

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACJI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

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

TRESC: Rozprawy naukowe. Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875. Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko* (Dalszy ciąg). — Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy. (Czytane na posiedzeniu Tow. lekarzy gub. Płockiej d. 15 grudnia 1875 r.) Przez Dra *Hoene* (Dalszy ciąg). — Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciechocińskich z r. 1875. Przez Dra *L. Mieczkowski*, lekarza zdrojowego (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Ropień wątroby po skaleczeniach głowy. Dwie pod względem praktycznym ważne nieprawidłowości naczyń. — Dodatek. Chemii Lekarskiej ark. 17. Elektroterapii ark. 7. Propedentyka Lekarska ark. 11, 12 i 13. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 24.

Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875.

Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*,

(Dalszy ciąg).

Na dokładniejszy opis zasługuje wypadek wrodzonych nowotworów łącznicy, połączony z innymi wadami rozwojowymi oka, opisany już ale niedokładnie przez Dra *Talko* w N. 9 zeszłorocznego *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*.

Panna *C. J.* przybyła w końcu r. 1874 z tak rozlicznymi wadami w oku prawem i okolicach tegoż, że nie wiem czy nawet potrafię dać dosyć dokładny opis tych wszystkich niedokładności.

Przedewszystkiem wpada w oczy nietoremność nosa, który jest dużych rozmiarów, w górnej swjej części dosyć wąski i wysoki w dolnej przyplaszczony, szeroki i przeważnie ku stronie oka chorego rozwinięty—w całości swjej nieco zgięty i wygiętą stroną także do oka chorego zwrócony. Powieka górna prawidłowych wymiarów (35 mm.), przykrywa dokładnie dosyć wystającą gałkę; dolna skrócona szczelnie do gałki przystaje i przedstawia zmiany następujące: chrząstka dolnej powieki wymierzona pomiędzy kątem zewnętrznym

a punktem łzowym krótszą jest niż w najmniejszych oczach (22 mm., w oku lewym 26 mm.), natomiast pomiędzy punktem łzowym a kątem wewnętrznym część powieki dolnej ograniczająca od dołu jeziorko łzowe znacznie wydłużona (8 mm.), oczywiście i kanalik łzowy, który w górnym brzegu tejże przebiega; po za tą częścią powieki a raczej na wewnętrznej stronie tejże, znajdujemy wyniosłość czerwoną, wejrzeniem splaszczony polip przypominającą, szeroką 7 mm., wysoką zaś 4 mm., chrząstkowej twardości. Inne części łącznicy powiekowej i fałd przewodnich prawidłowe, kanalik dolny 8 mm. długi, górny 5 mm. Worek łzowy powiększony, w stanie chronicznego śluzotoku, wydziela dość znaczną ilość śluzu z ropą pomieszanego, przewód nosołzowy absolutnie zarosły.

Gałka prawidłowych, jak się zdaje wymiarów, nieco na zewnątrz zezująca; na łącznicy gałkowej w części tejże wewnętrznej, obok rogówki dostrzegamy dwa guziki skórzaste (dermoidy) jeden w południku poziomym, drugi zaś pod tym; górny nieco mniejszy (2 mm. szer., 1,5 mm. wysok.) dolny nieco większy—rogówka nieco zmniejszonych wymiarów (12 mm. szer., 9 mm. wys.), po za nią widzimy źrenicę, w górnym wewnętrznym kwadracie, w stosunku jakiby po zrobionem w tem miejscu wycięciu tęczy częściowem pozostał, z tem że tęcza obu brzegami zwieracza do blizny dotyka: źrenica ta jest niezwykle mała, półokrągła pod wpływem atropiny nieco rozszerzająca się, po za nią soczewka w części przezroczysta, w części zaś obwodowej pociemnieniami torebki zaciemniona. Po rozszerzeniu źrenicy badane wewnątrz oka wykazuje środki przejrzyste zupełnie przezroczystymi a siatkówkę i naczyniówkę w stanie zupełnego zdrowia, przy prawidłowej prawie refrakcyi (Hyperopia $\frac{1}{25}$) i sile widzenia zmniejszonej (S. $\frac{2}{3}$, gołem okiem N. 8 J. w 8", z + 24 N. 2 J.). W oku lewym zupełnie zdrowem rogówka jest we wszystkich wymiarach o 2 mm. większą, Hyperopia $\frac{1}{36}$ S. $\frac{2}{4}$ ze szkłem odpowiedniem N. 2 J. może nieco niezborności (*astigm.*). Wszystkie te anomalie w oku prawem zdają się być następstwem zbroceń rozwojowych, bo żadnych groźniejszych chorób ocznych pacjentka nasza nigdy w życiu nie przeżywała, tylko od czasu jak sięgnąć może pamięcią, oko prawe zawsze było łzawiącym, w ostatnich zaś czasach zauważała objawy śluzotoku worka łzawego i w celu pozbycia się tej choroby do instytutu przybyła.

Wytłumaczenie powstania nowotworów łącznicy jest łatwe, skoro przypomnimy, że przy każdym rozszczepieniu powiek wrodzonym podobnego rodzaju nowotwory znajdują się na łącznicy i są zapewne tylko niewłaściwym umiejscowieniem i rozwojem elementów skórnych, które w części rozszczepionej powieki powinny były się znaleźć; w naszym wypadku nie ma wprawdzie rozszczepienia, ale jest niezawodny brak powieki, guzik na wewnętrznej części powieki dolnej, prawdopodobnie układem swym elementarnym także podobny do znajdujących się na łącznicy gałkowej, jest także tej samej co i tamte genezy.

Najtrudniej dają się wytłumaczyć zmiany w tęczy; gdybyśmy je w dolnej części znaleźli, to moglibyśmy od rozszczepienia wrodzonego tęczy wyprowadzać, ale w górnej połowie tęczy zmiana ta nigdy nie bywa, prawdopodobnie więc jest

ona następstwem stanu patologicznego, może jeszcze w czasie okresu życia wmaciecznego (*intraterin.*), w rogówce u obwodu tejże odbywającego się, zapewne było tam owrzodzenie, ukończone przedziurawieniem, wypadnięciem tęczy i wrośnięciem tejże w bliznę następnie powstałą. Że blizny takowe w okresie tym doskonale się goją i żadnych prawie po sobie znaków nie pozostawiają, dowodem tego są tak zwane zaciemki piramidalne, które też są następstwem pęknięcia środkowego rogówki i czasowego zetknięcia się z raną torebki soczewkowej, która następnie po zagojeniu rogówki odsuwa się od tejże a produktu patologiczne na jej powierzchni z tej epoki pozostałe, albo zamierają, tak że pozostaje tylko mały wyrostek na przedniej torebce, albo w niektórych razach (nie częstych) zmniejszają się tylko i na resztę życia pozostają w postaci drobniutkiej niteczki łączącej nieznaczną prawie bliznę rogówki z soczewką. Ze strony terapeutycznej przedewszystkiem należało usunąć najważniejszą i najprzykrzejszą dolegliwość, t. j. śluzotok worka łzowego; w tym celu po poprzednim przekonaniu się, iż przewód nosłzowy jest zupełnie zarośnięty, rozcięliśmy zewnętrzną przednią ścianę worka i po zniszczeniu chlorkiem cynku błony śluzowej tegoż, sprowadziliśmy zarośnięcie (*obliteratio*) worka. Następnie na wyraźne żądanie chorej probowaliśmy usunąć guzieczki z łącznicy galkowej, gdy jednak po dokładnem odcięciu dolnego i zakrycia ranki po tej operacji pozostałej łącznicą z dołu naciągniętą, efekt pod względem kosmetycznym był ujemny, bo część łącznicy zakrywająca została na zawsze nieco obrzmiała i czerwienią od części sąsiednich, drugiego guzieczka już nie dotknęliśmy. Staraliśmy się następnie kosmetykę oka pod względem nieprawidłowo pomieszczonej źrenicy poprawić i w tym celu wąską lancą zrobiliśmy ranę w rogówce 4—5 mm. szeroką równoległą do obwodu i odległą do tegoż na 4 mm. w kwadrancie zewnętrznym dolnym, cążkami przez tęż ranę wprowadzonymi chwyciliśmy brzeg źreniczny w samym środku tegoż i wyciągniętą część tęczy na zewnątrz obejliśmy, starając się w ten sposób utworzyć środkową źreniczkę i mieliśmy bezpośrednio po operacji a nawet na drugi dzień jeszcze przyjemność zadowolenia z zupełnego udania się naszych zamiarów.

Niestety jednak, w ciągu tygodnia następnego (podczas którego nie byłem w Warszawie) część tęczy stanowiąca zewnętrzną dolną granicę źrenicy—czy zaniknęła, czy się rozerwała, na to odpowiedzieć nie umiem, to pewna, że znikła zupełnie i źrenica sztuczna sięga obecnie aż do obwodu rogówki i przechodzi w poprzek od góry wewnątrz na dół i zewnątrz po za rogówką (brzeg soczewki i wyrostki rzęskowe doskonale widzieć się dają).

Wzrok n.e. na tem nie zyskał i nie stracił, ale kosmetyka dużo straciła i panna C. J., która miała nadzieję zupełnie wyłataną instytut opuścić wyszła nie zadowolioną z okulistów.

Z lepszym powodzeniem operowałem przerośniętą fałdę półksiężycową w oku prawem 67 letniego kowala K. J. Tak wielkiego przerostu jeszcze nie miałem sposobności obserwowania, fałda bowiem wypełniała cały kąt oka wewnętrzny brzegiem swym zachodząc na rogówkę i stanowiąc (przy patrzeniu wprost przed się) styczną ze źrenicą; u dołu fałda ginęła w łącznicy fałdy

przejsiowej dolnej u góry przechodziła w przerośniętą w kształcie wału, naj-
 najbardziej w obu końcach rozwiniętego, fałdę przejsiową górną — grubość fał-
 dy półksiężycowej przenosiła 3 mm., fałdy zaś przejsiowej górnej dochodziła
 przy końcach do 4 mm. Wycięcie całej fałdy i obu głównie przerosłych
 końców fałdy przejsiowej górnej usunęło i nowotwór i następstwa tegoż
 w chronicznym śluzotoku całej łącznicy i przybrzerznych owrzodzeniach ro-
 gówki ujawniające się. Preperat badany przez prof. Brodowskiego po-
 twierdził nasze rozpoznanie pod względem przerostu, przypuszczenie zaś, iż
 w przerośniętych częściach znajdujemy zwyrodnienie mączkowate nie sprawdziło
 się pomimo wielkiego prawdopodobieństwa opartego na zewnętrznym wosko-
 wem prawie wejrzaniu części przerosłych.

Zachęceni rezultatami, jakie w roku przeszłym operacją obcięcia łącznicy
 na około rogówki przy łuszczkach osiągnęliśmy, wykonaliśmy w roku bieżącym
 aż 10 takich operacyi na 9-iu oczach, to jest w 8 wypadkach skutek jednego
 obięcia był wystarczającym zupełnie, w jednym zaś wypadku należało opera-
 cyą częściowo powtórzyć. Przyszliśmy przytem do przekonania, iż przy ope-
 racyi tej najszerszy pasek łącznicy należy wycinać u góry, po operacyi bowiem
 oko operowane podlegając fizyologicznemu zwyczajowi, przez cały czas w któ-
 rym jest zabandażowane, skierowaniem zostaje ku górze, przez co ponad ro-
 gówką brzegi rany łącznicowej tak się zbliżają, że na drugi dzień po operacyi
 w niektórych wypadkach zrośnięcie łącznicy w tem miejscu dostrzegaliśmy;
 następne więc leczenie, jak np. przyżeganie rany saletrzanem srebra w celu wy-
 wołania większej i trwalszej blizny na około rogówki, w takich wypadkach
 u góry jest nader trudne. Rezultata bezpośrednie były we wszystkich wypadkach
 doskonałe, a chociaż w niektórych pojedyncze naczynia w kilka tygodni po
 operacyi znowu pokazywały się na rogówce, ale nie dochodziły w żadnym wy-
 padku do środka i wzrok raz polepszony na tej częściowej recydywie nie cier-
 piał, a co najważniejsze to to, że rogówki po tej operacyi daleko mniej wra-
 żliwemi się stawały na tarcie bliznowato zwyrodnionej łącznicy powiekowej.

