

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —  
półrocznie „ 2 „ 50  
„ kwartalnie „ 1 „ 25

Na Stacyach pocztowych w Królestwie:  
rocznie . . . Rs. 6.  
półrocznie „ 3.

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.

TRZEC: Ropień podłopatkowy (abscessus subscapularis). Spostrzeżenie Dr. Kwaśnickiego. — Torbielak klejowaty (cystoida collodes) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (ascites); wycięcie jajnika (ovariotomia); śmierć. (dokończenie). Spostrzeżenie Prof. Girsztowa. — Kronika Zagraniczna. Przegląd oftalmologiczny. O zastosowaniu ciałmiskopu do rozpoznania chorób systemu nerwowego. (dokończenie). Br. Taczanowski. — Przyczynek do anatomii patologicznej płuc i kiszek przy białaczce. (Leukaemia). Sz. Portnera. — O wydzielaniu kwasu węglanego i przyjmowaniu kwasorodu (tlenu) przez człowieka nie dnie i w nocy, t. j. podczas czuwania i podczas snu. Dra F. Nawrockiego, Ass. Inst. Fizjol. we Wrocławiu. — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące.

## Ropień podłopatkowy (abscessus subscapularis).

Spostrzeżenie podane przez Dra Jana Kwaśnickiego,

Ordynatora szpitala Ewangelickiego.

Krótkie to spostrzeżenie podaję, nie dla tego, by ropień podłopatkowy w ogóle, lub też w naszym wypadku przedstawiał coś niezwykłego w swoim przebiegu; lecz jedynie dla tego, że opisu ropni podłopatkowych nie znalazłem w żadnym z dzieł klasycznych, traktujących o chirurgii, które mam pod ręką. W „*Traité de Pathologie externe*“ V i d a l'a, r. 1861., w „*Pathologie externe*“ N é l a t o n'a, w których znajdujemy działy wyłącznie poświęcone opisowi ropni głównych okolic chirurgicznych, ani słowa nie powiedziano o ropniach okolicy podłopatkowej, lubo te mają swoją wyłączną symptomatologią, dokładnie cechującą to cierpienie, pozwalającą z całą ścisłością odróżnić ropień tej okolicy od innych cierpień, mogących tu mieć siedlisko.

N. N., 36 lat wieku licząca, budowy ciała mocnej, dobrze odżywiana, poprzednio zupełnie zdrowa, w dniu 26 listopada 1866 r. przyszła do ambulatorium szpitala Ewangelickiego, uskarżając się na ból w okolicy łopatkowej lewej i w lewym barku, osłabienie, bezsenność, brak apetytu, ból głowy. Badanie choroby wykazało co następuje: przed tygodniem N. N. dźwigała przez cały dzień ciężary na plecach, w nocy uczuła ból w okolicy łopatki lewej; ból ów palący ciągle się wzmacniał aż do chwili przybycia do szpitala; jednocześnie przyszła gorączka, bezsenność i niemożność poruszania ramienia lewego. Obok tych objawów ogólnych na szczególną uwagę zasługuje symptomatologia miejscowa. Bark lewy opuszczony ku dołowi, lekko obrzmiały, łopatka zepchnięta ze swego położenia prawidłowego w ten sposób, że brzeg jej wewnętrzny znacznie wystający, cała zaś łopatka posunięta ku zewnątrz i ku tyłowi, w skutku czego okolica ło-

