

# 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. Przyczynek do patologii i terapii raka. Przez Prof. Dr Beneke (dokończenie).—O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra Erdynanda Arlt'a, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńs. Podał Dr Jan Buszek (dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym. Przez Dra Wernher'a w Giessen (dokończenie).—Wiadomości bieżące. Prof. Billrot'a i Prof. Königa Chirurgia ogólna i szczególna. Znamienite działanie wyciągu bobu kalabarskiego przy szczękoscisku i tężeu u noworodków. Nowa metoda leczenia uporczywych wymiotów u ciężarnych. Kali bromatum przeciwko wiewiórowi. — Dodatek. Choroby narządu trawienia ark. 1 i 2. Choroby płuc ark. 6. Medycyny sądowej T. II, ark. 50.—Wody Mineralne—dodatek XV

## Przyczynek do patologii i terapii raka.

Przez Prof. Dr Beneke.

(Dokończenie).

3) Jako następny dowód na poparcie swego poglądu o miejscowém pochodzeniu raka, Campbell de Morgan przytacza częste rozwijanie się jego z brodawek i znamion. Fakt ten jest rzeczywiście niewątpliwym. Odnośnie zaś do wartości jego, jako zarzutu, da się to samo powiedzieć, co o przyczynach traumatycznych, t. j. że napotykamy pod tym względem większą ilość wypadków negatywnych. Istnieje wszak mnóstwo brodawek i znamion, z których rak się nie tworzy, i dla tego sędzę, że w wypadkach tworzenia się jego oprócz drażnienia brodawki musi jeszcze inny moment odegrywać ważną rolę. Moment ten bez wątpienia zawiera się w warunkach konstytucjonalnych. Okoliczność, że z tych tworów powstają właśnie raki a nie inne nowotwory, polega na tém, że twory te zasadzają się na przeroście i heterotrofii tkanki nabłonkowej, i że patologiczny przerostowy rozwój ich zachowuje typ tkanki macierzystej, t. j. pozostaje natury nabłonkowej. Taż sama argumentacya może, według mnie, być zastosowaną przeciwko tak nazwanemu przez rozmaitych

niemieckich patologów usposobieniu tkanek (*Prädisposition der Gewebe*). Pod wyrazem tym nie innego rozumieć nie należy, jak to, że te ostatnie znajdują się w stanie patologicznym spowodowanym przez warunki chemiczne lub fizyczne, nie wyłączając także zachowywania się względem tkanek sąsiednich. Należy tu także pamiętać o bodźcu fizyologicznym. Według mego jednak pojęcia, tak zrozumiane, tysiąckrotnie zdarzające się, usposobienie samo przez się nigdy nie wywołuje raka.

Dla chorobliwie usposobionej komórki potrzeba zapładniających soków odżywczych, jeżeli się ona ma rozwinąć wedle jakiegoś typu nienormalnego.

Tak więc znowu spotykamy się z zasadą konstytucjonalną.

4) Prawie że wcale występować nie potrzebują przeciwko innemu zarzutowi Morgan'a, że u rakowatych na miejscach zranionych nigdy nie widzimy tworzenia się raka, coby nieraz się zdarzało, gdyby przyczyną jego był jakiś jad krwi. Zapatrywanie to może istnieć tylko przy bardzo grubym zrozumieniu chorobnych materij specyficznych w krwi i zupełnie upada, gdy sobie przypomnimy historią rozwoju nowotworów rakowych. Gdybyśmy pojęcie to przyjąć mieli, to należałoby także u subjektów gruźliczych wyczekiwać na utworzenie się gruzełków w miejscach zranionych. Jedynym może processem chorobnym, który się pojawia w ustroju takim sposobem, jest przymiot. Ale i przy tym ostatnim w rzeczywistości idzie o zboczenie (natury fermentacyjnej?) w składzie soków całego ustroju, a warunki patogeniczne są przy nim zupełnie innego rodzaju, aniżeli przy rakach, mięsakach i innych heteroplastycznych nowotworach.

Dalsze zarzuty Morgan'a, oparte na przeważnym występowaniu raka u płci żeńskiej, na przekształceniu się w raka t. zw. nowotworów łagodnych, a także mięsaków, chrzęstniaków i t. d., są tak małej wagi, że nie potrzebują się nad nimi bliżej zastanawiać. Upadają one już na zasadzie wyżej podanych poglądów i faktów. Szczególniej zgodzić się nie mogę na zarzut częstszego występowania raka u płci żeńskiej. Ustrój kobiecy pod względem swój konstytucyi zupełnie innym jest od męskiego i w latach młodocianych (*während der ganzen Zeit der Blüthejahre*) warunkuje nadmierne wytwarzanie się krwi. Może być, że w związku z tém znajduje się szczególna skłonność do tworzenia się raka.

Do najznakomitszych przeciwników Campbell de Morgan'a, oprócz Sir James Page'a i Sir William Jenner'a, zalicza się także wyborny londyński patolog Headlam Greenhow. Przy dyskusji nad rakiem wyraził się on w następujący sposób: „It is impossible to study cancer without seeing, that there is something more than a local condition, that there is something more in the system beforehand—call it a predisposition or hereditary tendency.“ — „Phtisis and cancer are both undoubtedly hereditary. Both sometimes descend on one side of the family; cancer especially on the female side.“ „I cannot help thinking, that cancer is a general disease.“ Wyrzeczenia takiego lekceważyć nie można i nie potrzebuję dodawać, że skłaniam się najzupełniej do jego myśli. Nie można jednak zaprzeczyć, że idzie tu bardziej

o pojęcie ogólne, aniżeli o pewne punkta oparcia dla poglądu, lub o dowody. Jeżeli chcemy rzecz naprzód posunąć, to przede wszystkim musimy zrozumieć pojęcie i istotę zbroczeń ogólnych: sądzę zaś, że powyższe wywody pod tym względem zastąpiły dotychczasowe poglądy bardziej prawdziwem objaśnieniem. Zbroczenie konstytucjonalne nie jest, jak to dotychczas przyjmowano, następstwem pewnego pojedynczego zbroczenia w stanie soków lub anatomicznych przyrządów, najmniej zaś skutkiem jakiegoś imaginacyjnego „jadu krwi.“ Po największej części jest ono następstwem jednoczesnego skupienia się najrozmaitszych od normy odstępujących względów, i stosownie do każdorazowej kombinacji tych lub owych zbroczeń, i rezultat jej, t. j. choroba sama musi się rozmaicie przedstawiać. Szczególną uwagę przy tém zwrócić należy na fakt nie-trwałości i różnic w natężeniu pojedynczych momentów zbroczeń konstytucjonalnych.

Fakt ten objaśnia nam, rozmaitość tych ostatnich, niemożność ścisłego ich odgraniczenia od siebie, możność przechodzenia jednej formy chorobnej w drugą, pozostawanie *in statu quo* i czasowe exacerbacye; nakoniec zaś objaśnia nam wyleczalność w jednym a niewyleczalność w drugim wypadku. Im wydatniejsze miejsce w zbiorze schodzących się zbroczeń zajmują zmiany w przyrządach anatomicznych, tém mniejsze są nadzieje uleczenia.

Jeszcześmy bardzo dalecy od poznania tych, schodzących się zbroczeń w każdym pojedynczym wypadku. Prawdziwe jednak objaśnienie istoty zbroczeń konstytucjonalnych wskaże właściwą drogę dalszym badaniom. Jest bardzo prawdopodobnem, że dla całych grupp zbroczeń konstytucjonalnych, jak np. dla tych, które powodują gruźlicę, raka i podagrę, pewne zbroczenia okażą się charakterystycznymi i stałymi, drugie zaś nieistotnymi i niestałymi, lecz modyfikującymi tylko rezultat ogólny. W taki sposób dojdzie następnie do zestawienia owych stałych zbroczeń i przytém uwaga nie będzie zwróconą tylko na skład soków, lecz przeważnie na ogólny rozwój ciała, objętość pojedynczych przyrządów, obszerność przyrządu naczyniowego i t. d. Drugie miejsce zajmą dopiero momenta poboczne jako wpływy sprzyjające lub sprzeciwiające się chorobie ogólnej. Nasze anatomo-patologiczne badania pozostawiają jeszcze wiele pod tym względem do życzenia.