Operacyi wycięcia tęczy częściowego wykonaliśmy w roku 1875 okrągłą
 ilość 100 z następującemi wskazaniem:

a)	z powodu jaskry zwyczajnej . . .	19
b)	" " ostrej . . .	6
c)	" " następczej . . .	2
d)	" " zupełn. z zapal. powikł. . .	2
e)	" plam rogówkowych . . .	12
f)	" plam z tęczą wrośniętą . . .	32
g)	" zapal. tęczy i wyrostk. rzęsk . . .	3
h)	" przyczepów tęczy tylnych ^{a)} . . .	12
i)	przed operacją zaciemka wiekowego . . .	4
k)	" zaciemków miękkich . . .	4
l)	przy zarosn. źrenicy w nast. oper. zac. . .	1

m) przy zarośn. źren. w nast. rozdr. zać.	1
n) przy zaciemku następczym	1
o) przy wadzie wrodz. oka (par str. 371)	1
	w ogóle 100

Rezultat dobry, t. j. pożądany mieliśmy po 87 operacjach, połowiczny w 7 wypadkach, żadnego rezultatu nie osiągnęliśmy w 6 wypadkach, a mianowicie: raz przy olbrzymiej plamie rogówkowej z wzrosniętą i zanikłą tęczą, gdzie do operacji przystąpiliśmy jedynie z nagłymi gorącymi prośbami olśniałego młodego człowieka który dwuletnią wojskową karierę skończył utratą wzroku po rocznym pobyście w jednym ze szpitali odeskich. W wypadku tym pomimo zrobionego jak najbardziej odśrodkowego ciecia i stosunkowo dosyć szerokiego, nie mogliśmy wyciągnąć większego kawałka tęczy, gdyż ta tak była zanikniętą, że się za każdym razem ujęta rozrywała, w końcu wypływ ciała szklatego zalecił powstrzymanie się od dalszych prób nieudatnych. Z innych bezskutecznych operacji mieliśmy na dwóch oczach podległych chronicznemu zapaleniu tęczy i wyrastków rzęskowych na jednym oku jedną, na drugim 2 operacje bez żadnego polepszenia, tak pod względem wzroku, jak i pod względem choroby. Pozostałe dwie były wykonane na jednym oku kobiety 35 letniej podległej jaskrze zwyczajnej. Jedno oko miała ta chora już zupełnie ślepe, drugiem rachowała palec na 3': wycięliśmy szeroki i jak najdokładniej oddzielony kawał tęczy od wewnątrz i góry, po operacji gałka wcale nie zmiękła, a komórka przednia dopiero po tygodniu wypełniła się ponownie cieczą wodną i to bardzo nie wielką ilością tejże; we 3 tygodnie już rana zupełnie zagojona była, ale twardość gałki wcale się nie zmniejszała a wzrok nie poprawiał, przystąpiliśmy tedy do wycięcia drugiego kawałka tęczy w temże oku i wycięliśmy z przeciwnej strony, t. j. od dołu i zewnątrz podobnież duży kawał jak najczyściej, ale i ta operacja została zupełnie bezskuteczną, bo objawy jaskry wcale się nie zmniejszyły i chora bez żadnego polepszenia instytut opuściła. Jeszcze w jednym wypadku jaskry zwyczajnej mieliśmy podobneż objawy po operacji wycięcia częściowego tęczy od góry; twardość gałki po operacji nie zmniejszała się bardzo długo i ranki dopiero w 10 dni po operacji trwale zarosły, ale potem gałki nieco zmiękły, a po przystawieniu kilku pijałek sztucznych na skroniach chora opuściła instytut z wyraźnem polepszeniem wzroku, który może i na zawsze zachowa. Mówię może, gdyż z doświadczenia wiem, że w wypadkach tak zachowujących się po operacji nie zawsze na trwały efekt rachować można, a niekiedy idzie po operacji szybko ku gorszemu i to jest jedyna słaba strona operacji wycięcia tęczy częściowego wskazanę jaskrą zwyczajną (przy ostrej reultat zawsze jest doskonały); na szczęście statystyka pooperacyjna bardzo mało takich wypadków wylicza $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ proc. zaledwie, więc w każdym razie operacja tą jeszcze lepsze osiągamy rezultaty, jak operacją zaciemka przez wydobyście. Operacje z połowicznym rezultatem (7) były wszystkie spowodowane już to błędami, już to trudnościami technicznymi przy wykonaniu i dały się drugą operacją poprawić. (Dokończenie nastąpi).

Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciechocińskich z r. 1875.

Przez Dra L. Mieczkowskiego, lekarza zdrojowego.

(Dalszy ciąg).

W zwykłych wypadkach gośca chronicznego wewnętrzne użycie wód mineralnych w celu zniesienia miejscowego przekrwienia lub wysięków, okazało się zbyt czynnem, jakiesmy to już powyżej wyrzekli. Na uwagę zasługuje jednak ważna obserwacja, że u ludzi tłustych zresztą dosyć zdrowych i dobrze odżywionych okazały się wszelkie metody leczenia bezskutecznymi, dopóki chorzy ci nie pozbędą się przez użycie Karlsbadu lub Maryenbadu kilku lub kilkunastu funtów tłuszczu, i dopiero naówczas powyżej wymienione leczenie kąpielami okaże się zbawiennem.

Na poparcie powyższych uwag przytoczę kilka przykładów z zeszłorocznej praktyki lekarskiej u wód mineralnych ciechocińskich.

W d. 8 czerwea r. z. przybyła z B. L. z porady szan. kol. Dr Burzyńskiego, starozakonna H. M., pięćdziesiąt i kilkoletnia mężatka, z zadawnionym goścem mięśniowym i częściowem porażeniem dolnych kończyn. Od młodości cieszyła się pożądanem zdrowiem; w średnim wieku zapadła powtórnie na różne choroby przewodu pokarmowego; nie mogła jednak dokładnie podać rodzaju przebytych chorób. Już przed czasem przekwitła poczęły się zjawiać różne dolegliwości w kończynach skutkiem przeziębienia, które wzmagać się stopniowo, odjęły jej w końcu częściowo władzę w nogach i zmusiły szukać pomocy u wód tutejszych.

Pacjentka jest słusznego wzrostu, silnej budowy ciała, ogromnej tuszy z wydatnym brzuchem, cery twarzy ciemno-śniadej, skóry brudnej i silnie rozwiniętego kościskładu. Ciężka i niedoleżna o chodzie, o ile ten w ogóle był możebnym przy wspierantu się na kulach lub otaczających ją przedmiotach, mówi dosyć płynnie, chociaż jej często przerywa czkawka, która dosyć często ją napada, przyczem podrzuca się cały korpus w górę skutkiem kurezów klonicznych, i to się zdarza po kilkakroć w czasie napadu. Bliższe badanie nie wykryło żadnych zboczeń w głowie i w trzewiach klatki piersiowej; tylko w jamie brzusznej znalazłem mierny przerost wątroby i skłonność do obstrukcyj, także wygórowaną drażliwość górnej części rdzenia kręgowego (*hypertrophia hepatis cum koprostasi et irritatio spinalis*). Stałe prądy od 4—6 elementów Stoererowskich wzbudziły silny odezyn w okolicy dolnych kręgów szyjowych i średnich lędźwiowych; pobudliwość zaś rdzenia kręgowego na przestrzeni pomiędzy kręgami szyjowemi i lędźwiowemi nie zbacza od prawidłowości. Chora znosi w tej okolicy z łatwością prądy od 16—18 elementów. Podwyższona drażliwość rdzenia kręgowego w okolicy 7-go kręga szyjowego za naciskiem daje się także wysledzić; napady drgawek jednak nie zjawiają ani powiększają się przy tej czynności. Głównie trapią pacjentkę bóle goścowe w kończynach, a przeważnie w dolnych. To czyni jej nogi do pewnego stopnia bezwładnemi z słusznją obawą, by nie wzniecić nowych bólów przez ruch, chociaż pobudli-

wość mięśni i nerwów w kończynach dolnych na prądy przerywane nie pozostawia nic do życzenia, nawet jest nieco podwyższona. Tusza bernardyńska z wypukłym na zewnątrz brzuchem kończą obraz zjawisk chorobliwych.

Dokonać chłonięcia wysięków w wątrobie i osłonkach mięśni i nerwów, co zdaje się być główną przyczyną bólów gośćcowych i częściowego porażenia nóg, a następnie wzmocnić osłabioną skórę, było pierwszym i ostatnim wskazaniem w naszym postępowaniu leczniczym. Zaleciłem przeto na wewnątrz wody Karlsbadzkie (Schlossbrunn i Mühlbrunn), mając przytem na celu zmydlenie tak obficie nagromadzonego w ustroju tłuszczu po poprzednim oczyszczeniu trzewiów za pomocą gorzkiej wody Hunyady Janos, a do zewnątrz kąpiele tutejsze 3 procentowe temp. 28°R., których własności chłonne starałem się epotęgować w dalszym ciągu kuracyi przez dodanie szlamu i ługu od 1—4 garncy każdego z nich. Okłady szlamowe ciepłe na prawy bok po godzinie dziennie i systematyczne stosowanie prądu stałego na rdzeń kręgowy 3 razy na tydzień przez minut 15—20 uzupełniły środki lecznicze, któremi posiłkowałem się w danym wypadku. Ze względu na uporeczywą drażliwość rdzenia kręgowego zaleciłem w dalszym ciągu kuracyi kąpiele błotne temper. 30°R., a pod koniec parówki z zimnym natryskiem, a pomyslnie skutki tego leczenia uwieńczyły po kilku tygodniach usiłowania moje. Bóle bowiem w nogach znikły zupełnie, odzywając się tylko od czasu do czasu w słabem nateżeniu przy zmianach powietrza; władza w nogach powróciła prawie w zupełności, a chora, którą wnoszono zrazu do źródła i kąpieli, używała pod koniec leczenia swobodnie własnych nóg do chodzenia. Przytem i wątroba, która przez nacisk zrzadzała czkawkę i różne dolegliwości w żołądku wróciła zwolna do normy. To wszystko udało mi się dokonać w przeciągu 6-ciu tygodni, w 7-ym przystąpiłem do natrysków zrazu szkockich (zimnych na przemian z gorącymi), a następnie w 8-m do zimnych, aby wzmocnić skórę i zobojętnić ją na wpł. wy atmosferyczne. Chora znosiła je cierpliwie i z dobrym skutkiem, a opuszczając nasz zakład pozbyła się kilkunastu funtów uciążliwego jej tłuszczu; jedyne drgawki, chociaż liczebnie i co do nateżenia nierównie słabsze nie ustąpiły ze wszystkim, prawdopodobnie z braku wytrwałości w leczeniu nieco uciążliwym galwanizmem; chora bowiem nie odbyła więcej nad 13 posiedzeń 15-tu minutowych. Zaleciłem ponownie kurację w r. p.

Następny wypadek zasługuje na szczególną uwagę z przyczyny towarzyszącemu głównej chorobie owrzodzeniu pod podeszwą tak zwanemu „mal perforant du pied.“

Pan A. Z., obywatel ziemski z K., przybył w sierpniu r. z. do Ciecho-cinka z porady szan. kel. Dra Byszczyńskiego, celem szukania pomocy u wód tutejszych z powodu przelatujących bólów w nogach i upartego owrzodzenia pod podeszwą. Delikatnej i wątłej budowy ciała, cieszył się od młodości nie najgorszym zdrowiem, chociaż nie należał w szkołach nigdy do siłaczy. W wieku dzieciennym przebył ostre wysypki bez dalszych następstw szkodliwych; mierne obrzmienie gruczołów szyjnych i pachwinowych świadczy jednak o przebytych zółzach w młodocianym wieku. Przed mniej więcej 1½ ro-

kiem uformował się strup mały pod podeszwą lewej nogi. z pod którego sączyła się ropa, czasem ciecz wodnista w małej ilości, a ile razy odjęło się ów strup, dostrzegłem wrzód dosyć suchy i czysty. Powodów i przyczyn pomienionego wrzodu i bólów przelotnych w kończynach chory nie zna. Uporczywość owrzodzenia pod podeszwą, które nie dozwalało mu swobodnego użycia nogi, pomimo iż chory miesiące przeleżał w łóżku, by je zagoić; i coraz częstsze napady bolesne w kończynach zagnęły w końcu pacyenta do udania się do naszego zakładu.

Przy bliższem badaniu nie wykryłem żadnych wad w trzewiach brzusznych i w klatce piersiowej. Wątła i delikatna budowa i mierny rozwój mięśni nadają choremu wygląd osoby słabowitej, tembardziej się ujawniający przy dosyć słusznym jego wzroście. Przelotne bóle w kończynach na kształt błyskawicy, czasem też i trwałe na minut 15—30 przeciągające się, nasuwają myśl szukania przyczyny choroby w gościeu chronicznym lub cierpieniu dynamicznem rdzenia kręgowego.

Kolumna pacierzowa za naciskiem nie jest bolesną, chociaż w górnej jej części w okolicy 7-go kręgu szyjowego, zjawia się nieco zwiększona drażliwość rdzenia kręgowego przy tłoczeniu palcem na kręgi. Prąd stały wywołuje natomiast silny odczyn w górnych i dolnych częściach kolumny pacierzowej ponad dolnemi kręgami szyjowemi i górnemi lędźwiowemi. Tu pacjent znosi zaledwie prądy od 4—6 elem., gdy środkowa część rdzenia kręgowego nie odznacza się tak dalece wygórowaną drażliwością, a chory znosi tam prądy od 12—16 elem. bez użalania się. Od czasu do czasu doświadcza pacjent jednak bólów samoistnych w krzyżu i nieco wyżej w kolumnie pacierzowej. Drgawek nie miał pacjent nigdy, chociaż tłoczenie w dołku i chwilowe kurcze żołądka są nie tak rzadkiem u niego zjawiskiem i to bez danej lub wiadomej przyczyny.

Pod podeszwą lewej nogi w odległości cala od palucha znajduje się owrzodzenie wielkości 3 groszniaka, w kształcie koła nieregularnie wyszczerbionego, wdrażające w głąb mięśni mniej więcej lejkowato, którego brzeg spodni stanowi gruba skóra podeszwy, dno i boczne ściany zniszczone posoką mięśnie brzuszca stopy. Z wrzodu wydziela się płyn wodnisto-ropiasty w bardzo małej ilości, tak że dno jego zdaje się zupełnie czystem i suchem, a tylko nasiej kła w znaczniejszym obwodzie skubanka świadczy dosyć obfitem wydzieleniu. Defekt ten nie sprawia choremu żadnego bólu, tylko utrudnia chód.

Zresztą należy pacjent do osób nerwowych i drażliwych.

Streszczając poprzednie objawy chorobliwe w jedną ilość, nasuwa nam się pytanie, czy mamy w osobie tego pacyenta przed sobą obraz przewlekłego gościea mięśniowego, czy podrażnienie rdzenia kręgowego z obwodowemi bólami. Brak wywołujących chorobę przyczyn (przeziębienia lub przemoczenia) zdaje się wykluczać pierwszą chorobę (gościec chroniczny); także przelotność bólów i szybkie przerzucanie się onych z jednego miejsca na drugie nie przemawia za obecnością jakiegoś chociażby najmniejszego wysięku lub nawet przekrwienia w osłonkach mięśni lub nerwów, któreby można posądzać za przyczynę

tych boleści; chociaż z drugiej strony ujawniająca się na twarzy i ciele chorego bezkrewność, skutkiem prawdopodobnie zastarzałych żołądów, usposabia nas do posądzania w danym razie obecności cierpień gościecowych.