patkowa lewa znakomicie wygórowana; skóra ją pokrywająca zupełnie prawidłowa, nieco tylko naprężona, niedająca się ujmować w fałdy tak łatwo jak ze strony przeciwniej, temperatura w porównaniu z odpowiednią okolicą strony przeciwniej znacznie podniesiona; przelewania (*fluctuatio*), wcale nie ma, natomiast przy naciskaniu całej łopatki ku przodowi czuć się daje właściwa odporność najbardziej przypominająca odporność materaca ułożonego na sprężynach. Ruchy kończyny górnej lewej w stawie ramieniowym, jak czynne tak i bierne wywołują nader mocne bóle w całej okolicy łopatkowo-barkowej, w skutku czego chora trzyma ramię zupełnie nieruchomo, przechylając się całym ciałem ku stronie lewej. Anamnestyczne dane co do etiologii i rozwoju choroby, grupa objawów ogólnych i miejscowych, pomimo braku przelewania dają tak zupełny obraz choroby w mowie będącej, że o jej istocie ani na chwilę nie mogliśmy wątpić. Po krótkiej naradzie z kolegą S t a n k i e w i c z e m, postanowiliśmy natychmiast otworzyć ropień w środkowym punkcie wewnętrznego brzegu łopatki. Po znieczuleniu skóry za pomocą eteru, zrobiłem cięcie 3 cent długie w kierunku włókien m. kapturowego, po dojściu do wewnętrznego brzegu łopatki, skierowałem skalpel pod ów brzeg, starając się wniknąć w okolicę podłopatkową; gdy w tym kierunku cały prawie brzuscik noża został wprowadzony, trysnął z pewną siłą strumień ropy białawej, półpłynnej większą połowę szklanki napełniający. Po rozszerzeniu otworu dla łatwego odpływu ropy, wprowadziliśmy weń pasmo skubanki zmaczanęj w oliwie.

Następnego dnia, chora była zupełnie wolną od bólu głowy, bezsenności i palenia w okolicy łopatkowej; co dwa dni przychodziła do ambulatorium w ciągu dwóch tygodni, leczenie następne polegało na przestrzykiwaniu próżni ropnia ciepłą wodą i wprowadzaniu weń szarpi zmaczanych *in infuso aromatico*.

W celu wyjaśnienia wyżej podanych objawów miejscowych, najprzód stawiamy pytanie, jaka jest przyczyna zmienionego w podany sposób położenia łopatki przy ropniu podłopatkowym? Bez wątpienia tej należy szukać we właściwym układzie mięśni, mających przyczep na łopatce i we właściwej czynności tychże przy obecności wzmiankowanego ropnia. Wiadomo, że większa część mięśni łopatkowych przyczepia się do ramienia, do poruszenia którego są głównie przeznaczeni; łopatka więc, będąc dość ograniczoną w swoich ruchach, ma tylko rolę pomocniczą przy ruchach ramienia i tułowia, regulując je i służąc za punkt oporu dla działania mięśni, mających na niej przyczep; posiadając pewien stopień ruchliwości, przy wszystkich wyężonych ruchach ramienia musi być unieruchomianą za pomocą innych mięśni, które jej nadają pewne właściwe położenie, do tych mięśni głównie należą: m. kapturowy (*m. cucullaris*), dźwigacz kąta łopatki (*m. levator anguli scapulae*), skośno-czworoboczny mały (*rhomboides minor*), skośno-czworoboczny wielki (*rhomboides major*), — całą tę grupę mięśni można nazwać łopatkowo-karkową; mięśnie zaś: naramienny (*m. deltoideus*), kruczo-ramieniowy (*coracobrachialis*), nadgrzebieniowy (*m. supraspinatus*), podgrzebieniowy (*infraspinatus*), wałkowy, czyli obły mniejszy (*teres minor*), podłopatkowy (*subscapularis*), wałkowy, czyli obły większy (*teres major*), stanowią drugą grupę łopatkowo-ramieniową; czynności tych dwóch grup są zawsze współ-

