

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1875 do 1 lipca 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1875 r. rsr. 158 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Łuszczące zapalenie płuc (*pneumonia desquamativa*). Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Płockiego d. 6 Lutego 1875 r. przez Dra J. Hoene. (Dokończenie). Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciechocińskich z roku 1874. Przez Dra L. Mieczkowskiego, lekarza zdrojowego. (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. Uwagi krytyczne nad sprawą zapalną. Przez Prof. E. Klebs'a. Podał Dr S. Meyerson. — Wiadomości bieżące. Warszawskie wydawnictwa lekarskie. — Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. II. ark. 16 i 17. Medycyny Sądowej T. II. ark. 33. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr 9.

Łuszczące zapalenie płuc (*Pneumonia desquamativa*).

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Płockiego d. 6 Lutego 1875 r.

Przez Dra J. Hoene.

(Dokończenie).

Ograniczone środki badania lekarza praktykującego po za obrębem miast uniwersyteckich nie pozwalają mi wziąć czynniejszego udziału w rozjaśnieniu téj sprawy. Daleki też jestem od rozszerzenia sobie prawa do kompetencyi rozstrzygania sporu między takimi powagami naukowemi jak wymienieni autorzy. Nie mniej jednak czuję się w obowiązku zakommunikowania Sz. kolegom wypadku w czasie mojej krótkiej działalności lekarskiej obserwowanego, który zdaje mi się stwierdza w zupełności samodzielność pn. łuszczącej.

Pod koniec 1873 r. przybył do lazaretu Radomskiego żołnierz P., którego historję choroby w krótkości podaję. Chory, średniego wzrostu, ze średnio rozwiniętym układem kostnym i mięśniowym, opowiadał, że dotąd nie przeby-

wał żadnej cięższej choroby. Przed 5 dniami pojawiły się częste dreszcze z gorączkowymi objawami jako to: ból głowy, brak apetytu, ogólne osłabienie. Jednocześnie zauważył utrudnienie oddechu z bólem w piersiach, zwłaszcza w górnych przednich częściach, którego natury nie potrafił dokładnie określić. Kaszel niewielki ale dość uciążliwy skutkiem utrudnionego wydzielania płwocin. Jako przyczynę choroby podawał tak często oskarżane zaziębienie; w każdym razie twierdził z zupełną pewnością, że nigdy nie przebywał żadnej ciężkiej choroby piersiowej. Narzekał wprawdzie, że od czasu do czasu miewał kaszel, kaszel ten jednak z łatwością przechodził, a wnosząc z opowiadania dość inteligentnego pacyenta musiał być powodowanym lekkim zapaleniem większych oskrzeli. Już powierzchowne badanie chorego zdradzało cięższe i poważniejsze cierpienie organów oddechowych. Chory leżał na wznak z głową podniesioną, oddech znacznie przyspieszony, przeszło 40 na minutę, *scaleni* i klatka piersiowa ciągle były czynnymi. Klatka piersiowa podłużna, z przodu nieco spłaszczona, międzyżebrowe przestrzenie wyraźne, bez uderzającego zagłębienia jam nad i pod kością obojczykową leżących. Łopatki były cokolwiek wystającymi, żadnej nie można było jednak dopatrzeć asymetrii w budowie klatki piersiowej. Przy silniejszym oddechaniu górna część lewej połowy mniej się wznosiła jak prawa. Opukiwanie okazało stopień ponadłopatkowe z lewej strony, z przodu odgłos perkusyjny lewego wierzchołka był znacznie niżony, cokolwiek tympaniczny bez wyraźnego jednak stopienia. Poniżej tylnego stopienia również dawał się słyszeć tympaniczny odcień, zwłaszcza przy silnem opukiwaniu, dochodzący aż za kąt łopatkowy. Auskultacya dawała w miejscu stopienia oskrzelowy oddech połączony z tyłu z drobno pęcherzykowem słabem suchem rżeniem, w pozostałych płucach oddechanie zaostrome z przedłużonym wydechem. Kaszel rzadki, urywany, przeważnie suchy, rzadko po kaszlu wydzieliał chory przezroczyste śluzowe płwociny, cechujące się ciągłością swoją. Serce nie powiększone, tony sercowe czyste, tętno dość pełne, znacznie przyspieszone, przechodzące 100 uderzeń na minutę. *Fremitus pectoralis* na całej przestrzeni lewych płuc wyraźniejszy i głośniejszy.

Stan ogólny chorego gorączkowy, temperatura dochodząca do 40,0° C., lekkie objawy dyspeptyczne. Oprócz lekkiego obrzmienia szyjnych gruczołów limfatycznych, prawdopodobnie konsensualnego znaczenia, nie można było wykazać w pozostałych organach żadnych przemian chorobliwych. Tak z podawanej anamnezy jak też z badania chorego wnosić należało, że mamy tu do czynienia z ostrem cierpieniem płuc, a mianowicie lewego górnego płatu. Opisane objawy nie pozwalają żadnej wątpliwości w tym względzie. Trudniejszym było dokładne określenie natury przemian chorobliwych zachodzących w płucach. Zapalenie oplucnej dawało się z łatwością wykluczyć, również nie było żadnych oznak pozwalających przypuszczać kataralne ogólne zapalenie drobnych oskrzeli, albowiem jak wyżej opisanem było, zajęcie ograniczało się dość wyraźnie na lewym górnym płacie, a brak rżeń przekonywał o normalnym stanie oskrzeli. Mając na względzie ogólny wygląd chorego, dotychczasowy stan zdrowia, brak objawów chorobliwych w innych organach, pomimo pewnego po-

dobieństwa pierwszych objawów klinicznych, nie wahałem się także wyłączyć gruźlicę. Najprawdopodobniejszym było, bacząc na nagłość objawów, ograniczenie zarodka zapalnego i ogólne silne zajęcie organizmu, krupowe zapalenie lewego górnego płatu w okresie hepatyzacji. Nieprawidłowość pierwszych objawów klinicznych kładłem na karb nieuwagi chorego, brak zaś charakterystycznych plwocin jest tak częstym objawem, że nie można go było użyć, w obec takich danych, jako przeciwdowód. Dalszy jednak przebieg choroby przekonał mnie, że miałem tu do czynienia z odmiennym procesem w płucach, zapoznanie się z którym zawdzięczam następnie robionej autopii i opisowi B u h l'a.