Natomiast znaleźliśmy samoistne bóle w dolnej części kolumny pacierzowej, zwiększające się za naciskiem palcem—przynajmniej w górnej jego części; wygórowaną drażliwość rdzenia kręgowego w pomienionych miejscach na wpływ słabych prądów galwanicznych; skłonność do objawów kureczowych w obrębie nerwów, odpowiadających wrażliwym przestrzeniom rdzenia kręgowego (chwilowe kurcze żołądka); niezawisłość bólów obwodowych od nagłych zmian powietrza; a wreszcie wrzód atoniczny pod podeszwą (*mal perforant du pied*), co także zdaje się przemawiać nieomylnie za uszkodzoną innerwacją tej przestrzeni skutkiem głębszego cierpienia ośrodków nerwowych *). Wszystko to zdaje się nas upoważniać do przyjęcia podrażnienia rdzenia kręgowego (*irritatio spinalis*) za główne źródło choroby, a boleści w kończynach za zjawiska odśrodkowe (excentryczne) tego cierpienia; chociaż nie przeczy my, że naszemu rozpoznaniu choroby sprzeciwia się po części brak zaburzeń w innych nerwach, jak np. w sferze moczopłciowej; chory nie miewa trudności w wydzielaniu moczu, nie miewa silnego prężenia do urynowania i t. p.

Przyjmując jedno lub drugie, albo nawet obie te choroby połączone z sobą w danym wypadku, zawsze nie będziemy w kłopotcie co do wyboru właściwych środków, albowiek tak w pierwszym jak i drugim razie leczenie będzie też same.

Głównym zadaniem w danym wypadku było: przyspieszyć zmianę materii, celem prędszego usunięcia ostatnich zabytków żołądów w gruczołach limfatycznych, a zarazem znieść wygórowaną drażliwość rdzenia kręgowego za pomocą ciepła, przyczem znikną jednocześnie ewentualne wysięki lub przekrwienie w obwódkach mięśniowych i nerwowych, skoro takowe tam znajdują się. Obojga wskazaniom odpowiedzą uspakajające kąpiele solankowe temp. 27—25°R. przy pomocy słabej gazowej solanki do wewnątrz (Kissingen Ragoczy dziennie po butelce). Jednocześnie stosowałem prąd stały o 4—6 elem. na kolumnę pacierzową, 3 razy na tydzień po 20—30 minut. W miarę poprawy zwiększałem ilość elementów, dopóki nie doszedłem do 16-tu (po 18 posiedzeniu). Kąpiele solankowe zamieniłem na błotne temp. 30°R., później na parówki z natryskiem, a gdy bóle obwodowe znikły, na zimne natryski. Stopniowo polep-

*) Wedle Duplaj'a: w nerwach w okolicy wrzodu t. z. *perforant du pied* można było wykazać pierwotne zwyrodnienie tychże, którego przyczyny w wypadkach przez niego spostrzeganych, szukać należało w cierpieniu rdzenia kręgowego, po części w uszkodzeniach i naruszeniu ciągłości zwierzechnych części nerwów. To zwyrodnienie objaśniało zaburzenie w sferze czucia w wielkim obrębie owrzodzenia. Badania Wallera, Schiffa, Neumana i Eulenburga stwierdzają wraz z Duplaj'em zwyrodnienie tłuszczowe nerwów, przyczem i włókno osiowe uległo rozpadowi ziarnistemu. *Mal perforant* jest zatem sprawą owrzodzenia w okolicy zwyrodniałych nerwów, uwarunkowaną pierwotnem ich cierpieniem.

szał się stan zdrowia; przerwy pomiędzy napadami bólów w kończynach stawały się coraz większe, drażliwość rdzenia kręgowego zmniejszała się coraz bardziej, aż w końcu po mniej więcej 20-tu posiedzeniach galwanicznych prądy od 12—16 elem. nie wzbudzały silniejszego odczynu w miejscu choroby dotkniętem, jak w innych częściach kolumny pacierzowej. Samoistne bóle w krzyżu ustąpiły całkowicie. Najleniwiej i najuporczywiej postępowało gojenie się wrzodu pod podeszwą, a pomimo kąpeli i stosowania różnych środków ściągających w roztworach i maściach (*argent. nitr.*, *plumb. acct.*, *hydrarg amygdalo bichlorat* etc.) i zachowania nogi, o ile możności, w spokoju, nie udało mi się go zagoić w zupełności, a pacjent opuścił nasz zakład po 6-cio tygodniowej kuracyi jeszcze z małą i suchą rauką pod podeszwą, chociaż co do innych przypadłości zupełnie wyleczony. Z prognozy jednak nie wykluczałem możliwości powrotu bólów obwodowych.

Uporczywość wrzodów pod podeszwą znaną jest powszechnie; nie dziwiłem się też, że i to owrzodzenie nie zagoiło się w kąpielach. Odesłałem więc chorego po dalszą poradę do lekarza domowego, ale głównie zaleciłem leżenie w łóżku, dopóki nie zablizni się owrzodzenie.

Podrażnienie czyli drażliwość rdzenia kręgowego (*irritatio spinalis*) należy do rzędu chorób, które pomiędzy lekarzami posiadają prawie tylu zwolenników, co i przeciwników; załączam przeto kilka uwag, co rozumiem pod tym stanem. Podrażnienie rdzenia kręgowego jest cierpieniem czysto dynamicznem i nie pozostawia w trupie żadnych śladów zmian chorobliwych. Ponieważ miejscowy upust krwi zwykle zmniejsza lub przynajmniej łagodzi tę chorobę, przypuszczano, że przekrwienie lub zastoje żyłne są jedyną przyczyną tej choroby i uważano ją za identyczną z przekrwieniem rdzenia kręgowego; tak np. twierdzi Niemejer. Ale tego nie stwierdza ani badanie pośmiertne, ani też przebieg choroby. Przekrwienie (*hyperaemia*) jest wprawdzie zawsze ostatniem ogniwem każdej rwy nerwowej (newralgii); ale rwa jest przyczyną przekrwienia, a nie na odwrót. Z drugiej strony wszelkie bóle nerwowe (rwy) są objawami przypadkowemi w jakikolwiek sposób chorobie uległych nerwów; ztąd nie ulega wątpliwości, że i przekrwienie może czasem wywołać podrażnienie rdzenia kręgowego, ale naówezas takie podrażnienie rdzenia kręgowego z przekrwienia jest tylko pewnym gatunkiem podrażnienia, a nie jedyną przyczyną tej choroby, za co ją uważa wielu lekarzy. Skutkiem rwy wynikłe przekrwienie przechodzi z czasem—po długiem trwaniu—w zastoje żyłne, w zapalenie rdzenia kręgowego i może być nawet powodem dezorganizacyi rdzenia kręgowego. To nie zadziwi nikogo, co podobne zjawiska widywał w obrębie innych nerwów. Ztąd nie łatwo rozpoznać, kiedy podrażnienie przechodzi w zastój żyłny i odwrótnie, skoro nie obserwowało się chorego od samego początku do końca choroby.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy.

(Czytane na posiedzeniu Towarz. lekarzy gub. Płockiej dnia 15 grudnia 1875 roku).

Przez Dra Hoene.

(Dalszy ciąg).

Zdarzające się bowiem pojedyncze wypadki zapaleń łącznicowych należały prawie wyłącznie do kategorii prostych nieżytów z łagodnym przebiegiem, nieuniknionych w życiu koszarowym przy nagromadzeniu ludzi i niedostatecznym odwietrzaniu. Zdarzające się także obecnie wypadki zapaleń łącznicowych, o ile takowe nie są komplikowane pozostałemi z dawnych zapaleń ziarninowemi przerostami łącznicy, mają znacznie łagodniejszy przebieg i nie okazują wzmiankowanej obrzękłości faldy przechodniej. Oprócz zaraźliwością swoją odznacza się także *conjunct. contagiosa* silną skłonnością do przechodzenia w poważniejszą formę zapalne łącznicy, a mianowicie w t. zw. ostre granulacye, błonicowe zapalenia i w przewlekłe ropiaste śluzotoki (*ophthalmoblenorrhoea chronica*) łatwo przechodzące w stan ostry. Na tę właściwość zakaźnego nieżytu kładzie silny nacisk Hirschberg w wydanych przez siebie odczytach Graeffego. Fakt ten epidemia ostatnia również stwierdza. Wprawdzie wypadków błonicy ocznej miałem bardzo mało, albowiem na przeszło 900 chorych pojawiły się zaledwie 3 wypadki błonicy, nie licząc w to kilku wypadków powstałych skutkiem zarażenia wiewiórem, lecz zawdzięczać to tylko należy energicznym środkom i rozporządzeniom tutejszej władzy. W niewielkiej epidemii błonicowej na Bielanach w r. z., około 40 wypadków, we wszystkich razach poprzedzało rozwinięcie się błonicy zakaźne zapalenie łącznicy. Również należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że w czasie pojawienia się tej błonicowej epidemii, największa część przybywających chorych była dotkniętą tem zapaleniem. Wytwarzanie się błonicowego zapalenia w takich warunkach pochodzi prawdopodobnie li tylko z nagromadzenia chorych ocznych w danej miejscowości i nieodpowiedniego rozmieszczenia takowych. Mniemanie to stwierdzają wyżej wymienione fakta, dające się wytłumaczyć rozrzuceniem chorych na znacznej przestrzeni w peryodzie najsilniejszego natężenia rozwoju epidemii ocznej. Względnie pomyslnie jednak rezultata osiągnięte przez uchronienie się od wybuchnięcia błonicowej epidemii w znacznej części zmniejszonemi zostały wytwarzaniem się granulacyj, tak dalece, że w poprzednio danym opisie przebiegu klinicznego chcąc się trzymać wiernie spostrzeganego obrazu, zmuszony byłem pojawienie się granulacyj jako integralną część przebiegu choroby zamieścić. Nie chcę tém bynajmniej jednak zaprzeczać możności istnienia czystej formy zakaźnej niedoprowadzającej do wytworzenia granulacyj, tembardziej że nieraz obserwo wałem takową. Wypadki jednak takie były tu niezmiernie rzadkiemi wbrew twierdzeniu Hirschberga, który uważa granulacye jako powikłanie następcze, epidemicznie się pojawiające. Ropiaste zaś śluzotoki (*blenorrhoea chronica*) są następstwem anatomicznych zmian łącznicy. Rozluźnienie bowiem tkanki przy przekrwieniu pociąga za sobą jako konieczne następstwo zwiększenie wydzielin, faldzisty zaś układ łącznicy utrudniający wydalenie wydzielin warun-

kuje znowu ze swęj strony zwiększenie się takowych. Ważną dalej cechą uprawniającą w zupełności diagnostyczną różnicę pomiędzy *conjunct simplex a contagiosa* są stany następce powiek. *Conj. simplex chronica* najczęściej prowadzi za sobą *blepharitis et dermatitis angularis*, *blepharitis ulcerosa*, *eversio puncti lacrimalis inferioris* i t. d., czego dotąd nie spostrzegalem po *conj. contagiosa*.

Zakaźny nieżyt łącznicowy niepowikłany w pierwszych swoich stadyach łatwo daje się odróżnić od ostrych granulacyj. Trudność dyagnozy różniczkowej występuje dopiero w późniejszych okresach choroby i w wypadkach w których *conj. contagiosa* przyłącza się dopiero następnie. Ale i w takich razach bliższe rozpatrzenie daje nam możność rozróżnienia obydwóch tych form. Jako kryterium służy nam fałda przejściowa. owa cecha charakterystyczna zakaźnego kataru łącznicy. Wprawdzie i w czystej formie tak zwanych ostrych granulacyj łącznicy, zwłaszcza jeżeli jak się to wyjątkowo zdarza, ziarninowe narosty pokrywają wyłącznie samą tylko fałdę przejściową, takowa jest cokolwiek obrzękłą, obrzękłości téj jednak zawsze brakuje charakterystycznego zaokrąglenia. W dalszym zaś ciągu choroby nie zmniejszająca się silna drażliwość i szybkie zajęcia rogówki rozjaśniają nam wkrótce właściwy stan rzeczy. W wypadkach, w których granulacye i zakaźny nieżyt jednocześnie występują lub wikłają się wzajemnie, powstaje nieraz prawdziwa trudność w rozpoznaniu danej formy i wątpliwość co do momentu genetycznego sprawy zapalnej. Granulacye bowiem mogą zarówno być wynikiem stanu zapalnego zakaźnym nieżytem spowodowanego jak z drugiej znowu strony wywołują infiltracyę fałdy przejściowej, stanowiącą właściwość zakaźnego nieżytu. Dla takich form bardzo właściwą wydaje się nazwa proponowana przez Hirschberga *conj. contagiosa granulosa* lub *granuloso contagiosa* w miarę przeważania w danym wypadku granulacyj lub też obrzmienia fałdy przechodnięj.