silniejszym natężeniu ruchów ramienia grappa mm. łopatkowo-karkowa unieruchomia i umacnia w miejscu łopatkę, by ta mogła służyć punktem oporu dla grupy łopatkowo-ramieniowej *et vice-versa*. W skutku tej wzajemnej czynności mięśni, łopatkowa jest utrzymywana zawsze w pewnym, właściwym sobie położeniu. Mając te dane stawiamy pytanie, jak się zachowują mięśnie przy obecności ropnia podłopatkowego? Głównym czynnikiem wpływającym w tym razie na stan mięśni jest ból, przy którym mięśnie zachowują się w sposób najbardziej łagodzący nacisk na ognisko ropne (nacisk bowiem ból powiększa), najmniejszy zaś nacisk na okolice podłopatkową na miejsce przy zwolnieniu mm. grupy łopatkowo-karkowej, a przy pewnym naprężeniu mm. grupy łopatkowo-ramieniowej, w którym to razie ramię się unieruchomia, służąc za punkt oporu, a łopatkowa jest pociągniętą ku zewnątrz i ku tyłowi, szczególnie jej brzeg wewnętrzny (mięsień zaś podłopatkowy w skutku obecności ropnia znajduje się w stanie parezy). Położenie więc łopatki przy takim stanie mięśni jest bardziej wydatne, niż w stanie prawidłowym, co najwięcej się stosuje do jej brzegu wewnętrznego. Jeżeli do tego dodamy obecność znacznej ilości ropy, znajdującej się pod łopatką, która ją koniecznie musi odpychać ku tyłowi, to łatwo zrozumiemy wszystkie przyczyny wydatności łopatki i unieruchomienia kończyny górnej przy ropniu podłopatkowym.

---

**Torbielak klejowaty (*cystoida colloides*) prawego jajnika; zebranie surowiczego płynu w próżni otrzewnej (*ascites*); wycięcie jajnika (*ovariotomia*); śmierć.**

Spostrzeżenie Prof. Girsztowta.

(Dokończenie).

Chora po operacji zupełnie przytomna, na bóleści nigdzie się nie skarży, blada, kończyny jej zimne, tętno nader prędkie, zaledwo dające się liczyć, oddech rzadki i głęboki. Chorą dano filiżankę winnej polewki, do podeszew i goleni przyłożono kamionki napełnione gorącą wodą i okrażone flanelą.

O godzinie 5tej po południu: tętno pełniejsze, 120 uderzeń na minutę, temperatura ciała nieco się podniosła; na twarzy maluje się wyraz jakby przestachu, oczy wpadłe, połyskujące; chora zdaje się być obojętną na wszystko, na pytania odpowiada z przytomnością; dano jej filiżankę gorącego rosołu.

Godzina 11 w nocy: bezsenność, tętno 136 na minutę; temperatura ciała w jednym stopniu; wypuszczono moc; dano dwa proszki *morphii acetici* po 1/6 części grana.

10 stycznia, godzina 3 w nocy: chora drzemała przez pół godziny, tętno prędkie, ilość uderzeń nie daje się określić; kończyny zimne; zapisano *infus. valer. cum camphora*; wino.

Godzina 6 z rana: chora niespokojna, częste mgłności, przytomność zupełna; na bóleści nie uskarża się.

Godzina 10: kończyny zimne, chora blada, oddech ciężki; uderzenia serca nader słabe, tętno się nie wyczuwa; dano kielich szampańskiego wina, trochę gorącego rosołu.

Godzina 12 w południe: na twarzy wyraz przestachu, oczy połyskujące, pot zimny pokrywa czoło; niepokój, rzucanie się; przytomność zupełna: lekarstwo to samo.

Godzina 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>: nudzenie (*nausea*), ciągłe mgłności; rzucanie się (*agitatio*), brak oddechu, drgawki, wyprężenie mięśni pod formą tężca (*tetanus*) i we dwie godziny śmierć.

Pomimo nalegań i prób *autopsia* nie mogła być zrobiona: czy stare przesady, lub też cześć dla zwłok, jest podziś dzień ze strony wielu rodzin przeszkodą do otwierania ciał po śmierci, przynoszącą niepowetowane straty dla nauki i ludzkości? nie śmiemy przesądzać. To tylko nadmienimy, że czém oświećsze jest społeczeństwo, im głębiej do jego łona przenikły zasady wzajemnego posilkowania się i zobopólnych interesów, tém mniej ucieka ono od ofiar, jeżeli tylko usługa nauce i ludzkości wyświadczona ofiarą nazwana być może.

