

REDAKCJA

przy ulicy  
Królewskiej  
Nr. 37.

# KLINIKA.

Wychodzi  
w Czwartek ka-  
żdego tygodnia

## TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie: { Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)  
Półrocznie „ 2 k. 50 „ 16 „ 20-  
Kwartalnie „ 1 k. 25 „ 8 „ 10

na Poczcie: { Rocznie ..... rsr. 6 (40 złp.)  
Półrocznie ..... „ 3 (20 złp.)  
Dodatek: { w Warszawie..... rsr. 2 rocznie(  
na Prowincji ..... „ 2 kop. 30.

**TREŚĆ** — Spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Ślepoty syfilityczna. Spostrzeżenie G. Lewandowskiego, Lekarza praktykującego w Radomiu. — Zrośnięcie prawie zupełne nagłośni z krtanią — zwężenie krtani — zaduszanie — operacja — wyzdrowienie. Opisał Dr. Kohn. — Przegląd literatury lekarskiej. *Medycyna Ogólna*. — (*Patologia Ogólna* — *Anatomia patologiczna*). — *Drobniejsze wiadomości*. — *Kronika tygodniowa*. *Kliniki szpitalne*. Prof. *Audrejew*. — Pomoc chirurgiczna na kolejach żelaznych w Szwecji. — Zeńscy słuchacze medycyny w Anglii i Szkocji. — Stowarzyszenie kobiet lekarzy.

### SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNÉJ.

#### Ślepoty syfilityczna (*Amaurosis syphilitica*).

Spostrzeżenie zebrane przez **Gustawa Lewandowskiego** z Radomia.

Dnia 13 Stycznia r. b. przybył do mnie młody człowiek dla zasięgnięcia rady lekarskiej w cierpieniu oka prawego. Wyegzaminowawszy chorego szczegółowo, znalazłem, że ma lat 24, jest wzrostu średniego, temperamentu nerwowo-krwistego, dobrze zbudowany i odżywiony, blondyn, ze skórą białą i delikatną, puls częstości normalnej, wolny i pełny. Zrenica oka prawego bardzo rozszerzona, czarna, tęczówka zupełnie nieruchoma, siatkówka na światło niewrażliwa, (chory spostrzega cokolwiek silny blask światła słonecznego lub lampy zapalanej). Oko badane oftalmoskopem nie przedstawia zboczeń dostrzegalnych, brodawka nerwu optycznego i naczynia wydatne. Przy naciśnięciu na różne części oka w ciemnym pokoju, podług wskazań podanych przez p. *Serres*, blaski świetlne nazwane *phosphènes* pojawiają się tylko w bardzo nieznacznym stopniu, gdy w oku lewém takowe są bardzo wydatne. Oko lewe zdrowe. Chory uskarża się na ból głowy, mający swoje siedlisko szczególnie w części czołowej prawej. Organa oddychania, trawienia i płciowe w stanie normalnym, wyjąwszy wymiar podłużny serca, który jest lekko powiększony, impuls jego silny, lecz tony normalne. Uryna tak pod względem jakości jak i ilości normalna.

Chory, zapytany o przeszły stan swego zdrowia i początek obecnej choroby, odpowiedział, że w dzieciństwie nie pamięta aby przechodził jakie choroby. Oddawna jednakże cierpi zawroty głowy; jakie okoliczności lub choroby dały początek takowym nie pamięta. Skłonny jest także do bólów głowy przechodnich. Na oczy nigdy nie cierpiał. Przed trzema laty dostał trypra, z którego wyleczono go, jak powiada, bardzo prędko. Zajmuje się gospodarstwem wiejskiem; używa dosyć ruchu na świeżem powietrzu i oczów nigdy niczem zbyt nie forsował i nie forsuje, napojów spirytualnych nie na-

dużywał; w stosunkach z kobietami był dosyć wstrzemięźliwym. Przed dwoma tygodniami spostrzegł przed prawem okiem migającą plamkę czarną, ponieważ jednakże oko nie bolało go, postanowił nie zwracać na to uwagi. W kilka dni plamka ta jak gdyby znikła, lecz chory zauważył, że na prawe oko daleko słabiej widzi. Wszystkie przedmioty wyglądały jak pokryte zasłoną lub zanurzone w ciemności. Wczoraj, gdy chciał czytać, zasłoniwszy oko lewe, rozróżniał wprawdzie litery, ale te mieszały się ciągle. Przytém ból głowy nad okiem stał się ciągłym. Dzisiaj rano spostrzegł, że prawie nic nie widzi na oko prawe, przybył więc szukać rady lekarskiej.

Wziąwszy pod uwagę objawy subiektywne, to jest zupełną utratę wzroku oka prawego, którą poddawać w wątpliwość nie było można, bo chory był w tém położeniu, że nie miałby żadnego interesu aby ślepotę udawać, a lekarza zapuszczeniem woko preparatów belladonny w błęd wprowadzać, — przytém objawy obiektywne jak wielkość źrenicy, zupełna nieruchomość tęczówki i kolor głębi oka, brak zaburzeń chorobnych w składowych częściach oka, brak objawów nazwanych *phosphènes*, — należało przyjąć stan ten oka za *amaurosis cerebialis*. Jaka zaś jęj przyczyna, było kwestją trudniejszą do zdecydowania. Jak wiadomo *amaurosis* sama przez się nie jest chorobą, ale tylko objawem choroby, który wskazuje zniesioną funkcję nerwu optycznego i jego rozgałęzień. W danym razie nie było żadnych zaburzeń chorobnych ani w częściach składowych oka, ani oczodołu, któreby spowodowały paraliż siatkówki, należy zatem szukać przyczyn takowej w częściach więcej oddalonych. Pamiętać trzeba, że zmysł widzenia używa do swoich posług nie tylko nerwu optycznego i jego rozgałęzień, ale i wiele innych części systematu nerwowego. Oprócz siatkówki i nerwu optycznego ważną w aparacie widzenia odgrywają rolę: nerw trójdzielny i nerw wielki sympatyczny; z ośrodków nerwowych oprócz mózgu, także rdzeń pacierzowy i zwoje nerwi splanchnici. Lecz zastanowienie się nad powyższymi okolicznościami, oraz nad warunkami w jakich znajduje się chory, nad jego wiekiem, stanem zdrowia przeszłym i obecnym, nad brakiem innych zaburzeń w oku oprócz paraliżu siatkówki, nad szybkością powstania *amaurosis*, nie rozświetlało trudności w dopatrzeniu się prawdziwej choroby. Skłonny był wprawdzie chory do napływów krwi do głowy, które wywoływane są przerostem serca, pochodzącym prawdopodobnie od jakiegoś zboczenia wysledzić się nie dającego w otworach lub zastawkach, i napływ taki może spowodować według niektórych autorów wylew apoplektyczny, bardzo ograniczony, który nie wywołuje innych następstw jak tylko *amaurosis* jednego lub obydwóch oczów, ale w takim razie objawy występują nagle, gdy w danym przypadku *amaurosis* rozwinęła się w krótkim przeciągu czasu, bo w dniach 10-ciu lecz stopniowo. Przypuszczalna wada zastawek lub otworów serca mogłaby być przyczyną embolji arterji ocznej, lecz w tym razie znowu takie objawy wystąpiłyby były nagle; nie zaś podobnego jak to wyżej widzieliśmy nie miało miejsca.

Do trzech tylko przyczyn można było z pewnem prawdopodobieństwem

odnieść takową, to jest z chorób konstytucjonalnych do *scrophulosis* lub *syphilis*, i do obecności wnętrzników w kiszkiach.

Przy tak niejasnej i niepewnej przyczynie powstania ślepoty, trudno było także znaleźć racjonalne wskazania terapeutyczne. Ze względu jednakże na sposób powstania ślepoty, trzeba było przyjąć proces odbywający się w aparacie nerwowym oka za czynny i dla położenia mu tamy należało czynnie wystąpić. W tym celu poleciłem choremu postawić obszerną wezykatorję na karku, a do wewnątrz podałem środek mocno przeczyszczający w połączeniu ze środkiem uznanym jako *anthelminticum*. Po trzech dniach takiej kuracji chory nie tylko nie doznał żadnej ulgi, ale nawet utrzymywał, że znikło zupełnie poczucie światła, jakie zachował jeszcze przed trzema dniami w chorém oku. Przytém wzrósł tępy ciągły ból głowy.