Przejdźmy obecnie do anatomii patologicznej wymienionęj sprawy zapalnej. Wziąwszy pod uwagę obrzymie nieraz obrzmienie fałdy przejściowej ostro odgraniczone w typowych wypadkach od powiekowej części łącznicy, zachowującej częstokroć, za wyjątkiem rozszerzenia naczyń, prawie normalny swój wygląd, dochodzimy a priori do przekonania że proces anatomiczny nie ogranicza się tylko na samej błonie śluzowej, ale sięga także i głębszych warstw podkłonowych. Szczupły wprawdzie materiał, jakim w tym względzie mogłem rozporządzać, ograniczający się na preparatach zrobionych z wyciętych u 9 indywiduów w celach leczniczych kawalków fałdy przechodnięj, nie upoważnia do stanowczego określenia natury procesu zapalnego. To też wyrażony powyżej pogląd polega więcej na makroskopijnym wyglądzie. Wspomniane preparata okazały pod mikroskopem następujący wygląd: cylindryczny nabłonek fałdy przechodnięj zniszczony, błona śluzowa prawie pozbawiona nabłonka (prawdopodobnie skutkiem poprzednio używanych przypalań silnymi roztworami lapisu i mechanicznego uszkodzenia przy robieniu preparatów), ciała brodawkowe wyraźnie rozrośnięte, również te ostatnie, jak też i pozostałe części tkanki łącznej spojówki zawierały w znacznych ilościach małe, okrągłe, drobno-ziar-

niste, do limfoidnych elementów podobne komórki. Infiltracja ta w niektórych miejscach, zwłaszcza w powierzchniowych warstwach była tak znaczną, że włókienka tkanki łącznej stawały się niewidzialnymi, jak również i kontury tak nazywanych ciał brodawkowych. W jednym preparacie pochodzącym z zastarzałego wypadku, w którym także znacznie rozwiniętą była ziarnina, zauważyłem pomiędzy wymienionymi komórkami w powierzchniowych warstwach świeżo wytwarzającą się tkankę łączną bliznowatą rozpadającą się włóknkami swemi promienisto wśród komórek. Naczynia na powierzchni rozszerzone tworzyły łączące się ze sobą sploty, pomiędzy którymi leżały żółtawo zabarwione ciała Paciniego. Tak zwanych gruczołów Krauzego odnaleźć nie mogłem, a gruczoły limfatyczne (folikuly) tylko wyjątkowo dawały się widzieć.

Błona śluzowa łącznicy jest ściśle złączona w części powiekowej z leżącą pod nią chrząstką powiekową (*tarsus*), tak że nie daje się od tej ostatniej oddzielić, z przejściem zaś w fałdę przechodnią, pozyskuje więcej samodzielności mając pod sobą luźną tkankę łączną obfitującą w tłuszcz i wypełniającą oczodół. W skład jej wchodząca tkanka łączna należy do tak zwanej gruczołkowej tkanki łącznej (*adenoides Bindegewebe*), to jest tkanki łącznej, pomiędzy włóknkami której rozrzuconymi widzimy małe, okrągłe, podobne do limfoidnych elementów ciała. Czy opisane powyżej nagromadzenie się owych ciałek wśród włókienek tkanki łącznej pochodzi z emigracji ciałek białych, czy też polega na hyperplastycznych processach, są to pytania ściśle teoretycznej natury, których rozstrzygnięcie nie do nas należy. Uderzającym jest to ściśle ograniczenie się obrzmienia na fałdzie przechodniej, fakt który jedynie daje się tłumaczyć wzmiankowaną powyżej spójnością łącznicy z chrząstką powiekową, przez co infiltracja staje się znacznie utrudnioną. Że infiltracja ta w ostrych przynajmniej peryodach nie ogranicza się na samej łącznicy, ale zajmuje także głębsze warstwy za tem przemawiają: obrzmienie zewnętrznej powieki, szczególnie wyraźne w wyższych jej częściach i uporność takowego. Zwiększona drażliwość przyrzędu wzrokowego, jako też i następcze wikłające processa zapalne polegają na znanym anatomicznym rozkładzie naczyń.

Jak w każdym processie zapalnym łącznicy, tak też i w zakaźnym nicyście widzimy wytworzenie się na powierzchni takowej nierówności, pospolicie granulacjami zwanych. Polegają one na rozroście ciałek brodawkowych, jak również na wytworzeniu koniecznych narostów lub ziaren. Pomijam brodawkowe granulacje, jako łatwo przechodzące i spowodowane plastyczną i ogólną infiltracją części składowych łącznicy. Nauka nie wyrzekła jeszcze ostatecznego słowa co do natury drugiego rodzaju ziarniny ocznej. Głośniejsi badacze różnią się bardzo w określeniu takowej, jak to wykazują streszczone poniżej poglądy. Opierając się na wyżej opisanych preparatach, pochodzących z 9-iu indywiduów dość długi czas już cierpiących wywnioskowaćby należało: 1) Ziarniny pojawiające się jako zejście zakaźnego kataru grasującego na początku tego roku w wojskach w Płocku konsystujących nie należą ani do tak nazywanych gruczołkowych (limfatycznych), ani też do granulacji pochodzą-

cych z rozrostu ciał brodawkowych. 2) Patologiczno-anatomiczny proces w łącznicy polega na infiltracyi tkanki drobnymi komórkami, geneza których może być dwojaką. Albo wytwarzają się one z liczebnego rozrostu normalnie wśród tkanki łącznej rozrzuconych limfoidnych ciałek, albo też wyrażają one wywędrowane z naczyń ciałka białe krwi. Na prawdopodobieństwo ostatniego przypuszczenia naprowadza ta okoliczność, że infiltracya najwięcej jest rozwiniętą w bardziej powierzchownych warstwach, w których też spostrzega się najczęściej rozszerzonych i sploty tworzących naczyń. 3) Ziarnina wytwarzająca się po niezycie zakaźnym pochodzi z miejscowego nagromadzenia na powierzchni poprzednio opisanych komórek, nie okazując żadnego ograniczenia od otaczającej tkanki. Wytworzona tkanka komórkowa okazuje dążność do przejścia w tkankę bliznowatą.

Rozejrzmy się teraz po teoriach, jakie nam w tej mierze stawia nauka. Zdania są podzielone do pewnego stopnia na dwa obozy. Najdalej posuwa się Wecker, który przeprowadzając analogię ziarniny ocznej z gruźlicą, uważa taką jako nowotwór mający punkt wyjścia z rozmnożenia i nagromadzenia się składowych komórek łącznicy. Preuss badając histologicznie przemiany ziarniny, nie orzekając stanowczo natury takowej, wykazuje że występuje takowa pierwiastkowo w postaci nowotworów czysto komórkowych, zamieniając się następnie w fibroznną tkankę łączną. Schweiger uważa je, wsparty powagą Graeffego, jako prawdziwe limfatyczne nowotwory, mające za punkt wyjścia składowe komórki łącznicy.

Podobny też pogląd wyrażają Blumberg i Oettingen sprowadzając ziarninę do hyperplazji limfoidnych składowych elementów łącznicy, mających prawdopodobnie zółzowatą podstawę. Badania Wolfringa wykazują znowu, że tak nazywane jagłaki zależnymi są od nagromadzenia się komórek pośród tkanki łącznej, odgraniczających się w następstwie włókienkowatym otoczeniem i przybierających tem sam samem charakter prawdziwych granulacyi limfatycznych. I brodawkowe granulacje mogą również zamienić się w limfatyczne, przyczem w brodawkach nagromadzenie się komórek staje się tak obfitem, że włókienka przechodzą na drugi plan i odgraniczając takowe wytwarzają z nich okrągłą formę limfatycznego gruczolka.

Przytoczone tu poglądy schodzą się więc w tem, że ziarninowy proces łącznicy polega na komórkowej infiltracyi, prawdopodobnie limfoidnej, doprowadzającej do miejscowych odgraniczonych hyperplazji, skutkiem czego wytwarzają się nowotwory natury gruczolków limfatycznych. Przeciwno takiemu pogładowi stanowczo występuje Saemisch. Ziarninę zalicza on do nowotworów *sui generis*, nie mających żadnej łączności ani z limfoidnymi elementami, ani z brodawkami łącznicy i charakteryzujących się wstecznymi przemianami, doprowadzającemi do zmodyfikowania fizyologicznej budowy łącznicy.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

Wiadomości bieżące.

— Ropień wątroby po skaleczeniach głowy. Prze Dra B a r e n s p r u n g a (Arch. f. klin. Chir. t. XVIII. z. 3). Znaną jest rzeczą już od V a l s a l v y, że się ropnie w wątrobie wytwarzają często w następstwie obrażeń głowy. Wymyślano rozmaite teorie do wyjaśnienia tego związku, a nie usiłowano stwierdzać tego zjawiska. Autor niniejszego tematu opierając się częścią na teoretycznych roztrząsaniach, częścią na spostrzeżeniach robionych w szpitalu berlińskim, stara się dowieść, czy w ogóle istnieje przyczynowy związek pomiędzy skaleczeniami głowy, a ropniami w wątrobie i czy ropień wątroby nie zachodzi także po obrażeniach w ogóle. W pierwszej linii przytacza autor, że przy nieszczęśliwych stłuczeniach wątroby, zazwyczaj zachodzą obok obrażeń głowy i w wielu wypadkach nie dostrzegają się ich weale. Wiele tedy ropni w wątrobie, przy skaleczeniach czaszki zachodzących, mają przyczynę czysto urazową i są zupełnie przypadkowemi ich powikłaniami. Drugą przyczynową okoliczność dla ropni wątroby stanowią zatorowe procesy. Nie rzadko wydarza się, że po ciężkich skaleczeniach każdego rodzaju, które się łączą z gorączką, zakrzepy w żyłkach dolnych kończyn, w żyłach wielkich warg, pęcherza moczowego, odbytnicy i t. d., istniejące już od kilku lat, rozpadają się posocznie, i że ich odłamki dostają się w rozgązlenia żyły brannej i tym sposobem do wątroby, gdzie powodują ropnie. Podobne ropnie mają się wytwarzać przy skaleczeniach głowy skutkiem zatoru w okolicy tętnicy wątrobowej; niepewnem jest, czy się to dzieje przez zatorniki, które pochodzą z rany głowy i po swem przejściu przez naczynia włosowate płuc utykają w wątrobie; również niedowiedzionem jeszcze jest, czy przyczyną do rozwinięcia się ropni może być wnuknienie mikrokokków (Klebs). Bezpośrednio wpływ skaleczenia na wątrobę autor tłumaczy sobie tym sposobem, iż przyjmuje ostre przewłokniające obrzmienie komórek wątrobowych, które się rozwija w następstwie chłonej gorączki po skaleczeniach i pod wpływem ciśnienia na naczynia włosowate wątroby doprowadza do ograniczonych biało-żółtawych ognisk, w których utoczeniu komórki wątrobowe ulegają szybkiemu rozpadowi martwinnemu. W późniejszych okresach ogniska te są zupełnie podobne do właściwych ropniów, chociaż genetycznie różnią się od tychże. Niekiedy przewycięża chory pierwotne zakażenie, skaleczenie głowy goi się, lecz ogniska wątrobowe pozostają, świekszają się, dopiero później wywołują objawy i mogą się znacznie rozszerzyć, zanim chory umiera pod wpływem hektycznej gorączki. Ogniska te uważają się po części za ropnie wątroby. Na mocy tych spostrzeżeń autor przychodzi do tego przekonania, że przyczynowy związek pomiędzy ropniami wątroby i skaleczeniem głowy w każdym razie istnieje dla pewnych wypadków, że jednakże obrażenie głowy jako takie daleko częściej powoduje ropnie wątroby, aniżeli inne skaleczenia, tylko o tyle, iż częściej pociąga za sobą chłonej gorączkę i przypadkowe choroby przyranne w ogóle, aniżeli innego rodzaju urazy. Nie skaleczenie głowy samo prz z się, lecz wpływ tegoż na organizm w ogólności jest w tym względzie miarą; zbyt czemi tedy są wszystkie próby i teorie do wyjaśnienia związku pomiędzy skaleczeniami głowy a ropniami wątroby.

— Dwie pod względem praktycznym ważne nieprawidłowości naczyń (Dr L ü t t i c h — Arch. d. Heilkunde XVII. p. 70). Pierwszy wypadek, zarost (*obliteration*) aorty w bliskości przewodu B o t a l l a zachodził u zdrowego z resztą młodzieńca 26 letniego, który nagle zmarł skutkiem pęknięcia tętniaka okrojonego (*aneurysma dissecans*) aorty wstępującej. Przewód B o t a l l a był zamknięty, tuż za nim aorta na długość 1,2 ctm. była zamieniona w włóknisty powróż. Przeszkoda w krążeniu krwi wyrównała się przez mocne rozszerzenie tętnic sutkowych, międzyżebrowych, podobojczykowych i szyjnych. Za przyczyną wytworzenia się tej nieprawidłowości autor uważa dostanie się zakrzepu z przewodu B o t a l l a do światła aorty. Drugi wypadek dotyczy tętniaka przewodu tętniczego B o t a l l a, wytworzenia się zakrzepu w ostatnim, przejściu zakrzepicy na aortę i (z ominięciem walej, 1 ctm. długiej przestrzeni) na tętnice biodrowe wspólnie jako też na pobrzuszną prawą. Powodem tętniaka miało być zaburzenie w zarostcie przewodu B o t a l l a z jakiegobądź nieprawidłowości w krążeniu krwi, skutkiem czego zapadłe i mniej odporne ściany przewodu rozszerzyły się i na zamienionej już błonie wewnętrznej (*intima*) umożliwiły skrzepnienie włóknika i wytworzenie się zakrzepu.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibl. Umiejętn. Lek.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1876 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 lipca 1876 r. zaczyna się tom dwodziesty pierwszy. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem)

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1876 r. wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1874 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami mi wyżej wyliczonemi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874, wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek, dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na rok 1877. Przedpłata rsr. 1.