Dla bardziej delikatnych względów histologicznych nie powinniśmy zapominać o makroskopijnych, a dokładne zestawienie schodzących się w każdym wypadku warunków rozwoju całego ciała, wielkości pojedynczych przyrządów, rozwoju tych lub owych tkanek, pewnych chorób naczyń i t. d. powinno kiedyś wypełnić luki naszej wiedzy.

Stosując te rozumowania do raka, już wyżej powiedziałem, że przy nim w większości wypadków zdarzają się: silna budowa ciała, obszerne tętnice, wielka i silnie funkcyonująca wątroba, i że oprócz tego zdają się odegrywać pewną rolę: obfite znajdowanie się w sokach fosforanów alkali i ziem alkalicznych, obfitość cholesteariny i leucyny, a może i patologiczne powiększenie ilości albuminatów. Stałość lub niestałość tych warunków, mogą sprawdzić tylko dalsze badania. Jeżeli jednak tylko główne rysy tego obrazu są praw-

dziwe, to już mamy wykreślony pewien kierunek naszej terapii, wszystko jedno czy przeważająco mamy do czynienia z tym lub w tym momencie. Już teraz na zasadzie wyżej przytoczonych faktycznych momentów uważam się w możności nadać przynajmniej pewien określony kierunek naszym środkom terapeutycznym. Jeżeli idzie o nowotwór mogący być oddalonym na drodze operacyjnej, to ta ostatnia przedstawia pierwsze zadanie terapeutyczne. Wiadomo bowiem, że nowotwory te mogą ulegać disseminacji i dać początek nowotworom przerzutowym i dla tego usunąć źródło tych ostatnich jest rzeczą najważniejszą. Skutek jednak dotychczasowych operacji wykazuje, że one tylko w nadzwyczaj rzadkich wypadkach doprowadzają do trwałego wyleczenia. Ażeby osiągnąć to ostatnie, potrzeba spowodować sztuczną zmianę albo wyrównanie danych momentów konstytucjonalnych, co w pewnych wypadkach powinno być możliwem:

Ogólnie przyjmują, że t. zw. zołzy, t. j. pewnego rodzaju zboczenie konstytucjonalne może być wywoływane niedostatecznym pokarmem, brakiem ruchu na świeżem powietrzu, pozostawaniem w mieszkaniu źle odwietrzanem i przeludnionem. Z drugiej zaś strony żaden lekarz nie wątpi, że lepszy pokarm i w ogóle polepszenie wszystkich zewnętrznych warunków może spowodować zupełnie uleczenie tego zboczenia konstytucjonalnego, które jest tylko wtedy niemożliwem, jeżeli objaw częściowy zboczenia stanowią zmiany przyrządów anatomicznych (np. znaczna wąskość naczyń tętniczych, małe płuca).

Zdaje się, że przy raku w większości wypadków znajdujemy warunki wprost przeciwne. Rozwija się on u ludzi z silną konstytucją, dobrze odżywianych i często w obec najlepszych warunków życia. Czyż nie nasuwa się tutaj myśl, aby przy raku zastosować wprost przeciwne postępowanie terapeutyczne aniżeli przy zołzach, t. j. by chorym naznaczyć dietę możliwie ubogą w azot i fosforany? Czy nie powinniśmy się spodziewać, że drogą tą spowodujemy polepszenie lub uleczenie w tych wypadkach, w których zmiany anatomicznych przyrządów nie odgrywają najważniejszej roli?

Na zasadzie pojedynczych doświadczeń jestem przekonany, że drogą tą, t. j. naznaczeniem diety ubogiej w azot i fosforany możemy podziałać silnie powstrzymująco na rozwój nowotworów rakowych; wyraziłbym się nawet, że staranie spowodowania u pewnego indywiduum choroby w jakimś danym kierunku, powinno usunąć grunt dla rozwoju procesu chorobnego w innym kierunku przebiegającego.

Nie mogę się pozbyć tego przekonania, że między patogenetycznymi momentami raka pierwszorzędne miejsce zajmują: wielka wątroba, zbyt obfite tworzenie się żółci i dieta przeważnie mięsna, i że często ogólne odżywianie i rozwój rakowatych są w zależności od nienormalnej wielkości światła naczyń tętniczych. Wątroby zmniejszyć ani też zbyt szerokich naczyń węższymi uczynić nie możemy. Ale za to wiele jesteśmy w stanie zdziałać przeciwko powiększonemu tworzeniu się żółci. Możemy zmniejszyć stanowczo przez dietę ubogą w azot i roślinną przeważnie, a szczególnie przez unikanie mięsa i jaj; według zaś doświadczenia znakomicie w tym celu działa użycie wody Karlsbad.

skiej lub Marienbadskiej. Takie postępowanie ma swą zasadę. Może być, że się mylę pod względem momentów patogenetycznych, lecz po tém wszystkiém, com powiedział sędzę, za staranne wypróbowanie tych środków praktycznie jest bardzo usprawiedliwione i to mianowicie w tych stadyach cierpienia, w których jeszcze można liczyć na poprawę lub wyleczenie. Dla tego jeszcze raz zwracam się z prośbą do tych, którzy mają częstą sposobność leczyć raka w pierwszych jego stadyach, aby wypróbowali tę drogę terapeutyczną i aby nie traktowali raka z takiém przekonaniem o jego nieuleczalności, które wykluczało dotychczas wszelką inną metodę postępowania oprócz operacyjnej i symptomatycznej. Mam nadzieję, że wkrótce i rak będzie uważany za cierpienie wyleczalne. Jeżeli u chorych tych nie możemy się obejść bez tego wpływu podniecającego, jaki sprawiają pewne ilości mięsa, to nie zastępujemy je (mięso) wyciągiem mięsnym, tak bogatym w fosforany alkaliczne, ale niezmierném użyciem wina, piwa i herbaty.

Na zasadzie własnych doświadczeń mogę zapewnić, że przy takiej diecie, stosowanej nawet przez ciąg całych miesięcy, chorzy mają się wybornie i nie tracą na wadze.

Gdy na zeszłoroczném zebraniu przyrodników we Wrocławiu wyraziłem swe powyżej przytoczone poglądy, Prof. Friedrich z Heidelberg'a dodał ze swjej strony, że wcale nie wątpi o wyleczalności raka i że w tém przekonaniu utwierdzają go niektóre wypadki uderzająco pomyslnego działania *condurango*. On nie znajduje powodu, dla któregoobyśmy nie mieli odkryć przeciwko rakowi takiego środka jaki w jodzie posiadamy przeciwko strumie (wole), lub jakie się znajdują dla innych cierpień. Po doświadczeniach robionych z *condurango* w Anglii i Niemczech, środek ten nie wzbudza dotychczas we mnie wielkiego zaufania. W każdym razie chętnie przytaczam przekonanie jednego ze znakomitych klinicystów o uleczałości raka. Czy jednak do rozwiązania zagadki dojdziemy prędzej drogą racjonalnych badań, czy też drogą experimentu, to się rozstrzygnie w przyszłości. Ja zaś sam ani na chwilę nie zawaham się w wyborze drogi, jaką postępować należy.

---

## O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

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

Podał Dr Jan Buszek.

(Dalszy ciąg).

§ 4. Pęknięcie gałki ocznej. Wątpliwą jest rzeczą, czy nagłe zgniecenie może spowodować pęknięcie rogówki; w nielicznych przypadkach, w których to rzekomo spostrzegano, nie można wykluczyć podejrzenia, że rogówkę ugodził mniej więcej ostry koniec, albo krawędź narzędzia.

Pęknięcia na granicy rogówkowej o-twardówkowej należą, ściśle biorąc, do rozpeklin twardówkowych.

Te ostatnie zaś wydarzają się dość często. Rozpękliną dotyczy się bez wyjątku także i ciałka rzęskowego. Jedyny przypadek pęknięcia twardówki w tylnym odcinku podał Bowman, a i w tym przypadku rozpoznano pęknięcie dopiero po wyłuszczeniu oka (White Cooper, On Wounds and Injuries of the Eye, London 1859, pag. 197).

**Rozpoznanie.** Rozpękliną twardówki bywa liniowa albo nieco łukowata, mniej więcej ząbkowana, na 6 do 12 mm. długa, w ogólności do brzegu rogówki równoległa, a na 2 do 5 mm. od wolnego brzegu rąbka spojówkowego odległa. W jednym tylko przypadku (Schröter, Klin. Monatbl. 1866 p. 248) tworzyła rozpękliną płat \*). Jeżeli twardówka pęka w pobliżu rogówki, to pęka zazwyczaj i spojówka, a w takim razie wypada soczewka częściowo lub całkowicie, albo wystaje z rany część tęczówki, torebki (lub soczewki) lub ciałka szklanego.