W obec tak ujemnych rezultatów przy użyciu *anthelmintików*, dwie tylko choroby można było przyjąć za przyczynę tej *amaurosis*: *scrophulosis* lub *syphilis*. Desmarres powiada, że u osób skrofulicznych, oprócz amauroz ocznych, łatwych do rozpoznania za pomocą oftalmoskopu, bywają także mózgowe, z powodu gruźliczków w mózgu. Nasz chory nie doznawał nigdy i nie doznaje objawów właściwych skrofułom, to jest nie miał nigdy żadnych nabrzmień gruczołów, żadnych katarów błon śluzowych, żadnych wysypek skórnych i próchnień kostnych, nawet wygląd jego nie wskazuje usposobienia skrofulicznego, staje się więc niepodobieństwem objawy ze strony oka odnieść do zaburzeń skrofulicznych.

Przez wyłączenie zatem nie mogąc policzyć *amaurosis* na karb skrofulów, musiałem przypuścić *syphilis*. Czy jednak znajdują się jakie objawy takowej, lub ślady dawniejszych wskazujące zakażenia syfilityczne? Obecnie nie ma żadnych plam, żadnych grudek, nic ze strony błon śluzowych, nic ze strony gruczołów, kości, włosów; jedném słowem żadnego objawu specyficznego. Co można, co wolno było wniesć z tego rezultatu ujemnego przy egzaminie. Czy brak zwykłych objawów był dowodem że chory nie jest pod wpływem infekcji syfilitycznej? Wcale nie, bo w epoce zaawansowanej tej infekcji objawy chorobliwe są najczęściej pojedyncze, oddzielne; znajdujemy zwykle jeden organ zajęty; objawy zaś wieloliczne w różnych systematach tkanin należą do pierwszych perjdów choroby, zbliżonych do początku infekcji; gdy tymczasem ta stawszy się dawniejszą w manifestacjach swoich koncentruje się więcej w jednym punkcie. Brak więc innych objawów w obecnej chwili nie jest dowodem, że obecna *amaurosis* nie jest natury syfilitycznej.

Co zaś do dawniejszych objawów, jakie mogły już mieć miejsce, to nie ma ani na skórze, ani na błonach śluzowych, ani na organach płciowych żadnych blizn lub plam, które wskazywałyby na ślady procesów przebytych. Chory z całą świadomością rzeczy, z całém uznaniem konieczności wyznania prawdy twierdził, że nigdy żadnych wyrzutów ani obrażeń na częściach płciowych nie miał, że żadnych zaburzeń ze strony gardła, ani wysypek na skórze nie przechodził, żadnych strupów na głowie, ani wypadania włosów nie spostrzegł. W obec tak kategorycznych zapewnień chorego, czy należało

w istocie wyrzec się przypuszczenia, że *amaurosis* w mowie będąca ma za przyczynę zakażenie syfilityczne? Droga wyłącznie wszelkich innych przyczyn wskazywała tylko *syphilis* za jej źródło, a brak innych objawów tego zakażenia, ostatniego przypuszczenia jak to niżej wykażemy nie zbija, postanowiłem zatem poddać chorego kuracji *anti-syfilitycznej*. W tym celu podałem sublimat po pół grana dziennie, zaleciwszy właściwą dietę. Zaliczałem wprawdzie objawy tego chorego do trzecio-rzędnych, użyłem jednakże preparatu rtęciowego, idąc za zdaniem wielu specjalistów, którzy uważają Kali jodatam tylko wtedy za bardzo skuteczne w trzecio-rzędnych objawach, jeżeli chory używał poprzednio preparatów rtęciowych. Po sześciu dniach chory oświadczył mi, że ból głowy ma mniejszy, a przy jasnym oświetleniu widzi cokolwiek chorém okiem. W obec tak dobrego rezultatu, po trzech granach sublimatu, zaleciłem choremu powtórzyć tę dawkę. W sześć dni znowu, bo w takich tylko odstępach czasu chorego widywałem, mógł już zasłoniwszy oko lewe kierować kroki swoje okiem prawém; czytać nie mógł, rozróżniał jednakże wielkie litery na tytułach książek. Zaleciłem kontynuować sublimat w takiejże dawce jak poprzednio, bo chory znosił go doskonale; aby zaś chronić powracającą wrażliwość siatkówki od zbyt dużego światła, nałożył ciemne konserwy. Nadmienić należy, że już po drugiej dawce ból głowy zupełnie ustąpił.

W 18 dni po rozpoczęciu kuracji rtęciowej, chory przybył do mnie z okiem zupełnie w funkcji swojej normalnej. Poddawałem takowe różnym próbom i przekonałem się, że chory widzi doskonale tak na prawe jak i na lewe oko. Nie znajdując żadnego przeciwwskazania, zaleciłem choremu używać dalej sublimat, mniemając ilość użytą za niedostateczną dla zniszczenia zakażenia syfilitycznego. Miało to miejsce do 26 Lutego, w którym to czasie chory odwiedził mnie w stanie zupełnie dobrym, a chociaż wskazywałem, że dla uniknięcia w następstwie recydywy objawów byłoby pożytecznym używać jodek potassu, chory czując się zupełnie dobrze, ułedz temu nie chciał.

Specyficzne zatem było pochodzenie ślepoty, a rezultata terapeutyczne ostatecznym stały się tego sędzią. Przy użyciu preparatu rtęciowego pokazało się w kilka dni polepszenie wzroku, a w 18 dni zupełnie zaburzenia ustąpiły. Może chciałby kto zarzucić, że sublimat wywiera działanie leczące w innych także chorobach jako *resolvens* i *resorbens*? Lecz łatwo jest odpowiedzieć, opierając się na codziennym doświadczeniu, że preparatu rtęciowego nie leczą z tak cudowną szybkością, jak tylko przypadłości syfilityczne i są w podobnym przypadku i w podobnych warunkach prawdziwem *criterium* specyficzności chorobnej.

Chcąc rozświecić niejasny początek zakażenia syfilitycznego, trzy przypuszczenia można było zrobić: 1. Możliwém było, że chory ten uległ poprzednio przypadłościom których nie chciał wyznać. Każdemu z lekarzy praktykujących wiadomo, jak częstemi są usiłowania okrycia tajemnicą choroby syfilitycznej, do tego stopnia, że lekarz nie jest nigdy upoważnionym aby wyrzec, że takie a takie zaburzenie nie jest syfilitycznem, ponieważ chory utrzy-

muje, że nie był nigdy zarażonym i ponieważ nie przyznaje się do żadnej przypadłości podejrzanéj. Trzeba bezwzględnie przyjmować w obrachunek oświadczenia przeczące chorego, ale zawsze z pewną oględnością i nie uważać takowych jako dowód mówiący przeciw *syphilis*, pamiętając, że często bardzo zdarza się za pomocą preparatów rtęci lub jodu usunąć przypadłości, których początek syfilityczny chorzy absolutnie przeczyli,

2. Możliwém było, że chory mylił się, to jest że miał *syphilis*, a nie wie o tém. Tryper, którego chory pozbył się w krótkim przeciągu czasu, mógł być nie tém, za co go chory i lekarz uznali, ale wrzodem pierwotnym *syphilis* z siedliskiem ukrytém w cewce moczowej. Gdyby nawet i nie w ten sposób, to przypadłości pierwotne *syphilidis* mogą przejść niedostrzeżone, bo czasami nie są niczém inném jak tylko małą powierzchowną erozją, która zabliznia się dobrowolnie bardzo prędko; innym razem jest to tylko małe guziczek lub nieznaczne starcie, do których chorzy nie przywiązują żadnej wagi. Z objawów następnych różne syfilidy są wysypkami, które nie wywołują żadnego swędzenia, żadnego bólu, często ograniczają się tylko do tułowia i członków, a nie występują na twarzy. Zdarza się, że chorzy o nich nie wiedzą i lekarz dopiero je wskazuje. Toż samo ma miejsce z zajęciem gruczołów pachwinowych i szyjowych, lekarz je szuka i znajduje. Nie jest to więc symptom, któryby zawsze zwracał uwagę chorego. Strupy trądzikowate małe, ograniczone do części pokrytych włosami, na małą także zasługują baczność chorego. Wychodzenie włosów może od tylu różnych przyczyn pochodzić, że to nie naprowadza chorych na żadne podejrzenie. Bóle głowy lub członków uważane są za neuralgie lub reumatyzmy z zaziębienia. Zapalenie gardła biorą za skutek zaziębienia; owrzodzenia za następstwo kataralnego zapalenia. Wszystkie więc przypadłości, które stanowią zwykłą symptomatologję objawów następnych zakażenia syfilitycznego, mogą przejść niedostrzeżone albo być odniesione do przyczyn zupełnie innych. Zatem chory może mieć syfilis nie wiedząc o tém, z najlepszą więc wiarą twierdzi w obec lekarza, że nigdy nie był zarażonym.