Chory nasz przeleżał w lazarecie aż do 16 Marca 1874 r. W ciągu tego czasu stan jego uległ bardzo charakterystycznym przemianom. Proces zapalny w płucach rozszerzał się bardzo szybko w pierwszych czasach i zajął całe lewe płuco, a następnie przeszedł na górne części prawego płuca. Stopień ograniczone pierwiastkowo na lewą ponadłopatkową część rozszerzyło się ku dołowi, pojawiły się współbrzące drobnopęcherzykowe mniej lub więcej wilgotne rzeżenia, a pod koniec całe lewe płuco wydawało odgłos tympaniczny-no-stepiony, a szmery oddechowe przybrały wyraźny amforyczny charakter połączony z rzeżeniem. W miarę jak proces posuwał się ku dołowi, w górnych początkowo zajętych częściach następowały przemiany wsteczne, objawiające się podwyższonym tympanicznym odgłosem i zmniejszeniem szmerów rzeżących. Oskrzelowy wydech natomiast stawał się głośniejszym i bardziej przeciągłym. Jednocześnie prawie z zajęciem dolnego lewego płatu pokazały się oznaki zapalne w górnym prawym płacie, ograniczone z początku na sam wierzchołek, powoli jednak przechodzące ku dołowi tak, że stetoskop wykazywał już zajęcie środkowego płatu. Rozszerzanie jednak procesu następowało tu cokolwiek odmiennie jak w lewym płucu. Podczas gdy bowiem w lewym płucu nie dawały się wyraźnie odgraniczać części zajęte od jeszcze zdrowych, t. j. że granice zajętych części były niewyraźne, stopniujące się, — w prawym płucu pojawiały się po zajęciu wierzchołka więcej rozrzucone zarodki zapalne, następnie dopiero rozszerzające i zlewające się z sobą. Uderzającą też jest nierówność czasu w rozszerzaniu się procesu zapalnego w obu płucach—lewe bowiem płuco już pod koniec Stycznia było całkowicie zajętem, w prawym zaś proces pojawił się w końcu Stycznia, a do początku Marca zaledwie się posunął do środkowego płatu i zarówno w swych objawach klinicznych jako też i przy sekcyi okazywał znacznie mniejsze nateżenie. Plwociny przezroczyste, bezbarwne, ciągnące i pieniące się, zachowały swój pierwotny charakter aż do trzeciego tygodnia choroby. Bez żadnej widoczniejszej zmiany w stanie chorego okazało się na dniu naczynia służącego do zbierania plwocin drobne ziarninowe masy podobne do tych, jakie się często pojawiają przy rozpadowych procesach płucnych. Po nad tą masą unosiła się warstwa przezroczystego śluzu obficie się pieniąca w swoim górnym pokładzie. Rozpadowy pokład zrazu bardzo niewielki powoli powiększał się, a pod koniec 5 tygodnia uderzyły mnie w górnych warstwach pływające nieopadające żółte masy, już gołem okiem zupełnie podó-

bone do skrzepniętego tłuszczu. Plwociny takie utrzymały się prawie do śmierci, różnicę stanowiły tylko ilościowe wydzielania. Kilkakrotnie powtórzone badanie mikroskopowe okazywało następujące części składowe tych plwocin: 1) duże ziarniste, okrągłe i spłaszczone komórki z wyraźnym jądrem i jąderkiem, ziarnistość nie była jednostajna, tak że niektóre komórki były przepelnione tą ziarnistą masą i w takich komórkach jądro było mniej wyraźne lub też zupełnie niewidoczne. Po dodaniu stężonego kwasu octowego, komórki te częściowo się rozświecały; 2) komórki tłuszczowe; 3) małe, więcej cylindryczne komórki, również nie jednostajnie zapełnione ziarnistą masą, — komórki te znajdowały się w bardzo obfitych ilościach; 4) drobna rozpadowa masa; 5) elastyczne włókna skąpo się ukazujące i dość trudno dające się wykazać; 6) kryształy nieorganiczne; 7) igiełki przypominające cholestearinę; — 8) cząstki barwnikowe. Nadmienić tu jeszcze muszę, że pomimo starannego unikania powietrza w preparatach mikroskopowych, nie udało mi się ani razu wyłączyć takowe z pola widzenia. Drobne pęcherzyki powietrzne otaczały zawsze komórkowe utwory pierwszymi numerami oznaczone. Okoliczność ta najlepiej wykazuje pochodzenie takowych.

Stan ogólny chorego nie był bardzo pocieszającym. Ciągła gorączka podkopywała siły chorego, w pierwszych tygodniach ciepłota ranna przechodziła 39,0° C., a wieczorem dobiegała nieraz 40,0° C.; w dalszym przebiegu choroby zmniejszyła się ona cokolwiek, albowiem temperatura ranna od połowy czwartego tygodnia mało co się wznosiła nad 38,0° C., wieczorami jednak dochodziła zawsze do 39,0° C. Zupełnej remisji przez cały czas choroby nie zauważyłem ani razu. Obok tej trawiącej gorączki znaczny uszczerbek siłom chorego przynosił prawie całkowity brak apetytu i ciągła bezsenność, a pod koniec także i dość często pojawiające się wypróżnienia bez wyraźnych jednak oznak zapalnych organów brzusznych. Najbardziej dolegliwymi dla chorego było niezmiernie utrudnione oddechanie i bolesny kaszel. Na zapytanie co mu dolega, odpowiadał prawie zawsze, że nie może oddechać i zaprzeczał wszelkiemu miejscowemu cierpieniu. *Dispnoë* dochodziło zwłaszcza w ostatnim tygodniu do 64 oddechów na minutę, cyanoza była przytem jednak bardzo słabo rozwiniętą. Przytomność umysłu zachował prawie do ostatniej chwili życia. Utrodnione oddechanie było choremu tak uciążliwe, że w przystępie zwątpienia odważył się na cztery dni przed śmiercią na samobójczy zamach, szczęśliwie jednak odpowiednim nadzorem unikniony. Umarł wśród oznak wysokiego wyniszczenia dnia 16 Marca 1874 r.

Dla uzupełnienia naszkicowanej tu historii choroby, winienem tu dodać, że niefortunne działanie nasze terapeutyczne skierowane było w dwojakim kierunku. Dla usunięcia a przynajmniej zmniejszenia natężenia miejscowego procesu używałem początkowo ciętych a następnie suchych baniek, często powtarzanych, wcierań olejku krotonowego i pryszczydeł. Jako *expectorans* dostawał chory odwar z korzenia ipekakuahny. Bezsenność zwalczałem nie zawsze z pomyślnym skutkiem chorałem i morfiną. Dla podtrzymania zaś sił i zmniejszenia gorączki dostawał chory w rozmaitych dawkach chininę, wino, wódkę

i mléko jako pożywienie. Zalecane przez Dra Souplet ciepłe wanny dla zmniejszenia ciężkości oddechu były także parę razy zastosowane z bardzo małym skutkiem.

Z protokołu sekcyjnego przytaczam tu następujące szczegóły:

Trup w wysokim stopniu wychudzony, tkanka tłuszczowa podskórna zanikła, mięśnie blade, owiedłe.

Po otwarciu klatki piersiowej płuca nie opadają. Serce nie pokryte płucami, nosi na swój przedniej powierzchni niewielką warstwę tłuszczu. Prawa komórka cokolwiek rozszerzona, zawiera w sobie niewiele wodnistej krwi z bezbarwnymi skrzepami, powikłaniami z strunami ścięgnistymi. Ostatnie nie okazują nic szczególnego, błona wewnętrzna aorty nierówna (*endarteritis*). Lewe płuco prawie na całej swój powierzchni zrosnięte z klatką piersiową. Zrosty te w górnej swój części są tak mocne, że ręką nie dają się oddzielić, w dolnej zaś części górnego płatu i dolny płat dają się łatwiej oddzielić. Powierzchnia płuc nierówna, przy omacywaniu dają się wyczuć guzowatości niejednakowej objętości. Największe dochodzące wielkością do jajka gołębiego, znajdują się w górnym płacie, dolny płat zawiera przeważnie małe guzowatości rozrzucone po całym płacie i często niewyraźnie od siebie odgraniczone, tak że kształt ich nie jednakowy, najczęściej jednak eliptyczny lub okrągły. Przy wyjmowaniu płuc rozerwaną została w wierzchołku się znajdująca jama wielkości kurzego jaja. Jama ta napełniona była częściowo rozpadową, gęstą masą, ciemno-szarawo zabarwioną, ściany jej równe, łamliwe, ciemno-szaro stalowego koloru, nie zawierały w sobie powietrza, okazywały rozrzucone biało-żółtawe punkta, miejscami zlewające się ze sobą i dochodzą do wielkości ziarnka grochu. Białe te punkta otoczone były ciemno-brunatnym zabarwieniem i z łatwością dawały się zeskrobać skalpelem, zwłaszcza większe. Przecięcie pozostałego górnego i całego dolnego płatu robiło wrażenie płaskorzeźby, odpowiednio bowiem guzowatościom znajdowanym na powierzchni, znajdowały się wśród włóknistej łamliwej tkanki niezliczone ilości małych kawern napełnionych częściowo taką samą rozpadową masą. I tutaj także rozrzuconymi były biało-żółtawe punkta, w znacznie jednak większych ilościach, zlewające się ze sobą lub pojedynczo stojące, wyraźnie odgraniczone od ciemno-brunatnawo szarego miąższu płucnego. Punkta te także dawały się zeskrobać nożem. Normalnego miąższu płucnego w całych lewych płucach nie można było zauważyć, składał się on z włóknistej łamliwej tkanki, nie zawierającej śladów powietrza. Błona śluzowa większych oskrzeli blada, obrzękła, drobne oskrzela cylindrycznie rozszerzone, częściowo napełnione rozpadową masą. Opłucna znacznie zgrubiała, zwłaszcza w górnych swych częściach, łatwo łamliwa, ze słoninowatym wyglądem (*speckartig*).