Jeżeli zaś spojówka nie pęknie, to tworzy pęcherz, który zawierać może krew, ciecz wodną, tęczówkę, soczewkę i ciałko szklane. Ta treść zasłaniać może rozpęklinę częściowo lub zupełnie. Miękkość oka, która utrzymywać się może nawet po zasklepieniu się rany, przeciągnięcie tęczówki ku miejscu podejrzanemu o pęknięcie (pozorna lub rzeczywista szczelina w tęczówce) tudzież możność wykazania zmian w soczewce, jeżeli krew nie wypełnia przypadkiem komórki przodkowej, zapewnią rozpoznanie nawet w tym razie, gdyby dokładne obejrzenie wżórkowatego wypuklenia spojówki nie usunęło wszelkich wątpliwości pod względem jego powstania, albo gdyby ogólne obrzmienie zapalne spojówki (*chemosis*) już było przystąpiło. Pomijając postać i rozmiary, poznać można soczewkę leżącą pod spojówką, byle tylko nie przeszkadzała krew wynaczyniona, po całkowitem odbijaniu się światła (połysku) na brzegu torebki, a jeżeli się już zaćmiła, po barwie właściwej zaćmie. Z czasem ulegnąć może soczewka wessaniu, tak iż pozostają tylko drobne szczątki tłuszczu i soli

---

\*) Blacharz 34 letni, upadł całym swoim ciężarem w ten sposób na kowadło, że jedna jego krawędź ugodziła w dolną część lewego oka w pobliżu wewnętrznego kącika szpary powiekowej. Tego samego dnia stwierdzono między innymi rozpęklinę twardówki i położoną nad nią spojówką, przebiegającą w południku poziomym od zewnętrznego brzegu rogówki na kilka linii ku wewnątrz. Gdy po upływie czterech dni spojówka nieco skłęsała, spostrzeżono drugą, dłuższą rozpęklinę w twardówce pokrytą w części przez spojówkę porcinającą się od zewnętrznego końca pierwszej rozpękliny a przebiegającą tak ku górze wewnątrz a równoległe z brzegiem rogówki, że obie rozpękliny ograniczały nieco kończaty płat twardówki przesunięty razem z rogówką ku dołowi wewnątrz. Po upływie dalszych pięciu dni i skłęśnięcia spojówki ukazała się trzecia rozpękliną, która przebiegała w twardówce od górnawewnętrznego brzegu rogówki, kilka linii ku wewnątrz tworząc łuk płaski ku dołowi zwrócony. W miarę ustępowania zapalenia, malało oko, mianowicie rogówka, której naprężenie ucierpiało z powodu licznych rozpęklin twardówki. Soczewka doznała niezawodnie znacznej zmiany położenia, a może nawet wypadła z oka zupełnie w chwili uderzenia.

wapniowych, lecz o ile się zdaje tylko wtedy, gdy soczewka wypadła sama albo razem z rozdartą (a więc otwartą) torebką.

Warunkiem takiego pęknięcia jest uderzenie narzędziem tępym, działającym nagle i z wielką siłą. Dotychczasowe spostrzeżenia nie uprawniają do przypuszczenia szczególnego usposobienia, jakkolwiek takie pęknięcia wydarzają się prawie tylko u dorosłych i to najwięcej w drugiej połowie życia.

Rokowanie. Według dotychczasowych spostrzeżeń zdaje się, że siła uderzenia wyczerpuje się na przedarcie ciała rzęskowego i twardówki. Siatkówka i naczynia (za okolicą piłkowatą) nie ulegają przytém żadnym albo tylko nieznacznym zmianom. Okoliczność, że takie pęknięcia zauważano najczęściej ku górze albo ku górze wewnątrz, rzadko ku górze zewnątrz, a najrzadziej ku dołowi, wskazuje, że gałka oczna ugodzoną została w przodkowym odcinku w pobliżu rogówki. O sposobie powstawania takich pęknięć była mowa w § 1.

Oddziaływanie zapalne spowodowane przez uraz, jako następstwo bezpośrednio obrażenia, nie łatwo dochodzi do wysokiego stopnia, zapewne dla tego, że zwolnienie naprężenia ściany ocznej utrzymuje się czas dłuższy.

Główne niebezpieczeństwo stanowi zbyt obfita utrata ciała szklanego, mogąca dać powód do krwotoku pod naczyniówką, tudzież drażnienie tęczówki spowodowane w późniejszym czasie już to przez zagłębienie tejże w ściągającej się błonie, już też przez ucisk, jaki wywiera na tęczówkę i ciało rzęskowe cała soczewka lub jej szczątki w oku pozostałe. Porównaj § 14. W jednym przypadku (Dr Schrag, Inauguraldiss. über Skleral- und Chorioidealruptur Leipzig 1870), w którym w skutku uderzenia kawałkiem drzewa, nastąpiło pęknięcie twardówki z odpadnięciem tęczówki, krwotokiem do przodkowej komórki i zupełną utratą poczucia światła powstało, w cztery tygodnie później, współczulne cierpienie drugiego oka. (Zehender Klin. Monatsbl. 1871 p. 157). Takie samo następstwo pociągnęło za sobą uderzenie przez przechodnia u kobiety 69 letniej, jak się zdaje, z powodu przyparcia zwieczonej soczewki do ciała rzęskowego (Schröter, Klin. Monatsbl. 1866, p. 249).

Jeżeli dużo ciała szklanego wypadnie przez ranę, obawiać się należy gwałtownego zapalenia z powodu zbyt mocnego zapadnięcia się gałki ocznej, albo mocnego krwotoku z naczyniówki, albo wreszcie powolnego oderwania siatkówki, które dopiero po tygodniach lub miesiącach nastąpić może.

Nierównie mniejszej wagi jest wypełnienie krwią komórki przodkowej. Znane są liczne przypadki, w których ludzie po całkowitym wypadnięciu soczewki z oka odzyskali przy pomocy szkieleł wypukłych mniej więcej taki wzrok, jak po zdjęciu zaćmy i cieszyli się tym wzrokiem przez długie lata.

Leczenie. Pierwszém zadaniem jest zapobiegnać dalszemu wypróżnianiu się gałki ocznej. W tym celu wskazane jest w pierwszych dniach po obrażeniu nie tylko spokojne leżenie wznak i równoczesne stosowanie zimnych okładów, ale także znieruchomienie powiek obu oczu za pomocą opaski i unikanie wszystkiego, co tamuje odpływ krwi przez żyły główne zstępujące (kaszel, na-

pieranie na stolec i t. p.). Jeżeliby znaczniejsza ilość ciała szklanego albo tęczówki wystawała z rany, możnaby je u osób spokojniejszych odciąć, ale koniecznym to nie jest. Ciało szklane wystające z rany mętnieje po kilku dniach, zadzierzguje się u podstawy, wreszcie odpada; tęczówka utwierdza się w ranie, pokrywa się wypociną i spojówką i przypląsa. W razie przeciwnym należy ją odciąć. Jeżeli soczewka uciska tęczówkę albo ciało szklane, należy ją wydobyc.

Jeżeli spojówka nie rozdarła się, lecz tylko wydeła workowato, trzeba się dopóty wstrzymać z otwarciem i wypróżnieniem tego worka, dopóki nie będzie można przypuścić (sądząc według napięcia gałki ocznej), że rozpekłina twardówki i jagodówki już się zbliżyła.

Jeżeli się rozwinie zapalenie ropne całego oka (wysadzenie gałki ocznej ropą wypełnioną), zanik jego staje się prawie nieuniknionym (ze wszystkich środków najłatwiej jeszcze zapobiegnać mu może opaska uciskowa), a zadaniem głównym będzie w takim razie łagodzenie i skracanie bólu z początku za pomocą lodowych, później letnich okładów przy pomocy przetworów makowca albo chloralu; gdy wreszcie opóźnia się wydobycie ropy przez miejsce twardówki nieco wysadzone, może przekłucie tego miejsca być jedynym środkiem uwolnienia chorego szybko od jego cierpień.