Gdy chory przebędzie przypadłości, których znaczenia nie domyslał się wcale, syfilis zatrzymuje się w swoich manifestacjach; raz, aby więcej się nie pokazać nigdy, czemu zaprzeczyć nie można, bo znane są przypadki autentyczne, gdzie zakażenie samo ustąpiło bez leczenia; innym razem, aby uspioła podczas pewnego przeciągu czasu, rozbudzić się z większą siłą pod formą objawów trzecio-rzędnych. Z takim to zapewne objawem mieliśmy do czynienia w obecnym przypadku.

3. Możliwém było, że chory zostawał pod wpływem zakażenia dziedzicznego. Przypuszczenie to najmnij jest prawdopodobném, zasługuje jednakże na to, aby wziętém było pod uwagę. Syfilis dziedziczną przyjmować należy u dorosłego z pewném niedowierzaniem dla téj prostej przyczyny, że po cóż obciążać winą rodziców, kiedy chory może ją zawdzięczać swoim własnym zasługom. Przeczono, aby objawy *syphilidis* dziedzicznój mogły wystąpić po przyjściu pewnego wieku, lecz obserwacje kliniczne Ricord'a, Sigmund'a,

*Dittrich'a* i innych dowiodły czego innego. Bo ściśle rzeczy biorąc, jeśli mamy niezbite dowody, że przypadłości syfilityczne mogą wystąpić w 15—20 i 30 lat nawet po zarażeniu, dla czegożby u dziecka, które nabyło syphilis w łonie swojej matki, nie mogła takowa objawić się we 20 lub 30 lat później? Zatem wracając do powyższej obserwacji, trzeba uznać za możliwe, że *amaurosis* jest symptomatem *syphilidis* dziedzicznej. Które jednak z tych przypuszczeń jest prawdziwem, wyznaczyć trzeba, że brak elementów aby to oznaczyć w sposób decydujący.

Z kolei rzeczy wypada zastanowić się nad anatomicznem siedliskiem choroby. *Gałęzowski*, który znakomicie pod tym względem naprzód naukę posunął, mówi tylko o takich amaurozach syfilitycznych, które dadzą się ocenić oftalmoskopem. W obecnym przypadku czy siedlisko choroby było w samych ośrodkach nerwowych w związku z okiem lub też w ich okrywach, nie można decydująco powiedzieć. Wnosząc tylko ze skuteczności preparatów rtęciowych, z pewnem prawdopodobieństwem przypuścić można, że gummata mózgowe naciskając nerw wzrokowy były przyczyną utraty wzroku, bo podług spostrzeżeń z objawów trzecio-rzędnych, w tych tylko preparata rtęciowe równie są skuteczne jak jodek potassu.

Ostatecznie jedna tylko strona tego spostrzeżenia jest jasną, to jest, że syfilis spowodowała *amaurosis* jednego oka, która nie da się zaliczyć do zbadanych, szybko zaś ustąpiła przy użyciu preparatów rtęciowych. Podaję takowe, bo uważam za konieczne notować każdy objaw niezwykły, niecodzienny, tyczący się rozwoju choroby syfilitycznej, a szczególnie takie, które wykazują jak tego rodzaju przypadłości wymagają ze strony lekarza decyzji stanowczej i interwencji natychmiastowej, bo mało jest chorób gdzieby lekarz do tego stopnia był panem położenia, a gdzieby wyczekiwanie, wachanie się pociągnęło równie szkodliwe następstwa, gdzieby więc równie zainteresowaną była odpowiedzialność jego.

Najnowsze poszukiwania wykryły zaburzenia syfilityczne tam, gdzie nasi poprzednicy nawet się takowych nie domyślali. Dowiedzionem dzisiaj jest, że syfilis może atakować organa wewnętrzne jak wątrobę, płuca; zaburzenia przybierają wtedy charakter właściwy, objawy więc w aparacie widzenia w powyższym przypadku mogą należeć do tych niezwykłych jej manifestacji.

Zrośnięcie prawie zupełne nagłośni (epiglottis) z krtanią, zwężenie krtani, — zaduszenie, — operacja, — wyzdrowienie.

Opisał Dr. **Kohn**.

Dnia 6 Grudniu 1869 r. zgłosiła się do mnie *Bartoszewiczowa* *Marjana*, lat 36 wieku mająca, wdowa po żołnierzu, szczupłej budowy ciała, blada, skarżąc się na nadzwyczajny brak tchu i duszność, bezsenność już od dwóch tygodni trwającą, pragnienie ciągle, brak apetytu, oddech nadzwyczaj utrudniony, piszczący, zupełnie podobny do krupowego w perjodzie asfitycznym, głos cichy, wygasły, ledwie słysząc się dający, niespokojność

ogólną. Zapytana chora opowiedziała, że już od 3-ch lat przeszło cierpi na duszność i ból gardła, że cierpienie to ciągle się pogarsza, ponieważ wszakże przed 10 miesiącami zaszła w ciążę, więc sądziła, że ta duszność pochodzi z ciąży i że po rozwiązaniu przejdzie.

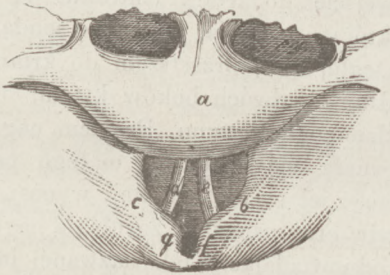
Tymczasem chociaż przed trzema tygodniami już zległa, jednakowoż symptomata zaduszania coraz się pogarszały i przychodziły chwile tak silnego zaduszenia, że zdawało się, iż już życie kończy. Niedawno nawet, idąc za sprawunkiem do sklepiu niedaleko od jej mieszkania się znajdującego, nagle dostała tak silnego napadu duszności, iż nieprzytomna padła i jako nieżywa została odniesioną do swego mieszkania. Przez te kilka lat trwania choroby, jak chora opowiadała, radziła się rozmaitych lekarzy, ale bezskutecznie. Przed niedawnym czasem jeden z lekarzy uważał przecięcie tchawicy (tracheotomia) za jedyne zbawienie dla niej i w tym celu radził jej bezzwłocznie umieścić się w szpitalu. Tu najstaranniej ją kilku lekarzy zbadało i potwierdziło zdanie poprzednie. Strwożona i upadła na duchu chora udała się nazajutrz po tej konsultacji w owym szpitalu do mnie.

Po natychmiastowém zbadaniu *laryngoskopijném* chorą znalazłem całą powierzchnję krtani czyli tak zwane wejście do krtani (introitus ad laryngem) zakryte nagłośnią (epiglottide), którąto ostatnia, jakem się sondą przekonywał, była mocno przyrośnięta na całej owej przestrzeni do krtani, zaczawszy od podstawy epiglottidis, wzdłuż obydwóch boków krtani, mianowicie wzdłuż ligamentorum aryaenoideo-epiglotticorum. Przytem nagłośnia była mocno *nabrzmiąta*, tak, iż równała się grubości małego palca u ręki, kiedy w normalnym stanie grubość jej ledwie pół linji wynosi. Cała więc krtan była zupełnie i stale zakryta przyrośniętą i zgrubiałą nagłośnią; jedynie tylko w tylnej części krtani, odpowiadającej tak nazwanej incisura interarytenoidea, został się otvorek wielkości dużego ziarnka grochu niezarośnięty, którym chora oddychała. Na domiar wszakże złego, na tylnej ścianie krtani, skierowanej do przełyku, znajdowała się nabrzmiąłość ruchoma przy głębszem oddychaniu (ein dicker Wulst); czy to była jednak sama błona śluzowa nabrzmiąta, czyli też brały w tem udział m. m. crico-arytaenoidei postici, tego z pewnością oznaczyć nie umiem. Dosyć, że owa nabrzmiąłość (Wulst) przy każdym głębszem oddychaniu, działając jako kłapa, zakrywała ów otvorek niezarośnięty i tak już nadzwyczaj mały, przez co duszność jeszcze bardziej się powiększała; i prawdopodobnie symptomata kompletnego zaduszania, połączone z utratą przytomności (syncope), jakie się u chorą zdarzały, zależały od chwilowego od czasu do czasu *zupełnego* zakrycia otworku krtanowego ową nabrzmiąłą kłapą.