Prawe płuco było również w wierzchołkowej swój części zrosnięte z klatką piersiową, zrosnięcie to jednak ustępowało naciskowi palców. W górnym i środkowym płacie dawały się także wyczuć guzowatości po większej części niewielkich rozmiarów, więcej rozrzucone i w znacznie mniejszej ilości, zwłaszcza w środkowym płacie, w którym liczba takowych była dość ograniczoną.

Guzowatości te w niczem się nie różniły od opisanych w dolnym płacie lewego płuca i również zawierały w sobie małe jamki. Pomiedzy niemi odbijała od włóknistych ścianek jam czerwono-brunatno zabarwiona tkanka płucna, zawierająca mało powietrza i obrzęknięta. Na przecięciu wydzieliał się wysięk czerwono zabarwiony, w dolnej części górnego i w środkowym płacie bardziej płynny. Dolny płąt prawego płuca nie okazywał guzowatości, był ciemno-czerwono zabarwiony, mięsz obrzęknięty zawierał obficie powietrze i wydzieliał znaczne ilości płynnego krwistego wysięku. Dolny brzeg okazywał rozedmowe rozszerzenie pęcherzyków płucnych.

Ze zmian znalezionych w innych organach, jako mniej nas interesujących, notuję tu tylko częściowe zwyrodnienie gruczołków żołądkowych i przekrwienie wątroby i nerek.

Zestawiwszy opisaną historję choroby z opisem danym nam przez Buhla przy najbardziej nawet septycznem usposobieniu, nie podobna nie zauważyć wielkiego podobieństwa w objawach, tak klinicznych jako też i pośmiertnych. Mamy więc tutaj do czynienia z ową najwyższą formą pn. łuszczącej, doprowadzającą do obumarcia tkanki płucnej i następczego serowacenia. Zmiany znalezione w płucach są tak charakterystycznymi, że takie ich określenie nie podlega najmniejszej wątpliwości. Przy bardziej powierzchownem badaniu możnaby wprowadzić je sobie jako następstwa ostrój gruźlicy. Rozsypane po całych prawie płucach białe punkta robią na pierwszy rzut oka wrażenie gruźliczków i nie przeczę, że pierwotnie skłaniałem się do tłumaczenia sobie wypadku tego jako *pneumonia tuberculosa* w pojęciu Laennec'a. Bliższe jednak rozpatrywanie szczegółów wyprowadziło mnie z błędu. Oto podstawowe punkta utwierdzające mnie w tej różniczkowej diagnozie:

1) Ostra gruźlica rozsypując się przeważnie w płucach, zawsze prawie pojawia się i w innych organach. Najbardziej podlegają takiemu zajęciu surowicze błony. Ani w opłucnej ani w obrzusznej, pomimo poszukiwań w tym względzie robionych, nie mogłem wykazać obecności gruźliczków. Jakkolwiek jama czaszkowa nie była przy sekeyi otwieraną, można jednak z najzupełniejszem prawdopodobieństwem wyłączyć *meningitis tuberculosa*, mając na względzie przytomność chorego do ostatniej chwili zachowywaną i absolutny brak wszelkich objawów takiego cierpienia.

2) Ostra gruźlica nie ogranicza się nigdy na pojedynczych płatach płucnych. W naszym wypadku stopniowe rozszerzanie się choroby było tak widocznem, że ten wzgląd już wystarcza do zupełnego wyłączenia ostrój gruźlicy. Proces zapalny rozpoczął się widocznie w lewym wierzchołku, następnie posuwał się stopniowo ku dołowi, a zajmwszy prawie całe lewe płuco, przeniósł się na prawe, a i tu znowu z pedantyczną ścisłością odbywał wędrówkę swoją ku dołowi. Odpowiednio też do tego znaleźliśmy cały dolny płąt prawego płuca zupełnie swobodnym od zapalnego zajęcia. Zmiany tu znalezione są tylko widocznie następczemi, powstałemi wskutek zaniku innych części płuc i ograniczają się na wodnym obrzęku (*oedema*) i rozedmie (*emphisema*).

3) Wygląd jam znalezionych w płucach jest zupełnie odmienny od jam gruźlkowych. Ściany ich są zwykle nierówne, zawierają w sobie wszystkie okresy przemian gruźlków. W naszym zaś wypadku biało-żółtawe punkta miały prawie wszędzie jednakowy wygląd i różniły się tylko objętością swoją. Leżały one w gładkiej, łamliwej włóknistej tkani, a jako części obumarłe, dawały się też z łatwością zeskrobywać skalpelem. Gruźelki jako nowotwory organicznie złączone z pozostałą tkanką nie dałyby się tak łatwo oddzielać. Wziąwszy pod uwagę przytoczone tu szczegóły najprawdopodobniejszą jest następująca geneza znalezionych jam płucnych. Obumarłe cząstki, działając jako ciała obce, wywoływały rozpadowe zapalenie. Otaczająca zaś tkanka zamieniona skutkiem plastyczności wysięku na włóknistą, ściągając się, powiększała pierwotnie powstałe rozpadowe utraty mięszu płucnego. Natężenie procesu z początku znaczniejsze, było przyczyną przewagi rozpadowego procesu, później zaś marskość (*cirrhosis*) stanęły na pierwszym planie. W miarę bowiem przestaczania się właściwej tkanki płucnej dążność rozpadowa musiała się zmniejszać. Ztąd też widzimy największe jamy w pierwotnych siedliskach zapalnych, a posuwając się ku dołowi znajdujemy tylko jamki coraz mniejszej objętości.

4) Anamneza i czas trwania choroby zupełnie się nie zgadzają z etiologią i przebiegiem ostrój gruźlicy.

5) Przebieg temperatury był odmiennym od przebiegu obserwowanego przy ostrój gruźlicy.

Diagnoza łuszczącej pneumonii serowatej była w naszym wypadku możliwą na znaczny przeciąg czasu przed śmiercią. W pierwszych tygodniach naturalnie byłaby ona tylko przypuszczalną i zasadałaby się na wyłączeniu innych mniej lub więcej pokrewnych cierpień. Następnie zaś plwociny utwierdziłyby tę diagnozę. Badanie mikroskopowe takowych nadaje zupełną pewność, chociaż już gołym okiem biało-żółtawe, nie opadające, do tłuszczu podobne massy czynią diagnozę bardzo prawdopodobną. Przy badaniu mikroskopowym zwracam uwagę Sz. kolegów na drobne pęcherzyki powietrzne otaczające komórki znalezione w plwocinach. Obecność ich, zdaje mi się, daje nam najlepszą rękojmię uchronienia się pomyłki w określeniu miejsca pochodzenia nabłonkowych komórek.

Oprócz opisanego wypadku miałem sposobność obserwowania dwóch innych z dość zbliżonym, typowym przebiegiem. Ponieważ jednak wypadki te mogłem tylko dorywczo spostrzegać, a tem samem mniej dokładnie, nie chcę więc przedwcześnie orzekać i wyprowadzać fałszywe wnioski. W jednym z tych wypadków diagnoza oparta na wyglądzie makroskopowym plwocin została mikroskopem stwierdzoną. O dalszym jednak losie tych chorych nie mam dokładnych wiadomości.

Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciecho- cińskich z roku 1874.

Przez Dra L. Mieczkowskiego, lekarza zdrojowego.

(Dalszy ciąg¹⁾).

Następne wypadki, które leczyłem w ubiegłym sezonie kąpielowym, niechaj posłużą na poparcie powyższych uwag.

I. Porażenia dynamiczne.

W dniu 22 Sierpnia zgłosił się do mnie mężczyzna H. A. z Saksonii (rodem z Lipska) wieku lat około 21, z przykrym bólem w krzyżu i tylnej części głowy, przy czem żalił się głównie na częste poluceye, które go zupełnie sił pozbawiają. Pociąg do kobiet miewa często, ale rzadko kiedy możliwym jest zbliżenie dla braku wytrwałości w errekyach i częstego odejścia nasienia przed spółkowaniem. Po spółkowaniu chociaż bardzo rzadkiem, wzmaga się ból w głowie i krzyżu. Wszelkie starania celem uzyskania należytej potencji i środki zaradcze, zalecane od Professorów uniwersytetu Lipskiego, okazały się bezskutecznemi. Główną przyczyną tej niemocy zdaje się być samogwałt jeszcze z czasów młodociannego wieku, chociaż pacjent utrzymuje wyraźnie (może przez wstydlivość), że rzadko kiedy oddawał się tej zgubnej namiętności. Wyniszczająca ciało i władze umysłowe choroba, tak że pacjentowi trudno przychodzi zapamiętać, głównie nazwiska znajomych nawet osób, uciążliwe bóle w krzyżu i tylnej części głowy, niechęć do pracy i częściowa utrata potencji męskiej—wszystko to znagłało chorego do szukania pomocy u wód tutejszych.

Przy bliższem badaniu znalazłem pacyenta średniego wzrostu, delikatnych rysów twarzy, cery bladziej z wyraźnemi sińcami pod oczami, mięśni wiotkich chociaż budowy ciała proporcjonalnej i kształtnej. Wszystkie trzewia były w stanie prawidłowym. Organa płciowe nie odstępowały także pozornie od normy, lubo odznaczały się bladością pokryć, wietkością mięszu, nieco obniżoną temperaturę, a moszna były obwisłe. Wyprężenia członka były stosownie do zeznania chorego — słabe i nikłe, a odejście nasienia (a może tylko śluzu z gruczołu międzykroczonego?) zjawiało się już na sam widok pięknej kobiety. Poluceye prawie co 2-gą noc bez marzeń rozkosznych, następowały za każdym razem po ciepłej kolacyi lub wypiciu szklanki piwa bawarskiego.

Badając kolumnę pacierzową wykryłem przykre i prawie bezustanne bóle w dolnej jej części (w krzyżu), zwiększające się także za naciskiem, a zwykłe uczucie w górnej części. Drażliwość rdzenia kręgowego na wpływ prądu stałego nie była jednostajną, a mianowicie znacznie podwyższona w górnej i dolnej jego części (w krzyżu) do tego stopnia, że chory tam już najslabszych prądów (4—6 elem.) nie znosił, gdy pośrednie części rdzenia nie odznaczały

¹⁾ Patrz Nr. 16 Gaz. Lek.

się wygórowaną drażliwością, a chory znosił w tych miejscach silniejsze prądy (10—16 ele m.) bez uzalania się na palenie.

W nogach czuł pacjent osłabienie, mianowicie, gdy dłużej stał lub daleko chodził; chód i czucie były jednak prawidłowe bez względu na to, czy zamykał oczy lub miał je otwarte. Pamięć ucierpiała dużo, a ból w krzyżu i tylnej części głowy czynił go bardzo drażliwym.

W powyższym widzinny obraz podrażnienia rdzenia kręgowego w górnych jego częściach (*irritatio spinalis*), które to cierpienie w dolnych częściach poczyna przybierać cechy przekrwienia i zdaje się być natury podzapalnej. Za tem przemawia przynajmniej: stały ból w tem miejscu i zwiększenie się onego za naciskiem, czego znów nie było w górnej części, chociaż drażliwość na wpływ prądu stałego w obu miejscach zarówno była podwyższoną. Wszelako bezustanny ból w krzyżu miał w tem wypadku inną także przyczynę: sforsowanie mięśni kolumny pacierzowej—skutkiem ciągłego grania na kontrabasie w pozie—jak wiadomo bardzo niedogodnej.

Ciągłe polucye, a w dalszem następstwie wywiązanie się niemocy mężczy w lżejszym stopniu, zdawały się przeto mieć główną przyczynę w podrażnieniu górnej części rdzenia kręgowego.

Jak wiadomo, niemoc mężka napotyka się w dwóch odrębnych formach, w lżejszej i cięższej; pierwsza zawisła od podrażnienia górnej części rdzenia kręgowego i zjawia się tylko u osób młodych, popędliwych i namiętnych, łączy się czasem z podwyższonym popędem płciowym i ma za przyczynę onanizm, ale także czasem nadmierną wstrzeźliwość; a druga, cięższa jest skutkiem osłabienia dolnej części młécza pacierzowego (*paresis*); zdarza się zazwyczaj u osób starszych, skutkiem nadużyć birbanteryi, rzadziej skutkiem wstrząśnięcia kręgosłupa, nadmiernego użycia niektórych lekarstw, wyniszczających chorób i t. p.

Każda z nich wymaga odrębnej kuracyi. Oczywiście mieliśmy przed sobą pierwszą czyli lżejszą formę niemocy mężczy. Utwierdzało nas w tém badanie prądem stałym, a skutek kuracyi okazał jawnie, że było to cierpienie dynamiczne rdzenia kręgowego bez dalszych zmian w samym mięszu.

Leczenie w danym razie miało na celu zniesienie nadmiernej drażliwości rdzenia kręgowego, a zarazem wzmocnienie polucyami wyniszczonego organizmu. Obu wskazaniom odpowiadały kąpiele tutejsze, z początku wanienne temp. 24° R., dalej wanienne z natryskiem zimnym na kręgosłup, a w końcu same natryski zimne, obok pożywniej dyety; a oprócz tego galwanizacya kolumny pacierzowej słabemi, a w miarę polepszenia silniejszymi prądami. Stosowałem z początku prądy wstępujące co 2-gi dzień (4—6 elem.) celem korzystnego oddziaływania na mózdzek, który widocznie był cierpiący; następnie zaś zstępujące, a gdy drażliwość rdzenia kręgowego zmniejszyła się, a odżywienie nieco poprawiło, powiększałem ilość elementów do 16 — nawet do 18-tu. Posiedzeń odbyło się około 20. Z razu powiększyły się polucye (obostrzenie chronicznego procesu), później zmniejszyły znacznie, a w końcu ustały zupełnie. Kuracya trwała 6 tygodni. Ogólny stan zdrowia znacznie się poprawił, znikły bóle w krzyżu; bladość cery, wiotkość mięśni ustąpiła większej energii i do-

bremu wyglądowni. Zaleciłem do dalszej kuracyi udanie się do kąpieli morskich, a zimową porą szukania pomocy u elektroterapeutów, chociaż otrzymany w parę tygodni list od chorego przekonał mię, że polucye znikły zupełnie i bezpowrotnie; mniej zadawalniająco wyrażał się jednak chory co do petencyi męzkiej.

Nie mniej ważnym jest następny wypadek znacznego osłabienia skutkiem skomplikowanej blednicy i charłactwa kołtunowego, gdzie leczenie dokonało się wyłącznie tutejszemi wodami.

