

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 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (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: Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra Ferdynanda Arlt'a, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim. Podał Dr Jan Buszek.—Przyczynek do etiologii chorób serca. Spostrzeżenia Prof. Łaszkiewicza.—Kronika zagraniczna. Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym. Przez Dra Wernher'a w Giessen (Dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Fizykalne badanie piersiowych organów u dzieci. Przepis na pigułki chininowe. Rozczyn wodanu chloralu w oleju lub w glicerynie. Przyczynek do kazuistyki nerwobólów stawowych. Gorące wstrzykiwania przy krwotokach macicznych. O sposobie wytwarzania się śródtrzewnianych guzów w macicy. Podejrzewany kamień nerkowy z gwałtownymi objawami chorobnymi. Kwas fenylowy przeciwko tasiemcowi.—Dodatek. Medycyny Sądowej T. II, ark. 44 i 45.—Wody Mineralne—dodatek IX.

O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo lekarskich.

Przez Dra Ferdynanda Arlt'a, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr Jan Buszek.

W s t ę p.

Jako członek komisji Wydziału lekarskiego orzekającej w sprawach sądowo-lekarskich zauważałem często, że lekarze sądowi nie tylko opisują, ale i oceniają bardzo powierzchownie tak same uszkodzenia oka, jakoteż i ich następstwa. Nawet z orzeczeń zresztą sumiennie napisanych, przebija częstokroć niedostateczne obeznanie się autora z tym szczegółowym przedmiotem, a główną przyczyną tego jest zdaniem mojem, że większa część lekarzy nie ma sposobności nabycia potrzebnych pod tym względem wiadomości. Ani bowiem wykłady kliniczne, ani zwyczajne dzieła i podręczniki nie zajmują się tym trudnym działem okulistyki odrębnie i w należytem zestawieniu; monografie

zaś — znam tylko W. Coopera i Zandera et Geisslera (poniżej przytaczane) — znajdują się prawie tylko w rękach specjalistów, a nieznane są większej części lekarzy praktycznych, albo trudno dla nich przystępne. Te uwagi zniewoliły mnie do skreślenia krótkiego przeglądu obrażeń oka z szczególnym uwzględnieniem potrzeb lekarza sądowego. Głównym celem téj pracy jest pobudzić ogół lekarzy do starannego badania i trafnego oceniania w mowie będących uszkodzeń. Nie wiele nowego znajdują w niej specjaliści, ale mniemam, że podział i układ téj pracy przydałby się temu, któryby zamierzał obrobić ten przedmiot w obszernéj i ściśle umiejętnéj monografii.

Przypuszczam, że czytelnik nie tylko zna nowsze sposoby badania, umie oznaczać refrakcyę oka i iéj wady, bystrość widzenia naosnego i obocznego (ściśnienie pola widzenia) ale nadto, że wprawny jest w badanie wziernikowe. Opisanie tych sposobów badania chociażby najprzystępniejsze i najgruntowniejsze nie przydałoby się tutaj na nic bez nauki praktycznéj. Gdyby zatem który z lekarzy nie miał w tém dostatecznéj wprawy i potrzebnej znajomości rzeczy, to radziłbym mu odstąpić podobny przypadek innemu biegłemu w tym względzie koledze. Bez dokładnego opisanie stanu rzeczy nie może być nawet mowy o sumiennem orzeczeniu. Mimo to przecież często spotykamy się z orzeczeniami o obrażeniach oka bez wzmianki nawet w jaki sposób i w jakim stopniu wzrok był upośledzonym. Gdyby mi się udało sprawić, żeby takie *opprobria artis et scientiae medicae* nie wydarzały się w przyszłości, uważałbym cel téj drobnéj pracy za osiągnięty.

Wszystkie uszkodzenia oka dzielę na trzy główne gromady:

I. Uszkodzenia wskutku nagłego zgniecenia albo wstrząśnienia oka.

II. Zranienia wskutku wniknięcia w tkaninę jakiegoś ciała działającego mechanicznie: *a*) bez pozostawienia ciała obcego, albo *b*) z pozostawieniem takowego na gałce ocznéj, wewnątrz lub obok niéj, albo za nią. Zranienia powiek, przyrzędu łzowego, zrębu kostnego i t. d. możemy tutaj pominąć jako należące do zakresu chirurgii.

III. Oparzenia i zżarcia gałki ocznéj i powiek o ile na wyjątkowe uwzględnienie zasługują.

W końcu dodam IV niektóre uwagi nad rozpoznaniem cierpień oka umyślnie wywołanych, przesadzonych albo udawanych.

W każdéj z wymienionych gromad trzymałem się porządku anatomicznego (według pojedynczych części oka) jako najstosowniejszego, a co o każdéj z nich miałem do powiedzenia, uporządkowałem pod napisami: rozpoznanie, rokowanie i leczenie, sądząc, że przypadki obrażeń powikłanych w ten tylko sposób można należycie uchwycić i ocenić. Podanie głównych zasad leczenia zdawało mi się dla tego potrzebne, ponieważ często zachodzi pytanie, czy niepomyślnego zakończenia się uszkodzenia nie należy przypisać całkowicie lub częściowo zaniedbaniu albo niestosownemu leczeniu.

W końcu uważałem za potrzebne dodać jeszcze kilka uwag ogólnych.

Sporządzając wywód oględzin, oznaczyć należy zawsze bystrość widzenia nie tylko oka uszkodzonego, ale i drugiego i to każdego z nich oddzielnie.

Oko bowiem uszkodzone mogło właśnie być tém, na którym polegała zdolność zarobkowania, a w przypadkach, w których później oko drugie uległo cierpieniu współczulnemu, zależy wiele na wiadomości, jakim był wzrok tego oka w czasie uszkodzenia (lub wkrótce potem). Zdolność odróżniania światła od ciemności (ilościowe poczucie światła) utraconą być może na niejaki czas (skutkiem krwotoku do ciała szklanego) albo na zawsze. Jeżeli utrzymało się jeszcze właściwe widzenie (jakościowe poczucie światła) oznaczyć należy zawsze stopień widzenia naośnego liczebnie, np. w jakiej największej odległości policzyć może jeszcze badany palec przy średniem dziennem oświetleniu, poznać przedmioty albo głoski oznaczonej wielkości (najlepiej wzorów druku Snellena albo Jaegera). Prócz tego przekonać się należy, czy poznawanie takich przedmiotów w pewnej odległości nie stanie się możliwem, a przynajmniej dokładniejszym przy pomocy kulisto lub walcowato zakrzywionych, wklęsłych lub wypukłych soczewek, tudzież czy potrzeba użycia takich soczewek nie jest następstwem obrażenia oka (np. zmiany postaci, lub utraty soczewki). Niemniej ważnem jest zbadanie widzenia obocznego w celu stwierdzenia jego przytępienia, częściowego ubytku lub zupełnego wygaśnięcia. Jeżeli nie zależy na większej dokładności, dostatecznym będzie kazać uszkodzonemu zamknąć oko zdrowe, obrażonem zaś wpatrywać się nieruchomo w jakiś przedmiot, np. palec oddalony na mniej więcej dwie stopy, a tymczasem pomykać z wolna palec drugiej ręki, (albo świecę palącą się w ciemnym pokoju) w różnych po kolei kierunkach od obwodu ku środkowi pola widzenia, wzywając równocześnie badanego, żeby podawał ilość ukazywanych mu w ten sposób palców. Tylko w takim razie, gdy ani widzenie naośne, ani oboczne nie okaże się upośledzonym, i w dalszym przebiegu nie dozna także żadnego upośledzenia, obejść się może bez badania wzornikowego.

Dochodząc związku pomiędzy znalezionym stanem oka a *causa nocens*, pamiętać zawsze należy, że dość często wydarzają się znaczne nawet zboczenia, które już przed uszkodzeniem istniały, a o których badany wcale nie wiedział, inaczey moglibyśmy policzyć na karb obrażenia zmiany chorobowe, które ono tylko częściowo albo wcale nie zrządziło.

ROZDZIAŁ I.

Nagłe zgniecenie i wstrząśnienie gałki ocznej.