Najlepij to objaśni dołączony tu rysunek fig. 1, wykonany z natury p. R. *Fajansa*. Samo z siebie się rozumie, iż strun głosowych, ani innych głębszych części krtani widzieć nie można było. Badanie ogólne chorą nie osobiwszego nie odkryło: w płucach, skutkiem utrudnionego oddychania, znajdowała się rozedma (emphysema) wraz z nieżytem; inne trzewia były normalne; syfilitycznych symptomatów żadnych u chorą nie odkryłem; —

chora téż zaprzecza, jakoby kiedykolwiek ulegała przymiotowi. Najprawdopodobniej więc owo zrośnięcie nagłośni z krtanią powstało w skutek zapalenia kataralnego krtani.

Przypadek ten tak rzadki, iż w całej bogatej już dotychczas literaturze laryngoskopijnej podobnego przypadku opisanego nie znalazłem, mianowicie ani *Bruns* (*Laryngoskop. Chirurgie nebst Atlas 1865*), ani *Türk* (*Klinik der Kehlkopfkrankheiten 1868*), *Tobold* (*Die Chronische Kehlkopfkrank. Berlin 1866*), *Gibbs* (*Diseases of the throat and windpipe*), *Moura-Bouroillou* ani téż *Morell-Mackenzie* (*Use of the Laryngoscope, London 1866, 2 edition*) o podobnym przypadku nie wspominają. Ten ostatni tylko na str. 108—109 zacytowanego dzieła wspomina o zwyczajnej oedemie epiglottidis, chorobie zresztą dosyć pospolitej, ale o zrośnięciu kompletném epiglottidis cum larynge najmniejszej u powyższych autorów wzmianki nie znalazłem. Jakkolwiek bądź należało szybko działać, gdyż periculum in mora; a ponieważ w swoim zbiorze instrumentów laryngoskopijnych nie miałem żadnych instrumentów, któreby się do tego przypadku nadawały, więc dla przyniesienia choréj o ile



możności natychmiastowej ulgi zwyczajnym skarifikatorem ukrytym *Tobold'a*, tymczasem naciąłem epiglottis i tylne ściany cartt. arytaenoidarum, mianowicie owe kłapy w kilku miejscach, poczem krwawienie było dość znaczne, obrzmienie tych części się zmniejszyło i chora uczuła natychmiastową ulgę. Po odprawieniu choréj udałem się zaraz do fabrykanta instru-

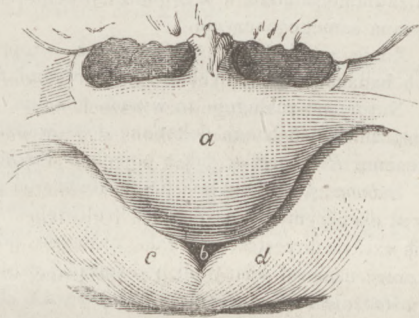
mentów p. *Manna* (syna), z którym naradziwszy się, obstałowałem u niego podług miary sondą na choréj uskutecznionej, dwa nożyki prawy i lewy, które p. *Mann* w 48 godzin mi wykończył i którymi wtedy wszedłszy przez otwór niezarośnięty krtani (patrz fig. 1) do tejże krtani z prawej i z lewej strony, tak powiedziawszy, *odseparowałem* przyrośniętą epiglottis od krtani. Że operacja ta przedstawiała nadzwyczaj wiele trudności, gdyż za każdą niemal usiłowaniem wprowadzenia instrumentu chora się ogromnie zaduszała, ten tylko pojąć potrafi, kto sam się laryngoskopją zajmuje i laryngoskopijne operacje wykonywa. Natychmiast po operacji oddech choréj stał się lekkim, głos chociaż ochrzypły, ale już dosyć był wyraźny. Po operacji chora przez całą noc spała wybornie, apetyt był wilczy (*Heisshunger*), w skutek głodzenia się zupełnego przez ostatnie parę tygodni,—i polepszenie codzien stawało się widoczniejszém. Obecnie chora jest prawie już zupełnie zdrową. Dzielnym pomocniczym środkiem dla usunięcia drażliwości krtani po operacji i nabrzmienia okazały się pulweryzacje z tanniny aparatem *Lewin'a*, które chora jeszcze obecnie kontynuuje. Tu dołączona rycina, zdjęta z natury przez p. *Fa-*

jansa w dniu 16-tym Grudnia, przedstawia ówczasowy stan krtani u choréj (Fig. 2).

Z porównania téj figury z figurą 1-szą najlepiej się czytelnik przekona o ogromnej różnicy w warunkach oddéchania u choréj, w dniu kiedy do mnie przyszła i w dziesięć dni po operacji, kiedy *szerokim* już otworem krtani wciąga dużą kolumnę powietrza w zlaknione płuca. Podstawa nagłośni jeszcze dosyć nabrzmiała, jak to figura 2-ga pokazuje, co wszakże nie przeszkadza swobodnemu oddéchaniu i zresztą nabrzmienie to przy odpowiednim leczeniu, mam nadzieję, z czasem przejdzie zupełnie.

Nie omieszkam przy zdarzonej sposobności przedstawić tę chorą tutajszemu Towarzystwu Lekarskiemu.

Przypadek ten pod wielu względami ciekawy: naprzód, że nadzwyczaj rzadki, albowiem, o ile moje wiadomości są dokładne, jest to pierwszy podobny przypadek w nauce,—powtóre, dowodzi wysokiego znaczenia laryngoskopji, albowiem uczyniła w tym przypadku niepotrzebną operację ważną i w każdym razie szkodliwą dla choréj, jaką jest tracheotomia,—a która przecież przez ludzi bardzo poważne w nauce zajmujących stanowisko uznawaną była za niezbędną.



## PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

### MEDYCYNA OGÓLNA.

Wiadomości z anatomji patologicznej i patologji ogólnej.

(Sprawozdawca St: Markiewicz).

#### IV. Kwestja organizacji skrzepu (Thrombus).

*Bubnow.* Ueber die Organisation des Thrombus (*Centralblatt.* 1867. Nr. 48).

*H. Lee and L. Beale.* On the repair of arteries and veins after injury (*Med. chir. Transact.* p. 478. 1867. Jahresb. *Virchow'a i Hirsch'a*).

*Czansow.* O organizacji skrzepów—wykład w języku rossyjskim miany podczas pierwszego zebrania rossyjskich naturalistów. (Referat *Rudniewa* w *Jahresberichte Virchow'a i Hirsch'a.* 1867).

*Bubnow.* Ueber die Organisation des Thrombus. (*Arch. Virchow'a.* 1868. Tom 44).

Z tego co *Virchow* w *Gesammelte Abhandlungen* (p. 324—327) mówi, okazuje się, iż w procesie organizacji badacz ten główną rolę przyznaje białym ciałkom krwi tkwiącym w samym skrzepie, a nadewszystko, że elementom komórkowym wchodzącym w skład ściany naczyń, w którym się skrzep utworzył, odmawia wszelkiego udziału w sprawie organizacji i waskularyzacji tegoż skrzepu. Te na licznych badaniach *Virchow'a* oparte pojęcia o organizacji skrzepu, wprost przeciwne dawniejszym pojęciom *Reinhardt'a*, znalazły potwierdzenie w ścisłych poszukiwaniach *Billroth'a* (*Vorlesungen über Allgemeine Chirurgie* 1863)

i C. O. Webera (Hdbch. d. allg. u. spec. Chirurgie. 1. Bd. 1 Abth. 1865), którzy z całą dokładnością zbadali cały szereg przemian, jakim ulega skrzep, a w szczególności tkwiące w nim białe ciała krwi od chwili podwiązania naczynia aż do skończonej organizacji i waskularyzacji skrzepu.

Ze wszystkich tych poszukiwań zdawało się z całą pewnością wynikać, iż białe ciała w skrzepie zawarte, powiększając się, mnożąc i nabierając cechy komórek tkanki łącznej, są jedynymi elementami biorącymi udział w organizacji skrzepu.

Z pomiędzy nowszych prac, które do podobnegoż rezultatu doprowadziły, dodać jeszcze należy wymienioną na wstępie rozprawę angielskich badaczy *Lee* i *Beale*. Praca ta tém bardziej jest ważną, iż właśnie w Anglii aż po ostatnie czasy zaprzeczano pojęciom *Virchow'a* i obecnie jeszcze *Simpson* i *Tait*, badając obliterację naczyń po akupressurze, przyszli do przekonania, iż organizacja skrzepu następuje w skutek wylania się pewnej plastycznej limfy na ścianę wewnętrzną w miejscu ucisku wywartego na naczyniu.