W środku pierwszego sezonu kąpielowego zgłosiła się do mnie 22-letnia panna W. M. z Płocka, którą już zimową porą leczyłem. Do 15 roku życia była dosyć zdrową, chociaż cieleśnie słabo wykształconą. Po powtórnem zjawieniu się regularności poczęła niedomagać bez wiadomej przyczyny, blednąć i opadać z ciała; wreszcie zjawił się ogromny kołtun na głowie, lecz bez korzystnego wpływu na pierwotne cierpienie. Ściskanie w dołku, darcie w ręku i nogach, łamanie w kościach, bóle w stawach przy niezmiernem wychudnięciu, bladłość wszystkich pokryć i błon śluzowych—przypominająca koloryt zabrudzonego alabastru: wreszcie bezwarunkowa niemoc i bezwład w kończynach górnych i dolnych—zmusiły chorą szukać pomocy u różnych lekarzy w przeciągu lat kilku, a gdy takowa okazała się bezowocną, pomimo wszelkich starań i odpowiednich środków zaradczych (przeważnie żelaza i chin), obok pożywniej strawy, udała się chora z polecenia Dra Brzozowskiego do wód Ciechońskich. Nadmienić wypada, że pacjentka mieszkała przy rodzicach w wilgotnem i chłodnem pomieszkaniu w starych murach poklasztornych, chociaż na wysokiej górcie wznoszącej się nad brzegami Wisły.

Badając chorą bliżej znalazłem olbrzymi kołtun prawie na całej głowie, chwilowy ból głowy, cerę twarzy brudną i bladą z wyrazem charłactwa. Zewnętrzne pokrycie ciała i błony śluzowe w stanie znacznej bezkrewności, mięśnie chude i wątłe, wzrost mierny, jednym słowem, wszystko przedstawiało obraz prawdziwej nędzy cielesnej. W przyrządach oddechowych ślady zastarzałego nieżyty oskrzelowego, w przewodzie pokarmowym gnuśność i obojętność na pokarm i napoje, niemniej trudność w oddawaniu stolca, zresztą bez objawów nieżyty dotyczących błon śluzowych jedynie skutkiem wadliwej innerwacyi z braku krwi (*atonia chlorotica*). Tłoczenie w dołku, a czasem i kurcze niepokoją chorą. Ośrodki nerwowe nie przedstawiają żadnych zboczeń od normy, chociaż tu należy przyjąć bezkrewistość za podstawę różnych przykrych sensacyj. W obu rękach i nogach bezwład, przelotne bóle przeważnie około stawów nie pozwalają chorą zająć się pracą ręczną, jak np. szyciem i utrudniają chód w wysokim stopniu. Tylko z wielkiem wysileniem posuwa się chora kilkadziesiąt kroków, zwykle wsparta na ramieniu towarzyszącej matki, przy czém doznaje silnego bicia serca, głośniejszej pulsacyi w tętn. szyjowych, krótkiego oddechu i duszności. W żyłach szyjowych słyhać wyraźnie szmer chlorotyczny a w sercu różne szmery. Peryodu nie ma chora od lat kilku, pomimo zadawania do wewnątrz środków wzmacniających (żelaza i chin), które robią tylko uderzenia do głowy, zawrót i szum w uszach.

W powyższem widzimy jawny okaz bezkrewistości skutkiem niedokładnego rozwinięcia się dziewicy, nadto skomplikowanej chorobą kołtunową (*Moeno-*

stasis chlorotica—Plica polonica), która to komplikacya nie zdołała jednak sprowadzić korzystnego zwrotu w pierwotnem cierpieniu, pomimo zwinięcia się kołtuna prawdopodobnie z braku odpowiednich sił w ustroju do wywołania krytycznego przełomu. Zwykle bowiem środki wzmacniające zadawane, przez cierpiące organa assimilacyjne nie będąc chłonięte i jak się należy organizmowi przyswojone, zrzędały tylko zaburzenia w krążeniu, a nie podniosły plastyczności krwi (odżywiania). Należało przeto korzystać z innej drogi, by dojść do zamierzonego celu. Obudzić czynność ośrodków nerwowych przez umiejętne oddziaływanie na nerwy obwodowe powierzchni ciała za pomocą kąpeli solankowych, których skuteczność stwierdzoną jest licznem doświadczeniem w podobnych wypadkach.

Zgodnie z powyższem zapatrywaniem się na chorobę zaleciłem kąpiele solankowe 3 proc. temp. 28° R. i słabą solankę do wewnątrz nasyconą wodą sodową w ilości bardzo umiarkowanej jako środek ułatwiający przyswajanie ustrojowi pokarmów (*tonicum*); następnie w miarę zjawiania się apetytu, dodawałem do niej po kilkanaście kropli ulepkę z jodku żelaza mając zarazem na celu działać przeciwko kołtunowi i obwodowym bólom w kończynach. Po słabem wzmożeniu się cierpienie po kilkunastu kąpielach, połączonem z gorączką i lekkim gastrycyzmem, co się zakończyło 3-go dnia obfitym potem, nastąpiła poprawa zdrowia, tak iż owe pogorszenie mogłem słusznie uważać za wstęp do krytycznego przełomu choroby. Odtąd z każdym dniem wzmagaly się siły, poprawiało się odżywienie, wygląd był lepszy, cera twarzy stała się naturalniejszą, a władza w kończynach wracała tak szybko, że chora mogła po kilku tygodniach kuracyi zająć się ręczną robotą i odbywać wiorstowe spaceracy bez doświadczenia dawniejszych dolegliwości. Pod koniec 6-go tygodnia kuracyi t. j. po 40 kąpielach pokazał się długo wyczekiwany peryod, kołtun odrósł tak dalece, że można go było zdjąć podcinając zwolna włosy w przeciągu tygodnia, a drażliwość nerwowa ustąpiła wraz z zyskaniem nowych sił. Widziałem pacjentkę może w kwartale po opuszczeniu naszego zakładu, dosyć zdrową, wesołą i chętną do wszelkiej pracy; tylko przelotne strzykanie w kolanach zaciemiały błogie chwile szczęścia i swobody po odzyskanem zdrowiu. Wypadnie więc ponowić kuracyę w roku następnym.

Przytoczony przykład przedstawia wybitny okaz nieocenionęj skuteczności naszych solanek w zastarzałych i skomplikowanych formach blednic, połączonych z złem odżywieniem całego ustroju, gdzie zwykle środki — żelazo i china, okazały się nie tylko bezskutecznymi, ale przeciwnie szkodliwymi. Wypadek ten da się doskonale porównać z owymi nie bardzo rzadkiemi w naszym stuleciu okazami osłabienia organizmu bez poprzednio wyniszczających czynników, wynikłych jedynie skutkiem nieodpowiedniego ukształcenia cielesnego stosownie do wieku, które wraz z ciężką rekonwalescencyą po wyniszczających chorobach jak np. po tyfusach, trudnych porodach, dużych krwotokach i t. p., stanowią świetne momenta skuteczności solanek w kształcie kąpeli. Nie każda kuracya uda się jednak tak pomyślnie, jak w pomienionym wypadku. Miałem bowiem lat temu kilka w kuracyi 18-letnią pannę M. K., obecnie już mężatkę i matkę,

która cierpiąc na podobne przypadłości (zastarzałą blednicę) nie doznała tych błogich skutków u wód tutejszych i dopiero gdy wyjechała na parę tygodni w góry (Tatry) z mego polecenia, odzyskała zwolna zdrowie. Zdaje się przeto, że czyste i orzeźwiający powietrze w górach przy umiarkowanym ruchu stanowi także ważny czynnik pomocniczy po kuracji kąpielowej, którego nie należy pominąć w najcięższych tego rodzaju wypadkach, gdzie same kąpiele nie doprowadzą do celu. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Uwagi krytyczne nad sprawą zapalną.