Najczęstszymi przyczynami śmierci po wycięciu jajników są: zapalenie rozlane otrzewnej, i jego towarzysze ropnica lub posocznica, krwotoki do jamy brzusznej, i wpływ obrażenia na ogólny system nerwowy, jakimbyśmy mianem nie ochrzczili go: *traumatismus*, *stupor*, *delirium traumaticum*, *exhaustio nervosa*, w przeniesieniu którego tak różnie się zachowują, nie tylko pojedyncze osobistości, ale nawet i odrębne plemiona. Najszczęśliwszymi pod tym względem są Anglicy i Amerykanie: przenoszą oni największe operacye, jak np. podwiązania wielkich tętnic, wypikowania kości największych stawów (*coxa, genu*); ztąd to statystyki ich śmiertelności są najpomysłniejsze odnośnie do innych narodów; dla tego mocnoby się omylił, ktoby utrzymywał, że przyczyną małej śmiertelności u nich po operacyach jest lepszy mechanizm wykonania operacyi, lub racjonalniejsze następce leczenie; bynajmniej: operacye wszędzie się dzisiaj jednakowo dokładnie wykonywają, czy to we Francyi, Niemczech lub u nas, tymczasem statystyka śmiertelności w każdym kraju jest inna. Że w Anglii zrodziły się największe operacye chirurgiczne i najlepsze dały wyniki, czego inne kraje osiągnąć nie mogły, w części tylko zawdzięczają oni swą sławę pod tym względem swojej śmiałości i przedsiębiorczości, a najbardziej swęj małej wrażliwości nerwowej (*vulnerabilitas*); nie zapominajmy jednak, że i Anglicy ze swemi pobratymcami Amerykanami, pomimo swego hartu, nie zdołali przenieść podwiązania *aortae* i *art. innominatae* i po kilku próbach ukończonych śmiercią, musieli te operacye odrzucić, tymczasem podwiązania te na niektórych zwierzętach (psy), zawsze szczęśliwie się kończą.

Ta to wrażliwość nerwowa, wpływ ten ranienia na system nerwowy był bez zaprzeczenia powodem śmierci i w naszym wypadku, bo zapalenie otrzewnej z jego następstwami nie mogło tak prędko się rozwinąć, a krwotoku jak w czasie operacyi, tak i po niej zupełniemy nie mieli. Ta nerwowa wrażliwość, ten wpływ ogromny na organizm ciężkiego obrażenia przy operacyi u każdego człowieka jest różny i oznak dla określenia odcieni jego nie mamy: ztąd to wielki by błąd popełnił ten operator, któryby po zrobionęj jednéj operacyi, chociażby największej, ukończonéj śmiercią, zrażony niepowodzeniem, złożył broń na zawsze i operacyę samą za niepożyteczną ogłosił. Możemy w pierwszych kilku

operacjach mieć, zbiegiem nieprzyjaznych okoliczności, niepomyślne rezultata, ale za to w innych kilkudziesięciu zbierać wawrzyny. Że tak jest w rzeczy wistosci, historia owaryotomii we Francyi jest tego dowodem: kiedy po wskrzeszeniu tej operacyi we Francyi D e m a r q u a y pierwszy wykonał ją z niepomyślnym skutkiem, najlepsi chirurdowie francuzcy, operacyą tę z oburzeniem odepchnęli, uważając ją po prostu za niemożliwą; kiedy jednakże pomimo to wszystko K ö b e r l é (w Strasburgu) wykonał 9 tych operacyj i wszystkie z pomyślnym skutkiem, najwięksi jej przeciwnicy od razu stali się najgorliwszymi zwolennikami i obecnie wszyscy prawie wykonywają, a operacya sama w lat kilka uzyskała sobie prawa obywatelstwa w świecie nauki a nawet zjednała inie operacyi klasycznej. W Polsce drugi raz dopiero operacya ta jest wykonaną i w obydwóch razach z niepomyślnym skutkiem; kraj nasz miał wprawdzie zwłaszcza w bieżącym stuleciu zdolnych i przedsiębiorczych chirurgów, ale szczególnego zamiłowania do chirurgii, tej najpiękniejszej gałęzi wiedzy lekarskiej, nigdy nie żywił; ztądto bezwątpienia, po przeczytaniu tego spostrzeżenia, znajdują się bojaźliwe i nieświadome rozwoju tej operacyi w innych krajach głosy, które doraźnie potępią tę operacyę i *per acclamationem* za niepożyteczną uznają; dla tego zawczasu uprzedzamy je, że zalecając i sami wykonywając tę operacyą, słowa nasze zachęty zwracamy tylko do młodego pokolenia naszych chirurgów, i bynajmniej nie myślimy wdawać się w spory z ludźmi niepoświęconemi.