Z drugiej znowu strony pokazuje się, że na zwolennikach poglądu *Reinhardt'a* nie zbywa. Do takich należy *Czansow*, który, opierając się na własnych poszukiwaniach zmian, jakim ulega skrzep od 1 do 100 dni po przewiązaniu naczynia, wypowiada zdanie, iż białe ciała żadnego udziału w organizacji skrzepu nie biorą i że punktem wyjścia organizacji tej jest ściana samego naczynia.

Zdaje się jednak, że *Czansow* ze swoją opinią stoi obecnie odosobniony wśród nowszych badaczy zajmujących się tym przedmiotem.

Natomiast zasługuje ze wszech miar na uwagę pogląd *Bubnow'a*, którego badania w ostatnich dwóch latach dokonane doprowadziły do wniosków zarówno sprzecznych z wyobrażeniami *Reinhardt'a*, jak z pojęciem *Virchow'a*, *Billroth'a* i *C. O. Weber'a*.

*Bubnow*, pracujący pod przewodnictwem profesora *Recklinghausen'a* w Würzburgu, dokonywał eksperymentu na psach i królikach. Odpreparowywał on u zwierząt tych V. jugularis ext. na przestrzeni 1 cala, następnie podwiązywał tak odkrytą żyłę u góry i u dołu, a nakoniec nacierał ściany tej podwiązanej części żyły drobno sproszkowanym cynobrem, poczem ostrożnie zaszywał ranę. Po 2 do 24 dniach, po tak dokonanej operacji wycinał podwiązaną część żyły wraz z otaczającymi częściami miękkimi, kładł w wyskok i poddawał mikroskopowemu badaniu. W pierwszych kilku dniach po operacji autor znajdował drobinki cynobru tkwiące wśród tkaniny *adventitiae* naczynia; 3-go dnia po operacji napotykał już drobinki cynobru wewnątrz kurczliwych (limfoidnych) komórek, znajdujących się we wszystkich warstwach ściany naczynia. 4-go i 5-go dnia liczba takich cynober zawierających kurczliwych komórek jest już daleko większą w całej grubości ściany naczynia, a nadto także same cynober zawierające komórki napotykać się już dają wewnątrz samego skrzepu, z początku tylko u jego obwodu, potem w całej jego grubości, przy jednoczesnej obecności w nim licznie nagromadzonych białych ciałek krwi. Od 6-go dnia liczba kurczliwych cynober zawierających komórek coraz bardziej się pomnaża wewnątrz skrzepu, jednocześnie komórki te zaczynają przybierać postać już to wrzecionowatą, już gwiazdzistą, tak, że w 12 do 14 dni po operacji skrzep jest zupełnie zorganizowany i składa się z młodej, unaczynionej tkanki łącznej, której komórki cynober w sobie mieszczą.

Opierając się na tej obserwacji, autor mniema, iż prawdopodobnie w organizacji skrzepu głównie biorą udział komórki pochodzące ze ścian naczynia i z otaczających tkanin.

Chcąc jednak uniknąć zarzutu, jakoby drobinki cynobru dostawały się do wnętrza skrzepu nie przez ściany naczynia, a może raczej na drodze krążenia, autor dokonał drugi szereg eksperymentów, w których podwiązywał jak poprzednio w dwóch miejscach V. jug. ext., ale raz odpreparowywał podwiązany odcinek żyły od otaczających tkanin (czyli prze-rywał wszystkie vasa vasorum do tego odcinka dochodzące), drugi raz starał się przy podwiązaniu nie naruszać związku pomiędzy żyłą a otaczającymi ją częściami. Cynobru nie wcierał przy tych eksperymentach w ścianę podwiązanego naczynia, a wstrzykiwał go w słabym roztworze soli kuchennej do V. jugul. ext. z drugiej strony szyi zwierzęcia. Tam gdzie vasa vasorum były zniszczone skrzep nie zawierał wcale komórek z cynobrem; w tych

zaś eksperymentach, w których vasa vasorum podwiązanej żyły były w znacznej części nie-naruszone, badania mikroskopowe wykazały istotnie w skrzepie obecność komórek zawierających cynober, ale liczba ich była zawsze nader mała i nigdy one nie wnikały do wnętrza skrzepu, a zawsze tylko sadowiły się przy wewnętrznym obwodzie naczynia.

Obserwacja ta więc przekonywa, że chociaż istotnie białe ciała krwi na drodze zwy-  
czajnego krążenia dochodzą w małej ilości do wnętrza naczynia skrzep zawierającego, ale w organizacji samego skrzepu żadnego udziału nie biorą.

Chcąc nakoniec wykluczyć pozytywnie udział białych ciałek krwi zawartych w skrze-  
pie w organizacji tegoż skrzepu, autor dokonał jeszcze 31 szereg eksperymentów. Do od-  
preparowanej i podwiązanej części żyły (jak wyżej) wstrzykiwał małą sprycką parę kropli  
mieszanki z cynobrem. Gdyby zawarte w skrzepie białe ciała krwi nie straciły jeszcze  
swych żywotnych własności wędrowania i organizowania się, jak to mieć chcą *Virchow* i in-  
ni, natenczas powinnyby wchłonąć w siebie drobinki cynobru i zachować takowe przy dal-  
szem organizowaniu się z nich skrzepu. Tymczasem badania mikroskopowe *Bubnow'a* prze-  
konały, iż wstrzyknięty do podwiązanej części żyły cynober pozostaje zbity w kupkach  
i przedstawia się w takichże kupkach po nastąpieniu organizacji skrzepu, a elementa ko-  
mórkowe w skład zorganizowanego skrzepu wchodzące w tym razie wcale drobinek cyno-  
bru nie zawierają. Tym więc sposobem udział białych ciałek krwi samego skrzepu w orga-  
nizacji tegoż skrzepu zostaje wykluczony.

O ile nam wiadomo, twierdzenia *Bubnow'a* przed dwoma już laty ogłoszone nie spo-  
tkały żadnego ważniejszego zaprzeczenia.

### Fizjologiczna i patologiczna rola szpiku kostnego.

Neumann (pf. z Królewca). *Centralblatt* 1868. Nr. 44. Vorläufige Mittheilung.

Bizzozero (Gazetta medica Italiana-Lombardia. 1868. Nr. 46. Referat w *Centralblatt* z. r.  
Nr. 56).

Bizzozero (Ibidem. 1869. Nr. 2. Referat w *Centralblatt*, 1869. Nr. 10).

Neumann (Archiv der Heilkunde. 1869. X. p. 68—102—Referat w *Centralblatt*, z. r.  
Nr. 15).

Hoyer (Professor Warszawskiego Uniwersytetu). — *Centralblatt*. 1869. Nr. 16 i 17. Vorläu-  
fige Mittheilung.

Neumann — *Centralblatt*. 1869. Nr. 19. Orig. Mittheilung—

Neumann—Wykład miany d. 28 Września 1869 w Towarzystwie naukowej medycyny w Kró-  
lewcu. ((*Berl. Klin. Wochenschrift*. 1869. Nr. 45).

Żaden z wyżej wymienionych artykułów nie wyczerpuje przedmiotu o którym w na-  
szem sprawozdaniu mówić chcemy. Odnoszące się tu wiadomości ograniczają się dotych-  
czas prawie na samych krótkich tymczasowych doniesieniach autorów o zrobionem odkry-  
ciu. Z treściwych tych jednak doniesień łatwo się ocenić daje naukowa doniosłość nowo  
odkrytych faktów, i dla tego chcemy czytelników z odkryciami temi zapoznać, chociaż nie  
będziemy w stanie podać stanowczych wniosków, jakie autorowie na wstępie wymienieni na  
poszukiwaniach swych opierają. Zresztą i fakta nowo odkryte nie są zupełnie pomiędzy so-  
bą zgodne.

Przypomnieć tu podobno nie zawadzi, iż histologowie (*Kölliker*—4 wydanie. p. 231)  
rozróżniają dwie postacie szpiku kostnego: szpik żółty mieszczący się przeważnie w kościach  
długich i szpik różowy zawarty w przestworach gąbczastej substancji w kościach krótkich,  
płaskich a szczególnie w kręgach, w kościach podstawy czaszki, w mostku itd. Szpik kos-  
tny badany pod mikroskopem składa się z luźnej tkanki łącznej, która jednak nigdzie nie  
tworzy jednociągłej warstwy, z komórek tłuszczowych, z kropli wolnego tłuszczu, z pewnej  
cieczy i nakoniec z drobnych komórek szpikowych (Markzellen), identycznych z komórka-  
mi limfoidnymi, białymi ciałkami krwi itp. Te ostatnie elementa komórkowe są stale za-  
warte w szpiku różowym, rzadko zaś i tylko pojedynczo w normalnym szpiku żółtym,  
gdzie znowu przeważają komórki tłuszczowe.