Przez Prof. E. Klebs'a.

Podał Dr S. Meyerson.

Od czasu gdy C o h n h e i m odkrył na nowo przenikanie tworów komórkowych po za obręb układu naczyniowego, i na zasadzie faktu tego usiłował przekształcić naukę o zapaleniu, pojawiły się tak liczne prace nad tworzeniem się komórek przy ropieniu i zapaleniu, że przejrzanie całego ich obszaru, jako też ocena stanowiska pojedynczych badaczy w obec przedmiotu powyższego i ich osobistych poglądów, stały się nader trudnymi dla tych ze współkolegów, którzy w rozstrzygnięciu kwestyi tej nie przyjmowali czynnego udziału.

Już okoliczność ta, jak niemniej wyniki wręcz przeciwnie do jakich doszli rozmaici badacze, wystarczą do usprawiedliwienia piszącego te słowa, który znajdując się po za obrębem żywo prowadzonego sporu, zamierza bezstronnie uporządkować wyniki badań, aby tem samém ułatwić ocenę pojedynczych danych i wyjaśnić związek między szczegółowemi spostrzeżeniami.

Rozumie się, iż przedsięwzięcie to nie winno być oparte na podstawie jedynie krytycznej, i dla tego też niechaj jeszcze dozwolonem będzie dodać, że autor niniejszego nie pozostawał obcym walce, staczanej na tém polu przez pierwszorzędnych badaczy, lecz przeciwnie na drodze własnych doświadczeń starał się przekonać o słuszności lub niesłuszności wyników ich badań, wstrzymując się jednak od wyrzeczenia zdania w przedmiocie, który inni badacze uczynili głównem zadaniem swój działalności. Obecnie, gdy wystąpiły na jaw zdania najsprzeczniesze, będzie też na czasie zdać sprawę ze swego w tej mierze przekonania.

Każden, co tylko przyzwyczajonym jest do bardziej ogólnego zapatrywania się na sprawy patologiczne, będzie musiał przyznać, że pojęcie o „zapaleniu“ ma znaczenie wyłącznie kliniczne i jeszcze zawsze najlepiej oznaczonem bywa jako zbiór czterech głównych objawów, zestawionych jeszcze przez G a l e n'a. Ponieważ jednak, jak to niejednokrotnie pokazanem zostało, każdego z owych pojedynczych objawów brakować może, przeto i określenie zapalenia było by nader chwiejnym. Okoliczność jednak ta, iż pojęcie powyższe zachowało się pomimo tego w patologii, pokazuje, iż bez niego nie tak łatwo byśmy się obejść potrafili.

Nie potrzebujemy się zbytecznie rozszerzać nad sposobem, w jaki przeciwieństwo to między poglądem klinicznym i anatomo-fizyologicznym może być wyrównane. Gdy bowiem klinicysta zmuszonym jest przyznać, że każdego z czterech objawów głównych, lub też więcej ich może niedostawać, nie zachwiawszy jednak rozpoznania sprawy zapalnej; ta już ztąd wynika konieczność, że właściwej istoty sprawy zapalnej szukać należy po za obrębem tych objawów, te ostatnie zaś uważać za następstwa spraw lub wpływów, które stosownie do rodzaju i natężenia, jak również zależnie od własności odpowiedniego narządu, cały szereg objawów powyższych lub też jedynie część ich wywołać mogą. Winniśmy zatem uważać zapalenie za formę zupełną odczynu organizmu na szkodliwości zewnętrzne, które będąc same rozmaitego rodzaju, wywołują też to lub owo połączenie objawów zapalnych.

I tak na przykład, gdzie wpływ szkodliwy wywołujący odczyn organizmu, to jest zapalenie, działa na niewielką część jego powierzchni, np. na srodek błony rogowej

oka, wszelkie objawy następce ograniczać się będą częścią zadrażnioną, objawów przeto od naczyń zależnych zupełnie brakować będzie. Jeśli zaś wpływ drażniący z większą podziała siłą, lub też przez czas dłuższy, to i objawy następce w organizmie powstawać będą w kołach coraz większych i wskutek udziału części uposażonych w naczynia krwionośne, sposób ich występowania będzie odmiennym i bardziej różnorodnym.

Inaczéj zupełnie przedstawi się znowu sprawa odczynu, gdy przyczyna nie dotyka części ograniczonej na powierzchni ciała, lecz wniknąwszy do organizmu, rozszerzy się na drodze układu naczyniowego i chłonnego. Wówczas powstaną cierpienia rozmaitych narządów, lub też obszerne zbożenia zależne od rozdziału naczyń krwionośnych i chłonnych, których własności zależec będą częścią od utkania narządu, częścią od sposobu działania czynnika szkodliwego.

Dla wyjaśnienia powyższego mogą posłużyć *pseudoleukaemia* i *leukaemia*, które wprawdzie zwykle nie bywają zaliczane do spraw zapalnych, z których jednak pierwsza przedstawia doskonały przykład bujania komórek, druga zaś—ich wędrowania.

Tak długo, jak śledziona i gruczoły chłonne okazują tylko objawy przerostu, posługujemy się pierwszą nazwą, gdy jednak nastąpi wyswobodzenie i wędrowka białych ciałek krwi, używamy nazwy drugiej. Znanemi już są wypadki, w których obie te postaci nawzajem się zmieniały, a zatem przedstawiały różnaitość, jaką widzimy przy zapaleniu miejscowem. Jeslibyśmy więc zechcieli sprawy te oddzielić od zapalenia, to z określenia tego ostatniego nic by już nie pozostało.

Co się tyczy przyczyn odczynu zapalnego, to takowe mogą być nadzwyczaj różnorodne, to czysto mechaniczne, to w postaci organizmów pasożytnych, które rozmnażając się w ciele działają sposobem czysto mechanicznym, lub też wytwarzają materye szkodliwie działające na skład chemiczny tego ostatniego. W tym ostatnim wypadku zrozumiałem jest, że przy nader silnem działaniu chemicznem czynników szkodliwych, odczyn organizmu już wystąpić nie jest w stanie.

Pojąwszy przedmiot ze stanowiska powyższego, możliwem będzie zestawienie pojedynczych, napozór niezgodnych faktów ze sobą i z poglądem klinicznym o zapaleniu; i zdaje się, że częste dość narzekania na zamieszanie w poglądach patologiczno-histologicznych zależą jedynie od tego, iż niektórzy badacze nie chcą spojrzeć okiem po za obręb obrazu drobnowidzowego, jaki sobie własną i odrębną metodę wytworzyli.

Rozglądając się przedewszystkiem w kwestyi powstawania młodych istot komórkowych, nie potrzebujemy przypomnieć, że *Recklinghausen* pierwszy usiłował na drodze doświadczalnej uzyskać stałą podstawę dla ich powstawania ze stałych komórek tkanki łącznej. Niestety, spostrzeżenia te, wcale nie dwuznaczne, robione na wyciętych rogówkach, zachwiane zostały w znaczeniu swem przez jego współpracownika ówczesnego *A. Hoffmann'a*. Badacz ten przyjmuje na zasadzie zauważonego przez *Stricker'a* bujania komórek wędrujących w tkance, że komórki te dostarczyły materiału do wytworzenia młodych tworów zauważonych przez niego i przez *Ricklinghausen'a* w rogówce, już po wycięciu podrażnionej. *Hoffmann* uważa się za uprawnionego do wyrzeczenia zdania powyższego na téj zasadzie, że stałe komórki tkanki łącznej zabarwione cynobrem, wskutek poprzednich wstrzykiwań tego barwnika do krwi, po sztucznem podrażnieniu wytworzyły ciała ropne, cynobru nie zawierające. Wniosek ten byłby ścisłym tylko w tym razie, gdyby nie zachodziła wątpliwość, czy właśnie komórki zawierające cynober, z powodu zmiany téj, nie stały się niezdatnemi do bujania.

