dobitniej rzecz wyrażającym.

znaczeniu, i do ropnicy; gdy tymczasem złośliwość występuje także w gorączkach symptomatycznych, np. w zapaleniu płuc, w róży, w gościecu a objawy złośliwości nie wiele różnią się tu od objawów w tamtych?!

„Do wytłumaczenia zatem tych zjawisk służyć mogą tylko 2 przypuszczenia, t. j.; 1) albo w takich razach przyczyną złośliwości są *całkiem inne warunki aniżeli jad*, 2) albo w chorobach nie zakaźnych wytwarza się także *jakiś jad*, na skutek działania nieznanych stosunków.

„Pierwsze przypuszczenie, nakazujące bardzo troskliwe wybadywanie każdego wypadku z osobna, nie może mieć dziś jeszcze żadnego znaczenia ani zastosowania.

„W przypuszczeniu wytwarzania się właściwego pierwiastka złośliwego, w danych wypadkach uciekano się tu, jak w wielu innych niewytłumaczonych zagadnieniach, przedewszystkiem do badań *chemicznych*, które jednak do niczego dotychczas nie doprowadziły, podając co najwięcej cześć słowa zamiast wyjaśnienia.

„Obwiniano napróżno ammoniak, węglan ammonii, wodór węglisty, siarkowodór a nawet barwik moczowy; mówiono i pisano wiele o Cholemii, Uremii, Oxyemii i t. p.; starano się wreszcie wyszukiwać zakażenie, np. moczowe tam, gdzie wcale żadnych zmian patologicznych w nerkach nie było, dowodząc że przeszkoda w wydalaniu mocznika leżeć miała li tylko w braku dostatecznej ilości wody w krwi: wszystkie wszakże rozumowania te rozbijają się o prosty fakt kliniczny, że są wypadki chorób gorączkowych ostrych, gdzie żadna z przytoczonych hipotez złośliwości przebiegu wyjaśnić nie zdoła. Zarzut ten spotyka również tłumaczenie Niemeyera o niedostateczności oddychania, które jakkolwiek trafne, odnosi się tylko do zajęcia chorobowego narządu oddechania.

„Wykazawszy w ten sposób niedostateczność dotychczasowego tłumaczenia przyczyny złośliwości gorączek, przedstawiam swoje zdanie; uprzedzam wszakże, że nie jest bynajmniej zamiarem moim narzucić mój sposób widzenia dla wyjaśnienia wszystkich przypadków złośliwych we wszystkich wydarzających się wypadkach złośliwości, ale zwrócić uwagę na okoliczność dotąd mało cenioną, która jednak w wielu a może w większej połowie wypadków, wywiera przeważny wpływ na wywołanie objawów złośliwych i śmierci.

„Sledząc za właściwością, wszystkim złośliwym gorączkom *wspólną*, przekonywamy się, że taką jest jedynie *silna gorączka*, która na przebieg choroby niewątpliwie wpływa nie tyle przez wyniszczenie, ile przez *znaczne podniesienie temperatury*, *sprawdzając niekiedy tém samém śmierć chorego*.

„Doświadczenia na zwierzętach czynione wykazują dowodnie, że ssawce i ptaki giną, jeżeli temperatura ciała ich podniesioną zostanie wyżej nad 6—7⁰ C od prawidłowej. Fakt ten stwierdzają najwyraźniej na ludziach wypadki tak zwanego „*przepalenia słonecznego*“, czego przykładały mamy np. w Indjach, gdzie żołnierze giną najczęściej w barakach, nie pod gołym niebem, a to tém prędzej, jeżeli powietrze wysycone jest jednocześnie parą wodną, co właśnie tamuje ochłodzenie ciała.

„Fakta te wraz z doświadczeniem tylokrotnie stwierdzoném, że podniesienie temperatury sztuczne, zewnętrzne, wywołuje u ludzi zdrowych zboczenia w krążeniu i w układzie nerwowym, powinny być zwrócić uwagę atologów i lekarzy praktycznych na zjawiska podobne w chorobach, co wszakże nie miało miejsca.

„Wprawdzie lekarze dawniejsi jak Galen, Sydenham, Boerhave a szczególnie van Svieten łączyli znaki wysokiego podniesienia temperatury z prawidłami *prognostycznymi* w chorobach gorączkowych, co także stwierdzali nowsi jak Bärensprung, Wunderlich, Lebert, Ziemssen i t. p. opierając się na postrzeżeniach klinicznych, że zbyt wysokie podwyższenie temperatury daje zawsze rokowanie bardzo niepomyślne, a ostatecznie (42,5C) sprządza zgon chorego. Wszakże wszyscy dotąd uważali śmiertelne zakończenie chorób w tych wypadkach za *następstwo złośliwości choroby samej*, jej istoty czy zarazka, którego działaniu także przypisywali podniesienie ciepła, utrzymując, że wysoki ów stopień ciepła jest tylko współobjawem czyli znakiem gwałtowności choroby, nie zaś przyczyną tej gwałtowności.