Te to właśnie kurczliwe, limfoidne elementa szpiku stanowią główny przedmiot spo-  
strzeżeń wyżej wymienionych badaczy.

**Neumann** pierwszy zauważył stosunkowo wielką obfitość białych ciałek krwi w naczyniach krwionośnych szpiku—a z drugiej strony jednocześnie odkrył w szpiku różowym niedostrzeżone tam jeszcze inne elementy, zupełnie identyczne z embrjonalnymi ciałkami krwi, to jest różniące się od zwykłych czerwonych ciałek krwi obecnością w nich jądra. W szpiku żółtym elementa tej postaci rzadziej daleko przez *N.* znajdowane bywały.

Wkrótce potem **Bizzozero** stwierdził fakta przez *N.* odkryte, przekonał się o bytności ogromnej liczby elementów limfoidnych (komórek szpikowych) w szpiku kości człowieka, królika i myszy; przy pomocy kwasu osmiowego wykrył nadzwyczaj delikatne reticulum rozciągające się pomiędzy owymi drobnymi elementami komórkowymi; najwęższe naczynia żyłne mają zdaniem jego posiadać bardzo cienkie ściany. Nakoniec znalazł, obok wyżej wspomnianych limfoidnych komórek, i te które *N.* opisał, a nadto przekonał się, iż przemiana komórek limfoidnych na owe przez *N.* odkryte czerwone, ale jądrem opatrzone, odbywa się w ten sposób, iż bezbarwne jądro komórki limfoidnej zaczyna się powiększać i przybierać blado żółto-różową barwę tak, że, w końcu tylko szczupła powłoka mniej lub więcej zabarwionej protoplazmy otacza tak zmienione jądro a cała komórka zupełnie jest identyczna z embrjonalnym ciałkiem krwi. Autor w końcu zwrócił uwagę na następujący fakt świadczący o ważności szpiku kostnego przy tworzeniu się elementów krwi: Znalazł on w szpiku kostnym u żab w zimie same tylko komórki tłuszczowe a żadnych prawie elementów limfoidnych,—u żab zaś w lecie stosunek był wprost przeciwny, a odpowiednio temu krew żab zimowych zawierała 3,88<sup>0</sup>/<sub>0</sub> a żab letnich 8,97<sup>0</sup>/<sub>0</sub> bezbarwnych ciałek.

W późniejszej obszerniejszej pracy swojej *Neumann* stara się wykazać, iż odkryte przezeń w szpiku kostnym komórki są przechodnimi formami pomiędzy komórkami limfoidnymi (szpikowymi) a prawdziwymi czerwonymi ciałkami krwi. Przemiana jednak komórek limfoidnych odbywa się zdaniem *N.* nie tak jak ją opisał *Bizzozero* a raczej przez przemianę protoplazmy owych komórek, jej zabarwienie różowe itd. Dalej autor badał układ naczyniowy szpiku i przekonał się, iż w stanie normalnym siatka włoskowata posiada właściwe ściany. Włoskowate naczynia szpiku są stosunkowo bardzo szerokie i mają gdzieś niegdzie ślepe wypustki. Końcowe gałązki tętnicze są od naczyń włoskowatych węższe, tak, że mają lejkowate rozszerzenia w miejscu przejścia do siatki włoskowatej. Ściany żył są nader cienkie.

Traktując szpik kwasem solnym rozcieńczonym, autor był w stanie odosobnić zupełnie naczynia włoskowate od otaczającego je szpiku i przekonał się, iż naczynia te mieszczą w sobie bardzo liczne komórki przechodniej formy (embrjonalne ciałka krwi), z kąd wnosi iż przemiana ciałek limfoidnych (szpikowych) na te ciałka embrjonalne krwi i dalej tych ostatnich na zwyczajne czerwone ciałka krwi odbywa się wewnątrz naczyń włoskowatych szpiku, których szerokie wymiary powodować muszą stosunkowo bardzo zwolnione krążenie krwi w szpiku kostnym.

Co się tyczy bezbarwnych ciałek krwi, które wewnątrz naczyń włoskowatych w ogromnej stosunkowo napotykanie są ilości, to autor mniema, iż pochodzą one z odbywającego się fizjologicznie bujania elementów limfoidnych (komórek szpikowych) szpiku, które mnożąc się nie znajdują dosyć miejsca w ograniczonych stałymi ścianami przestworach kostnych i dla tego wnikają (immigrują) do naczyń włoskowatych.

Profesor **Hoyer**, nie znając jeszcze ostatniej obszerniej pracy *Neumann'a*, ogłosił krótkie doniesienie o poszukiwaniach swoich nad budową i rolą szpiku kostnego. Poszukiwania te doprowadziły do rezultatów nieco odmiennych, aniżeli wspomniane badania *Neumann'a* i *Bizzozero*. Autor wstrzykiwał królikom cynober i anilinę do żył szyjowych, przyczem przekonał się, iż u zwierząt w kilka dni lub w kilka tygodni potem zabitych wstrzyknięty barwnik znajduje się nagromadzonym w wątrobie, śledzionie i w szpiku kostnym \*), a mianowicie w komórkach szpikowych (identycznych z komórkami bezbarwnymi krwi). Chodzi-

Nadmienić tu muszę, iż już *v. Recklinghausen* w sprawozdaniu swém z ogólnej patologiji za rok 1867 (*Jahresberichte Virchow'a i Hirsch'a*—T. 1. p. 324) donosi, iż przekonał się o gromadzeniu się cynobru w szpiku kostnym po wstrzyknięciu go do żył. (Przyp. Spraw).

ło o rozwiązanie pytania: na jakiej drodze owe bezbarwne ciała krwi barwnik w sobie mieszczące wymigrowały z układu naczyniowego do mięszu szpiku, i jeżeli ciała te jak sądzi *Neumann* w szpiku ulegają przemianie na czerwone ciała krwi, na jakiej drodze do wnętrza naczyń krwionośnych z mięszu szpiku się dostają? Szukając odpowiedzi na te dwa pytania autor za pomocą robionych wstrzykiwań tak do tętnic jak i do samej masy szpiku (po prześwidrowaniu otworu w ścianie kostnej) przekonał się, iż ostateczne gałęzie tętnicze mieszczą się w obwodowych częściach szpiku, że ztamtąd ku środkowi wypuszczają gałązki przechodzące w naczynia włoskowate; naczynia te jednak nie komunikują z początkami żył (jak twierdzi *Bizzozero* i *Neumann*), ale raczej krew z naczyń włoskowatych tętniczych wylewa się wprost do masy szpiku, wśród elementów którego toruje sobie liczne stosunkowo szerokie drogi nie posiadające ścian właściwych i nakoniec wlewa się w początkowe gałęzie żyłne. Przy takim układzie krwionośnym szpiku łatwo jest pojąć obecność bezbarwnych ciałek z ziarnkami barwnika po wstrzyknięciu tegoż do żył szyjowych i łatwoby przyszło zrozumieć, jak przechodnie formy z owych bezbarwnych ciałek powstałe do odprowadzających żył w szpiku kostnym się dostają.

Dotychczas *Neumann* ani *Bizzozero* nie zaprzeczyli nowemi poszukiwaniami zdania profesora *Hoyer'a*.

Z dalszych poszukiwań *Neumann'a* zdaje się wynikać nie tylko wielka ważność szpiku w stanie normalnym ustroju, ale i nie mała doniosłość jego roli w sprawach chorobnych.

W pierwszej krótkiej wzmiance odnoszącej się do tego ostatniego przedmiotu *N.* donosi: 1), iż w chorobach chronicznych prowadzących do ogólnego wycieńczenia następuje przemiana żółtego szpiku kostnego kości długich (który jak już wspomniano przeważnie z tłuszczu się składa) na szpik limfoidalny, to jest zawierający znaczną liczbę komórek limfoidalnych (szpikowych) i w tym ostatnim występuje znaczna liczba odkrytych przez *N.* przechodnich postaci komórkowych; co przekonywa, iż w tych stanach marastycznych ma miejsce w szpiku kostnym kompensacyjne tworzenie się ciałek krwi. 2) *Bizzozero* w drugiej swej pracy donosi, iż znalazł w szpiku kostnym komórki zawierające w sobie mniejszą lub większą liczbę czerwonych ciałek krwi mniej lub więcej zmienionych; były to komórki takie jakie stale napotykać się dają w śledzionie. Ztąd *B.* wniósł, iż w szpiku kostnym odbywa się nie tylko przemiana ciałek bezbarwnych na czerwone ale nadto i dezorganizacja ciałek czerwonych. Otóż *Neumann* przekonał się, iż ma to istotnie miejsce tylko przy tyfusie i polega na chorobnym stanie włoskowatych naczyń szpiku w tej chorobie, w której naczynia włoskowate tracą swe ściany i krew wprost z gałązek tętniczych do masy szpiku się wylewa. 3) Zapalenie szpiku żółtego różni się tem od prostej przemiany w szpik różowy (limfoidalny), iż przy zapaleniu powstawanie przechodnich form komórkowych nie ma miejsca.