Stricker, który również robił spostrzeżenia na wyciętych rogówkach, przyszedł do wniosku, że po wszyciu rogówek pod skórę, nie następuje przenikanie do nich komórek wędrujących, i że przeto znajduwane twory młode w samej rogówce powstać musiały. Zdaniu temu musimy przedewszystkiem przeciwstawić robioną już powyżej uwagę, jakoby komórki wędrujące, znajdujące się już w rogówce, dostarczały materiału do bujania, z drugiej zaś strony wniosek ten nie zgadza się również z licznemi badaniami, stwierdzającemi, że nawet do obumarłych rogówek, wprowadzanych do woreczka limfatycznego, następuje przenikanie komórek wędrujących.

Że zaś, jak *Stricker* przytacza, rogówki napęczniałe w wodzie nie okazują tego objawu, zależec będzie prawdopodobnie od zwężenia szpar wskutek napęcznienia istoty zasadniczej.

Gdy więc na téj drodze pytanie nie mogło być rozstrzygniętem, pozostawał jedynie sposób bezpośredniego badania części jeszcze w związku z ciałem znajdujących się. Największa ilość prac odnośnych zajmuje się rogówką, która też w istocie z po-

wodu charakterystycznego ułożenia komórek stałych najlepiej się nadaje do badań tego rodzaju. Na rogówce też *Stricker* pierwszy szczegółowo śledził zmiany występujące wskutek podrażnień i już w pierwszych pracach swych o zapaleniu wystąpił stanowczo przeciwko zdaniu *Cohnheim'a*, jakoby przy zapaleniu komórki stałe rogówki żadnych zmian w formie swój nie okazywały. Fakt ten wykazany został przy pomocy preparatów w obec większej publiczności (na Lipskiem zebraniu naturalistów). *Cohnheim* nie zrobił jednak w swój odpowiedzi zarzutu, jaki wprost się nasuwa, mianowicie, iż zmiany w postaci komórek nie dowodzą jeszcze zdolności ich do bujania, utrzymywał zaś tylko, że przy ścisłym zastosowaniu przepisów jego podczas przygotowania preparatów, komórki stałe rogówki zachowują postać zupełnie niezmienioną.

Tak więc porozumienie między dwoma głównymi przedstawicielami zdań wręcz przeciwnych było niemożliwym, pomimo iż punkt najważniejszy nie był wcale poruszonym¹⁾. Musimy więc tu bliżej się zająć pytaniem, czy zmiany wykazane w podrażnionych rogówkach przez *Strickera* rzeczywiście dochodziły do bujania komórek stałych. Już prace *Strickera*, *Nourrisa* i *Hansena* z lat 1869 i 1871 wykazały obecność wielkich wielojądrowych i ruchliwych komórek w podrażnionej rogówce, które badacze ci uważali za potomstwo komórek stałych, podczas gdy inni jak *Key* i *Wallis*, którzy też same twory znaleźli, wyprowadzali pochodzenie ich z komórek wędrujących, ponieważ znajdowali w całej rogówce komórki stałe w postaci niezmienionej. *Stricker* usiłował wprawdzie w liście otwartym zwróconym do *Key'a* (1873 r.) obalić zdanie to na zasadzie własnych jego doniesień, lecz nie zdaje się, jakoby tém również zachwiane zostało stanowcze podanie *Key'a*, że komórki stałe rogówki przez niego znalezione były w stanie niezmienionym. Słusznym jest rzeczywiście, że jeśli *Key* i *Wallis* uważają ruchliwość ciał tych za jedyny dowód ich przywędrowania, znak ten nie stanowi jeszcze nie stanowczego o ich pochodzeniu. Lecz, jeśli ich dobrze rozumiemy, autorowie ci kładą nacisk jedynie na znajdowanie się ich obok niezmienionych komórek rogówki.

Otóż trudno jest rozstrzygnąć, która z obu partyj ma słuszość; *Key* i *Wallis* mogli się pomylić, ponieważ trudno jest przeczyć za całość bezwzględna wszystkich komórek rogówki, lecz z drugiej strony i *Stricker* w późniejszych pracach swych nie dał dowodów dostatecznie zdanie jego stwierdzających.

W celu stwierdzenia poglądu *Strickera* jeden z uczniów jego, *v. Pfungen* podaje nowe spostrzeżenia nad zmianami w komórkach rogówki w kilka godzin po zadrażnieniu i rysuje (z preparatów złożonych i srebrnych) komórki rogówki powiększone, dzielące się i kilkojądrowe; dalej *Stricker* tam dowodzi (1875), że po dłuższem działaniu środków żrących rozcieńczonych, występuje na oku żyjącem bardzo wydatne powiększenie komórek rogówki.

O ile doświadczenia te sprzeciwiają się zdaniu, że komórki stałe rogówki zachowują się biernie przy podrażnieniu, nie pozwalają one jednak żadnych wniosków co do pochodzenia ciałek ropnych. W tym celu należałoby doświadczenie prowadzić przez czas dłuższy, przy czem znowu niemożliwym by było wyłączenie przywędrowania komórek, należałoby zatem sprawy te badać na rogówce wyciętej i jej pojedynczych komórkach.

Gdy zatém, zdaniem naszym, twierdzenie *Strickera* przez prace jego nie zupełnie jeszcze dowiedzionem zostało, to z drugiej strony i niesłuszość jego również wykazaną nie została. Przeciwnie prace *Böttchera* nad przedmiotem tym zdają się nawet przechylać znacznie szalę na korzyść tego zdania.

Myśl, jaką kierował się *Böttcher*²⁾, polega na tém, aby znaleźć środki drażniące, które by działania swego nie rozciągały daleko po za miejsce ich zastosowania, i tem samém uniknąć udziału naczyń krwionośnych i przywędrowania białych ciałek krwi. Sądzi on, iż celu tego dopiął, stosując bardzo ograniczone przyżegania środka rogówki chlorkiem cynku i kwasami mineralnymi, a preparaty jego nie pozostawiają nic do życzenia pod względem piękności i dokładności. Części obwodowe przy dokład-

1) Autor niniejszego, jako prezydujący oddziału, nie uważał za właściwe przyjmować udział w rozprawie.

3) *Virehova* Archiw t. 58, str. 362.

nem przejrzeniu zdawały się być zupełnie wolnymi od innych tworów prócz gwiazdowatych komórek rogówki, jedynie tylko na około miejsca podrażnionego znajdują się zmiany odczynowe, przez niego opisane, między innymi też opisane już przez Stricker'a wielojądrowe ciała protoplazmatyczne.

W obec preparatów tych nie można rzeczywiście zaprzeczyć, że przywędrowanie komórek od brzegu jak to twierdził C o h n h e i m, nie nastąpiło. Gdybyśmy jednak to dopuścić mieli, to należałoby przyjąć, iż przywędrowanie komórek trwało jedynie czas krótki, przypuszczenie, które jeśli się nie mylimy, mogłoby być obalone przez porównanie preparatów, badanych w rozmaitych czasach po rozpoczęciu drażnienia.

Prócz tego zdaje się być ważnym wykazanie, że u żab, które przezimowały, często następuje bez wszelkiego podrażnienia skupienie komórek wędrujących w częściach obwodowych rogówki. Bylibyśmy skłonni do przyjęcia, że sprawa ta jest w związku z odradzaniem się komórek rogówkowych, a nie powinna być uważana za chorobliwą, jak to B ö t t c h e r sądzi¹⁾.