Najgorsze bywają te przypadki, w których z powodu naprężenia i zagłębienia tęczówki (ciała rzęskowego) albo z powodu drażnienia tejże przez ucisk, który wywiera zwichnięta albo pęczniejąca soczewka, albo w skutku późniejszego krwotoku do ciała szklanego, wywiąże się przewłoczne zapalenie jagodówki (z podwyższeniem ucisku śródocznego); w takich bowiem przypadkach grozi niebezpieczeństwo współczulnego zapalenia tęczówki i ciała, rzęskowego (*iridokyklitis sympathica*) w drugim oku. Porównaj rozprawę Ueber sympathische Ophthalmie w Wiener mediz. Wochenschrift ze stycznia i lutego 1873.

§ 5. Pęknięcie błon śródocznych (tęczówki, obwódki Zinna, torebki soczewkowej, naczyniówki, siatkówki).

Pęknięcie jagodówki (tęczówki, naczyniówki) objawia się w ogólności krwotokiem do komórki przodkowej albo do ciała szklanego (*haemophthalmus*). Obecność krwi w przodkowej komórce oka wolnego przedtem od zapalenia (wyjąwszy przypadki gnilca i nowotwory w gałce ocznej) wskazuje zawsze wstrząśnienie oka albo ranę przenikającą. Krew ta pochodzi zazwyczaj z tęczówki, rzadko z wyrostków rzęskowych, albo z tylnej połowy gałki ocznej.

Krew może wypełniać całą komórkę przodkową, ale może także znajdować się w tak małej ilości (w fudze między tęczówką a brzegiem rogówkowotwardówkowym), że się ją dopiero przy starannym śledzeniu za pomocą oświetlenia ogniskowego dostrzeże. Znajduje się ona najczęściej na dole, ale może także przylegać do tęczówki ku górze lub z boku, albo w miejscu naddarcia tej błony. W takim razie dostrzedz ją można często tylko przy oświetleniu ogniskowym.



W oczach przedtém zdrowych, zwłaszcza u osób młodych, może nagromadzenie krwi wypełniająca nawet całą komórkę przodkową wessać się w przeciągu 36 godzin, najczęściej jednak pozostaje barwik krwi przez dłuższy czas w cieczy wodnej i zmienia barwę tęczówki, mianowicie jasno zabarwioną, jakby jaka żółta albo różowa powłoczka, przez którą widać wyraźne włókna tęczówki. jeżeli tylko wolną jest od zapalenia.

§ 6. Wynaczynienie krwi do ciała szklanego po wstrząśnięciu oka z pęknięciem naczyniówki (albo po ranach przenikających po za układem soczewkowym) sprowadza stosownie do swojej obfitości i miejsca, które zajmuje, upośledzenie wzroku w rozmaitym stopniu aż do najwyższego, tak że pozostaje tylko zdolność odróżniania mocnego światła od zupełnej ciemności. Znaczna ilość krwi w ciałku szklanym pochłaniać może nawet wszystko światło, a zatem pozbawić zupełnie poczucia światła.

(Dalszy ciąg nastąpi.).

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

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

Przez Dra Wernher'a w Giessen.

(Dokończenie).

Następujące spostrzeżenie B o u v i e r'a, podane przez A l a r d'a należy właśnie do téj kategorii.

U pewnej 13 letniej dziewczynki powstało obrzmienie całej jednej połowy ciała, obrzmienie to potem ograniczyło się tylko do prawej kończyny. Ta ostatnia miała nader zmienną objętość i od czasu do czasu powracała całkiem do normy po odpływie dobrowolnie krzepnącej limfy z drobnych guziczków na wewnętrznej powierzchni uda. Wypróżnienia te powtarzały się co miesiąc. Jak skoro odpływ się opóźniał, zjawiała silna gorączka z gwałtownym bólem głowy i bólem w przegubie udowym. We 2—3 dni potem nabrzmiwały gruczoły pachwinowe i stawały się bolesne, a jednocześnie obrzmiewały naczynia limfatyczne w postaci sznurków. Jeżeli, jak to zwykle miewało miejsce, po 36 godzinach limfa znowu zaczynała odpływać, wówczas pomienione objawy znikaly. Fakt ten naprowadził chorą na myśl zastosowania kawałka wileczego łyka ponad kostkami. Wydzielina stała się tak obfita, że już po 8 dniach chora kończyna była pomarszczoną, stęchła i nie grubsza od zdrowej. Stan ogólny był przytém wyborny. Gdy chora później widziana była przez autora, kończyna jej dawniej obrzmiała była zaledwie o  $\frac{1}{11}$  grubszą od zdrowej.

I następujące spostrzeżenie tutaj także należy.

C a r l I v e n s e n, Beiträge zur Kenntniss der Eleph. arab. U pewnej, zdrowej zresztą dziewczyny łotewskiej, kończyna poczęła nagle obrzmiewać zaczynając od kostek. W 18 roku życia obrzmienie dosięgło przegubu pachwinowego i części rodnych. Warga sromna powiększyła się o 6 razy. Na wewnętrznej powierzchni uda powstał zaledwie widoczny otworok, z którego w nieoznaczonych odstępach czasu sączył się płyn wodnisty, przyczém obrzmienie tęchło. Niekiedy otworek się zatykał i wtedy naprzemian z miesiączką zjawiał się podobnyż wypływ z pochwy. Stan ogólny był zadawalniający. Ale jak skoro obrzmienie dosięgło przegubu pachwinowego, za każdym zatamowaniem odpływu limfy, zjawiało się ściskanie w piersiach, cardialgia, bicie serca, kongestye do głowy, bezsenność, stolec stawał się opieszaly

i ukazywały się guzy hemorojdalne. Obrzmienie z kończyny prawej przeszło także na lewą i wydzielenie moczu stało się trudnym i bolesnym. Ogólne te objawy występowały przy każdej próbie leczenia i chora musiała być wypisaną bez polepszenia.

Fakt, że dolegliwości słoniowacizny znakomitej daznają ulgi przy peryodycznym dobrowolnie się zjawiającym odpływie limfy, naprowadziły na myśl sztucznego sprowadzenia polepszenia za pomocą odciągnięcia limfy. Odpowiednie spostrzeżenie, podane przez Alard'a, przytoczyłem już powyżej. Drugie znajdujemy u:

Herdy l. c. Spostrzeżenie 16.

Pewien jegomość w 10 roku swego życia miał 14—15 napadów gorączki i róży. W każdym z nich skóra nabrzmiewała do tego stopnia, że pękała pod kolaniem i z rany odpływała obficie limfa, poczem obrzmienie znowu się zmniejszało. Nauczony tém, chory przekłuwał sobie udo w wielu miejscach, zanim jeszcze skóra pękała, a z otworków wypływały znaczne ilości rzadkiego, przezroczystego płynu, który krzepnął na powietrzu. Skutkiem takiego postępowania, wzrost objętości, który dawniej po każdym napadzie bywał bardzo znaczny, całkiem już ustał. I za pomocą źródełka (*fonticulus*) dużo płynu się wydalało.

Luks, *De elephantiasi arabum*, u pewnego chorego dotkniętego słoniowacizną zastosował plaster pryszczący. Na miejscu obranionem w ciągu 24 godzin wydzielilo się 8 kwart płynu limfatycznego, skutkiem czego objętość nogi zmniejszyła się blisko na 2 cale.

Podobne skutki spotykamy już w spostrzeżeniach 6 i 26 u Herdy'ego. W pierwszym wypadku z miejsca spęcherzonego w ciągu 6 godzin odpłynęło 8 pint płynu. Obrzmienie kończyny znacznie się zmniejszyło. Ale chory był tak osłabiony, że wkrótce zmarł.

W wypadku drugim nałożone były wązkie paski plastra pryszczącego. Wydzielały się znaczne ilości płynu, i jak długo trwało opróżnienie, dopóty i obrzmienie pozostawało w stopniu miernym, ale zwiększało się natychmiast, jak skoro tylko wypływ zostawał przerwany. Podobnie i w wypadku 9 Herdy porobił nacięcia (*sarificationes*) w członku przed obandażowaniem, surowica zwolna odpływała, rany skaryfikacyjne długo pozostawały otwarte i objętość członka znakomicie się zmniejszyła. Alard, na str. 82, za pomocą ugniatań był w stanie tyle limfy wycisnąć, że objętość chorągwej kończyny stała się równą kończynie zdrowej. Podobny fakt spostrzegali i Smith (*Transact. of the pathol. Societ.* 15) przy olbrzymiej słoniowaciznie kończyny górnej.