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicji, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

Druk. Gaz. Lek. Ul. Św. Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 27 Мал (8 Іюня) 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACJI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

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

TRESC: Rozprawy naukowe. Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875. Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko* (Dalszy ciąg). — Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy. (Czytane na posiedzeniu Tow. lekarzy gub. Płockiej d. 15 grudnia 1875 r.) Przez Dra *Hoene* (Dalszy ciąg). — Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciechocińskich z r. 1875. Przez Dra *L. Mieczkowski*, lekarza zdrojowego (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Ropień wątroby po skaleczeniach głowy. Dwie pod względem praktycznym ważne nieprawidłowości naczyń. — Dodatek. Chemii Lekarskiej ark. 17. Elektroterapii ark. 7. Propedentyka Lekarska ark. 11, 12 i 13. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 24.

Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875.

Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*,

(Dalszy ciąg).

Na dokładniejszy opis zasługuje wypadek wrodzonych nowotworów łącznicy, połączony z innymi wadami rozwojowymi oka, opisany już ale niedokładnie przez Dra *Talko* w N. 9 zeszłorocznego *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*.

Panna *C. J.* przybyła w końcu r. 1874 z tak rozlicznymi wadami w oku prawem i okolicach tegoż, że nie wiem czy nawet potrafię dać dosyć dokładny opis tych wszystkich niedokładności.

Przedewszystkiem wpada w oczy nietoremność nosa, który jest dużych rozmiarów, w górnej swjej części dosyć wąski i wysoki w dolnej przyplaszczony, szeroki i przeważnie ku stronie oka chorego rozwinięty—w całości swjej nieco zgięty i wygiętą stroną także do oka chorego zwrócony. Powieka górna prawidłowych wymiarów (35 mm.), przykrywa dokładnie dosyć wystającą gałkę; dolna skrócona szczelnie do gałki przystaje i przedstawia zmiany następujące: chrząstka dolnej powieki wymierzona pomiędzy kątem zewnętrznym

a punktem łzowym krótszą jest niż w najmniejszych oczach (22 mm., w oku lewym 26 mm.), natomiast pomiędzy punktem łzowym a kątem wewnętrznym część powieki dolnej ograniczająca od dołu jeziorko łzowe znacznie wydłużona (8 mm.), oczywiście i kanalik łzowy, który w górnym brzegu tejże przebiega; po za tą częścią powieki a raczej na wewnętrznej stronie tejże, znajdujemy wyniosłość czerwoną, wejrzeniem splaszczony polip przypominającą, szeroką 7 mm., wysoką zaś 4 mm., chrząstkowej twardości. Inne części łącznicy powiekowej i fałd przechodnich prawidłowe, kanalik dolny 8 mm. długi, górny 5 mm. Worek łzowy powiększony, w stanie chronicznego śluzotoku, wydziela dość znaczną ilość śluzu z ropą pomieszanego, przewód nosołzowy absolutnie zarosły.

Gałka prawidłowych, jak się zdaje wymiarów, nieco na zewnątrz zezująca; na łącznicy gałkowej w części tejże wewnętrznej, obok rogówki dostrzegamy dwa guziki skórzaste (dermoidy) jeden w południku poziomym, drugi zaś pod tym; górny nieco mniejszy (2 mm. szer., 1,5 mm. wysok.) dolny nieco większy—rogówka nieco zmniejszonych wymiarów (12 mm. szer., 9 mm. wys.), po za nią widzimy źrenicę, w górnym wewnętrznym kwadracie, w stosunku jakiby po zrobionem w tem miejscu wycięciu tęczy częściowem pozostał, z tem że tęcza obu brzegami zwieracza do blizny dotyka: źrenica ta jest niezwykle mała, półokrągła pod wpływem atropiny nieco rozszerzająca się, po za nią soczewka w części przezroczysta, w części zaś obwodowej pociemnieniami torebki zaciemniona. Po rozszerzeniu źrenicy badane wewnątrz oka wykazuje środki przejrzyste zupełnie przezroczystymi a siatkówkę i naczyniówkę w stanie zupełnego zdrowia, przy prawidłowej prawie refrakcyi (Hyperopia $\frac{1}{25}$) i sile widzenia zmniejszonej (S. $\frac{2}{3}$, gołem okiem N. 8 J. w 8", z + 24 N. 2 J.). W oku lewym zupełnie zdrowem rogówka jest we wszystkich wymiarach o 2 mm. większą, Hyperopia $\frac{1}{36}$ S. $\frac{2}{4}$ ze szkłem odpowiedniem N. 2 J. może nieco niezborności (*astigm.*). Wszystkie te anomalie w oku prawem zdają się być następstwem zboczeń rozwojowych, bo żadnych groźniejszych chorób ocznych pacjentka nasza nigdy w życiu nie przebywała, tylko od czasu jak sięgnąć może pamięcią, oko prawe zawsze było łzawiącym, w ostatnich zaś czasach zauważała objawy śluzotoku worka łzawego i w celu pozbycia się tej choroby do instytutu przybyła.

Wytłumaczenie powstania nowotworów łącznicy jest łatwe, skoro przypomnimy, że przy każdym rozszczepieniu powiek wrodzonym podobnego rodzaju nowotwory znajdują się na łącznicy i są zapewne tylko niewłaściwym umiejscowieniem i rozwojem elementów skórnych, które w części rozszczepionej powieki powinny były się znaleźć; w naszym wypadku nie ma wprawdzie rozszczepienia, ale jest niezawodny brak powieki, guzik na wewnętrznej części powieki dolnej, prawdopodobnie układem swym elementarnym także podobny do znajdujących się na łącznicy gałkowej, jest także tej samej co i tamte genezy.

Najtrudniej dają się wytłumaczyć zmiany w tęczy; gdybyśmy je w dolnej części znaleźli, to moglibyśmy od rozszczepienia wrodzonego tęczy wyprowadzać, ale w górnej połowie tęczy zmiana ta nigdy nie bywa, prawdopodobnie więc jest

ona następstwem stanu patologicznego, może jeszcze w czasie okresu życia wmaciecznego (*intraterin.*), w rogówce u obwodu tejże odbywającego się, zapewne było tam owrzodzenie, ukończone przedziurawieniem, wypadnięciem tęczy i wrośnięciem tejże w bliznę następnie powstałą. Że blizny takowe w okresie tym doskonale się goją i żadnych prawie po sobie znaków nie pozostawiają, dowodem tego są tak zwane zaciemki piramidalne, które też są następstwem pęknięcia środkowego rogówki i czasowego zetknięcia się z raną torebki soczewkowej, która następnie po zagojeniu rogówki odsuwa się od tejże a produktu patologiczne na jej powierzchni z tej epoki pozostałe, albo zamierają, tak że pozostaje tylko mały wyrostek na przedniej torebce, albo w niektórych razach (nie częstych) zmniejszają się tylko i na resztę życia pozostają w postaci drobniutkiej niteczki łączącej nieznaczną prawie bliznę rogówki z soczewką. Ze strony terapeutycznej przedewszystkiem należało usunąć najważniejszą i najprzykrzejszą dolegliwość, t. j. śluzotok worka łzowego; w tym celu po poprzednim przekonaniu się, iż przewód nosłzowy jest zupełnie zarośnięty, rozcięliśmy zewnętrzną przednią ścianę worka i po zniszczeniu chlorkiem cynku błony śluzowej tegoż, sprowadziliśmy zarośnięcie (*obliteratio*) worka. Następnie na wyraźne żądanie chorej probowaliśmy usunąć guzieczki z łącznicy galkowej, gdy jednak po dokładnem odcięciu dolnego i zakrycia ranki po tej operacji pozostałej łącznicą z dołu naciągniętą, efekt pod względem kosmetycznym był ujemny, bo część łącznicy zakrywająca została na zawsze nieco obrzmiała i czerwienią od części sąsiednich, drugiego guzieczka już nie dotknęliśmy. Staraliśmy się następnie kosmetykę oka pod względem nieprawidłowo pomieszczonej źrenicy poprawić i w tym celu wąską lancą zrobiliśmy ranę w rogówce 4—5 mm. szeroką równoległą do obwodu i odległą do tegoż na 4 mm. w kwadrancie zewnętrznym dolnym, cążkami przez tęż ranę wprowadzonymi chwyciliśmy brzeg źreniczny w samym środku tegoż i wyciągniętą część tęczy na zewnątrz obejliśmy, starając się w ten sposób utworzyć środkową źreniczkę i mieliśmy bezpośrednio po operacji a nawet na drugi dzień jeszcze przyjemność zadowolenia z zupełnego udania się naszych zamiarów.

Niestety jednak, w ciągu tygodnia następnego (podczas którego nie byłem w Warszawie) część tęczy stanowiąca zewnętrzną dolną granicę źrenicy—czy zaniknęła, czy się rozerwała, na to odpowiedzieć nie umiem, to pewna, że znikła zupełnie i źrenica sztuczna sięga obecnie aż do obwodu rogówki i przechodzi w poprzek od góry wewnątrz na dół i zewnątrz po za rogówką (brzeg soczewki i wyrostki rzęskowe doskonale widzieć się dają).

Wzrok n.e. na tem nie zyskał i nie stracił, ale kosmetyka dużo straciła i panna C. J., która miała nadzieję zupełnie wyłataną instytut opuścić wyszła nie zadowolnioną z okulistów.

Z lepszym powodzeniem operowałem przerośniętą fałdę półksiężycową w oku prawem 67 letniego kowala K. J. Tak wielkiego przerostu jeszcze nie miałem sposobności obserwowania, fałda bowiem wypełniała cały kąt oka wewnętrzny brzegiem swym zachodząc na rogówkę i stanowiąc (przy patrzeniu wprost przed się) styczną ze źrenicą; u dołu fałda ginęła w łącznicy fałdy

przejsiowej dolnej u góry przechodziła w przerośniętą w kształcie wału, naj-
 najbardziej w obu końcach rozwiniętego, fałdę przejsiową górną — grubość fał-
 dy półksiężycowej przenosiła 3 mm., fałdy zaś przejsiowej górnej dochodziła
 przy końcach do 4 mm. Wycięcie całej fałdy i obu głównie przerosłych
 końców fałdy przejsiowej górnej usunęło i nowotwór i następstwa tegoż
 w chronicznym śluzotoku całej łącznicy i przybrzerznych owrzodzeniach ro-
 gówki ujawniające się. Preperat badany przez prof. Brodowskiego po-
 twierdził nasze rozpoznanie pod względem przerostu, przypuszczenie zaś, iż
 w przerośniętych częściach znajdujemy zwyrodnienie mączkowate nie sprawdziło
 się pomimo wielkiego prawdopodobieństwa opartego na zewnętrznym wosko-
 wem prawie wejrzaniu części przerosłych.

Zachęceni rezultatami, jakie w roku przeszłym operacją obcięcia łącznicy
 na około rogówki przy łuszczkach osiągnęliśmy, wykonaliśmy w roku bieżącym
 aż 10 takich operacyi na 9-iu oczach, to jest w 8 wypadkach skutek jednego
 obięcia był wystarczającym zupełnie, w jednym zaś wypadku należało opera-
 cyą częściowo powtórzyć. Przyszliśmy przytem do przekonania, iż przy ope-
 racyi tej najszerszy pasek łącznicy należy wycinać u góry, po operacyi bowiem
 oko operowane podlegając fizyologicznemu zwyczajowi, przez cały czas w któ-
 rym jest zabandażowane, skierowanem zostaje ku górze, przez co ponad ro-
 gówką brzegi rany łącznicowej tak się zbliżają, że na drugi dzień po operacyi
 w niektórych wypadkach zrośnięcie łącznicy w tem miejscu dostrzegaliśmy;
 następne więc leczenie, jak np. przyżeganie rany saletrzanem srebra w celu wy-
 wołania większej i trwalszej blizny na około rogówki, w takich wypadkach
 u góry jest nader trudne. Rezultata bezpośrednie były we wszystkich wypadkach
 doskonałe, a chociaż w niektórych pojedyncze naczynia w kilka tygodni po
 operacyi znowu pokazywały się na rogówce, ale nie dochodziły w żadnym wy-
 padku do środka i wzrok raz polepszony na tej częściowej recydywie nie cier-
 piał, a co najważniejsze to to, że rogówki po tej operacyi daleko mniej wra-
 żliwemi się stawały na tarcie bliznowato zwyrodnionej łącznicy powiekowej.