§ 1. Uwagi ogólne. Do tego działu zaliczamy przede wszystkim uszkodzenia zrządzone przez gwałtowne zadziałanie narzędzia tępego na gałkę oczną, skutkiem czego powstaje zmiana wzajemnego względem siebie położenia pierwocin tkaniny, a względnie przerwanie ich związku ze sobą, chociaż narzędzie nie wniknęło w samą tkaninę. Gałka oczna doznaje przytém stłuczenia, alko zakłknięcia na małej przestrzeni, albo też chwilowego spłaszczenia, jeżeli ucisk zadziałał na miejsce rozleglejsze. Tutaj zaliczyć wypadnie także te przypadki, w których gałkę oczną wprawił w szybkie i silne drganie zamach, który ją samą, głowę, albo nawet całe ciało ugodził.

Oko w ten sposób uszkodzone okazać może (pomijając powieki) natychmiast, albo po jakimś czasie: podbiegnięcie krwawe spojówki, zaćmienie z następowym zapaleniem (ropieniem) rogówki (już to z nieznaczną i powierzchowną przerwą ciągłości, już też bez takowej), pęknięcie twardówki w pobliżu rogówki (bardzo rzadko w odcinku tylnym), wynaczynienie krwi do komórki przodkowej, mniej więcej wyraźne przedarcie tęczówki, porażenie ździergacza źrenicy (rzadko kurcz), porażenie akomodacji, pęknięcie torebki soczewkowej, zwątlenie albo przerwanie obwódki Zinna z mniej lub więcej wyraźną zmianą położenia i postaci soczewki, pęknięcie naczyniówki z krwotokiem do ciała szklanego, wreszcie upośledzoną czynność siatkówki. Według poszukiwań Dra Berliņa (§ 18) zdarzają się wynaczynienia także w okolicy ciała rzęskowego jako następstwo nagłego zgniecenia gałki ocznej, lecz obecność ich stwierdzić można tylko po śmierci. Niekiedy spostrzegamy tylko jedno z tych bezpośrednich następstw, ale najczęściej znajdujemy ich równocześnie kilka.

Dostrzeżenie wielu z wymienionych zmian może przez niejaki czas być bardzo utrudnionem, albo zgoła całkiem niepodobnem z powodu krwotoku do komórki przodkowej albo do ciała szklanego, a w dalszym przebiegu z powodu wypocin zapalnych, albo z powodu następowego zaćmienia soczewki. Ta okoliczność jest przyczyną, że w wielu przypadkach dopiero po upływie tygodni lub miesięcy wydać można stanowczy sąd o siedzibie, stopniu i następstwach zmian zrzędzonych przez obrażenie.

Uwagę naszą na obrażenia tego rodzaju zwracają bardzo często prócz wywiadów, oznaki stłuczenia skóry na powiekach, na brzegach oczodołu, albo na głowie; ale obecność jakiejś rany (§ 20) lub oparzenia (§ 31) może też łatwo zająć wyłącznie naszą uwagę i stać się przyczyną, że przeoczymy ich powikłanie ze stłuczeniem, albo wstrząśnieniem oka.

Aby zrozumieć następstwa bezpośrednio nagłego zgniecenia należy pamiętać, że nieściśliwą, płynną treść gałki ocznej (ciecz wodną i ciało szklane) otaczają błony w niskim stopniu sprężyste, a mało rozciągliwe; tudzież że większą połowę gałki ocznej jednostajnie otacza potężny pokład tkanki tłuszczowej oczodołu nadzwyczaj sprężystej a wsuniętej pomiędzy nią i zrab kostny, tak, że chyba tylko bardzo wielkie ciała obce wtargnąwszy do oczodołu przyprzeć mogą gałkę oczną do kości. Częściowe ugniecenie gałki ocznej po stronie wprost przeciwległej miejscu ugodzonemu, nie może przyjść do skutku, a to z powodu jednostajnego, grubego i sprężystego wyścielenia łożyska, w którym spoczywa oko i dla tego nie można też uciekać się do przypuszczenia częściowego ugniecenia przeciwległej ściany gałki ocznej chcąc wytłumaczyć zmiany tamże znalezione, jak to między innymi zdaje się czynić Dr Berlin (Zur sogenannten Commotio retinae in *Zehenders klinische Monatsblätter* 1873, pag. 142).

Jeżeli ciało obce uderzy nagle z pewną gwałtownością gałkę oczną, a nie przebije jej ściany z powodu swoich własności fizycznych (wielkości, tępości), to działanie jego ograniczyć się może do prostego tylko stłuczenia powierzchni ugodzonej, albo też sprowadzić w miarę swojej wielkości i postaci miejscowe

zakłknięcie albo przyplaszczanie nie wyruszając równocześnie może jeszcze całej gałki ocznej, ani ku podściółce tłuszczowej, ani też ku powiekom (gdy siła z tyłu zadziałała). Lecz ani zakłknięcia, ani przyplaszczania wyobrazić sobie nie można bez równoczesnej zmiany postaci całej gałki ocznej, a to z powodu nieściśliwości jej treści płynnej. Jeżeli miejsce uderzone uważać będziemy za biegun kuli, kierunek zaś uderzenia za oś tejże, to gałka oczna powiększyć się musi w kierunku równika tej kuli. Opór na ścianie przeciwległej rozłożony na wielką powierzchnię przyczynić się może tylko do powiększenia tej zmiany postaci. Otwór lub też odwrotnie ograniczona twarda wyniosłość na ścianie oczodołu, do której gałka oczna przypartą została, mogłyby wprawdzie spowodować odpowiednio otworowi wypuklenie albo pęknięcie ściany gałki ocznej a względnie twardówki, odpowiednio zaś wyniosłości zakłknięcie lub przedziurawienie tejże, ale takie warunki nie wydarzają się zapewne nigdy. Uderzenie nie może również udzielić się po przez wnętrze gałki ocznej i zadziałać na miejsce jej ściany wprost przeciwległe miejscu bezpośrednio uderzonemu, jeżeli przypuścimy, że uderzenie zadziałało w kierunku prostopadłym do płaszczyzny stycznej miejsca ugodzonego. Jeżeli zamach nie zadziałał prostopadle do płaszczyzny stycznej, następuje częściowa utrata siły ugniatającej, tak bowiem ciało szklane, jako też i ciecz wodna udzielają ucisk wszystkim częściom ściany gałki ocznej.

Zgodnie z tem nie udało się też nigdy wykazać śladów ugniecenia albo rozdarcia siatkówki w miejscu wprost przeciwległym temu, które bezpośrednio uderzonym zostało, chociaż siatkówka przedewszystkiem musiałaby być w takim razie ugodzoną. Zmian znalezionych w naczyniówce na ścianie przeciwległej nie można tłumaczyć za przykładem Knappa (Archiv f. Augen und Ohrenheilkunde, I, a, b) w sposób podobny, w jaki sobie tłumaczymy pęknięcie kości i powstawanie krwotoków śródczaszkowych w przypadkach obrażeń czaszki, to jest przez odbicie (*contre—coup*) już z tej przyczyny, że twardówka nie jest ani tak twardą, ani tak bezwzględnie niepodatną jak kości czaszkowe, głównie atoli dla tego, że w miejscu wybroczyzny albo pęknięcia naczyniówki nie udało się dotąd nigdy wykazać pęknięcia twardówki, a wszystko zatem przemawia, że pęknięcia tej błony nie wydarzają się zazwyczaj weale w tem miejscu.