Nakoniec niedawno profesor *Neumann* zdawał sprawę z badań zrobionych na trupie człowieka zmarłego w klinice w Królewcu, wśród objawów *leukaemji*. Badanie krwi za życia pacjenta wykazało znaczne pomnożenie ciałek bezbarwnych a nadto obecność czerwonych ale jądra zawierających elementów komórkowych, a więc takich jak odkryte przez *N.* formy przechodnie w szpiku, czyli embrjonalnych ciałek krwi. Sekcja wykazała między innemi znaczne powiększenie i stwardnienie śledziony; jej torebki liczne, reticulum w nich i w całym mięszu niezmiennione, w jego siatce liczne ciała czerwone krwi, zaś w włoskowatych żyłach śledziony bardzo liczne bezbarwne ciała krwi. Wątroba powiększona, jej tkanka interstycjalna infiltrowana licznymi komórkami limfoidalnymi. Do badania szpiku kostnego wypielowano kawałek kości ramieniowej, kawałki kości czaszki, mostka, żeber i kręgów. We wszystkich tych kościach okazały się też same znaczne zmiany szpiku. Miał on barwę zielono-żółtą ropy i bardzo małą spoistość, tak, że przedstawiał zupełnie obraz ropiastej *Osteomyelitis*. Badanie mikroskopowe wykazało, iż cała masa szpiku składała się z drobnych komórek limfoidalnych, zupełnie jednakowych z ciałkami bezbarwnymi krwi w danym przypadku. Nie można było wykryć wcale siatki naczyń włoskowatych, tak, że autor przypuszcza iż w tym razie końcowe gałęzie tętnicze i żyłne wprost zanurzone były w masie szpiku a tem samem dane najkorzystniejsze warunki do imigracji do krwi limfoidalnych elementów szpiku, będących produktem patologicznie podwyższonego bujania normalnych

limfoidnych (szpikowych) komórek szpiku. Neumann zatem w danym tu przypadku przypisuje sprawie chorobnej w szpiku się odbywającej niemały udział w rozwoju leukaemicznej mieszaniny krwi.

### Zwężenia i zaciśnięcia kiszek.

C. Hilton—Fagge—On intestinal obstruction *Guy's hosp. reports* (3) XIV. p. 272—378 (Referat w *Centralblatt*. 1869. Nr 39).

Nie mając oryginału rzeczonyj pracy, chcę chociaż podać najważniejsze z niej szczegóły podług sprawozdania Busch'a w *Centralblacie* zamieszczonego, a to głównie z powodu niemałej praktycznej ważności całej pracy.

Z pomiędzy 4000 sekcji wykonanych w ciągu lat 14 na zmarłych w szpitalu *Guy'a*, 58 wykazało obecność zaciśnięć i zwężeń w kiszki. Autor rozróżnia 6 klas inkarceracji wewnętrznej, — a mianowicie: 1) Zaparcie światła кишки kałem lub skamieniałościami; 2) intussusceptiones et invaginationes; 3) zwężenia spowodowane cierpieniem ścian kiszki; — 4) zaciśnięcia kiszek w skutek przyrostów otrzewnej lub skurczenia się kretek; 5) osiowe skręcenia i zgięcia (volvulus) kiszek; 6) istotne wewnętrzne inkarceracje części kiszki w twardych obręczkach utworzonych z tkaniny włóknistej.

Dalej autor zastanawia się nad diagnozą differencjonalną inkarceracji kiszek grubych i cienkich. *Barlow* zwrócił uwagę na to, że przy zaciśnięciu kiszek cienkich ilość moczu jest znacznie zmniejszona, przy inkarceracji zaś kiszek grubych pozostaje normalną. Fakt ten starał się objaśnić tćm, że im miejsce inkarceracji jest wyżej tćm powierzchnia rezorbująca płyn jest mniejsza, a ztąd i mała ilość moczu przy inkarceracji kiszek cienkich. Autor przyznaje, iż obserwacja *Barlow'a* jest prawdziwą, ale fakt przezeń poznany objaśnia inaczej a mianowicie nagłością powstawania inkarceracji kiszek cienkich, która oddziałując na nerw sympatyczny spowoduje sekrecyjne porażenie nerek, kiedy tymczasem inkarceracja kiszek grubych powstająca zwykle chronicznie takiego skutku za sobą nie pociąga.

Później autor przechodzi z kolei owe 6 klas inkarceracji któreśmy wymienili wyżej.

*Odz. 1.* Z pomiędzy 58 przypadków inkarceracji, badanych przez autora, żaden nie polegał na obturacji światła kiszki kałem lub skamieniałościami. Autor opiera uwagi swoje do tćj klasy się odnoszące na 6 przypadkach znalezionych w „*pathological Transactions*”. W przypadkach tych miało miejsce przedziurawienie pęcherza żółciowego, wyjście zeń kamieni żółciowych do dwunastnicy i obturacja kamieniami temi światła kiszki z zejściem śmiertelnem. Chorzy ci byli w wieku od 27—do 64 lat. Pod względem symptomatycznym przypadki te nie przedstawiały nic szczególnego. Rzadziej jeszcze zdarzają się śmiertelne przypadki inkarceracji w skutek zaparcia kiszki kałem. Jeden tylko przypadek taki znany jest autorowi w literaturze. Dotyczył on idioty; kał powodujący inkarcerację składał się z włókien skorupy orzecha kokosowego. W kilku napotkanych w literaturze przez autora przypadkach, massa powodująca inkarcerację śmiertelną składała się z kłębu askaridów, których liczba w jednym przypadku wynosiła 365.

*Odz. 2.* Wśród badanych przez autora przypadków było 8 intussuscepcji, z tych 4 w kiszki grubych i 4 w cienkich. Z pomiędzy intussuscepcji kiszek grubych jedna polegała na invaginacji samej tylko kiszki prostej (rectum), która na kilka cali z odbytu wystawała; w 3 zaś przypadkach była *intussusceptio ilio-coecalis*, która jest w ogóle najczęstszą formą invaginacji kiszek; polega ona na wsunięciu się *valvulae Bauhini* w okrężnicę (colon) i pociąganiu w nią ileum. W przypadkach tych na długi czas przed śmiercią czuć było można w brzuchu guz twardniejący przy naciskaniu; dopiero w kilka miesięcy po nastąpieniu invaginacji przyszły objawy zaciśnięcia kiszek, poczem śmierć szybko nastąpiła. Wielce prawdopodobną przyczyną intussuscepcji było tu uderzenie lub ochłnięcie w brzuch. Co się tyczy invaginacji kiszek cienkich (4 przypadki), te przebiegają ostro i śmierć następuje w 8 do 10 dni od chwili wystąpienia pierwszych objawów. Jednak znane są w literaturze przypadki, w których invaginowana część kiszki oddzieliła się, odeszła ze stołcem i nastąpiło wyzdrowienie.

Od. 3. Z pomiędzy 58 przypadków inkarceracji, aż 17 spowodowanych było zwężeniem w skutek cierpienia ścian kiszki. We wszystkich przypadkach siedlisko zwężenia było w kiszkiach grubych. W 3 przypadkach powodem zwężenia była kontraktura bliznowa lub też przerost warstwy mięśniowej w ścianie kiszki. Wreszcie zaś przypadków zwężenie spowodowane było procesem rakowatym; 4 razy było *carcinoma villosum*. Mimo objawów zupełnego zamknięcia światła kiszki za życia w tego rodzaju przypadkach, przy sekcji można było jednak zawsze wprowadzić ramię nożyczek przez znajdujący się otwór, co się objaśnia klapowatym zamknięciem fałdów cyrkularnych. Charakterystycznym dla tej klasy inkarceracji jest bardzo powolne ich rozwijanie się do chwili wystąpienia objawów zupełnego zamknięcia i stosunkowo długie jeszcze trwanie życia po wystąpieniu tych ostatnich objawów. Zwężenia daleko częściej są po stronie lewej aniżeli po prawej.