Operacyi wycięcia tęczy częściowego wykonaliśmy w roku 1875 okrągłą
 ilość 100 z następującemi wskazaniem:

a)	z powodu jaskry zwyczajnej . . .	19
b)	" " ostrej . . .	6
c)	" " następczej . . .	2
d)	" " zupełn. z zapal. powikł. . .	2
e)	" plam rogówkowych . . .	12
f)	" plam z tęczą wrośniętą . . .	32
g)	" zapal. tęczy i wyrostk. rzęsk . . .	3
h)	" przyczepów tęczy tylnych ^a . . .	12
i)	przed operacją zaciemka wiekowego . . .	4
k)	" zaciemków miękkich . . .	4
l)	przy zarosn. źrenicy w nast. oper. zac. . .	1

m) przy zarośn. źren. w nast. rozdr. zać.	1
n) przy zaciemku następczym	1
o) przy wadzie wrodz. oka (par str. 371)	1
	w ogóle 100

Rezultat dobry, t. j. pożądany mieliśmy po 87 operacjach, połowiczny w 7 wypadkach, żadnego rezultatu nie osiągnęliśmy w 6 wypadkach, a mianowicie: raz przy olbrzymiej plamie rogówkowej z wzrosniętą i zanikłą tęczą, gdzie do operacji przystąpiliśmy jedynie z nagłymi gorącymi prośbami olśniałego młodego człowieka który dwuletnią wojskową karierę skończył utratą wzroku po rocznym pobyście w jednym ze szpitali odeskich. W wypadku tym pomimo zrobionego jak najbardziej odśrodkowego ciecia i stosunkowo dosyć szerokiego, nie mogliśmy wyciągnąć większego kawałka tęczy, gdyż ta tak była zanikniętą, że się za każdym razem ujęta rozrywała, w końcu wypływ ciała szklatego zalecił powstrzymanie się od dalszych prób nieudatnych. Z innych bezskutecznych operacji mieliśmy na dwóch oczach podległych chronicznemu zapaleniu tęczy i wyrastków rzęskowych na jednym oku jedną, na drugim 2 operacje bez żadnego polepszenia, tak pod względem wzroku, jak i pod względem choroby. Pozostałe dwie były wykonane na jednym oku kobiety 35 letniej podległej jaskrze zwyczajnej. Jedno oko miała ta chora już zupełnie ślepe, drugiem rachowała palec na 3': wycięliśmy szeroki i jak najdokładniej oddzielony kawał tęczy od wewnątrz i góry, po operacji gałka wcale nie zmiękła, a komórka przednia dopiero po tygodniu wypełniła się ponownie cieczą wodną i to bardzo nie wielką ilością tejże; we 3 tygodnie już rana zupełnie zagojona była, ale twardość gałki wcale się nie zmniejszała a wzrok nie poprawiał, przystąpiliśmy tedy do wycięcia drugiego kawałka tęczy w temże oku i wycięliśmy z przeciwnej strony, t. j. od dołu i zewnątrz podobnież duży kawał jak najczyściej, ale i ta operacja została zupełnie bezskuteczną, bo objawy jaskry wcale się nie zmniejszyły i chora bez żadnego polepszenia instytut opuściła. Jeszcze w jednym wypadku jaskry zwyczajnej mieliśmy podobneż objawy po operacji wycięcia częściowego tęczy od góry; twardość gałki po operacji nie zmniejszała się bardzo długo i ranki dopiero w 10 dni po operacji trwale zarosły, ale potem gałki nieco zmiękły, a po przystawieniu kilku pijałek sztucznych na skroniach chora opuściła instytut z wyraźnem polepszeniem wzroku, który może i na zawsze zachowa. Mówię może, gdyż z doświadczenia wiem, że w wypadkach tak zachowujących się po operacji nie zawsze na trwały efekt rachować można, a niekiedy idzie po operacji szybko ku gorszemu i to jest jedyna słaba strona operacji wycięcia tęczy częściowego wskazanę jaskrą zwyczajną (przy ostrej reultat zawsze jest doskonały); na szczęście statystyka pooperacyjna bardzo mało takich wypadków wylicza $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ proc. zaledwie, więc w każdym razie operacja tą jeszcze lepsze osiągamy rezultaty, jak operacją zaciemka przez wydobyście. Operacje z połowicznym rezultatem (7) były wszystkie spowodowane już to błędami, już to trudnościami technicznymi przy wykonaniu i dały się drugą operacją poprawić. (Dokończenie nastąpi).

Ważniejsze wypadki z praktyki lekarskiej u wód mineralnych Ciechocińskich z r. 1875.

Przez Dra L. Mieczkowskiego, lekarza zdrojowego.

(Dalszy ciąg).

W zwykłych wypadkach gośca chronicznego wewnętrzne użycie wód mineralnych w celu zniesienia miejscowego przekrwienia lub wysięków, okazało się zbyt czynnem, jakiesmy to już powyżej wyrzekli. Na uwagę zasługuje jednak ważna obserwacja, że u ludzi tłustych zresztą dosyć zdrowych i dobrze odżywionych okazały się wszelkie metody leczenia bezskutecznymi, dopóki chorzy ci nie pozbędą się przez użycie Karlsbadu lub Maryenbadu kilku lub kilkunastu funtów tłuszczu, i dopiero naówczas powyżej wymienione leczenie kąpielami okaże się zbawiennem.

Na poparcie powyższych uwag przytoczę kilka przykładów z zeszłorocznej praktyki lekarskiej u wód mineralnych ciechocińskich.

W d. 8 czerwea r. z. przybyła z B. L. z porady szan. kol. Dr Burzyńskiego, starozakonna H. M., pięćdziesiąt i kilkoletnia mężatka, z zadawnionym goścem mięśniowym i częściowem porażeniem dolnych kończyn. Od młodości cieszyła się pożądanem zdrowiem; w średnim wieku zapadła powtórnie na różne choroby przewodu pokarmowego; nie mogła jednak dokładnie podać rodzaju przebytych chorób. Już przed czasem przekwitła poczęły się zjawiać różne dolegliwości w kończynach skutkiem przeziębienia, które wzmagane się stopniowo, odjęły jej w końcu częściowo władzę w nogach i zmusiły szukać pomocy u wód tutejszych.

Pacjentka jest słusznego wzrostu, silnej budowy ciała, ogromnej tuszy z wydatnym brzuchem, cery twarzy ciemno-śniadej, skóry brudnej i silnie rozwiniętego kościskładu. Ciężka i niedołężna o chodzie, o ile ten w ogóle był możebnym przy wspierantu się na kulach lub otaczających ją przedmiotach, mówi dosyć płynnie, chociaż jej często przerywa czkawka, która dosyć często ją napada, przyczem podrzuca się cały korpus w górę skutkiem kurezów klonicznych, i to się zdarza po kilkakroć w czasie napadu. Bliższe badanie nie wykryło żadnych zbożeń w głowie i w trzewiach klatki piersiowej; tylko w jamie brzusznej znalazłem mierny przerost wątroby i skłonność do obstrukcyj, także wygórowaną drażliwość górnej części rdzenia kręgowego (*hypertrophia hepatis cum koprostasi et irritatio spinalis*). Stałe prądy od 4—6 elementów Stoererowskich wzbudziły silny odezyn w okolicy dolnych kręgów szyjowych i średnich lędźwiowych; pobudliwość zaś rdzenia kręgowego na przestrzeni pomiędzy kręgami szyjowemi i lędźwiowemi nie zbacza od prawidłowości. Chora znosi w tej okolicy z łatwością prądy od 16—18 elementów. Podwyższona drażliwość rdzenia kręgowego w okolicy 7-go kręga szyjowego za naciskiem daje się także wysledzić; napady drgawek jednak nie zjawiają ani powiększają się przy tej czynności. Głównie trapią pacjentkę bóle goścowe w kończynach, a przeważnie w dolnych. To czyni jej nogi do pewnego stopnia bezwładnemi z słusznją obawą, by nie wzniecić nowych bólów przez ruch, chociaż pobudli-

wość mięśni i nerwów w kończynach dolnych na prądy przerywane nie pozostawia nic do życzenia, nawet jest nieco podwyższona. Tusza bernardyńska z wypukłym na zewnątrz brzuchem kończą obraz zjawisk chorobliwych.

Dokonać chłonięcia wysięków w wątrobie i osłonkach mięśni i nerwów, co zdaje się być główną przyczyną bólów gośćcowych i częściowego porażenia nóg, a następnie wzmocnić osłabioną skórę, było pierwszym i ostatnim wskazaniem w naszym postępowaniu leczniczem. Zaleciłem przeto na wewnątrz wody Karlsbadzkie (Schlossbrunn i Mühlbrunn), mając przytem na celu zmydlenie tak obficie nagromadzonego w ustroju tłuszczu po poprzednim oczyszczeniu trzewiów za pomocą gorzkiej wody Hunyady Janos, a do zewnątrz kąpiele tutejsze 3 procentowe temp. 28°R., których własności chłonne starałem się epotęgować w dalszym ciągu kuracyi przez dodanie szlamu i ługu od 1—4 garncy każdego z nich. Okłady szlamowe ciepłe na prawy bok po godzinie dziennie i systematyczne stosowanie prądu stałego na rdzeń kręgowy 3 razy na tydzień przez minut 15—20 uzupełniły środki lecznicze, któremi posiłkowałem się w danym wypadku. Ze względu na uporeczywą drażliwość rdzenia kręgowego zaleciłem w dalszym ciągu kuracyi kąpiele błotne temper. 30°R., a pod koniec parówki z zimnym natryskiem, a pomyslnie skutki tego leczenia uwieńczyły po kilku tygodniach usiłowania moje. Bóle bowiem w nogach znikły zupełnie, odzywając się tylko od czasu do czasu w słabem nateżeniu przy zmianach powietrza; władza w nogach powróciła prawie w zupełności, a chora, którą wnoszono zrazu do źródła i kąpieli, używała pod koniec leczenia swobodnie własnych nóg do chodzenia. Przytem i wątroba, która przez nacisk zrzadzała czkawkę i różne dolegliwości w żołądku wróciła zwolna do normy. To wszystko udało mi się dokonać w przeciągu 6-ciu tygodni, w 7-ym przystąpiłem do natrysków zrazu szkockich (zimnych na przemian z gorącymi), a następnie w 8-m do zimnych, aby wzmocnić skórę i zobojętnić ją na wpł. wy atmosferyczne. Chora znosiła je cierpliwie i z dobrym skutkiem, a opuszczając nasz zakład pozbyła się kilkunastu funtów uciążliwego jej tłuszczu; jedyne drgawki, chociaż liczebnie i co do nateżenia nierównie słabsze nie ustąpiły ze wszystkim, prawdopodobnie z braku wytrwałości w leczeniu nieco uciążliwym galwanizmem; chora bowiem nie odbyła więcej nad 13 posiedzeń 15-tu minutowych. Zaleciłem ponownie kuracyę w r. p.

Następny wypadek zasługuje na szczególną uwagę z przyczyny towarzyszącemu głównej chorobie owrzodzeniu pod podeszwą tak zwanemu „mal perforant du pied.“

Pan A. Z., obywatel ziemski z K., przybył w sierpniu r. z. do Ciecho-cinka z porady szan. kel. Dra Byszczyńskiego, celem szukania pomocy u wód tutejszych z powodu przelatujących bólów w nogach i upartego owrzodzenia pod podeszwą. Delikatnej i wątłej budowy ciała, cieszył się od młodości nie najgorszym zdrowiem, chociaż nie należał w szkołach nigdy do siłaczy. W wieku dzieciennym przebył ostre wysypki bez dalszych następstw szkodliwych; mierne obrzmienie gruczołów szyjnych i pachwinowych świadczy jednak o przebytych zółzach w młodocianym wieku. Przed mniej więcej 1½ ro-

kiem uformował się strup mały pod podeszwą lewej nogi. z pod którego sączyła się ropa, czasem ciecz wodnista w małej ilości, a ile razy odjęło się ów strup, dostrzegłem wrzód dosyć suchy i czysty. Powodów i przyczyn pomienionego wrzodu i bólów przelotnych w kończynach chory nie zna. Uporczywość owrzodzenia pod podeszwą, które nie dozwalało mu swobodnego użycia nogi, pomimo iż chory miesiące przeleżał w łóżku, by je zagoić; i coraz częstsze napady bolesne w kończynach zagnęły w końcu pacyenta do udania się do naszego zakładu.

Przy bliższem badaniu nie wykryłem żadnych wad w trzewiach brzusznych i w klatce piersiowej. Wątła i delikatna budowa i mierny rozwój mięśni nadają choremu wygląd osoby słabowitej, tembardziej się ujawniający przy dosyć słusznym jego wzroście. Przelotne bóle w kończynach na kształt błyskawicy, czasem też i trwałe na minut 15—30 przeciągające się, nasuwają myśl szukania przyczyny choroby w gościeu chronicznym lub cierpieniu dynamicznem rdzenia kręgowego.

Kolumna pacierzowa za naciskiem nie jest bolesną, chociaż w górnej jej części w okolicy 7-go kręgu szyjowego, zjawia się nieco zwiększona drażliwość rdzenia kręgowego przy tłoczeniu palcem na kręgi. Prąd stały wywołuje natomiast silny odczyn w górnych i dolnych częściach kolumny pacierzowej ponad dolnemi kręgami szyjowemi i górnemi lędźwiowemi. Tu pacjent znosi zaledwie prądy od 4—6 elem., gdy środkowa część rdzenia kręgowego nie odznacza się tak dalece wygórowaną drażliwością, a chory znosi tam prądy od 12—16 elem. bez użalania się. Od czasu do czasu doświadcza pacjent jednak bólów samoistnych w krzyżu i nieco wyżej w kolumnie pacierzowej. Drgawek nie miał pacjent nigdy, chociaż tłoczenie w dołku i chwilowe kurcze żołądka są nie tak rzadkiem u niego zjawiskiem i to bez danej lub wiadomej przyczyny.

Pod podeszwą lewej nogi w odległości cala od palucha znajduje się owrzodzenie wielkości 3 groszniaka, w kształcie koła nieregularnie wyszczerbionego, wdrażające w głąb mięśni mniej więcej lejkowato, którego brzeg spodni stanowi gruba skóra podeszwy, dno i boczne ściany zniszczone posoką mięśnie brzuszca stopy. Z wrzodu wydziela się płyn wodnisto-ropiasty w bardzo małej ilości, tak że dno jego zdaje się zupełnie czystem i suchem, a tylko nasiej kła w znaczniejszym obwodzie skubanka świadczy dosyć obfitem wydzieleniu. Defekt ten nie sprawia choremu żadnego bólu, tylko utrudnia chód.

Zresztą należy pacjent do osób nerwowych i drażliwych.

Streszczając poprzednie objawy chorobliwe w jedną ilość, nasuwa nam się pytanie, czy mamy w osobie tego pacyenta przed sobą obraz przewlekłego gościea mięśniowego, czy podrażnienie rdzenia kręgowego z obwodowemi bólami. Brak wywołujących chorobę przyczyn (przeziębienia lub przemoczenia) zdaje się wykluczać pierwszą chorobę (gościec chroniczny); także przelotność bólów i szybkie przerzucanie się onych z jednego miejsca na drugie nie przemawia za obecnością jakiegoś chociażby najmniejszego wysięku lub nawet przekrwienia w osłonkach mięśni lub nerwów, któreby można posądzać za przyczynę

tych boleści; chociaż z drugiej strony ujawniająca się na twarzy i ciele chorego bezkrewność, skutkiem prawdopodobnie zastarzałych żołązków, usposabia nas do posądzania w danym razie obecności cierpień gościecowych.