Jeżeli gałka oczna ulegnie przyplaszczaniu w okolicy bieguna przodkowego, co się właśnie najczęściej wydarza, to musi ona powiększyć się chwilowo w swojej średnicy równikowej, przynajmniej w takim razie, gdy w okolicy bieguna tylnego przypartą zostanie do sprężystej podściółki tłuszczowej. Powiększenie to dojdzie w pasie równikowym do najwyższego stopnia, lecz znacznym także będzie jeszcze tak przed jak i poza tym pasem. Naczyniówka połączona jest ku przodowi z obręczką rogówkowo-twardówkową za pomocą mięśnia rzęskowego (*Tensor chorioideae* Brücke'go), a w tyle u wnijscia nerwu wzrokowego z twardówką, — w obu miejscach, że tak powiem, nierozzerwalnie, zresztą zaś pozostaje z nią w związku bardzo luźnym, który widocznie dozwala jej przesuwać się z łatwością. Mniej więc w środku pomiędzy oboma wspomnianymi miejscami nierozzerwalnego prawie połączenia, to jest tam, gdzie żyły

wirowe naczyniówki przechodzą w twardówkę, łączą się obie te błony mocno i na dość znacznej przestrzeni nie tylko za pomocą tych grubych pni naczyńnych, ale także za pomocą mocnej i tęgiej tkanki łącznej. Zakres mocniejszego związku tych błon ze sobą powiększa się jednakże znacznie skutkiem tego, że w pobliżu przodkowego miejsca połączenia przechodzą przez twardówkę tętnice i żyły, dokoła zaś nerwu wzrokowego, a zwłaszcza w okolicy tylnego bieguna, tylne krótkie tętnice rzęskowe udają się od twardówki do naczyniówki. Jeżeli zatem skutkiem przypłaszczenia gałki ocznej pas równikowy naczyniówki wyparty zostanie ku obwodowi, podczas gdy ucisk ciała szklanego na siatkówkę i naczyniówkę pozostanie wszędzie nie zmienny, to stosunkowo mała część naczyniówki wytrzymać musi naprężenie, tak iż łatwo wyczerpać się może miara jej podatności: w następstwie tego pękają naczynia i tkanina, a pęknięcia tej ostatniej koniecznie przebiegać muszą poprzecznie do kierunku naprężenia, a więc współśrodkowo z tylnym biegunem (czyli co niemal na jedno wychodzi, z obwodem tarczy nerwu wzrokowego *). Może powstać pęknięcie, które się czasem w dalszym przebiegu rozdwaja, ale prócz tego mogą jeszcze wydarzyć się pęknięcia uboczne z kierunkiem współśrodkowym, a nie potrzebuje nas to wcale zastanawiać, że niekiedy napotykamy na boczną wypustkę pęknięcia, która się nie trzyma kierunku głównego.

W podobny sposób powstać mogą zapewne także pęknięcia naczyń i w pobliżu przodkowego przyczepienia naczyniówki, lecz obecność ich stwierdzić bezpośrednio można tylko po śmierci. Porównaj w § 18 doświadczenia Dra Berlina. Pęknięcia naczyniówki przed równikiem dostrzegano natomiast dotąd tylko w tych przypadkach, w których jakieś ciało o krawędziach tępych ugodziło gałkę oczną w tej okolicy. Pęknięcia naczyniówki w tym miejscu można tłumaczyć tylko przez zakłamanie twardówki, tak samo, jak krwotoki ciała rzęskowego bardzo często odnieść wypadnie do stłuczenia twardówki nad niem położonej. Pęknięcie naczyniówki w takim przypadku położone dalej ku tyłowi, mianowicie zaś w tym samym południku, a przebiegające również współśrodkowo z obwodem tarczy nerwu wzrokowego wywieść można snadnie z tego naprężenia ku przodowi, jakiego doznaje wskutku zgniecenia część naczyniówki położona ku tyłowi od miejsca ugodzonego.

Najtrudniej bezsprzecznie wytłumaczyć pęknięcia, które po zadziałaniu narzędzia tępowego na gałkę oczną dostrzegamy w przodkowym pasie twardówki, a które nigdy nie ograniczają się do samej twardówki, ale zawsze przenikają także i jagodówkę (*Uvea*). Uderzającą jest rzeczą, że te pęknięcia przez które natychmiast wypartą zostaje mniej lub więcej znaczna część płynnej treści gałki ocznej, nawet część tęczówki lub zgoła cała soczewka, przebiegają zawsze ściśle, a przynajmniej prawie równoległe do brzegu rogówki, tudzież że nie-

*) Pomiedzy innymi poczytują także Saemisch (Klin. Monatsblatt. 1866, p. 112) i Stellwag (Lehrbuch 4 Auflage, p. 322) naprężenie za przyczynę pęknięcia naczyniówki.

mal bez wyjątku wydarzają się ku górze, a mianowicie ku górze i wewnątrz. Nie należy przecież zapominać, że takie pęknięcie, chociaż rzadko, spostrzegano jednak także i ku dołowi albo i ku dołowi i wewnątrz.

Przeciw zdaniu wypowiedzianemu przez Zandera i Geisslera (Die Verletzungen des Auges. Leipzig u. Heidelberg. 1864, p. 373), że galka oczna ugodzona w dolną albo dolno zewnętrzną część twardówki, przypartą zostaje do górnego albo górno wewnętrznego brzegu oczodołowego, który jęj stawia opór nieprzezwyćięzony, i że skutkiem tego pęka twardówka, a następnie wypada soczewka, oświadczył się już Manz (Klin. Monatsbl. 1865, pag. 177). „Należy uwzględnić, że pęknąć mogą nie oba miejsca twardówki bezpośrednio ugniecione (jedno przez narzędzie, drugie naprzeciwlegle przez niepodatną ścianę oczodołu), lecz że twardówka pęka w miejscu względnie wolnym, które podczas największego naprężenia ma najmniejszą względnie spójność, (a raczej najbardziej jest pozbawione podpory) a tém miejscem jest część twardówki najbliższa górnego i wewnętrznego brzegu rogówki.“ Zważywszy, że większe ciała obce nie łatwo mogą ugodzić oko w innym kierunku jak od dołu, albo dołu i zewnątrz, tudzież, że w chwili grożącego niebezpieczeństwa, zwraca się oko najczęściej (środkiem rogówki) ku górze albo ku górze wewnątrz, widoczną jest rzeczą, że zamach ugodzi najczęściej twardówkę pomiędzy dolnym, albo dolno zewnętrznym brzegiem rogówki, a równikiem gałki ocznej. W takim razie zaś przypada miejsce pęknięcia twardówki dość dokładnie w kierunku koła, które ze względu na miejsce ugodzone i jemu przeciwległe uważane być może za równik. Nie więc dziwnego, że twardówka naprężona zostaje najbardziej w kierunku tego koła, tudzież, że pęka w tej części tego koła, które w chwili uderzenia najmniej jest od zewnątrz podparte. Jeżeli zaś wydarzy się, że oko uderzonym zostanie w górnozewnętrzną częśći przodkowego pasa twardówki, jak to miało miejsce w przypadku spostrzeganym w klinice Ruete go a ogłoszonym przez Schrötera (Klin. Monatsbl. 1866, pag. 245), to zgodnie z powyższem prawidłem pęka ściana gałki ocznej w kierunku dolno-wewnętrznym. Cokolwiekbać sprawdza się zasada, że twardówka i jagodówka pękają w części górnej, jeżeli gwałt zadziałał na dolną część przodkowego pasa twardówki, że takie pęknięcie dostrzeżone po stronie nosowej, odnieść należy do ucisku wywartego na stronę skroniową, a w końcu, że pęknięcie ku dołowi każe się domyślać nagłego ugniecienia gałki ocznej, powyżej rogówki *). Że pęknięcie twardówki przebiega pra-

*) Kon uderzył parobka kopytem w skroń prawą i w górno-zewnętrzną częśći prawego oka. W 14 dni później znaleziono kilka ran już zagojonych w okolicy skroniowej prawej. Ściany oczodołu były nienaruszone, galka oczna zmniejszona, bardzo miękka, spojówka gałkowa miernie nastrzykana. Równolegle do dolno wewnętrznego brzegu rogówki świeża blizna na 1" od tegoż odległa ku wewnątrz wciągnięta ze śladami barwnika, rogówka okrągła, nieco płasksza, obwód jęj trochę mniejszy, ze zlogami włóknikowemi na tylnej powierzchni, zresztą czysta. Brak soczki i tęczówki; z osta-

wie bez wyjątku równoległe do brzegu rogówki, do tego przyczynia się między innymi i ta okoliczność, że włókna twardówki w pasie odpowiednim ciała rzęskowemu przebiegają przeważnie w kierunku równoległym do brzegu rogówki.

Pęknięcia w obrębie tęczówki (mianowicie jej oderwanie od ciała rzęskowego) tłumaczą się snadnie rozszerzeniem obrączki rogówkowo-twardówkowej (spowodowanem przez przypląszczenie rogówki) do której wprowadzie nie tęczówka, ale ciało rzęskowe mocno jest przytwierdzone. Rozdarcie tęczówki w kierunku promienia nastąpić może zapewne prócz tego tylko pod warunkiem zwięźnienia się źrenicy i przyparcia soczewki do naprężonej tęczówki w chwili przypląszczenia rogówki. (Dalszy ciąg nastąpi).

Przyczynek do etiologii chorób serca.

Spostrzeżenia Prof. Łaszkiewicza.

Podał Dr A. Skorkowski.