Ilość limfy wydalanaj dobrovolnie z rozpęknięć i wrzodów często bywa nadzwyczaj wielką, a mimo to ogólny stan chorych nie na tém nie cierpi. Bardzo często odpływy takie nie wywierają najmniejszego nawet złego wpływu, albo też ukazują się objawy, jakie napotykamy także po zbyt obfitej utracie krwi. Wydzieliny, a zwłaszcza wydzielina moczu, ulegają pomniejszeniu, pragnienie wzmaga się. Ale przy dostatecznej żywności powyższe złe skutki szybko zostają wyrównane. Zdaje się, jak gdyby z odpływami temi odchodziła ta tylko materya, która została zużyta w odżywianiu, i której strata nie zakłóca odżywiania, jeżeli tylko odpływ nie powtarza się zbyt często; coś podobnego spostrzegamy wszakże i przy opróżnieniu z torbieli jajnika: tutaj także przy pierwszym opróżnieniu odchodzą te tylko materye, których wydzielenie zostało przewyciężone, ale szybko się powtarzające opróżnienia zabijają skutkiem wycierpnięcia z sił.

W podobny sposób i limfotok przy słoniowaciznie sprowadzić może śmierć skutkiem wyczerpania, gdy odpływ jest nadzbyt obfity, trwa zbyt długo, albo też zbyt często się powtarza.

Müller, *Hufeland's Journal*, opowiada następujący wypadek.

Pewien 18 letni, nieco szczupły, lecz w ogóle zdrowy młodzieniec, nie będąc nigdy chorym aż do ostatniego czasu, nagle dostrzegł, że z moszen jego wypływał płyn mleczny. Po 5 godzinnym trwaniu limfotok ustał sam przez się. Moszna była pokryta białozółtawymi pęcherzykami. W pół roku potem odpływ się powtórzył, ale trwał bardzo krótko, od tego czasu odpływ zjawiał się co 3—4 tygodnie. Jak skoro jeden z większych pęcherzyków został otworzony, wytryskał zeń promień płynu, pozostawiający na podłodze tłustą plamę. Ilość płynu była taka wielka, że ubranie nieustannie było całe zmoczone. Gdy pewnego razu nakłuty został jeden z więk-

szych pęcherzyków, w ciągu 3 godzin wypływało tyle limfy, że chory dostawał mdłości. Ucisk wywarty na obie okolice pachwinowe znosił odływ, uciskanie zaś jednej tylko pachwiny zmniejszało go tylko. Jak skoro pęcherzyki zasychały po użyciu środków miejscowych, powstawały zaraz krwotoki z nosa. W następnym roku zjawiono się zapalenie moszen, obrzmienie powiększyło się 3 razy, rozszerzyło się aż na krocze, skóra popękała tu i tam i odpływ był tak obfity, że co noc w łóżku się wytwarzał dość duży skrzep limfy. Upadek sił był coraz większy i w końcu nastąpiła śmierć skutkiem wyniszczenia.

Ze wszystkiego tego, co powyżej było powiedziane, wynika, że słoniowaczna rozwija się z zastojem i nagromadzenia się limfy w żyłakowato rozszerzonych, lecz wcale nie zamkniętych naczyniach chłonnych powierzchownych sieci skórnych. I gruczoły nie są tu pierwotnie zajęte, a zatem cierpienie nie tylko przez swój wygląd zewnętrzny, lecz także i przez mechanizm powstawania analogiczne jest do przerostu tkanki łącznej, jaki się rozwija przy rozszerzeniu żył. Obie postaci, rozszerzenie żył i rozszerzenie naczyń limfatycznych, zwłaszcza w klimatach gorących (u nas rzadko) często się wikłają wzajemnie, tak iż opróżnienie krwi sprawić może ulgę w słoniowacznie.

Jednakże obie te formy, przerost żylny i limfatyczny, różnią się pomiędzy sobą stosownie do rozmaitych anatomo-fizjologicznych stosunków obu sieci, tak iż niepodobna sądzić, iżby jeden i ten sam środek w obu wypadkach jednakowo skutkował.

Sieci naczyń limfatycznych, o które głównie nam idzie przy słoniowacznie, rozpościerają się tylko w powierzchownych i głębokich warstwach skóry właściwej (*cutis*), dla tego i obrzmienie od nich zależne zajmuje przeważnie te tylko warstwy, zwykle zaś pozostawia wolnemi części głębsze, mięśnie i zwłaszcza kości, które przy żyłakowatych wrzodach nogi i obrzmiałościach goleni okazują często tak olbrzymi rozrost okostnej.

Ważna bardzo różnica pomiędzy rozszerzeniem naczyń włosowatych żylnych a chłonnych polega w ich źródle. Żyły za pomocą sieci naczyń włosowatych, a nawet w wielu miejscach także za pomocą grubszych pni pozostają w bezpośrednim związku z tętnicami i przeto są pod bezpośrednim wpływem czynności serca. Przeciwnie zawartość naczyń limfatycznych pozbawioną jest tego motora wprawiającego ją w ruch. Poczynają się one ślepymi końcami i dla tego bezpośredni wpływ na ruch ich zawartości, wpływ, jaki wywiera prąd krwi tętniczej, jest tu całkiem niemożliwy. I pod względem zastoin żylnych, dla których *Stromeyer* zaproponował raz podwiązanie tętnicy, takowe może raczej zaszkodzić niż pomódz, jak tego dowodzą zakrzepy i zatory tętnicze.

Jeżeli więc podwiązanie tętnicy głównej zdolne jest prawie natychmiastowo zmniejszyć obrzmienie słoniowaczne, to przyczynę tego w tém tylko upatrywać można, iż wraz z podwiązaniem tętnicy zmniejsza się ciśnienie w naczynach włosowatych, odżywianie słabnie i mniej limfy się wydziela, tak iż wydzielona już limfa zupełnie może być odprowadzona. A zatem skuteczność w mowie będącego środka polega przede wszystkim na dokładniejszym opróżnieniu naczyń przepelnionych płynną limfą, środek ten atoli nie dotyka wcale istoty choroby, naczynia pozostają rozszerzonymi i napełniają się ponownie, jak skoro wraz z rozwojem krążenia obocznego znów tyleż krwi do obwodu dopływa, co dawniej.

Podobnyż skutek okazują: pomniejszenie ilości krwi w ogóle skutkiem upustu takowej (*venesection*), albo też bezpośrednie upuszczenie nadmiaru płynu limfatycznego z odpowiednich naczyń po przypadkowym lub rozmyślnym ich otworzeniu. Jeżeli upusty takie się powtarzają, to i obrzmienie może być utrzymane w umiarkowanych bardzo granicach.

Trwałe wyleczenie zatem tylko wtedy mogłoby się otrzymać, gdyby się udało stale zmniejszyć dopływ krwi tętniczej, tak jednak, aby odżywianie nie na tém nie cierpiało, albo też gdybyśmy mogli sprowadzić do normalnych rozmiarów rozszerzone naczynia limfatyczne podczas przemijającego pomniejszenia dopływu tętniczego. Ale jako mało na podobny skutek możemy rachować, dowodzą tego niedostateczne rezultaty podwiązania tętnic.

Aby więc z tém większą pewnością byliśmy w stanie liczyć na trwałe rozejście się słoniowaczny, należałoby posiadać środki, przez które rozszerzone naczynia limfatyczne dałyby się sprowadzić do prawidłowych wymiarów. Wiemy, iż w razie

gdy z kilku żył nadmiernie rozszerzonych, niektóre zostaną zamknięte, wówczas pozostałe nie rozszerzają się więcej, ale się zapadają i krew krąży w nich szybciej, gdyż ustalony został bardziej prawidłowy stosunek pomiędzy sumą światła rurek naczyniowych a daną ilością płynu. A chociaż przy żyłakowatych wrzodach kończyn dolnych nie uciekamy się do zregulowania krążenia żylnego tą drogą, t. j. za pomocą operacyjnego zamknięcia żył rozszerzonych, to dzieje się to nie tyle wskutek niepewności tego rękoczynu, ile dla tego, że nie znamy stopnia jego niebezpieczeństwa.

Ale cienkość kapilarów limfatycznych, a nawet ich pni nie pozwala na bezpośrednie tego rodzaju postępowanie. Naczynia te dają się osiągnąć tylko wspólnie z tkankami, w których się rozpościerają: w tym celu nacinamy skórę albo też wycinamy kawałki takowej. Środka tego rzeczywiście już próbowano zwłaszcza przy słoniowaciznie moszen i to nie tyle w celu zamknięcia naczyń limfatycznych, ile dla tego, aby zmniejszyć obrzmianie za pomocą wycięć częściowych.