Natomiast znaleźliśmy samoistne bóle w dolnej części kolumny pacierzowej, zwiększające się za naciskiem palcem—przynajmniej w górnej jego części; wygórowaną drażliwość rdzenia kręgowego w pomienionych miejscach na wpływ słabych prądów galwanicznych; skłonność do objawów kureczowych w obrębie nerwów, odpowiadających wrażliwym przestrzeniom rdzenia kręgowego (chwilowe kurcze żołądka); niezawisłość bólów obwodowych od nagłych zmian powietrza; a wreszcie wrzód atoniczny pod podeszwą (*mal perforant du pied*), co także zdaje się przemawiać nieomylnie za uszkodzoną innerwacją tej przestrzeni skutkiem głębszego cierpienia ośrodków nerwowych *). Wszystko to zdaje się nas upoważniać do przyjęcia podrażnienia rdzenia kręgowego (*irritatio spinalis*) za główne źródło choroby, a boleści w kończynach za zjawiska odśrodkowe (excentryczne) tego cierpienia; chociaż nie przeczy my, że naszemu rozpoznaniu choroby sprzeciwia się po części brak zaburzeń w innych nerwach, jak np. w sferze moczopłciowej; chory nie miewa trudności w wydzielaniu moczu, nie miewa silnego prężenia do urynowania i t. p.

Przyjmując jedno lub drugie, albo nawet obie te choroby połączone z sobą w danym wypadku, zawsze nie będziemy w kłopotcie co do wyboru właściwych środków, albowiek tak w pierwszym jak i drugim razie leczenie będzie też same.

Głównym zadaniem w danym wypadku było: przyspieszyć zmianę materii, celem prędszego usunięcia ostatnich zabytków żołązków w gruczołach limfatycznych, a zarazem znieść wygórowaną drażliwość rdzenia kręgowego za pomocą ciepła, przyczem znikną jednocześnie ewentualne wysięki lub przekrwienie w obwódkach mięśniowych i nerwowych, skoro takowe tam znajdują się. Obojga wskazaniom odpowiedzą uspakajające kąpiele solankowe temp. 27—25°R. przy pomocy słabej gazowej solanki do wewnątrz (Kissingen Ragoczy dziennie po butelce). Jednocześnie stosowałem prąd stały o 4—6 elem. na kolumnę pacierzową, 3 razy na tydzień po 20—30 minut. W miarę poprawy zwiększałem ilość elementów, dopóki nie doszedłem do 16-tu (po 18 posiedzeniu). Kąpiele solankowe zamieniłem na błotne temp. 30°R., później na parówki z natryskiem, a gdy bóle obwodowe znikły, na zimne natryski. Stopniowo polep-

*) Wedle Duplaj'a: w nerwach w okolicy wrzodu t. z. *perforant du pied* można było wykazać pierwotne zwyrodnienie tychże, którego przyczyny w wypadkach przez niego spostrzeganych, szukać należało w cierpieniu rdzenia kręgowego, po części w uszkodzeniach i naruszeniu ciągłości zwierzechnych części nerwów. To zwyrodnienie objaśniało zaburzenie w sferze czucia w wielkim obrębie owrzodzenia. Badania Wallera, Schiffa, Neumana i Eulenburga stwierdzają wraz z Duplaj'em zwyrodnienie tłuszczowe nerwów, przyczem i włókno osiowe uległo rozpadowi ziarnistemu. *Mal perforant* jest zatem sprawą owrzodzenia w okolicy zwyrodniałych nerwów, uwarunkowaną pierwotnem ich cierpieniem.

szał się stan zdrowia; przerwy pomiędzy napadami bólów w kończynach stawały się coraz większe, drażliwość rdzenia kręgowego zmniejszała się coraz bardziej, aż w końcu po mniej więcej 20-tu posiedzeniach galwanicznych prądy od 12—16 elem. nie wzbudzały silniejszego odczynu w miejscu choroby dotkniętem, jak w innych częściach kolumny pacierzowej. Samoistne bóle w krzyżu ustąpiły całkowicie. Najleniwiej i najuporczywiej postępowało gojenie się wrzodu pod podeszwą, a pomimo kąpeli i stosowania różnych środków ściągających w roztworach i maściach (*argent. nitr.*, *plumb. acct.*, *hydrarg amygdalo bichlorat* etc.) i zachowania nogi, o ile możności, w spokoju, nie udało mi się go zagoić w zupełności, a pacjent opuścił nasz zakład po 6-cio tygodniowej kuracyi jeszcze z małą i suchą rawką pod podeszwą, chociaż co do innych przypadłości zupełnie wyleczony. Z prognozy jednak nie wykluczałem możliwości powrotu bólów obwodowych.

Uporczywość wrzodów pod podeszwą znaną jest powszechnie; nie dziwiłem się też, że i to owrzodzenie nie zagoiło się w kąpielach. Odesłałem więc chorego po dalszą poradę do lekarza domowego, ale głównie zaleciłem leżenie w łóżku, dopóki nie zablizni się owrzodzenie.

Podrażnienie czyli drażliwość rdzenia kręgowego (*irritatio spinalis*) należy do rzędu chorób, które pomiędzy lekarzami posiadają prawie tylu zwolenników, co i przeciwników; załączam przeto kilka uwag, co rozumiem pod tym stanem. Podrażnienie rdzenia kręgowego jest cierpieniem czysto dynamicznem i nie pozostawia w trupie żadnych śladów zmian chorobliwych. Ponieważ miejscowy upust krwi zwykle zmniejsza lub przynajmniej łagodzi tę chorobę, przypuszczano, że przekrwienie lub zastoje żyłne są jedyną przyczyną tej choroby i uważano ją za identyczną z przekrwieniem rdzenia kręgowego; tak np. twierdzi Niemejer. Ale tego nie stwierdza ani badanie pośmiertne, ani też przebieg choroby. Przekrwienie (*hyperaemia*) jest wprawdzie zawsze ostatniem ogniwem każdej rwy nerwowej (newralgii); ale rwa jest przyczyną przekrwienia, a nie na odwrót. Z drugiej strony wszelkie bóle nerwowe (rwy) są objawami przypadkowemi w jakikolwiek sposób chorobie uległych nerwów; ztąd nie ulega wątpliwości, że i przekrwienie może czasem wywołać podrażnienie rdzenia kręgowego, ale naówezas takie podrażnienie rdzenia kręgowego z przekrwienia jest tylko pewnym gatunkiem podrażnienia, a nie jedyną przyczyną tej choroby, za co ją uważa wielu lekarzy. Skutkiem rwy wynikłe przekrwienie przechodzi z czasem—po długiem trwaniu—w zastoje żyłne, w zapalenie rdzenia kręgowego i może być nawet powodem dezorganizacyi rdzenia kręgowego. To nie zadziwi nikogo, co podobne zjawiska widywał w obrębie innych nerwów. Ztąd nie łatwo rozpoznać, kiedy podrażnienie przechodzi w zastój żyłny i odwrótnie, skoro nie obserwowało się chorego od samego początku do końca choroby.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Uwagi nad niektórymi sprawami zapalnymi łącznicy.

(Czytane na posiedzeniu Towarz. lekarzy gub. Płockiej dnia 15 grudnia 1875 roku).

Przez Dra Hoene.

(Dalszy ciąg).

Zdarzające się bowiem pojedyncze wypadki zapaleń łącznicowych należały prawie wyłącznie do kategorii prostych nieżytów z łagodnym przebiegiem, nieuniknionych w życiu koszarowym przy nagromadzeniu ludzi i niedostatecznym odwietrzaniu. Zdarzające się także obecnie wypadki zapaleń łącznicowych, o ile takowe nie są komplikowane pozostałemi z dawnych zapaleń ziarninowemi przerostami łącznicy, mają znacznie łagodniejszy przebieg i nie okazują wzmiankowanej obrzękłości faldy przechodniej. Oprócz zaraźliwością swoją odznacza się także *conjunct. contagiosa* silną skłonnością do przechodzenia w poważniejszą formę zapalne łącznicy, a mianowicie w t. zw. ostre granulacye, błonicowe zapalenia i w przewlekłe ropiaste śluzotoki (*ophthalmoblenorrhoea chronica*) łatwo przechodzące w stan ostry. Na tę właściwość zakaźnego nieżyty kładzie silny nacisk Hirschberg w wydanych przez siebie odczytach Graeffego. Fakt ten epidemia ostatnia również stwierdza. Wprawdzie wypadków błonicy ocznej miałem bardzo mało, albowiem na przeszło 900 chorych pojawiły się zaledwie 3 wypadki błonicy, nie licząc w to kilku wypadków powstałych skutkiem zarażenia wiewiórem, lecz zawdzięczać to tylko należy energicznym środkom i rozporządzeniom tutejszej władzy. W niewielkiej epidemii błonicowej na Bielanach w r. z., około 40 wypadków, we wszystkich razach poprzedzało rozwinięcie się błonicy zakaźne zapalenie łącznicy. Również należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że w czasie pojawienia się tej błonicowej epidemii, największa część przybywających chorych była dotkniętą tem zapaleniem. Wytwarzanie się błonicowego zapalenia w takich warunkach pochodzi prawdopodobnie li tylko z nagromadzenia chorych ocznych w danej miejscowości i nieodpowiedniego rozmieszczenia takowych. Mniemanie to stwierdzają wyżej wymienione fakta, dające się wytłumaczyć rozrzuceniem chorych na znacznej przestrzeni w peryodzie najsilniejszego natężenia rozwoju epidemii ocznej. Względnie pomyslnie jednak rezultata osiągnięte przez uchronienie się od wybuchnięcia błonicowej epidemii w znacznej części zmniejszonemi zostały wytwarzaniem się granulacyj, tak dalece, że w poprzednio danym opisie przebiegu klinicznego chcąc się trzymać wiernie spostrzeganego obrazu, zmuszony byłem pojawienie się granulacyj jako integralną część przebiegu choroby zamieścić. Nie chcę tém bynajmniej jednak zaprzeczać możności istnienia czystej formy zakaźnej niedoprowadzającej do wytworzenia granulacyj, tembardziej że nieraz obserwo wałem takową. Wypadki jednak takie były tu niezmiernie rzadkiemi wbrew twierdzeniu Hirschberga, który uważa granulacye jako powikłanie następcze, epidemicznie się pojawiające. Ropiaste zaś śluzotoki (*blenorrhoea chronica*) są następstwem anatomicznych zmian łącznicy. Rozluźnienie bowiem tkanki przy przekrwieniu pociąga za sobą jako konieczne następstwo zwiększenie wydzielin, faldzisty zaś układ łącznicy utrudniający wydalenie wydzielin warun-

kuje znowu ze swęj strony zwiększenie się takowych. Ważną dalej cechą uprawniającą w zupełności diagnostyczną różnicę pomiędzy *conjunct simplex a contagiosa* są stany następce powiek. *Conj. simplex chronica* najczęściej prowadzi za sobą *blepharitis et dermatitis angularis*, *blepharitis ulcerosa*, *eversio puncti lacrimalis inferioris* i t. d., czego dotąd nie spostrzegalem po *conj. contagiosa*.

Zakaźny nieżyt łącznicowy niepowikłany w pierwszych swoich stadyach łatwo daje się odróżnić od ostrych granulacyj. Trudność dyagnozy różniczkowej występuje dopiero w późniejszych okresach choroby i w wypadkach w których *conj. contagiosa* przyłącza się dopiero następnie. Ale i w takich razach bliższe rozpatrzenie daje nam możność rozróżnienia obydwóch tych form. Jako kryterium służy nam fałda przejściowa. owa cecha charakterystyczna zakaźnego kataru łącznicy. Wprawdzie i w czystej formie tak zwanych ostrych granulacyj łącznicy, zwłaszcza jeżeli jak się to wyjątkowo zdarza, ziarninowe narosty pokrywają wyłącznie samą tylko fałdę przejściową, takowa jest cokolwiek obrzękłą, obrzękłości téj jednak zawsze brakuje charakterystycznego zaokrąglenia. W dalszym zaś ciągu choroby nie zmniejszająca się silna drażliwość i szybkie zajęcia rogówki rozjaśniają nam wkrótce właściwy stan rzeczy. W wypadkach, w których granulacye i zakaźny nieżyt jednocześnie występują lub wikłają się wzajemnie, powstaje nieraz prawdziwa trudność w rozpoznaniu danej formy i wątpliwość co do momentu genetycznego sprawy zapalnej. Granulacye bowiem mogą zarówno być wynikiem stanu zapalnego zakaźnym nieżytem spowodowanego jak z drugiej znowu strony wywołują infiltracyę fałdy przejściowej, stanowiącą właściwość zakaźnego nieżytu. Dla takich form bardzo właściwą wydaje się nazwa proponowana przez Hirschberga *conj. contagiosa granulosa* lub *granuloso contagiosa* w miarę przeważania w danym wypadku granulacyj lub też obrzmienia fałdy przechodnięj.