Stosunkowa częstość chorób sercowych w gubernii charkowskiej zwróciła na się uwagę prof. Łaszkiewicza, który poświęca pracę swoją zbadaniu tej patologicznej osobliwości wymienionej okolicy. Według autora liczba chorych, jak w klinice, tak i w jego prywatnym ambulatoryum na choroby serca wynosi 10% wszystkich terapeutycznych wypadków. Jeśli włączymy do tej liczby wypadki wodnej puchliny połączonej z białkomoczem, mającej swe źródło w upośledzonej czynności serca, to odsetek chorób ośrodka krążenia jeszcze znacznie urośnie. Cierpieniom tym podlegają zarówno obie płcie. Kobiety bez różnicy stanu w jakim się znajdują, bezpłodne jak i rodzące. Okres od 20—50 lat przedstawia najwięcej osobników z chorobami serca, chociaż u osób młodszych a nawet od 7—14 lat spostrzegano je nie rzadko; wiek podeszły najmniej do nich zdaje się uspasabiać, klasa zaś uboga wyrobnicza przedstawia największy kontyngens chorób sercowych.

Co do klinicznych postaci, to najczęściej spostrzegano skomplikowane wady serca, jako to: niedomykalność zastawki dwudzielnej ze zwięźnieniem otworu żylnego lewego (*insuf. v. mitr., et sten. ost. atr. ven. sinistr.*), niedomykalność zastawki trójkończystej (*insuf. v. tricuspidalis*) i niedomykalność zastawek aorty (*insuf. v. aortae*), w ogóle częściej choroby lewej niżli prawej połowy serca. W większej części wypadków w anamnezie nie można było znaleźć reumatyzmu—tęj, jak się autor wyraża, klasycznej przyczyny chorób serca; za to dowiesć prawie zawsze można było przebyta zimnicę przepuszczającą (*febris intermittens*) długotrwałą, lub co najmniej właśnie okolicom malarycznym charłactwo, obrzmienie śledziony i wodnistość krwi (*hydraemia*).

tniej został tylko ku zewnątrz wązki półksiężycowy rąbek z brzegami ząbkowanemi. „Niewątpliwie w chwili uderzenia wyskoczyła soczewka razem z torebką i wyrwała tęczówkę“ (S ch r o e t t e r l. c.).

Co do pytania jaki zachodzi stosunek malaryi do chorób sercowych, to autor dowodzi, że stosunek ten jest bądź bezpośredni, t. j. działanie jadu malarycznego na histologiczne utkanie narządu krążenia, bądź pośredni, zawisły, jak się autor wyraża „od mechanizmu zimnicy“. Oba te momenty, jak niżej zobaczymy, dadzą się zarówno zastosować w patogenezie chorób sercowych.

Co do wpływów mechanizmu natury na choroby serca, to dowiedziono jest dawno, że każda przeszkoda w obwodowym krążeniu odbija się na mechanicznym ośrodku krążenia, t. j. sercu, stanowi moment przyczynowy excentrycznego rozszerzenia (*hypertrophie, dilatation*) jego ścianek, a pośrednio i na zastawkach. Doświadczenia Traube'go pokazały, że skurcz mięśni wywołując zwężenie światła naczyń włosowatych podnosi ciśnienie w tętnicach i pracę serca. Lärcher twierdzi, że ciąża podnosząc ciśnienie w układzie aortycznym wywołuje przerost lewej komórki, który trwa jeszcze czas jakiś w okresie puerperalnym. Aubert obserwował rozmaite patologiczne objawy w układzie naczyniowym i sercu u ludzi oddanych częstym wysiłkom i ciężkiej pracy fizycznej. Najwyraźniejszy wpływ ciężkiej pracy fizycznej na serce przedstawia piśmiennictwo lekarskie z ostatniej wojny francuzko-pruskiej. U żołnierzy obu armij spotykano nader często przerosty, rozszerzenie serca prowadzące następnie do głębszych wad organicznych. Virchow i Luschka odnosząc częstość zapalenia wsierdza (*endocarditis*) zastawek do tarcia i rozciągania tej jego części, potwierdza i wyjaśnia wpływ warunków mechanicznych na choroby serca.

Rozpatrując mechaniczne warunki krążenia w czasie napadu zimnicy przepuszczającej łatwo dostrzeżemy, że przy najcięższej pracy fizycznej, normalny rozdział masy krwi w naczyniach mniej jest utrudniony i strumień jej mniej pokonywa oporu, jak to ma miejsce w czasie napadu. W okresie dreszczu skurcz naczyń obwodowych podnosi ciśnienie w układzie tętniczym i pracę mięśnia sercowego, w okresie gorączki podwyższony stopień ciepłoty ustroju ze swjej strony pomnaża liczbę uderzeń serca — objawy te powtarzają się typowo i peryodycznie czas jakiś co drugi dzień, każdego dnia lub nawet dwa razy dziennie. Wpływ zimnicy na serce nie ogranicza się li tylko zmianą warunków mechanicznych krążenia, u osobników takową owładniętych objawia się szczególna tkliwość serca, nieznaczny stosunkowo impuls jak np. wrażenie psychiczne lub najmniejszy wysiłek fizyczny podwajają tętno. Najściślejsze badanie fizykalne nie wykrywa żadnych głębszych spraw chorobnych i objawy te patologiczne szybko ustępują przy terapii przeciwwimnicznej, co dowodzi, że zarazek malaryczny działa wprost drażniąco na histologiczne elementa ośrodka krążenia. Dodać do tego należy, że w pomienionej okolicy największa liczba zimnic przypada na wiosenną i jesienną porę, gdy klasa zarobkująca oddaną bywa najcięższej pracy fizycznej, którą zawiesza w dniach napadów, wracając do niej w czasie przestanków, i pozbawiona posilających i zdrowych pokarmów skutkiem postów. Warunki te składając się podnoszą procent chorób serca, przeważnie klasy uboższej.

Powyższe spostrzeżenia dadzą się zastosować i do wielu innych miejscowości kraju i dla tego chciałem na nie zwrócić uwagę czytelników Gazety Lekarskiej.

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

Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym.

Przez Dra Wernher'a w Giessen.

(Dalszy ciąg).

Również na pewno można twierdzić, że słoniowacizna nie zawisła od ogólnego cierpienia, lub jakiegokolwiek dyskrazji; rozwój jej warunkują pewne endemiczne stosunki, zdarzające się przeważnie w ciepłych okolicach i morskich wybrzeżach, tak że tutaj występuje jako właściwe cierpienie narodów dochodząc do najwyższego stopnia rozwoju. Jak mało jednakże stosunki te są znanymi, dowodzą tego zbyt różniące się między sobą o nich poglądy, osnute na spostrzeżeniach cierpienia tego w podzwrotnikowych krajach. Nawet w takich dla jej rozwoju sprzyjających okolicach stan ogólny następuje tylko bywa naruszonym i zdolność do pracy dopiero wskutek często ogromnego ciężaru członka zmniejsza się.

Herdy wyraźnie nadmienia, że mieszkańcy Kochei na wybrzeżach morskich Malabaru są bardzo zdrowi i pomimo obrzmiałych nóg są zwinni. L a r r e y R ö s e r, C l o t - B e y, i P r u n e r znajdowali egipcyan, obarczonych ogromnym nabrzmieniem worka mosznowego, zupełnie zdrowymi z wyjątkiem ciężaru, który z sobą nosić zmuszeni byli; a zdrowie ich pozostawało w większej części zupełnie nienaruszonym, gdy takie guzy szczęśliwie wyluszczone były. Choroba napada, wedle słów C l o t'a, zarówno bogatych urzędników tureckich, jak i ubogich, zmuszonych do pracy w wodzie fellatów, mężczyzn jak i kobiet. U nas w północnym klimacie niezależność ta cierpienia od ogólnych stanów chorobliwych jeszcze bardziej się uwydatnia. Słoniowacizna nie występuje u nas nigdzie jako cierpienie endemiczne i chociaż nie należy do rzadkich zjawisk, w każdym razie daje się spostrzegać jako odosobniona, sporadyczna choroba w miastach jak i we wsiach, w wysoko położonych suchych okolicach, jak również na nizinach. Potrzebne są jeszcze ściśle statystyczne poszukiwania dla wykazania częstszego pojawiania się u nas tego cierpienia na błonistych grutach łącznych, jak na wyniosłych i wzniesionych okolicach. Spostrzegałem liczne wypadki w miejscowościach naszej okolicy, — wypadki, które noszą na sobie równie jeden jak i drugi charakter — z nizin Menu i Renu, jako też z krajów górzystych. Nie zdaje się, by w Hollandyi i w północno-niemieckich okolicach słoniowacizna bardzo często była spostrzegana. Mimo to w ruskich nadbaltyckich prowincjach zdarza się ona bardzo często.