Rozbiory wyciętego jajnika pod względem anatomicznej budowy i chemicznego składu, łaskawie dokonane przez Professorów anatomii patologicznej i chemii analitycznej, przytaczamy dosłownie.

Oto słowa Professora B r o d o w s k i e g o :

„Prysłany mi do rozpoznania nowotwór, wyłuszczony przez kol. G i r s z t o w t a z jamy otrzewnej, posiadał postać nieregularnej kuli wzgórkowatej, mogącej mieć w średnicy około 30 centymetrów; był twardy, sprężystej spistości; na nim znajdowały się dosyć liczne i dosyć długie twory błoniaste i tasienkowate, którymi zapewne nowotwór był przyrośnięty do części sąsiednich i jeszcze liczniejsze bąblaste, półkuliste (5—7 cent. średnicy), o cienkich przeświecających ścianach. Jedne z tych tworów bąblastych były wypełnione płynem mętnym białym, drugie zaś dosyć gęstym, klejowatym, przezroczystym; posiadały one w ogóle tak wątkie ściany, że za lekkim nawet naciskiem pękały. Dosyć znaczna ilość ich była wypróżniona; zapewne skutkiem pęknięcia podczas wydobywania nowotworu z jamy brzusznej, a może jeszcze i przed operacyą. Z powierzchni rozkroju całego nowotworu, ciągnęła się znaczna ilość gęstej, klejowatej, lub do gęstego śluzu podobnej masy, po większej części mętniej, białawej, miejscami zaś przezroczystej. Massa ta znajdowała się w jamach i jamkach najrozmaitszej wielkości i kształtu. Mniejsze po większej części skupione, podługowate zajmowały blisko trzecią część całego nowotworu, poprzedzielane były cienkimi, dosyć mocnymi przegrodami całkowitemi; większe zaś, z których niejedna dochodziła do objętości głowy noworodka, po większej części zlewały się pomiędzy sobą, będąc poprzedzielane niezupełnemi przegrodkami, miejscami nawet tylko półksiężycowatemi. Na ścianach tych większych jam znajdowały się skupione twory broda-

wkowate w postaci dosyć licznych płaskich strzępiastych wyniosłości i jeszcze liczniejsze, najrozmaitszej wielkości (od ziarna konopnego do miernego jabłka) guziki i guzy, jedno o podstawie szerokiej półkuliste, drugie zaś skutkiem wąkości podstawy prawie kuliste. Z powierzchni ich rozkroju ciągnął się także płyn do gęstego śluzu podobny, także w licznych jamkach zawarty, które w małych guzikach tak były drobne, iż powierzchnia rozkroju wzmiankowanych guzików, zwłaszcza po stwardnieniu ich w spirytusie, wielce podobną była do powierzchni rozkroju raków, zwanych klejowatymi (*carcinoma coloidum*). Ze ścian torebek wchodzących w skład większych guzów wyrastały takie same jak tylko co opisane guziki. Wszystko to razem wzięte, z wyjątkiem tylko wyżej wspomnianych tworów bąblastych, jak z jednej strony otoczone było grubą, miejscami przeszło na millimetr powłoką, tak z drugiej znowu ujęte w potężne podścielisko, którego grubość dochodziła miejscami do 1 centymetra prawie.