Do słoniowacizny moszen, naturalnie, nie da się zastosować leczenia za pomocą ucisku, ani też za pomocą podwiązania tętnicy. Przynajmniej nigdy jeszcze nie próbowano wynaleźć w tym celu tętnie mosznowych. Również i metodyczne bandażowanie wcale nie jest łatwe, szczególnie gdy w przerostowym obrzmieniu biorą udział napletki i pochwa prącia, lub gdy części te ukryte są w pośród ogólnej obrzmiałości. Na owych kolosalnych obrzmiałościach, jakie tu się tak często zdarzają, bandażowanie jest prawie niewykonalne, niesłychanie uciążliwe i niedługo może być znoszone z powodu wczesnie występujących owrzodzeń. To też nie wiemy, aby kiedykolwiek drogą tą otrzymano skromne chociaż rezultaty terapeutyczne. Dla tego w razach podobnych albo chorzy się pozostawiają własnemu losowi, albo też dokonywamy zupełnego wyluszczenia, z kastracją lub bez niej, pozostawiając zaś części pokrywamy skórą przesuniętą z otoczenia. Przy analogicznych przerostach części rodnych zewnętrznych u kobiet, w razie gdy przerost nie rozszerzył się na krocze i na okolicę odbytu, operacje te dają bardzo dobre rezultaty, już choćby dla tego, że stany te nigdy nie osiągają tak potwornych rozmiarów, jak to spostrzegamy przy słoniowaciznie moszen i zwykle są jednostronne, że wreszcie przy operacji możemy śmiało usuwać części zmienione nie oglądając się, jak u mężczyzn, na jądra i prącie. Inna całkiem rzecz u mężczyzny, w razie gdy słoniowacizna dosięgła wysokiego stopnia. Operacja ta najprzód wykonywana była przez Boyer'a, dalej przez Larrey'a starszego; następnie przez Roux w Paryżu w 1815, przez Titley'a i Wilkes'a w 1813 i 1814 w Indyach. Ale najbardziej sposób ten się rozpowszechnił od czasu, gdy Delpach w Montpellier w 1820 wyluszczył moszna, pokrywając skórą jądra i prącie. Począwszy od tej chwili, wyluszczenie moszen bardzo często było wykonane. Należy ono do operacji, które ogromem swym wprost olśniewają. Łatwo zresztą pojąć odwagę operatora operującego tak wielkie guzy, że do podtrzymania ich przy rozmaitych manipulacjach potrzeba było użyć dwóch pomocników oraz przyrzędu bloczkowego, służącego do unoszenia guza (Esdaill), ciężarem swym przenoszącego wagę całego ciała (77 kilogramów); w jednym wypadku (Titley) guz był tak wielkich rozmiarów, że najdłuższy z nożów amputacyjnych nie wystarczał do jego przebiccia przy podstawie. Łatwo również pojąć zadowolenie operującego, oraz uczucie wdzięczności ze strony pacjenta, w razie gdy operacja się powiodła i chory został oswobodzony od kolosalnego ciężaru, który wszędzie musiał dźwigać ze sobą i który go niejako przytlaczał do ziemi. Całą wartość tego rodzaju operacji, dobrym zakończonej skutkiem dosadnie maluje nam następująca anekdota, którą wyjmuję z rozprawy Salem Salem Awad z Kairu. Egipski lekarz Mohammed Effendi Ali Ekbacli wyluszczył moszna ważące przeszło 100 funtów z tak dobrym skutkiem, iż uleczony pacjent pieszo mógł wrócić do swęj prowincyi. Przed wyjazdem rzekł on do swego lekarza: „O Mohammedzi Ali Effendi! jestem ci wdzięczny na wieki, albowiem uczyniłeś ze mną miłosierdzie i wielką mi łaskę wyświadczyłeś, której ci nigdy nie zapomnę, Bóg tylko może cię za to wynagrodzić. Ja mogę tylko błagać o łaskę Allaha dla ciebie, gdyż prorok powiada: jeżeli ci kto wyświadczył łaskę, winienesz go wynagrodzić, gdy zaś nie masz czém, módl się zań przynajmniej. Ale, o Ali Effendi! wprawdzie tyś mię oswobodził od jednego nieszczęścia, ale za to wystawiłeś mnie na niebezpieczeństwo innego rodzaju—niebezpieczeństwo utonięcia; albowiem gdym z ojczyzny męj do ciebie odjeżdżał, chciałem naczynie moje napełnić wodą i w tym celu przechyliłem się przez brzeg statku, ale nieszczęście chciało, że w tejże chwili wpadłem do

wody. Guz mój jednak pozostał na statku i ja tak długo pozostawałem zawieszony, aż nadbiegli ludzie i wyciągnęli mię z wody. Któż mię teraz ocali jeżeli wpadnę do wody?”

Z tém wszystkiém jednak guzy takiej wielkości, iż mogą służyć za przeciwwagę dla całego ciała, jak to czytamy w powyższej anekdocie,—guzy takie w naszych krajach się nie napotykają. Podziwiając świetne wyniki wyluszczenia olbrzymich słoniowaciznowych przerostów moszen, nie należy jednak zapominać, że operacya pociąga za sobą wcale nie mało znaczące następstwa, zagrażające nawet życiu, że liczne nie zawsze dające się z góry obliczyć okoliczności czynią w najwyższym stopniu niepewnym zarówno zachowanie jąder i prącia w ogólności, jak i ich używalność. Rozpatrując niebezpieczeństwa zdarzające się przy wyluszczaniu olbrzymich guzów mosznowych w klimatach gorących, możemy naprzód obliczyć, przynajmniej w przybliżeniu, co mianowicie możemy w mniejszych rozmiarach napotkać przy wyluszczeniu mniejszych obrzmiałości naszego klimatu. Dla tego też historye tego rodzaju operacyi mają i dla nas nie tylko historyczny i teoretyczny interes. Atoli nie jest moim zamiarem podać tu zupełną i szczegółową statystykę operacyi słoniowacizny moszen. Ograniczam się tylko na przytoczeniu ważniejszych danych.

Przedewszystkiém słoniowacizna moszen różni się od słoniowaciznowych przerostów kończyn kolosalnym niekiedy rozwojem naczyń żylnych. Podczas gdy przy słoniowaciznie kończyn tkanki zwykle są ubogie w naczynia, tak iż amputacya może być łatwo wykonana bez niebezpieczeństwa krwotoku, natomiast przy słoniowaciznie moszen rozszerzone żyły dosięgają często grubości żyły głównej (*v. cava*). Liczba i wymiary naczyń tętniczych zwykle się nie powiększają i dla tego tętniczy krwotok przy operacyi nie bywa znaczny, ale za to krwotok żylny bardzo często dosięgał takiego stopnia, iż nieraz śmierć następowała już na stole operacyjnym, albo tylko na czas krótki mogła być odroczone. *R a y m o n d o n* stracił swego chorego w 6 godzin po operacyi; podobnie *W i l k e s* — w kilka godzin; jeden z chorych *T i t l e y*'a umarł na stole operacyjnym, guz w tym wypadku dosięgał 44" w obwodzie. Chory *A s t o n K e y*'a skonał również na stole operacyjnym, pomimo, że za radą obecnego przy tém *A s t l e y C o o p e r*'a odjęte zostały zarazem jądra i prącie w celu przyspieszenia operacyi. Operowany przez *C h i l d*'a nie mógł być zbudzony z głębokiej prostracyi i zmarł we 4 godzin po operacyi. Chory *W e l l s*'a z trudem tylko mógł być utrzymany przy życiu: żyły dosięgały tu wymiarów żyły głównej. Podobnie *E s d a i l* stracił 3 chorych na stole operacyjnym lub wkrótce po operacyi skutkiem krwotoków żylnych, w innych zaś razach miał do zwalczania również gwałtowne krwotoki. Na zasadzie z powodzeniem dokonanej operacyi przez *D e l p e c h*'a, spodziewano się zawsze, że przy wyluszczeniu słoniowaciznowych moszen, uda się zachować najistotniejsze części narzędzi płciowych: jądra i prącie i pokryć takowe skórą przesuniętą z otoczenia. Bardzo jednak często zamiar ten nie zostawał osiągniętym, a to dla rozmaitych przyczyn. A przedewszystkiém zachowanie tych narzędzi staje się niemożliwym z powodu trudności, jakie napotykamy przy wyluszczaniu takowych ze zgrubiałej i nacieklnej tkanki, a przytém nieraz zmuszeni bywamy operacyę ukończyć jak najspieszniej z powodu zagrażającego życiu krwotoku i zapadnięcia (*collapsus*). *E s d a i l*, który w każdym razie posiada najrozleglejsze pod tym względem doświadczenie, zaleca, aby przystępując do operacyi, nie liczyć całkiem na zachowanie jąder w razie gdy obrzmiałość dosięga 20 funtów lub więcej. Chory *L i s t o n*'a, którego moszna ważyła tylko 50 funtów, był już bliski śmierci, gdy operator zdecydował się poświęcić lewe jądro. Chory *A . K e y*'a skonał na miejscu, pomimo że dla przyspieszenia operacyi odjęto jądra i prącie. *T i t l e y*, który w jednym wypadku nie mógł wymacać ani śladu jąder, postąpił jak przy zwykłej amputacyi płatowej, najdłuższy nóg jego musiał być wkłuty aż do trzonka, i tylko wtedy dosięgnął podstawy guza; krwotok był bardzo znaczny. *S a u t h - A m a r a l* podobnie nie mógł zachować żadnego jądra z powodu gwałtownego krwotoku. Podobnie rzecz się miała w 3 wypadku *G a e t a n i B e y*'a, oraz w 2 *M e s t r e*'a, pomimo że worek mosznowy ważył tylko 9 kilgr. Chory operowany przez *G o o d e v e*'a utracił podczas operacyi około 80 uncyj krwi przeważnie żylniej; dokładne preparowanie było niemożliwe, gdyż pole operacyjne nie ustannie krwią było zalane; jądra trzeba było wyluszczyć, sznurki ich były blisko na 18 cali długie.