Ogólny stan wszystkich chorych, których sam obserwowałem nigdy nie ulegał pierwotnemu zaburzeniu. Ciężar tylko obrzmiałego członka, a u niektórych, w każdym razie nie u wszystkich, naruszały zdrowie czasowo występujące bóle natury neuralgicznej i peryodyczne napady zapaleń różowatych i gorączki. W większej liczbie wypadków obcych spostrzeżeń, które w wielkiej ilości porównywałem, wyraźnie zauważanem jest, że indywidua podległe słoniowaciznie, z wyjątkiem miejscowego cierpienia, znajdują się w stanie kwitającym i zdrowym. U niektórych pierwszy napad zjawiał się nagle, bez wszelkich zwiastunów. Również owe zapalenia różowate i gorączki gastryczne, z którymi nabrzmienie nie rzadko z przestankami czyni postępy, i które niekiedy objaśniane bywają jako gorączka przepuszczająca, lubo nigdy nie przedstawiają typu regularnego, występują w większej części tylko we wcześniejszych okresach cierpienia. Później nabrzmienie rozwija się równomiernie nie przedstawia-

jąc peryodycznych, gorączkowych napadów. Te ostatnie w ogóle częściej występują przy rozwoju słoniowacizny w ciepłych krajach, niż u nas, gdzie nie rzadko dają się widzieć bardzo wykształcone formy słoniowacizny, którym nigdy nie towarzyszyły ani zapalne ani gorączkowe objawy; wskutek tego niektórzy, jak np. *Duchassaing* (Arch. gén. de méd. 1857) odróżniają dwie formy słoniowacizny: gorączkową i bezgorączkową. U wielu chorych ogólny stan zdrowia przez całe życie pozostaje dobrym, u innych zaś zdrowie i odżywianie dopiero po długim trwaniu cierpienia rzeczywiście ulegają zaburzeniu wskutek utraty soków, tworzenia się owrzodzeń, odczynu ropiastej wysypki, niedoleżstwa i bólu.

Nie ulega wątpliwości, że przy słoniowaciznie istnieje nadmierne nagromadzenie się i zastój limfy. *Gaetan* i *Be*y był w możności wycisnąć z wyciętego kawałka skóry przeszło 60% na wagę limfy. Tak wielki nadmiar płynnej limfy, która w części zawarta jest w naczyniach, w części przenika tkanki, albo też zgromadza się w jamach, dostarcza w nadmiarze materiału odżywczego dla bujania tkanki łącznej, przyczynia się bezpośrednio do znakomitego nabrzmienia, a przez napięcie przepelnionych tkanek, daje podstawę do chwilowego rozdrażnienia i stanu gorączkowego. Objaśnienia jednak wskutek czego powstaje tak wielkie przepelnienie limfą tkanek i naczyń limfatycznych, nie zgadzają się z sobą. Nadto dla osiągnięcia pewniejszych wniosków, ważnym jest jasny pod względem patologicznym pogląd o powstawaniu i przebiegu cierpienia, jak nie mniej racjonalnego tegoż leczenia.

Nie przemawia za tym, by przepelnienie limfą naczyń i tkanek warunkowane było miejscowem, nadmiernem jej wydzielaniem. Przy słoniowaciznie nie rozwija się stan leukemiczny, chociaż możliwość ta, tu i owdzie wspomnianą jest mimochodem, bez dalszego rozjaśnienia. Również sprawa ta nie wyjaśnia się, jeżeli się twierdzi, że przepelnienie polega na powiększonym wydzieleniu, albo względnie zmniejszonym chłonienu, albowiem istnieje przybytek w naczyniach, takowe są nawet przepelnione, nie mogą one tylko pozbyć się zawartości swej w sposób zadawalniający.

Jako przyczyna jednakże, wskutek której naczynia limfatyczne i wszystkie tkanki obrzmiałego członka przepelniają się limfą i dopływ limfy w nadmiernej ilości nie jest wyprowadzanym, prawie przez wszystkich, którzy ten punkt roztrząsali jest przyjętem, że naczynia te albo ich gruczoły gdzie bądźkolwiek na drodze do pnia głównego są zamknięte i stają się nieprzenikalnymi dla przebiegu płynu. Ponieważ u niektórych chorych powiększaniu się nabrzmienia towarzyszy peryodyczne różowate i gorączkowe napady, przypuścić należy, że przy każdym z takich napadów zamyka się pewna ilość naczyń lub gruczołów i odpływ limfy w znaczniejszej ilości jest wstrzymany.

Samo się przez się rozumie, że rozstrzygnięcie pytania o stanie naczyń limfatycznych i ich gruczołów, czy takowe są drożniami, lub zamkniętymi przez zakrzepy (*thrombus*) albo bujanie komórek przybłonka (*endothelium*) musi wyrzucić stanowczy wpływ na teorię powstawania i leczenia słoniowacizny. Ponieważ jestem zwolennikiem poglądu, że naczynia limfatyczne nie są zamknięte, lecz tylko żylakowato rozszerzone, bardziej więc szczegółowo rozbioreę te zdanie.

Pogląd, że zastój limfy warunkuje się zapalnem zamknięciem pni naczyniowych (*angioloecitis*) wypowiedziany był przez *Alarda* w jego głównem dziele: *De l'inflammation des vaisseaux absorbans lymphatiques dermiques et souscutanés*, Paris 1874. Zdanie zaś, że właściwą przyczynę stanowi cierpienie gruczołów, zdanie to nie mało zostało poparte nazwą jaką *Herdy* nadał temu cierpieniu, mianowicie choroby gruczołowej z *Barbadoes*. Tu jednak zachodzi pomyłka, łatwa do poznania, jeśli krytyczniej rozbierzemy pojęcia *Hardego*. On bowiem, tak jak i *Rolla*, dają nazwę gruczołów guzikom, jakie mogą się tworzyć w każdym miejscu skóry, a więc i tam, gdzie gruczoły wcale nie istnieją.

Większa część i to najwięcej posiadających uznania powag obecnego czasu, wychodzą z tego punktu widzenia, że pierwotna przyczyna słoniowacizny polega na zamknięciu dróg chłonnych, do czego w następstwie przyłącza się stan rozdrażnienia, powodujący rozrost (*hyperplasia*) wskutek nadmiernej ilości nagromadzonego materiału odżywczego. Dla oznaczenia tego punktu, poprzestaję na przytoczeniu zdania jednego z najznakomitszych powag. *Lebert* (Abhandlungen aus dem Gebiete der

prakt. Chirurgie etc. str. 70) uważa za najprawdopodobniejsze w zamknięciu naczyń limfatycznych szukać podstawy do rozległego przerostu tkanki komórkowatej. Skutkiem tego powiększającego się zamknięcia pozostaje w członku nierównie więcej płynu odżywającego, jak to potrzebnym jest dla odżywiania w stanie prawidłowym, wskutek czego chłonięcie nadmiaru zostaje utrudnionem. Brakowało jednakże ścisłych poszukiwań naczyń limfatycznych, aby utwierdzić swoje przypuszczenie. *Maurycy Kohn* (*Virchow's Handbuch der Path. und Ther. Hautkrankheiten*) również podaje za przyczynę słoniowacizny zapalenie skóry (*dermatitis*) rozpoczynające się od goleni, różowate zapalenia, przerost tkanki skóry, które wskutek peryodycznie powtarzających się zaburzeń w krwi obiegu, rozpoczyna się od zapalenia naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Niemniej *Pruner* (*Die Krankheiten des Orients*) uważa zatkanie naczyń limfatycznych i gruczołów jako zasadniczą przyczynę słoniowacizny, a ponieważ drożność takowych nie może być napowrót przywróconą, uważa więc cierpienie to za nieuleczalne. W sadzie istnieje zapalne drażnienie, obok czego utrzymuje się przewaga wypociny nad chłonieniem. Dodaje jednakże, że przy słoniowaciznie worka mosznowego nigdy nie zauważał zaczerwienienia jako objawu zwiastunego. Cierpienie rozpoczyna się od twardych niebolesnych guzików w bliskości szwu (*rhaphe*).