„Dla udowodnienia twierdzenia naszego, że podniesione ciepło jest źródłem złośliwości przebiegu chorób gorączkowych, będziemy usiłowali *wykazać szkodliwość podwyższonej temperatury, samej przez się*.

„Boerhave (aphor. § 689) sądził, że podwyższone ciepło działa zabójczo przez ułatwienie najpłynniejszej części krwi i pośrednie zgęszczenie tejże; van Svieten (Commentaria)

wyprowadzał to samo ze skłonności krwi w tych wypadkach do szybszego krzepnięcia jej, a H. Weikart (Archiv d. Heilkunde 1863) przypisuje podwyższonej temperaturze w gorączce własność ułatwienia krzepnięcia włóknika w krwi.

„Ponieważ teoria zgęszczenia i krzepnięcia krwi nie opiera się na dowodach fizjologicznych, a zdanie Weikarta wyprowadzone z doświadczeń czynionych na królikach nie da zastosować się do wypadków złośliwych gorączek, w których wykazano, że krew takichto chorych właśnie niezwykle płynną się przedstawia, a na zwłokach tego rodzaju najmniej właśnie znajdujemy skrzepów włóknikowych, zmuszeni jesteśmy wykazać, że podwyższenie temperatury staje się *innym sposobem* czyli na innej drodze źródłem zabójczych dla organizmu zbroczeń bądźto anatomicznych bądź czynnościowych. Zanim wszakże będziemy w stanie zrozumieć ową drogę działania, zadaniem naszym być powinno przedewszystkiem wysledzić *zbroczenia anatomiczne i czynnościowe wypływające z samego podwyższenia temperatury*.

„Przed 2 laty ogłosiłem *) 21 wypadków z wykazaniem *następczego zwyrodnienia wątroby*, powikłanego w większej połowie z jednoczesnym zwyrodnieniem mięszu nérek i serca. Wówczas już wypowiedziałem moje zdanie, że zwyrodnienie to jest może najczęstszym źródłem złośliwości przebiegu, niemniej że w wypadkach gdzie oględziny pośmiertne nie wykazują widocznych zmian anatomicznych, wymienione organa poddane być winny badaniu mikroskopowemu.

„Zwyrodnienie powyższe nie ograniczało się na pewnej jednej chorobie, nie należało wyłącznie do chorób zakaźnych, i owszem znajdowałem je w tyfusie, w gorączce pólógowej, w skarlatynie, w zapaleniu otrzewnej a nawet w gorączkach nieżytowych. Dochodząc przypadłości wszystkim owym 21 wypadkom wspólnej, przekonałem się, że nią była li tylko *silna gorączka*, która wszystkim tym chorobom towarzyszyła.

„Ta okoliczność przeto, że w chorobach tak różnorodnych przy wysokim *podwyższeniu ciepła jednocześnie wystąpiła sprawa zwyrodnienia mięszowego*, dozwala przypuszczać, że *zwyrodnienie było wynikiem gorączki*. Ponieważ jednak zwyrodnienie *pierwotne* powodowane bywa różnymi czynnikami (zakażeniem, zatruciem np. fosforem, wyskokiem, kwasem saletrowym it. d. a nawet nieznanymi dotąd przyczynami), domyślać się można, że i następcze zwyrodnienie nie jest wynikiem jednej, wyłącznej przyczyny; przeciwnie zdaje się prawdopodobnym *a priori*, że zniszczenie komórek mięszowych wywołanem być może bardzo różnorodnymi warunkami, które tę tylko wspólną sobie mają własność, że niszczą życie komórek. Że zaś wysokie podwyższenie ciepła działa zabójczo na budowę i czynność komórek zwierzęcych roślinnych, dowodzą doświadczenia M. Schultze'go, W. Kühne'go, i wielu innych, z czego wynika, że nasze przypuszczenie ma jak dotąd przynajmniej wiele za sobą prawdopodobieństwa, co nadto stwierdzają wypadki przez innych lekarzy podawane.