Przejdźmy obecnie do anatomii patologicznej wymienionęj sprawy zapalnej. Wziąwszy pod uwagę obrzymie nieraz obrzmienie fałdy przejściowęj ostro odgraniczone w typowych wypadkach od powiekowęj części łącznicy, zachowującej częstokroć, za wyjątkiem rozszerzenia naczyń, prawie normalny swój wygląd, dochodzimy a priori do przekonania że proces anatomiczny nie ogranicza się tylko na samej błonie śluzowęj, ale sięga także i głębszych warstw podkłonowych. Szczupły wprawdzie materiał, jakim w tym względzie mogłem rozporządzać, ograniczający się na preparatach zrobionych z wyciętych u 9 indywiduów w celach leczniczych kawalków fałdy przechodnięj, nie upoważnia do stanowczego określenia natury procesu zapalnego. To też wyrażony powyżęj pogląd polega więcj na makroskopijnym wyglądzie. Wspomniane preparata okazały pod mikroskopem następujący wygląd: cylindryczny nabłonek fałdy przechodnięj zniszczony, błona śluzowa prawie pozbawiona nabłonka (prawdopodobnie skutkiem poprzednio używanych przypalań silnymi roztworami lapisu i mechanicznego uszkodzenia przy robieniu preparatów), ciała brodawkowe wyraźnie rozrośnięte, również te ostatnie, jak też i pozostałe części tkanki łącznęj spojówki zawierały w znacznych ilościach małe, okrągłe, drobno-ziar-

niste, do limfoidnych elementów podobne komórki. Infiltracja ta w niektórych miejscach, zwłaszcza w powierzchniowych warstwach była tak znaczną, że włókienka tkanki łącznej stawały się niewidzialnymi, jak również i kontury tak nazywanych ciał brodawkowych. W jednym preparacie pochodzącym z zastarzałego wypadku, w którym także znacznie rozwiniętą była ziarnina, zauważyłem pomiędzy wymienionymi komórkami w powierzchniowych warstwach świeżo wytwarzającą się tkankę łączną bliznowatą rozpadającą się włóknkami swemi promienisto wśród komórek. Naczynia na powierzchni rozszerzone tworzyły łączące się ze sobą sploty, pomiędzy którymi leżały żółtawo zabarwione ciała Paciniego. Tak zwanych gruczołów Krauzego odnaleźć nie mogłem, a gruczoły limfatyczne (folikuly) tylko wyjątkowo dawały się widzieć.

Błona śluzowa łącznicy jest ściśle złączona w części powiekowej z leżącą pod nią chrząstką powiekową (*tarsus*), tak że nie daje się od tej ostatniej oddzielić, z przejściem zaś w fałdę przechodnią, pozyskuje więcej samodzielności mając pod sobą luźną tkankę łączną obfitującą w tłuszcz i wypełniającą oczodół. W skład jej wchodząca tkanka łączna należy do tak zwanej gruczołkowej tkanki łącznej (*adenoides Bindegewebe*), to jest tkanki łącznej, pomiędzy włóknkami której rozrzuconymi widzimy małe, okrągłe, podobne do limfoidnych elementów ciała. Czy opisane powyżej nagromadzenie się owych ciałek wśród włókienek tkanki łącznej pochodzi z emigracji ciałek białych, czy też polega na hyperplastycznych processach, są to pytania ściśle teoretycznej natury, których rozstrzygnięcie nie do nas należy. Uderzającym jest to ściśle ograniczenie się obrzmienia na fałdzie przechodniej, fakt który jedynie daje się tłumaczyć wzmiankowaną powyżej spójnością łącznicy z chrząstką powiekową, przez co infiltracja staje się znacznie utrudnioną. Że infiltracja ta w ostrych przynajmniej peryodach nie ogranicza się na samej łącznicy, ale zajmuje także głębsze warstwy za tem przemawiają: obrzmienie zewnętrznej powieki, szczególnie wyraźne w wyższych jej częściach i uporność takowego. Zwiększona drażliwość przyrzędu wzrokowego, jako też i następcze wikłające processa zapalne polegają na znanym anatomicznym rozkładzie naczyń.

Jak w każdym processie zapalnym łącznicy, tak też i w zakaźnym niezycie widzimy wytworzenie się na powierzchni takowej nierówności, pospolicie granulacjami zwanych. Polegają one na rozroście ciałek brodawkowych, jak również na wytworzeniu koniecznych narostów lub ziaren. Pomijam brodawkowe granulacje, jako łatwo przechodzące i spowodowane plastyczną i ogólną infiltracją części składowych łącznicy. Nauka nie wyrzekła jeszcze ostatecznego słowa co do natury drugiego rodzaju ziarniny ocznej. Głośniejsi badacze różnią się bardzo w określeniu takowej, jak to wykazują streszczone poniżej poglądy. Opierając się na wyżej opisanych preparatach, pochodzących z 9-iu indywiduów dość długi czas już cierpiących wywnioskowaćby należało: 1) Ziarniny pojawiające się jako zejście zakaźnego kataru grasującego na początku tego roku w wojskach w Płocku konsystujących nie należą ani do tak nazywanych gruczołkowych (limfatycznych), ani też do granulacji pochodzą-

cych z rozrostu ciał brodawkowych. 2) Patologiczno-anatomiczny proces w łącznicy polega na infiltracyi tkanki drobnymi komórkami, geneza których może być dwojaką. Albo wytwarzają się one z liczebnego rozrostu normalnie wśród tkanki łącznej rozrzuconych limfoidnych ciałek, albo też wyrażają one wywędrowane z naczyń ciałka białe krwi. Na prawdopodobieństwo ostatniego przypuszczenia naprowadza ta okoliczność, że infiltracya najwięcej jest rozwinięta w bardziej powierzchownych warstwach, w których też spostrzega się najczęściej rozszerzonych i sploty tworzących naczyń. 3) Ziarnina wytwarzająca się po niezycie zakaźnym pochodzi z miejscowego nagromadzenia na powierzchni poprzednio opisanych komórek, nie okazując żadnego ograniczenia od otaczającej tkanki. Wytworzona tkanka komórkowa okazuje dążność do przejścia w tkankę bliznowatą.

Rozejrzmy się teraz po teoriach, jakie nam w tej mierze stawia nauka. Zdania są podzielone do pewnego stopnia na dwa obozy. Najdalej posuwa się Wecker, który przeprowadzając analogię ziarniny ocznej z gruźlicą, uważa taką jako nowotwór mający punkt wyjścia z rozmożenia i nagromadzenia się składowych komórek łącznicy. Preuss badając histologicznie przemiany ziarniny, nie orzekając stanowczo natury takowej, wykazuje że występuje takowa pierwsiastkowo w postaci nowotworów czysto komórkowych, zamieniając się następnie w fibrozną tkankę łączną. Schweiger uważa je, wsparty powagą Graeffego, jako prawdziwe limfatyczne nowotwory, mające za punkt wyjścia składowe komórki łącznicy.

Podobny też pogląd wyrażają Blumberg i Oettingen sprowadzając ziarninę do hyperplazji limfoidnych składowych elementów łącznicy, mających prawdopodobnie zółzowatą podstawę. Badania Wolfringa wykazują znowu, że tak nazywane jagłaki zależnymi są od nagromadzenia się komórek pośród tkanki łącznej, odgraniczających się w następstwie włókienkowatym otoczeniem i przybierających tem sam samem charakter prawdziwych granulacyj limfatycznych. I brodawkowe granulacje mogą również zamienić się w limfatyczne, przyczem w brodawkach nagromadzenie się komórek staje się tak obfitem, że włókienka przechodzą na drugi plan i odgraniczając takowe wytwarzają z nich okrągłą formę limfatycznego gruczolka.

Przytoczone tu poglądy schodzą się więc w tem, że ziarninowy proces łącznicy polega na komórkowej infiltracyi, prawdopodobnie limfoidnej, doprowadzającej do miejscowych odgraniczonych hyperplazji, skutkiem czego wytwarzają się nowotwory natury gruczolków limfatycznych. Przeciwno takiemu pogładowi stanowczo występuje Saemisch. Ziarninę zalicza on do nowotworów *sui generis*, nie mających żadnej łączności ani z limfoidnymi elementami, ani z brodawkami łącznicy i charakteryzujących się wstecznymi przemianami, doprowadzającemi do zmodyfikowania fizyologicznej budowy łącznicy.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Ropień wątroby po skaleczeniach głowy. Prze Dra B a r e n s p r u n g a (Arch. f. klin. Chir. t. XVIII. z. 3). Znaną jest rzeczą już od V a l s a l v y, że się ropnie w wątrobie wytwarzają często w następstwie obrażeń głowy. Wymyślano rozmaite teorie do wyjaśnienia tego związku, a nie usiłowano stwierdzać tego zjawiska. Autor niniejszego tematu opierając się częścią na teoretycznych roztrząsaniach, częścią na spostrzeżeniach robionych w szpitalu berlińskim, stara się dowieść, czy w ogóle istnieje przyczynowy związek pomiędzy skaleczeniami głowy, a ropniami w wątrobie i czy ropień wątroby nie zachodzi także po obrażeniach w ogóle. W pierwszej linii przytacza autor, że przy nieszczęśliwych stłuczeniach wątroby, zazwyczaj zachodzą obok obrażeń głowy i w wielu wypadkach nie dostrzegają się ich weale. Wiele tedy ropni w wątrobie, przy skaleczeniach czaszki zachodzących, mają przyczynę czysto urazową i są zupełnie przypadkowemi ich powikłaniami. Drugą przyczynową okoliczność dla ropni wątroby stanowią zatorowe procesy. Nie rzadko wydarza się, że po ciężkich skaleczeniach każdego rodzaju, które się łączą z gorączką, zakrzepy w żyłkach dolnych kończyn, w żyłach wielkich warg, pęcherza moczowego, odbytnicy i t. d., istniejące już od kilku lat, rozpadają się posocznie, i że ich odłamki dostają się w rozgągnięcia żyły brannej i tym sposobem do wątroby, gdzie powodują ropnie. Podobne ropnie mają się wytwarzać przy skaleczeniach głowy skutkiem zatoru w okolicy tętnicy wątrobowej; niepewnem jest, czy się to dzieje przez zatorniki, które pochodzą z rany głowy i po swem przejściu przez naczynia włosowate płuc utykają w wątrobie; również niedowiedzionem jeszcze jest, czy przyczyną do rozwinięcia się ropni może być wnuknienie mikrokokków (Klebs). Bezpośrednio wpływ skaleczenia na wątrobę autor tłumaczy sobie tym sposobem, iż przyjmuje ostre przewłokniające obrzmienie komórek wątrobowych, które się rozwija w następstwie chłonej gorączki po skaleczeniach i pod wpływem ciśnienia na naczynia włosowate wątroby doprowadza do ograniczonych biało-żółtawych ognisk, w których utoczeniu komórki wątrobowe ulegają szybkiemu rozpadowi martwinnemu. W późniejszych okresach ogniska te są zupełnie podobne do właściwych ropniów, chociaż genetycznie różnią się od tychże. Niekiedy przewycięża chory pierwotne zakażenie, skaleczenie głowy goi się, lecz ogniska wątrobowe pozostają, świekszają się, dopiero później wywołują objawy i mogą się znacznie rozszerzyć, zanim chory umiera pod wpływem hektycznej gorączki. Ogniska te uważają się po części za ropnie wątroby. Na mocy tych spostrzeżeń autor przychodzi do tego przekonania, że przyczynowy związek pomiędzy ropniami wątroby i skaleczeniem głowy w każdym razie istnieje dla pewnych wypadków, że jednakże obrażenie głowy jako takie daleko częściej powoduje ropnie wątroby, aniżeli inne skaleczenia, tylko o tyle, iż częściej pociąga za sobą chłonej gorączkę i przypadkowe choroby przyranne w ogóle, aniżeli innego rodzaju urazy. Nie skaleczenie głowy samo prz z się, lecz wpływ tegoż na organizm w ogólności jest w tym względzie miarą; zbyt czuńmi tedy są wszystkie próby i teorie do wyjaśnienia związku pomiędzy skaleczeniami głowy a ropniami wątroby.

— Dwie pod względem praktycznym ważne nieprawidłowości naczyń (Dr L ü t t i c h — Arch. d. Heilkunde XVII. p. 70). Pierwszy wypadek, zarost (*obliteration*) aorty w bliskości przewodu B o t a l l a zachodził u zdrowego z resztą młodzieńca 26 letniego, który nagle zmarł skutkiem pęknięcia tętniaka okrojonego (*aneurysma dissecans*) aorty wstępującej. Przewód B o t a l l a był zamknięty, tuż za nim aorta na długość 1,2 ctm. była zamieniona w włóknisty powróż. Przeszkoda w krążeniu krwi wyrównała się przez mocne rozszerzenie tętnic sutkowych, międzyżebrowych, podobojczykowych i szyjnych. Za przyczyną wytworzenia się tej nieprawidłowości autor uważa dostanie się zakrzepu z przewodu B o t a l l a do światła aorty. Drugi wypadek dotyczy tętniaka przewodu tętniczego B o t a l l a, wytworzenia się zakrzepu w ostatnim, przejściu zakrzepicy na aortę i (z ominięciem wałej, 1 ctm. długiej przestrzeni) na tętnice biodrowe wspólnie jako też na pobrzuszną prawą. Powodem tętniaka miało być zaburzenie w zarostcie przewodu B o t a l l a z jakiegobądź nieprawidłowości w krążeniu krwi, skutkiem czego zapadłe i mniej odporne ściany przewodu rozszerzyły się i na zamienionej już błonie wewnętrznej (*intima*) umożliwiły skrzepnienie włóknika i wytworzenie się zakrzepu.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Bibl. Umiejętn. Lek.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1876 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 lipca 1876 r. zaczyna się tom dwodziesty pierwszy. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem)

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1876 r. wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na cztery działy:

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskiej, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1874 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami mi wyżej wyliczonemi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1874 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1874, wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek, dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. Kalendarz Lekarski na rok 1877. Przedpłata rsr. 1.

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratorom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicji, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

Druk. Gaz. Lek. Ul. Św. Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 27 Мал (8 Іюня) 1876.