Virchow (*Geschwülste*) dla którego punktem wyjścia objaśnienia słoniowacizny nie jest sposób powstawania takowej a końcowy rezultat sprawy chorobowej — przerost tkanki łącznej, stawia ją w związku z wielu zapaleniami i wysiękowymi sprawami mięszu i powierzchni, różniących się tylko swoją rozległością, zewnętrznym kształtem i umiejscowieniem od tego rodzaju rozrostów, które zwykliśmy nazywać słoniowacizną, a więc ze stwardnieniem płuc i wielu innymi. Słoniowacizna rozpoczyna się regularnie od zapaleń z charakterem różowatym; w początkach naczyń limfatycznych i gruczoły zostają zajęte; naczyń limfatycznych stały się nieprzewodnikami i limfa przestaje krążyć. Gruczoły zostają zatknięte bujającymi komórkami i wskutek nieprzewodności naczyń i gruczołów powstaje zastój limfy, i takim sposobem tworzy się obrzęk limfatyczny. Prócz tego z samego początku istnieje drażnienie, co może być rozpoznane z powiększenia się ciepła i zaczerwienienia skóry.

Poprzestaję na powyższych cytatach; wyrażają one mniej więcej dokładnie obmyślany pogląd znacznej liczby naszych współczesnych uczonych. Znajdujemy tylko bardzo małą liczbę zdań przeciwnych, a jeszcze mniej wywodów wcale innego mechanizmu. Egipscy lekarze: *Clot Bey*, *Grossi*, *Gaetani* i inni zgadzają się z tem, że w bardzo licznie pojawiających się u nich wypadkach słoniowacizny zewnętrznych organów płciowych nigdy nie poprzedzają zapalenia, i że gruczoły pachwinowe nie podlegają cierpieniu. Również *Webb* (*Indian annales of med. Sc. 1855*) nigdy nie spostrzegł w Indyach zapalenia naczyń limfatycznych albo żył, jako przyczyny słoniowacizny worka mosznowego. *Cazenave Gaidé* (*Archives générales de méd. st. 1. T. 17*) i *Rayer* (*Diction. en 15 Vol. Art. Eleph.*) zaprzeczają również początku jej z zapalenia naczyń limfatycznych (*angioloecitis*). *Curling* (*Diseases of the testis*) uważa przypadki zapalne więcej jako następstwo przepelnienia naczyń, niż jako jego przyczynę.

Inni nakoniec, jak *Titley* (*Med. Chir. Transact Vol. 16*) rzetelnie wyznają, że istotne przyczyny tego cierpienia dotąd jeszcze są nie znane.

Skłaniam się do tego poglądu, że słoniowacizna nie polega na zatankaniu naczyń limfatycznych, a w szczególności sieci włosowatej takowych, które bez wątpienia są punktem jej wyjścia, lecz na rozszerzeniu (*ectasia*) takowych i postaram się pojąć to udowodnić tak za pomocą wyników badań anatomicznych, jako też klinicznych spostrzeżeń.

Nabrzmienia, zwyrodnienia i zaburzenia gruczołów limfatycznych należą, jak wiadomo, do najczęściej zjawiających się cierpień, nigdy prawie jednakże przy ich obecności nie pojawiają się nabrzmienia członka właściwe słoniowaciznie. Z drugiej zaś strony prawie nigdy nie nabrzmiwiają gruczoły limfatyczne lub tylko wyjątkowo i w większej części dopiero później przy rzeczywistej słoniowaciznie, zwłaszcza przy niektórych postaciach takowej, jako to przy słoniowaciznie prącia i worka mosznowego. Częstość występowania obu rodzajów cierpień nie stoi wskutek tego w żadnym stosunku między sobą. Jesliby brzmienie i zamknięcie gruczołów pachwinowych stanowiło przyczynę za-

stoju limfy warunkującego słońowaciznę, to musiałaby każda dymienica (*bubo*) ją powodować, a słońowacizna twarzy u zółzowatych należałaby do najpospolitszych chorób. Ale nawet największym zwyrodnieniom gruczołów nie zwykła towarzyszyć słońowacizna. Wprawdzie powstają nabrzmienia obrzękowe przy cierpieniach gruczołów, jednakże takowe są ograniczone i pod wielu względami różnią się od słońowacizny. Podobnego rodzaju nabrzmienia obrzękowe pozostają zwykle w umiarkowanym stopniu rozwoju, w szczególności zaś brak im zdolności rozprzestrzeniania się, jakie daje się spostrzegać przy słońowaciznie.

W największej liczbie przypadków słońowacizna nie powstaje w okolicy pni lub też w bliskości gruczołów, lecz w obwodowych częściach i w sieci włosowatej naczyń limfatycznych,—a więc na goleni, nie zaś w pachwinie i bardzo często nie dosięga szeregu gruczołów tutaj znajdujących się, które mogłyby być punktem wyjścia zastój limfy, lub rozwija się ponad takowymi z uda do organów płciowych, albo też w odwrotnym kierunku. Nie ulega wątpliwości, że i gruczoły mogą cierpieć; w szczególności powstają nie rzadko obrzmienia gruczołów i naczyń limfatycznych w tych postaciach cierpienia, które wikłają się z objawami gorączki i różowatemi zapaleniami. Jednakże prawie stale brak tych objawów przy postaciach choroby z chronicznym przebiegiem, najczęściej u nas spostrzeganych. Jak już powyżej wzmiankowanem było, prawie zawsze brak nabrzmienia gruczołów przy słońowaciznie worka mosznowego.

We wszystkich przypadkach słońowacizny, przezemnie obserwowanych, a których w części historia choroby była już przedstawioną, gruczoły limfatyczne nie podlegały cierpieniu. Mogę to utrzymywać z tém większą pewnością, gdyż nacisk palcowy lub za pomocą narzędzi zmuszał mię do najdokładniejszego zbadania okolicy pachwinowej. Większa część badaczy wcale nie wspominają o stanie pachwinowych gruczołów limfatycznych, widocznie z powodu że nie spostrzegali w nich żadnej zmiany, albo też wyraźnie oświadczały, że takowe nie bywają obrzmiałymi. *C l o t B e y* (*Mém. de l'acad. de Chir. T. IV, de l'Elephantiasis des arabes et principalement de celui qui se développe au Scrotum*) zauważył, że w licznych przypadkach słońowacizny, które miał sposobność w Egipcie spostrzegać, nigdy nie znalazł obrzmiałych gruczołów pachwinowych. Również *R ö s s e r*, *L a r r e y*, *P r u n e r* nie czynią najmniejszej wzmianki o nabrzmieniu gruczołów pachwinowych przy słońowaciznie worka mosznowego, nawet w obec tak bogatego materiału, jaki mieli sposobność obserwować, zwłaszcza potwornych przerostów worka mosznowego.

Należałoby się spodziewać, że nabrzmienie uwarunkowane zamknięciem pewnej oznaczonej grupy gruczołów, powinno się zaczynać w bliskości tych gruczołów, np. dymienic, nigdy zaś nie może być zastój po za miejscem zamknięcia. Gdy tymczasem nabrzmienia właściwe słońowaciznie zaczynają się na obwodzie, od grzbietu stopy; rozszerzają się, w wypadkach nie wikłających się gorączką, powoli coraz więcej do góry, częstokroć nie dosięgając nawet okolicy kolana, jeszcze rzadziej pęczków naczyńiowych w pachwinie lub też znajdujących się tu gruczołów.

Z drugiej strony nie należy do rzadkości przechodzenie nabrzmienia właściwego słońowaciznie po nad grupy gruczołów za ognisko zastój uważanych, nie znajdując w nich punktu odgraniczenia. W ten sposób zaczynają nabrzmiwać zewnętrzne organa płciowe, jeżeli przepełnienie włosowatych naczyń limfatycznych z goleni dosięga okolicy pachwinowej, lub postępuje w odwrotnym kierunku od worka mosznowego na udo, albo też z jednego uda na drugie i t. d.