Prócz tego nieraz wypadło wyluszczyć jądra z powodu rozmaitych nieprzewidzianych z góry nieprawidłowości. Najprzód wspomnieć tu musimy o nienormalnej długości powrózka nasiennego, która czyni niemożliwym pokrycie jąder skórą w razie nawet gdy jądra te w ogóle pozostają w stanie prawidłowym. W tym położeniu znalazł się Clot Bey w 2 wypadkach z 4 opisanych przezeń w *Mém. de la Soc. de chir.* Podobnie i Titley.

Albo też jądra są przez obrzmiałość uniesione ku górze i zanikłe, tak iż zachowanie ich nie miałyby żadnego znaczenia. U niektórych chorych popędy płciowe od dawna już były zgasły i erekcyjne wcale już nie miały miejsca.

Bardzo często, a zwłaszcza w klimatach południowych, obok zgrubienia moszen ma miejsce także olbrzymie *hydrocele*. W Indjach Wschodnich choroba polega bardziej na nagromadzeniu się wody w powłoce jądra i sznurka nasiennego, oraz na zgrubieniu powłoki włóknistej (*tunica albuginea*), niż na przeroście moszen. Znaczna część wypadków Esdailla tu właśnie należy: rozumie się, że operowanie w nich stosunkowo mniejsze przedstawia niebezpieczeństwo. Przynajmniej nierazko bywa niemożliwym wyluszczenie jądra bez pozbawienia jego powłoki pochwowój (*tunica vaginalis*). Albo też nie możemy zachować jądra, z powodu że preparowanie trwałoby za długo, jądra mocno są zrosnięte ze zwyrodnionymi częściami otaczającymi i same zdają się pozostawać w stanie zwyrodnienia.

W znacznej liczbie wypadków słoniowacizna moszen bywa powikłana kolosalną przepukliną pachwinową. Skutkiem wielkich wymiarów obrzmiałości moszen, przepuklina często nie wprzód bywa wykryta, jak podczas samej operacji. Preparowanie jej warunkuje nowe trudności i opóźnienie. Obnażony worek przepuklinowy nie bywamy w stanie odprowadzić, musimy go więc otworzyć, odciąć i pozostałość zaszyć. Wszystko to, naturalnie, w najwyższym stopniu pogorsza rokowanie. Jeden z chorych Gaetani'ego Bey zmarł w dzień po operacji, pomimo że przy tej ostatniej nie było znacznego krwotoku; wielki worek przepukliny sieciowej był tu podwiązany.

Zagojenie rany pooperacyjnej nigdy nie przychodzi do skutku *per primam*. Zarówno fizyologiczne własności *tunicæ dartos*, jak i patologiczne w niej zmiany nie pozwalają liczyć na doraźne połączenie rany. Ropienie bywa zawsze bardzo obfite, i przynajmniej z początku ma bardzo niedobre własności, gdyż dużo się tu wydziela limfy; zazwyczaj upływają całe miesiące, zanim rana zostaje zagojona. W większej liczbie opisów czytamy, iż rana po upływie kilku miesięcy bliską była zagojenia i t. d. Ale i podczas tego okresu zagrażają choremu pewne niebezpieczeństwa. Część płatów służących do pokrycia jąder i prącia może uleść zgorzeli, przez co jądra zostają obnażone, jak to miało miejsce u Gaetani'ego. Velpeau stracił jednego chorego w 6 miesięcy po operacji wskutek powtarzających się napadów róży, a nawet wypadek Delpech'a uważany zwykle za wzór pomysłnego zejścia, w końcu zakończył się śmiertelnie: operowany zmarł w 6 miesięcy po operacji skutkiem ropnia wątroby, który wprawdzie Delpech przypisuje nieumiarkowaniu ze strony pacjenta, prawdopodobnie jednak był on następstwem ropnego przerzutu. Jakkolwiek inni chirurdzy, jak: Peixoto i Esdaill podają, że otrzymywali zupełne uleczenie w nadzwyczaj krótkim czasie, nie mniej jednak nie należy zapominać, że na wiarygodności obu powyższych badaczy nie zupełnie można polegać. Pierwszy z nich miał także i tętnicę bezimienną zamknąć, przeprowadziwszy tylko nitkę koło niej, ostatni zaś miał swoje 161 operacyj wykonać w stanie somnambulicznym chorych.

O innych, pomniejszych niedogodnościach wspomnę tylko całkiem pobieżnie. Tak np. odpowiednie celowi pokrycie prącia, gdy jego własna pochwa nie może być na ten koniec użytą, bywa niesłychanie trudną. Skóra, przeznaczona do pokrycia, łatwo ulega zgorzeli, kurczy się i staje się tak nierozciągliwą, że naprężenie prącia bywa niemożliwym, albo też w razie gdy do pokrycia użyjemy skóry ze wżórka Wenery, prącie staje się kosmate.

Ze wszystkiego, co się powyżej rzekło, widać, że wyluszczenie olbrzymich obrzmiałości mosznowych z następczym przesadzaniem skóry (*transplantatio*) ma bardzo wątpliwą wartość. Obok pojedynczych, z powodzeniem dokonanych operacyj spotykamy cały szereg innych, które w przebiegu swoim i następstwach miały zejście bardzo smutne lub niezadawalniające.

Tylko przy wyluszczeniu guzów pomniejszych, aż do 20 funtów mniej więcej, brak przynajmniej owego wielkiego niebezpieczeństwa, z jakim połączone bywa wyluszczenie guzów większych, a gdy prącie nie jest zbyt uwikłane w guzie i gdy jednocześnie niema przepukliny, wtedy można liczyć na zejście pomyślne. A ponieważ większe guzy w naszym klimacie prawie się nie napotykają, przeto i operacya u nas może dawać pomyślne wyniki. Niekiedy jednak wystarczają i operacye pomniejsze, jak: częściowe wycięcia oraz nacięcia.

Że takie niezbyt głęboko sięgające operacye mogą dawać dobre wcale rezultaty, dowodzą tego spostrzeżenia, podług których przy odjęciu guza słońowaciznowego prowadzono cięcie jeszcze w obrębie chorobnie zmienionej tkanki, słońowacizna mimo to zwykle się nie odradzała z miejsc tych, które, przeciwnie stawały się miękkie i powracały do stanu normalnego.

W wypadku słońowacizny, zajmującej przeważnie pochwę prącia, Tripier ograniczył się na odjęciu obrzmiałego napletka, poczem obrzmienie pochwy ciała jamiowych samo się przez się rozeszło \*).