Od. 4. Do klasy uciśnięcia kiszek z zewnątrz zalicza autor kompresję kiszki przez ściągające się przyrosty w skutek spraw zapalnych otrzewnej, dalsze zwężenia kiszek wskutek częścowego skurczenia się krezki, a na koniec zaciśnięcia światła kiszki przez inne organa, a mianowicie przez powiększone gruczoły limfatyczne. Tego rodzaju przypadki 16 razy miały miejsce, a mianowicie 12 razy jako następstwo ograniczonego zapalenia otrzewnej, 2 razy wskutek rakowatego procesu w otrzewnej, w 1 przypadku w skutek skurczenia się krezki, a w 1 przypadku gruczoły limfatyczne zawarte pomiędzy dwoma listkami krezki tak były powiększone, że zaciskały zupełnie światło kiszki. Przypadki te przeważnie odnosiły się do kiszek cienkich; przebieg był chroniczny. Ciężkie objawy inkarceracji wystąpiły po długim poprzednim trwaniu zupełnego zamknięcia światła kiszki.

Od. 5. Autor 5 razy obserwował skręcenia osiowe i zgięcia kiszek. W 4 przypadkach było istotne osiowe skręcenie kiszki grubiej, a mianowicie 1 raz w flexura sigmoidica, a 3 razy samej okrężnicy. W 5-yim przypadku miało miejsce opuszczenie, a przez to zgięcie górnej części *coli descendensis*. Przebieg we wszystkich przypadkach był nader ostry.

Od. 6. Ostatnią klasę autora stanowią właściwe inkarceracje wewnętrzne t. j. te przypadki w których pętla kiszkowa objęta bywa obręczką włóknistą podobnie jak w przepuklinach zewnętrznych. Autor obserwował 13, a dawniej w tymże szpitalu zdarzyły się 4 tego rodzaju przypadki. Z pomiędzy tych 17 przypadków w 8-u nastąpiła inkarceracja przez postronki odchodzące od krezek lub omentum, a zrośnięte z otrzewną brzuszną lub z kiszkami; 5 razy znaleziono *diverticulum* odchodzące od *ileum* którego ślepy koniec zrośnięty był ze ścianą brzuszną za pomocą włóknistego postronka; z 4-ch zaś pozostałych przypadków jeden polegał na inkarceracji w dziurze będącej w *omentum*, w drugim inkarcerację spowodowała krezka pętli kiszkowej, która zstąpiła do małej miednicy, w trzecim szypułka guza jajnika, w czwartym na koniec wewnątrz obręczką przepuklinową.

Nadto do klasy tej należą inkarceracje wewnętrzne spowodowane anormalnemi otworami lub szparami przepony, ścian brzusznych, rozdartej macicy, pęcherza lub przedziurawionego owrzodzeniem *rectum*. Takich jednak autor nie obserwował. Z pomiędzy 6-u opisanych przez autora grup inkarceracji wewnętrznych, tylko przypadki ostatniej grupy wskazują wykonanie laparatomji z pomyślnym skutkiem. Przypadki te stanowią w liczbie obserwacji autora 25,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wszystkich wewnętrznych inkarceracji. Ale rozpoznanie tego rodzaju inkarceracji od inkarceracji innych grup jest zawsze bardzo trudnem.

## DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Uterhart (*Berl. klin. Wochenschrift* 1869. N-o 24) opisuje następujący przypadek zarosnięcia *introitus vaginae* i anormalnego rozszerzenia cewki moczowej: U pewnej pierwsiastki, po dokonaniu obrotu i wydobyciu nieżywego dziecka, nastąpiło w przebiegu połoгу zarosnięcie bliznowate ujścia pochwy, tak, że w krócie współkowanie stało się niemożliwem. Usiłowania jednak męża pacjentki zdołały, niezważając na ból żony, utworować sobie nową drogę do odbywania coitus, a to przez stopniowe rozszerzenie prąciem cewki moczowej u żo-

ny. Skutkiem tego przyszło do zupełnej *incontinentio urinae* z powodu której chora szukała pomocy lekarskiej. Autor zdołał przywrócić otwór ujścia pochwy przez co i coitus normalny stał się możliwym; incontinentio usunięta została— (Centralblatt 38) M.

**Down** (*L'union med.* 1868. N o 60) opisuje przypadek w którym 52 letni pacjent od 2 1/2 lat cierpiał na rozwolnienie, przy czem kilka razy dniem oddawane **wypróżnienia** były bardzo cuchnące i zawierały **znaczne ilości tłuszczu** rozpuszczalnego w eterze. Mocz zawierał cukier. Badanie brzucha żadnych wskazówek nie dostarczało. Chory bardzo był wychudzony. Autor przypuszczając cierpienie trzustki (pancreas) dał choremu 7 gran **pankreatynu** (Extract pancreatique), co przyniosło jak najpomyślniejszy skutek. Wyzdrowienie zupełne. (Centralblatt 38) M.

**Masius i van Lair** profesorowie w Lüttich doświadczeniami robionemi na żabach w początku i środku zimy przekonali się o **stopniowym odradzaniu się** wyciętych kawalków (1 do 2 Min.) **mleczu kręgowego** i o jednoczesnem powracaniu funkcji zniesionej po wykonaniu wycięcia. Przy odradzaniu się wyciętego kawalka mleczu dostrzegli najpierw pomiędzy obudwu jego odcinkami pojawienie się masy galaretowatej, zawierającej komórki nerwowe multipolarne i włókna nerwowe *Remaka*. Później miejsce tych ostatnich zajmowały właściwe włókna nerwowe. Do zupełnego odrodzenia upływało najmniej 2 miesiące.

(Centralblatt. Orig. Mith. N-o 39) M.

**Leube** asystent kliniki w Erlangen znalazł u 4 chorych **białko w pocie**

(Centralblatt. Vorläufige Mitheil. N-o 39) Markiewicz.

## KRONIKA TYGODNIOWA.

— **Kliniki szpitalne** w wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, mają być lada dzień otwarte: kliniką terapeutyczną zawiadywać będzie prof. *Chojnowski*, a chirurgiczną prof. *Kosiński* (jak to donosiliśmy), asystentem pierwszej mianowany został Dr. *Fonbeig*, asystentem drugiej p. *Ciunkiewicz*, Lekarz b. Szkoły Głównej; oprócz niej utworzona zostanie wkrótce klinika syfilityczna w szpitalu Ś-go Łazarza, której kierunek mieć będzie Dr. *Trautvetter*, Docent uniwersytetu warsz., asystentem kliniki został mianowany p. *Lewiński*, Lekarz b. Szkoły Głównej. Klinika ta, wedle ustawy uniwersyteckiej jest częścią wykładu teoretycznego chirurgii; oprócz niej należy tu jeszcze klinika chorób organów moczopłciowych; takową jak nam mówiono, ma prowadzić sam prof. *Girsztowt*.

— Dr. **Andrejew**, pomocnik Naczelnego Lekarza szpitala wojskowego ujazdowskiego, został mianowany profesorem nadzwyczajnym Uniwersytetu Warszawskiego do wykładu Patologii i Terapii szczegółowej. Prelekcję wstępną prof. *Andrejew* odbył dnia 21. Stycznia r. b.

— Rząd Szwedzki postanowił, aby urzędnicy dróg żelaznych i nadzorcy tychże, uczyli się chirurgii elementarnej, iżby byli w stanie dawać pomoc podróżnym w nagłych przypadkach.

— Uniwersytet edyngburski ukończył przygotowania do przyjmowania **żeńskich studentów** na medycynę. Słuchacze żeńscy pomieszczeni będą oddzielnie od mężczyzn i każdy profesor osobno dla kobiet osobno dla mężczyzn miewać będzie odczyty. Pięć słuchaczek zgłosiło się do uniwersytetu.

— W Londynie istnieje **stowarzyszenie żeńskich lekarzy**, pod przewodnictwem hr. *Shaftesbury*, mające na celu rozszerzać praktykę lekarską kobiet, ginekologiczną i pediatriczną, jako też ułatwiać kobietom kształcenie się teoretyczne i praktyczne w różnych gałęziach medycyny. Przed pięciu laty urządzono w tym celu szkołę lekarską dla kobiet; ze szkół tej wyszło 82 kobiet z prawem praktyki lekarskiej. W Anglii przed bardzo niedawnym czasem pomoc kobietom rodzącym dawali sami tylko mężczyźni. (*Przeg. Lek.*).

Redaktor, Z. Dobieszewski.