Jeśli otworzy się gdzieśkolwiek jedno z przepełnionych naczyń, to przez otwór ten wytacza się limfa i z naczyń znajdujących się powyżej przypuszczalnego zamknięcia gromady gruczołów. Nie mogą więc gruczoły, leżące w przestrzeni porażonej części, stanowić tamy dla swobodnego krążenia limfy. Mamy na widoku jeszcze kilka przypadków, w których przepełnienie naczyń limfatycznych i nabrzmienie właściwe słońowaciznie rozszerzyło się na nieograniczoną przestrzeń, przeszło z kończyn na tułów lub też w odwrotnym kierunku w ten sposób, że o samym zastój limfy poniżej przypuszczalnego miejsca zamknięcia naczynia lub gruczołów nawet mowy być nie może, gdyż sieć naczyń limfatycznych na tak wielkiej przestrzeni mając swe gruczoły ośrodkowe w rozmaitych miejscach i w dali od siebie położonych, posiada bez najmniejszej wątpliwości otwartą komunikację. a wskutek tego nie mogą zachodzić żadne przeszkody w krążeniu limfy. Tak nierzadko często zjawiające się przechodzenie cierpienia z uda na organa

pliciowe obok gruczołów limfatycznych dają w tym względzie najwymowniejszy i często spostrzegany dowód.

Gdy I w e n s e n w Dorpacie spostrzegał wylew limfy na udzie, udało mu się łatwo zmniejszyć wypływ, skoro tylko naczynia limfatyczne w okolicy łuku udowego tej samej strony, zostały uciśnięte, a po obustronném takowych uciśnięciu w zupełności uspokoić. Widocznie więc wypływ miał źródło z przepelnionych otwartych przestrzeni jak to bywa przy krwotokach z żył rozszerzonych, i zatamowany został skoro słup płynu wskutek nacisku od zewnątrz zastosowanego został przerwany.

Dołączam tutaj kilka spostrzeżeń, świadczących możliwości rozszerzenia się słoniowacizny na rozległe części ciała, nie podtrzymywanej przez zastój w gruczołach, które wcale nie podlegały cierpieniu. Należy tu spostrzeżenie K a r o l a I v e n s e n'a (Beiträge zur Kenntniss der Eleph. arab. aus der chir. Klinik zu Dorpat, 1864), budzące obok tego pod wielu innymi względami wiele interesu, skutkiem czego takowe później przytoczoném będzie, wspominając o niem w tem miejscu tylko przelotnie. To samo powiedzieć można o ciekawem pod wielu względami postrzeżeniu J o h. H e n s e l e r'a (Dissert. historiam brachii praetumidi s. Altorfii, 1793).

Pewna stara kobieta jeszcze w młodych latach podlegała kilkakrotnym napadom róży głowy i ramienia. Ramię było w wysokim stopniu obrzmiałe. Po upływie pierwszego tygodnia pogołu powstały były w piersiach guziki, które wkrótce znowu zniknęły, lecz począwszy od 46 roku napowrót pojawiły się, otworzyły i wydzielały płyn złowonny do lez podobny. Z piersi nabrzmienie rozprzestrzeniło się na ramię przelotnie, lecz w ostateczności dosięgło takich rozmiarów, że obwód członka $1\frac{1}{4}$ łokcia wynosił. Pomimo że otworki nie mogły być rozpoznane, wyciekało dziennie około pół kwarty surowicy, nie licząc tego, co było wessane przez odzienie. Skoro odpływ wstrzymany był, nabrzmiewała stopa do samego brzucha. Obwód ramienia pomimo najsilniejszego nawet wypróżniania nie zmniejszał się. Na ból skarżyła się chora tylko przed nowymi napadami wypływu limfy. Gorączka, w obec silnego pragnienia, przyjęła powoli charakter gorączki wyniszczającej (*febr. hectica*), skutkiem której po upływie roku charakteractwa, śmierć nastąpiła.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Fizykalne badanie piersiowych organów u dzieci (Przez Dra M o n t i, Oester. Jahrb. f. Paed. 1874). Klatkę piersiową obmacuje się albo dłonią ręki, albo końcami palcy, albo wewnętrznym brzegiem ręki, albo wreszcie za pomocą laseczki z drzewa lub za pomocą trzonu od młotka używanego do opukiwania (W i n t r i c h). Dwie ostatnie metody stosuje się wtenczas, kiedy chodzi o wybitne odgraniczenie wysięku przez oznaczenie szmeru piersiowego (*fremitus pectoralis*), przyczem się maca odstępy międzyżebrowe z góry ku dołowi, albo odwrotnie. U małych dzieci obie te metody są nie do użycia z powodu wąkości odstępów międzyżebrowych. Przy k r t a n i przez zewnętrzne obmacywanie w rozmaitych cierpieniach można wykryć zesłabnienie lub niedostawanie szmeru głosowego, poruszanie się błon dławcowych lub obcych ciał i bolesności krtani; trzeszczenia w tym organie nie znalazł autor u dzieci. Przez wewnętrzne obmacywanie palcem wskazującym prawej ręki wynajduje się patologiczne zmiany w wejściu do krtani, obrzęk lub obce ciała w połyku, ropnie na tylnej ścianie połykowej. Przykładając obie dłonie rąk da się oznaczyć rozległość średnic klatki piersiowej, prostej i poprzecznej, dotykając końcami palcy, da się wysledzić wzmożoną oporność w rozmaitych miejscach ściany piersiowej, przy wysiękach w opłucnej i przy odmie piersiowej, nadto bolesność klatki piersiowej przyczem się jeszcze da oznaczyć, czy przyczyna tej bolesności spoczywa w kościach czy w opłucnej, czy wreszcie w mięśniach. Przez obmacywanie można również zbadać szmer piersiowy, który u dzieci niżej 4—5 lat przez zwyczajną mowę nie uwydatnia się dosyć wyrazisto. Zawsze bywa on po prawej stronie silniejszy, aniżeli po lewej, ponieważ prawa rura oskrzelowa jest szersza i przebiega więcęj prosto; również bywa on tém silniejszy, im słabszym jest pokład mięśniowy,

a tłuszcz jest należycie rozwinięty. Najmocniejszym bywa on powyżej krtani i tchawicy i stopniowo słabnie powyżej 4—7 kręgu szyjowego, 1—3 kręgu piersiowego i okolicy pomiędzy obiema łopatkami, w trójkątach ponadbojezykowym i podobojczykowym, i w ostatnim jest po prawej stronie silniejszy, aniżeli po lewej; ponad okolicą pachową bywa znowu znaczniejszym po prawej stronie, najslabszym zaś jest ponad tylnymi dolnymi okolicami klatki piersiowej, ponad łopatkami i ponad mostkiem piersiowym. Przy śledzeniu zawsze dotyka się równocześnie symetrycznych miejsc przy obu połowach klatki piersiowej. Szmer piersiowy jest bardzo ważnym momentem dla różniczkowego rozpoznania pomiędzy naciekiem płuc a wysiękiem opłucnej; przez wysięk zmniejsza się szmer piersiowy dopiero wtenczas wyraźnie, kiedy wysięk posiada najmniej 1" grubości, może on zresztą na początku wysięków opłucnej być prawidłowym, często bywa pierwszym objawem wysysania tychże. Warunkiem szmeru piersiowego jest połączenie nacieczonej lub jamistej części płuc, leżącej przy ścianie piersiowej, z większą rurą oskrzelową; zatkanie oskrzeli znosi go, również wciągnięcie ściany piersiowej lub grube błony pleurytyczne. U dzieci szmer piersiowy często jest tylko wtenczas dość wydatnym, kiedy mocno krzyczą. Wzmocniony szmer piersiowy znajdujemy także przy komunikacji z większemi oskrzelami, ponad niedodną (*atelectasis*), zajętemi i ściśnionemi częściami płuc, jeśli są dość znaczne. Szmer ów tarcia przez obmacywanie nie mógł autor nigdy wysledzić w wieku dziecięcym. Często zaś napotykał szmery rżenia, które przez obmacywanie u dzieci dają się nawet łatwiej wysledzić, a niżeli u dorosłych, jednakże nie trzeba ich brać za podobne szmery przeniesione w krtani i tchawicy. Przez macanie da się wyczuć nadto szmery wstrząśnienia, pękające szmery rżenia ponad nacieczonemi częściami płuc, w których się rozwinęły jamy, rzadko ponad dolnymi częściami płuc, w których się znajdują jamy albo rozstrzenie oskrzeli. Jeśli się większe jamy znajdują blisko powierzchni, jeśli są otoczone pokładami dobrze przewodzącemi i zawierają powietrze oraz płyn, to ponad temi da się wysledzić wyraźne wstrząśnienia ściany klatki piersiowej.