Przy zupełnym wyluszczeniu większych obrzmiałości w ogóle bywa często niemożliwym prowadzić cięcia w zakresie zupełnie zdrowej skóry i do pokrycia jąder brać tylko zdrową skórę. Mimo to powroty są nieznanne, albo tylko bardzo rzadkie. Pozostawione płaty skórne, jeżeli tylko nie ulegały zgorzeli, po operacyi z wolna miękły i powracały do stanu normalnego.

Niektórzy podają, że częściowe takie wycięcia i nacięcia nie są bez niebezpieczeństw, i że chorzy skutkiem limfotoku popadali w stan zupełnego wyczerpania z sił. Zwłaszcza lekarze angielscy zwracają na to uwagę. Ale potwierdzenie téj obawy znalazłem tylko u Chevalier'a (l. c.), który stracił jednego chorego wskutek zgorzeli po nacięciach, oraz u Alard'a w historyi choroby zakonnicy z Sienny. Natomiast bardzo często czytać przychodzi, że odczyn gorączkowy był bardzo znaczny, a limfotok niesłychanie obfity, oraz że się oddzielały zgorzelinowe kawałki tkanki łącznej podskórnej. Zwykle atoli w końcu się udawało zapanować nad temi przypadłościami.

Zdaniem naszym powyższy wpływ wycięć częściowych na rozejście się pozostających chorobnie zmienionych części daje się wytłumaczyć tém, iż znaczna liczba naczyń limfatycznych podczas operacyi zostaje przecięta, naczynia te więc mogą zupełnie się opróżnić, a przytém zazwyczaj przez długi czas jeszcze po operacyi trwa limfotok z rany. Zaś przy nastąpieniu zabliznienia wszystkie te naczynia muszą uleść obliteracyi, a rozległa blizna przeszkadza ich odrodzeniu.

Stosownie do tego spodziewałem się, że w pewnych razach wystarczyć muszą obszernie nacięcia przez całą grubość *tun. dartos*; zastosowałem takie nacięcia w kilku wypadkach i otrzymałem stosunkowo niezłe rezultaty.

Streszczam w krótkości powyższe uwagi o leczeniu słońowacizny.

Słońowacizna wielkich kończyn daje się leczyć równie skutecznie za pomocą ucisku tętnicy głównej, jak i podwiązania takowej.

Ale zamknięcie tętnicy nie odmienia wcale i nie znosi właściwej przyczyny słońowacizny; powroty więc są tu bardzo możebne. Dla tego ucisk winien być wywierany przez czas długi, znowu ponawiany i popierany bandażowaniem wilgotną opaską, albo także ostrożnymi nacięciami. Środki wysysające, jak: jod i t. p. nie tu nie skutkują. Wsysanie limfy nie jest w tych razach zakłócone, tylko jój wydalenie.

Amputacye i wyluszczenia mogą być dokonywane w tkankach chorych, obrzmiałych, w których obrzmienie dobrowolnie się potem rozchodzi.

Zamiast częściowych wycięć, można także z dobrym skutkiem zastosować długie nacięcia, które nie potrzebują sięgać głębiej, jak przez tkankę podskórną. Skutek zależy tu na opróżnieniu i obliteracyi rozszerzonych naczyń limfatycznych.

Przy słońowaciznie pomniejszych części ciała, jak np. moszen, prącia,—wystarczają wyluszczenia częściowe. Takowe działają nie tylko przez to, że stopniowo zmniejszają

---

\*) Podobneż spostrzeżenia dotyczące dobrowolnego uleczenia obrzmiałości, pozostawionych po częściowym wyluszczeniu słońowacizny moszen, znajdujemy w wielu bardzo miejscach, np. w rozprawach Meyerena, Hellmanna, Schneewinda i in.

szają obrzmiałość, ile raczej przez to, że opróżniają znaczną liczbę naczyń chłonnych i zamykają takowe mocną tkanką bliznową. Części pozostające jeszcze w stanie obrzmi-  
łym stopniowo i dobrowolnie powracają do normy.

## Wiadomości bieżące.

Prof. Billrotha i Prof. Koeniga Chirurgia ogólna i szczegółowa. Zapowiedzianej przed kilku miesiącami Chirurgii, wyszły obecnie tomy dwa; tom pierwszy obejmuje chirurgię ogólną (Billroth), drugi zaś tom (Koenig)—pierwszą połowę chirurgii szczegółowej, tom trzeci (również Koeniga) jako dokończenie dzieła wyjdzie z końcem b. r. Jest to dzieło, o którym dość powiedzieć, że cała bez wyjątku krytyka naukowa niemiecka najchlubniejszy wydała sąd, i które na wszystkie prawie europejskie języki przełożone zostało. Przekład polski dokonany jest z ostatniego (siódmego) wydania, które się ukazało w druku w r. b. 1875. Cena za dwa pierwsze tomy wynosi rs. 10. Nabyć można we wszystkich księgarniach i w Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Znamienite działanie wyciągu bobu kalabarskiego przy szczękoscisku i tężcu u noworodków (Dr R u s h e i m, Med. chir. Rundschau t. II. p. 408). Autor opisuje wypadek spostrzegany na własnem dziecku, które w 10-m dniu życia swego dostało szczękoscisku i tężca. Natychmiast podano wyciąg bobu kalabarskiego w następującej formie: Rp. Extr. calabar. 0,05, Sacchari 5,0, Divid. ni part. aequal XII; już w kwadrans po pierwszej dawce polepszyły się niektóre zle przypadłości, a po drugiej dawce podanej w trzech godzinach ustąpiły wszystkie groźne objawy, tak iż po 16-jej dawce, wyżej oznaczonej (1 $\frac{1}{3}$  grana), dziecko zupełnie odzyskało zdrowie.

Nowa metoda leczenia uporeczywych wymiotów u ciężarnych. W trzech wypadkach bardzo uporeczywych wymiotów, skutkiem których dotyczące osoby takiemu podległy wycieńczeniu, iż się zdawała już potrzeba sztucznego poronienia, C o p e m a n widział zupełnie ustąpienie tego objawu, skoro usta maciczne palcem ku wszystkim stronom, o ile tylko mógł, rozszerzył i brzegi starannie wygładził. Polepszenie nastąpiło bezpośrednio po tym łatwym rękoczynie: ciężarne, z których jedna w 6-m, druga w 2-m, trzecia w 8-m miesiącu ciąży się znajdowały, mogły potem należycie trawić i odbyły poród w prawidłowym czasie (Brit. med. Journ. 15 Mai 1875—Berl. klin. Woch. 1875. N. 27).

Kali bromatum przeciwko wiewiórowi (J. W. B l i g h, The Graetion. Febr. 1874—Med. chir. Rundschau p. 495. 1875. Nr. 6). Autor zaleca kali bromatum przeciwko wiewiórowi, 1) ponieważ zmniejsza wydzieliny błon śluzowych; 2) bezpośrednio uspakaja nerwy błony śluzowej; 3) powiększa wydzielanie moczu; 4) bezpośrednio uspakaja organa płciowe. Nadzwyczaj pomocnym ma być przy chorda, jako też w trzecim okresie tego cierpienia, przeciwko któremu w ogóle należy je zaraz z początku podawać. Pospolicie podaje je w następującej formie: Kalii bicarbon. grana 60, kalii brom. grana 90—120, Tinct. Hyoscyam. unc. semis, Aquae camphorae unc. quinque et semis, szóstą część trzy razy dziennie (zawsze dłuższy czas po jedzeniu) i raz w nocy zażyć. W pierwszym okresie cierpienia zaleca także wstrzykiwania: Kal. brom. 120 grana, glycerini unc. semis, Aq. destill. unc. quinque et semis, co 4 godziny pełną strzykawkę. W trzecim okresie podobne zastrzykiwanie z jakim lekiem ściągającym lub bez tegoż i do wewnątrz 15—20 granów z 15 minimis tinct. ferri sesquichl. w odpowiednim rozczynniku. Przy bolesnych wzwodach prącia lub przy chorda okazało się bardzo skutecznym pół drachmy Kal. brom. na uncją mikstury kamforowej, podane przed spaniem. Rozumie się samo przez się, że przy tej metodzie leczenia także nie należy zaniechać przestrzeganych zwykle w takich razach prawideł, a więc dbać o spokój, wstrzymywać się od trunków rozpalających, nosić suspensorium i stosować miejscowe kąpiele.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

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