Mikroskop wykrył, że nadmienione podścielisko i ściany wchodzących w skład nowotworu torbieli składały się ze zbitęj tkanki łącznej. Wzmiankowane ściany wraz ze znajdującymi się miejscami na nich tworami brodawkowatymi wyścielone były nabłonkiem migawkowym w mniejszych torbielach na całej przestrzeni, w większych zaś tu i owdzie tylko <sup>1)</sup>. Zawartość torbieli większych przezroczysta, przedstawiała się pod mikroskopem jednolitą, szklistą, w pośród niej miejscami tylko napotykały się bardzo drobne kropelki tłuszczu, jak niemniej szczątki jakichś pierwiastków morfologicznych; w zawartości zaś mętnej, zwłaszcza białej, znajdowała się znaczna ilość stłuszczałych komórek, w postaci ciemnych drobnoziarnistych ciał kulistych, dużo wolnego tłuszczu w rozmaitej wielkości kroplach (mikroskopowych) i niewielka ilość kryształków cholesterynowych. Co się zaś tyczy zawartości drobnych torebek, która pospolicie była przezroczystą, to ta składała się prawie wyłącznie z klejowato przeistoczonych komórek, które jak wiadomo przedstawiają się w postaci dosyć dużych jajowatych lub kulistych tworów pęcherzykowatych o jednolitej zawartości szklistawej. Wymienione komórki w bardzo małych torebkach skutkiem wzajemnego ucisku były z lekka kątowate.

Że nowotwór ten posiadał wszystkie cechy tak zwanych torbielaków klejowatych (*kystoma coloidum*) i że niczém inném nie był jak tylko zwyrodniałym jajnikiem, to nie potrzebuje dowodzenia.

Wiadomo, iż przed niedawnymi jeszcze czasy wszystkie torbiele złożone za przykładem Hodgkina wyprowadzano z torbieli prostych, przypuszczając że ściany ostatnich dają początek nowym torbielom, ściany tych -- innym i t. d. bez końca. Wiadomo także, iż badania Virchowa, stwierdzone następnie przez Förstera i innych, do całc odmiennych pod tym względem doprowadziły wniosków. Powszechném obecnie jest zdanie, że torbiele złożone są takimi od samego początku, że jedno składowe ich części powstają niezależnie od drugih,

---

<sup>1)</sup> Spiegelberg taki nabłonek widział tylko na nowotworach brodawkowatych, wystających niekiedy ze ścian torbieli (Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. XIV).

że przybywające później torbiele pojedyncze powstają nie ze ścian poprzednich, lecz z tejże samej tkanki i tym samym sposobem co i poprzednie, t. j. jak w jajnikach, bądź z pęcherzyków Graafa (torbiele surowicze), bądź z tkanki łącznej (klejowate) stanowiącej podścielisko (*stroma*) tych narządów.

Otóż wypadek, o którym tu mowa dowodzi, że zdanie Hodgkin'a pod pewnym przynajmniej względem nie powinno być tak stanowczo odrzuconem, jak to obecnie powszechnie się dzieje, a mianowicie że i ściany torbieli dawniej powstałych mogą coś znaczyć przy wytworzeniu się nowych.<sup>1)</sup> Znaleźliśmy bowiem w tych ścianach nie tylko liczne zarodki nowych torebek i torebki już wykształcone, nabłonkiem także migawkowym wyścielone, których miejscami była tak znaczna ilość, tak drobnych i tak blisko siebie położonych, że przedzielająca je tkanka łączna wyglądała jakby jakie podścielisko raka, a niekiedy nawet wzmiankowane przegródki były tak cienkie, że nabłonek jednych torebek zdawał się bezpośrednio dotykać nabłonka drugich; ale co większa, w tych bardzo drobnych nawet torebkach częstokroć dawały się postrzegać twory brodawkowate, niekiedy i liczne, takim samym nabłonkiem także okryte, z tych niektóre zawierały już zarodki nowych torebek w postaci kulistych gromadek nowych komórek okrągławych.

Prof. Dudrewicz po dokonaniu rozbioru jakościowego płynu z otrzewnej i torbieli powiada:

„Płyn z jamy otrzewnej jest wysięk surowicy krwi, mianowicie zawierający białko, nadzwyczaj małe ilości sernika (*casein*) i resztę części składowych surowicy;— c. w. 1,020. Zawartości torbieli jajnika oprócz białka główną częścią składową jest mucyna, która jest przyczyną gęstości tego płynu; nawet po zgotowaniu i ścięciu białka, płyn jest gęsty jak poprzednio.”