Otóż co do spostrzeżeń tych C o h n h e i m przyznaje, iż o przywędrowaniu komórek od obwodu nie może być mowy, jak to już i on przedtem podał, że zapalenie obwodowego rogówki może niedostawać przy przyżeganiu środkowem. Z drugiej jednak strony C o h n h e i m sprzeciwia się powstawaniu ciałek tych ze stałych komórek rogówki, twierdząc, iż takowe mogły tam przedostać się z rany rogówki. Na dowód tego przytacza on, iż ciała ropne zjawiają się najprzód w części najpowierzchniejszej, to jest środkowej miejsca zadrażnionego.

B ö t t c h e r nie zgadza się ze zdaniem powyższem, ponieważ na preparatach swych nie znajdował stale stanu tego; zresztą bezpośrednio drażnienie komórek wewnętrznych pola odczynowego objaśnia też, dla czego w miejscu tem zmiany są bardziej naprzód posunięte.

Daléj stara się on dowieść na zasadzie nader ciekawych doświadczeń, że przywędrowanie komórek nie następuje również od worka spojówkowego, tak po oddaleniu nabłonka jak również po nacięciu rogówki.

E b e r t h nareszcie w obszernéj i pięknej swéj pracy o zapaleniu rogówki staje po stronie C o h n h e i m'a, uwzględnia on również sprawę odrodzenia się rogówki i opisuje wielkie, wielojądrowe ciała protoplazmatyczne, opatrzone wyrostkami, znajdujące się na brzegach owrzodzeń, które przypominają komórki opisywane przez Stricker'a i B ö t t c h e r'a, z tą tylko różnicą, że zjawianie się ich odnosi się do czasu późniejszego.

Jak więc połączyć zdania te, tak wręcz sobie przeciwne, lub też czy należy to, co pojedynczy badacze uczynili przedmiotem prac swych, uważać za owoc niedokładnych i lekkomyślnych poszukiwań? Trudno zgodzić się na to i przyjąć ów ton lekceważący, jakim się posługują niektórzy z biorących udział w téj walce.

Jeden tylko fakt przez wszystkich jest przyznawanym, a mianowicie udział komórek wędrujących w nowotworzeniu zapalnym i przynajmniej częściowe pochodzenie ich z naczyń krwionośnych. Czy jednak zdanie o powiększeniu i bujaniu komórek stałych rogówki może być wprost odrzuconem? Sądzimy, iż to możebnem jest tylko w pojedynczych wypadkach i przy stosowaniu niektórych metod badania, gdy w innych znowu należy uwzględnić zdanie tych badaczy, którzy przytaczają dane stanowe na korzyść twierdzenia przeciwnego. W przedmiocie, w którym, jak widzieliśmy, badanie bezpośrednio wszystkich okresów sprawy chorobnej jest nader utrudnionem, i dowody prawdopodobne również winny być uwzględnione. Ciekawimy wyników, jakieby dały się osiągnąć, gdyby badacze wymienieni wykonali doświadczenia, mające na celu wykazanie zmian zachodzących przy rozmaitych warunkach odżywiania zwierząt? Być może, iż w tym razie zdolność odczynowa komórek okazała by różnaitość, jakaby była w stanie wyjaśnić różnicę zdań dotychczas istniejącą. Tymczasem jednak sądzimy, że zarówno S t r i c k e r i B ö t t c h e r, jak i C o h n h e i m zasługują na wiarę, wyni-

1) Autor twierdzi, iż w ognie kijanek żabich, z wszelką pewnością postrzegał zlewanie się komórek wędrujących ze stałymi komórkami gwiazdowatymi tkanki zasadniczej.

ki zaś Eberth'a przedstawiają toż samo zjawisko opisane już przedtem przez dwóch pierwszych uczonych, tylko w okresie późniejszym. Jeśli przyjmujemy niewątpliwy udział komórek łącznotkankowych przy sprawach odradzania się i powstawania nowotworów, to dla czegoż mielibyśmy przypuścić, że ciała te zachowują się zupełnie biernie w obec wpływów wywołujących zapalenie, gdzież bowiem jest granica między dwiema temi sprawami?

Wiadomości bieżące.

— Warszawskie wydawnictwa lekarskie. W Nrze 20 „Przeglądu Lekarskiego“ z dnia 15 maja r. b. na str. 197 w rubryce „Kronika i Rozmaitości“ czytamy: „Tłomaczenia dzieł lekarskich niemieckich w Warszawie wychodzą z niepospolitym, prawie gorączkowym pospiechem. Dla nas, którzy z daleka spoglądamy na ten ruch wydawniczy, pocieszające są te objawy, które świadczą o pokupie książek polskich i o współzawodnictwie przedsiębiorstw; ale za smucają nas dowody niepotrzebnych, a nawet szkodliwych wyszcigów. Za taki dowód uważamy np. pojawienie się równoczesne dwóch tłumaczeń Wykładu Chirurgii Prof. Billroth'a: przekładu tego dzieła staraniem Dra K. Dobrskiego wyszedł już zeszyt I-szy (str. 1—160), stanowiący $\frac{1}{5}$ część całego dzieła; z Gazety Lekarskiej zaś (Nr 17) dowiadujemy się, że chirurgia ogólna Billroth'a ma również w ciągu r. b. wyjść w tłumaczeniu polskiem nakładem Bibl. Umiejętności Lekarskich.“ Dziękując Szanownej Redakcyi Przeglądu Lekarskiego za łaskawe zwrócenie uwagi na nasze wydawnictwa, Redakcyja Gaz. Lek. uważa za obowiązek sprostować mylną informację Przeglądu Lek. Krak. odnośnie do pojawienia się równoczesnego dwóch tłumaczeń chirurgii Billroth'a. Nie tylko dwa równoczesne, ale żadne tłumaczenie chirurgii Billroth'a dotąd się w Warszawie nie pojawiło. Istnieją one tylko w prospektach i na okładkach książek pod formą ogłoszeń. W rzeczywistości zaś jest tylko jedno tłumaczenie chirurgii Billroth'a pod prassą w drukarni Gazety Lekarskiej. Tłumaczenia części tego dzieła dokonali pp. lekarze Aksamitowski, Mendelssohn, Pawiński, Schreiber i Zalejski i zaczęli je drukować własnym nakładem, następnie zaś tak arkusze już wydrukowane, jak i drzeworyty do całego dzieła odprzedali Redakcyi Gaz. Lek., która też w krótkim czasie razem ze szczegółową chirurgią Prof. Koennig'a dokona dalszego tłumaczenia i wydania. Zeszytu zaś stanowiącego $\frac{1}{5}$ część dzieła Billroth'a wydanego jakoby przez Dra K. Dobrskiego, nikt w Warszawie dotąd nie widział; wnosimy ztąd, że i Redakcyja Przeglądu Lek. Krak. również go nie oglądała i obecnie po dokładnem przedstawieniu sprawy, może z całym spokojem zrzucić ze swego serca niewczesny smutek, jaki na niem ciąży z powodu „niepotrzebnych, a nawet szkodliwych wyszcigów wydawniczych“!! Dla zupełnego uspokojenia sumienia Redakcyi Przeglądu Lekarsk. Krak. dodamy, że wydawnictwa nasze lekarskie nie są współzawodniczącem przedsiębiorstwem handlowem, mającém na celu materialne zyski, ale wypływają jedynie z poczucia obowiązku względem piśmiennictwa krajowego i względem tój części kolegów, którzy wolą czytać w swoim, aniżeli w obcych językach i z chęci utrzymania ich na wysokości rozwoju nauki lekarskiej przynajmniej w czysto praktycznych jej działach. My z radością powitalibyśmy wszelki objaw wydawniczy i ze strony Redakcyi Przeg. Lek. Krak., chociażby nawet kontynuację wydanego przed laty jednego arkusza Medycyny Sądowej.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka Nr 9. Дозволено Цензурою, Варшава 8 (20) мая 1875.