Przepis na pigułki chininowe. Rp. *chin. sulph.* 30,0, *gummi arab.* 6,0, *glycerini puri* 12,0. Gumę miesza się z gliceryną, potem dodaje się siarczanu chininy i z utworzonej masy robi 600 pigulek; maczką posypuje się je w końcu. Pigułki te są małej objętości, rozpuszczają się łatwo w żołądku i wyglądają pięknie.

Rozczyn wodanu chloralu w oleju lub w glicerynie zaleca *Faithorne* jako srodek miejscowy i następujące przepisuje formuły: 1) *morph.* lub *veratrin.* 0,3, wodanu chloralu 4,0, gliceryny 15,0; 2) Do poprzedniego 4,0 *camphory*; 3) *veratrin.* 0,6, wody gutt. VI, wodanu chloralu 4,0, tłuszczu 15,0; 4) Jodu 1,25, jodku potasu 0,36, gliceryny 30,0, wodanu chloralu 8,0. Wodan chloralu da się także połączyć z kleiną (*collodium*), w której się rozpuszcza, skoro się dodaje kilka kropli alkoholu (*Apoth. Zeit.* Nr. 13. 1875).

Przyczynę do kazuistyki nerwobólów stawowych (*Dr Berger*, *Deutsche Zeitschr. f. prak. Med.* Nr. 49). Na wstępie autor nadmienia, że nazwa „histeryczna nerwica stawowa“ jest stosowną tylko dla małej części wypadków, że nerwoból stawowy jako bynajmniej nie rzadką nerwobólową formę cierpienia należy zaliczać do pozostałych nerwobólów. Istotą tego cierpienia, w przeciwieństwie do przewlekłego gościa stawowego, bywa niepomyślny stosunek pomiędzy gwałtownemi narzekaniami chorego, a niedostawaniem patologicznych zmian w zajęтым stawie. Jako obiektywne znamiona przystępują jeszcze boleści za naciskiem i zaburzenia w skórnej czułości stawu i tegoż otoczenia (*przeuczulica*, lub gdy cierpienie trwa dłużej, brak czucia). Co się tyczy sześciu nowych wypadków autora, to w dwóch wypadkach nerwobólu w kolanowym stawie cierpienie po energicznem stosowaniu zimnych ścierań polepszyło się wprawdzie wolno, lecz w jednym tylko wypadku całkowicie, a w drugim niezupełnie. U pacyentki cierpiącej na macinniczą padaczkę (*hystero-epilepsia*) po galwanizacji stawu ręki nastąpiło polepszenie, ale nie przyszło do całkowitego uleczenia. W trzech pozostałych wypadkach po zastosowaniu elektryczności chorzy odzyskali nadzwyczaj szybko dawne zdrowie.

Gojące wstrzykiwania przy krwotokach macicznych (*Windelband*, *Allgem. med. Centralztg.* 1875. Nr. 8). Przez *Emmeta* zalecane gorące wstrzykiwania stosował autor przy wszelkiego rodzaju krwotokach macicznych, przy poronieniu, przy przodowaniu łożyska, przy zwiotczeniu macicy przy nadmiernej miesiączce, nowotworach, i z re-

zultatów jest zupełnie zadowolony. Przypisuje on im silne drżnienie mięśni macicznych.

O sposobie wytwarzania się śródtrzewnianych guzów w małej miednicy (Dr E i d a m, Deutsches Arch. f. Klin. Med. t. XV. p. 408). Autor rozważając obszernie wytwarzanie się tego rodzaju guzów i na dowód przytaczając kilka wypadków chorobowych, w końcu do następujących dochodzi rezultatów: 1) Swobodny wysięk płynny lub krew *intra peritoneum* nie tworzą żadnego wymacać się dającego guza. Dopiero gdy tenże stwardnieje albo podlegnie otorbieniu, można go wysledzić. Jeśli otorbienie zachodzi w wysokości dna macicznego, tak iż mała miednica tworzy zamknięty przestwór, i jeśli do tegoż następuje wysięk lub się wylewa krew, natenczas, gdy nienaruszone są organy małej miednicy, guz wytwarza się tym sposobem, że się wysięk lub krew opuszczają do torby D o u g l a s a utworzonej przez otrzewną, macicę *in toto* wypychają ku przodowi za spojenie, cisną na odbytnicę i tylne sklepienia pochwowe wypuklają mocno ku dołowi. 2) Jeśli otorbienie ma miejsce wyżej, albo jeśli najniższa część przestworu D o u g l a s a jest zrosłą, natenczas tylne sklepienie pochwowe nie bywa wcale wypychanem, lecz macica podlega przechyleniu resp. przegięciu ku przodowi, ponieważ szyjka maciczna ku tyłowi jest utwierdzoną; wysięk lub krew spoczywa na macicy i takową w całości spycha głębiej w miednicę. 3) Jeśli przestwór D o u g l a s a zrasta jeszcze powyżej wewnętrznego ujścia macicy, to macica może stać prosto w miednicy, w jakim to razie wysięk, ponieważ równą jest głębokość przedniego i tylnego przestworu macicznego, zbiera się jednostajnie przodem, tyłem i po bokach macicy, przez co może pozornie przedstawiać guz maciczny. 4) Gdy zupełnie zarasta przestwór D o u g l a s a lub cała macica bywa utwierdzoną ku tyłowi, tak iż przestwór D o u g l a s a staje się bardzo wązkim, to macica nie może zostać wypchniętą ku przodowi, lecz wytwarza się wysięk przedmaciczny, albo guz krwawy, ponieważ albo przez śródbrzuszne ciśnienie, albo przez nacisk otorbionej jamy guza, przednia torba otrzewny bywa wypuklana ku dołowi i guz tym sposobem sięga głęboko do przedniego sklepienia pochwy; przytem pęcherz moczowy bywa mniej lub więcej znacznie odpieranym od macicy.

Podejrzewany kamień nerkowy z gwałtownymi objawami chorobnymi. Uleczenie przez próbiernicze nacięcie (A n a n d a l e, Giorn. ven. d. sc. med. t. 22. 1875.—Allgem. med. Central. Ztg. N. 47. 1875). Trzydziestosześcioletnią damę z powodu gwałtownych boleści w okolicy nerek i moczenia krwią przyjęto do szpitala, gdzie w przeciągu 5 miesięcy objawy te coraz więcej wzrastały, tak że zupełnie wynędzniała. Ból rozciągał się od nerek ku moczotokowi, wydzielanie moczu było częstem i bolesnem, mocz sam pomieszany z krwią, ropą i fosfatami. Za naciskiem na chore części doznawała pacjentka boleści wszakże nie było można wysledzić ani obrzęku, ani chęłbotania. Autor sądząc, że przyczyną objawów podrażnienia jest kamień w lewej nerce, zdecydował się do próbierniczego rozcięcia w lewej okolicy lędźwiowej. Dokonał go po zewnętrznym brzegu mięśnia grzbietowego długiego (*m. dorsalis longus*), ażeby zrobić sobie dostępną nerkę i górną część moczotoku. Mimo starannego zbadania tych części, nie dało się nic patologicznego wynaleść. Skutkiem cięcia przyszło do obfitego ropienia w ranie, poczem wyzdrowienie i zupełne ustąpienie wszelkich dawniejszych dolegliwości. Pomyłka w tym wypadku wskazuje, jak trudnem jest rozpoznanie kamieni w nerkach, i że zaburzenia w organach moczowych oraz zewnętrzne badania nie dają żadnych rezultatów pewnych. Z drugiej strony z postępowania autora widać także; że tak nerka jak moczotok można sobie uczynić przystępnymi bez niebezpieczeństwa, i że długotrwałe ropienie, działające na podobę *causticum i derivans*, zdołało usunąć cierpienie organów moczowych.

Kwas fenyłowy przeciwko tasiemcowi (Gaz. méd. de Strassbourg, 1875. 2.—Med. chir. Rundschau XVI. t. II. z. 2). Dr Bill znalazł, że kwas karbolowy jest bardzo skutecznym przeciw tasiemcowi. Podaje on co godzinę 0,13 *acid. carbol.* przez kilka dni obok środków odprowadzających, które zaleca używać rano.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcja 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 17 (29) Іюля 1875.