„Tak Louis wspomina już o zmięknieniu serca w tyfusie brzuszny, Stokes mówi o tej samej sprawie w tyfusie wysypkowym; E. Wagner widział zwyrodnienie tłuszczowe serca 9 razy w tyfusie ciężkim, Buhl orzeka wyraźnie że zwyrodnienia mięszowe różnych organów w chorobach gorączkowych a szczególnie w tyfusie i ropnicy napotykanie, obok zakażenia ropniczego mają źródło swe niewątpliwie w gwałtownej gorączce, a w ostatnich czasach Zenker wykazując na zasadzie najwiarogodniejszych i najstaranniejszych dochodzeń, że w tyfusie mięśnie dowolne niemal statecznie ulegają zwyrodnieniu, twierdzi, że zjawisko to jest wynikiem a przynajmniej współobjawem gorączki, która, jak utrzymuje, wywołuje zbroczenie w czynności właściwych nerwów (rdzeniowych) służących do odżywiania mięśni. Poważne to zdanie Zenkera, jednego z najznakomitszych anatomów patologicznych naszego czasu, służy o tyle do poparcia naszego przypuszczenia, że wykazane przez nas zwyrodnienia innych organów w ciężkich gorączkach nasuwają przekonanie, iż przyczyną tego zwyrodnienia nie może być *pewne zbroczenie pewnej czynności nerwowej*, albowiem zmiana taka sama objawia się w organach od mięśni dowolnych zupełnie nie zależnych.“

Na poparcie przypuszczenia przedmiotem rozprawy będącego, przytacza w tém miejscu Liebermeister kilka opisów sekcyj, w których przy braku wszelkich ważniejszych zmian patologicznych nastąpiła śmierć, a gdzie wykazano zwyrodnienie mięszowe bądź to w wątrobie

*) Beiträge zur pathol. Anatomie n. klinik. Tübingen 1864.

bądź w nérkach, w sercu lub w mięśniach. Opisy przytoczonych sekcij odnoszą się do 4 gorączek pólgowych (2 z kliniki Breita), do 2 tyfusów brzusznych (1 z przedziurawieniem jelita) i do 3 ropnic (z kliniki Bruns'a), któreto postrzeżenia potwierdzać mają zdanie, że *zwyrodnienia te były wynikiem znacznego podniesienia temperatury.*

Doświadczeń prowadzących do sztucznego wywołania zwyrodnień tego rodzaju za pomocą wysokiego ciepła, które najwięcej do utrwalenia przekonania Liebermeistra przyczynićby się mogły, dotąd jeszcze nierobiono.

W następnym artykule podamy dalszy ciąg wykładu autora usiłującego wykazać, jaki wpływ wywiera podniesienie temperatury w gorączce na czynność *krążenia i nerwów.*

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 26 września do 2 paźdz. (włącznie) 1866 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	555	129	127	11	546
„ Śgo Ducha	141	38	35	2	142
„ Ewangelickim	64	13	21	—	61
„ Śgo Rocha	59	25	19	—	65
„ Śgo Jana Bożego	151	4	2	—	153
„ Śgo Łazarza	253	52	33	5	264
„ Starozakonnych	316	116	100	18	314
Ogółem:	1399	382	340	36	1515

Od dnia 28 września do 2 paźdz. (włącznie) stan chorych na cholereę był następujący:

	Było	Przybyło	Wyzdro- wiało	Umarło	Pozo- staje
W szpitalu Śgo Łazarza	11	17	11	8	9
W innych szpitalach cholerycznych i na mieście	165	423	179	107	304
Razem	176	440	190	115	313

W ogóle do 2 października zachorowało 1603, wyzdrowiało 812, a umarło 483.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłym tygodniu otwarty został przy ulicy Wiejskiej w domu pod N. 1734 przez PP. Wincentego B r o d o w s k i e g o i Wiktora L e s z k i e w i c z a zakład leczenia za pomocą ścieśnionego powietrza. Przybywa więc nam jeszcze jeden bardzo ważny środek lekarski, którego skuteczność w wielu chorobach została dowiedziona. Zanim obszerniejszą podamy wiadomość o stosowaniu tego środka nadmienimy obecnie, że zgęszczone powietrze największy wpływ wywiera na oddychanie i krążenie krwi i dopiero za pośrednictwem tych czynności organizmu oddziaływa i na inne. Oto w kilku wyrazach skutki tego wpływu: inspiracye pełniejsze, a więc i rzadsze; krążenie tętnicze wolniejsze, żyłne zaś i wlosowate prędsze; ogólna zmiana materji szybsza; pobudzenie układu nerwowego większe. Łatwo więc pojąć, że stosowanie ścieśnionego powietrza w praktyce lekarskiej może być bardzo rozległe: środek ten bowiem będzie wskazany we wszystkich tych wypadkach, w których chodzi o uregulowanie oddechu lub krążenia krwi, przyspieszenie odnowy organicznej, bądź wreszcie pobudzenie układu nerwowego. Mamy nadzieję że zakład mogący oddać tak ważne usługi praktyce lekarskiej znajdzie dobre u kolegów przyjęcie.

Sprostowanie. W N. 13 na str. 195 w wierszach 3 i 4 od dołu, zamiast: jasno-żółtego, czytaj szaro-żółtego.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Łuczkiwicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedycya i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.