Jeszcze słów kilka co do dziejów tej operacji.

Pierwszą myśl wycinania chorych jajników powziął w r. 1685 Theodor Schorkoppf, wykonał zaś tę operację po raz pierwszy francuzki chirurg Laumonier w r. 1781 i to z pomyślnym skutkiem. Amerykanie jednakże zaszczyt pierwszej operacji wykonanej z pomyślnym skutkiem przypisują Ephr. MacDowellowi (1809); bądź co bądź dalszy rozwój tej operacji był nader powolny. We Francji od r. 1782 do 1861 wykonano ją tylko 8 razy, z których 5 umarło (*Maisonneuve, Richard, Morand, Herrgott, Boine*) i 3 wyzdrowiało (*Wojcickowski, Larrey, Vaullegeard*). W listopadzie 1856 roku miała miejsce w paryzkiej akademii lekarskiej знаmienita dyskusja o torbielach jajnikowych i ich leczeniu radykalnem, w której wszyscy prawie członkowie oświadczyli się przeciw operacji, wyjąwszy jednego tylko Cazeaux, który wyrzekł pamiętne słowa: „*avant de proscrire, il faut examiner*.” Demarquay, jak już wyżej powiedzieliśmy, wskrzesił tę operację we Francji w lutym 1862 r. i od tego czasu operacja ta znajduje tutaj coraz więcej zwolenników, mając w osobie Koehrlé najszcześniejszego orędownika. W roku 1819 Chrysmar pierwszy wykonał owaryotomię w Niemczech:

---

<sup>2)</sup> Ma się samo przez się rozumieć, że nie w ten sposób, jak to mniemał Hodgkin.

w ślady jego poszli z rozmaitem szczęściem Dieffenbach, Langenbeck, Martin, Kiwisch, Scauzoni, Nussbaum, Stilling i w. i. Od r. 1825 operacja ta przeszła do Anglii, gdzie ją pierwszy wykonał Lizars (w Edynburgu), a w nader krótkim czasie znalazła ona tutaj dla siebie obiecaną ziemię. Tyler Smith, Baker Brown, Spencer Wells, Charles Clay głośne swe imię zawdzięczają jedynie téj operacji. W Ameryce najwięcej się wsławił operacją Atlee i Hamilton.

Dr. Dutoit od czasu wykonania pierwszej operacji w roku 1781 aż do końca października 1863 r. zebrał 742 wypadki owaryotomii, z których 467 przypada na Anglią, 165 na Amerykę, 74 na Niemcy, 28 na Francję, i 8 na inne kraje, z tych 742: wyzdrowiało 425, umarło 317. Na 114 operowanych przez Wells'a wyzdr. 76, umarło 38.

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Przegląd oftalmologiczny.

*O zastosowaniu oftalmoskopu*

do rozpoznania chorób systemu nerwowego.

Napisał Br. Taczanowski.

(Dokończenie).

Nowotwory w zrazach przednich mózgu sprowadzają zanik nerwów wzrokowych. Graefe sądzi że w podobnych wypadkach zanik nerwów wzrokowych następuje w skutek nacisku na zatoki jamiste, co utrudnia obieg krwi w oku <sup>1)</sup>, w wielu jednak razach niepodobna stwierdzić nacisku, zanik więc nerwów prawdopodobnie sprowadzony zostaje przez rozszerzenie się aż do nerwów processu chorobnego. Zmiany patologiczne w zrazach średnich i tylnych mózgu sprowadzają amaurozę, tylko wtenczas skoro process przeniesie się za pośrednictwem wzgórków wzrokowych na wzgórki czworaczne.

Podług doświadczeń fizjologicznych p. Flourens, wzgórki czworaczne są siedliskiem wzroku, sprawy więc chorobne w tych organach najpierw sprowadzają ślepotę. Z początku badanie wziernikiem ocznym daje tylko znaki negatywne, później jednak, mniej więcej w trzy tygodnie, process chorobny przenosi się i na nerwy wzrokowe, sprowadzając ich zanik. Raptowny więc zanik brodawek, zupełna utrata wzroku w 8 do 15 dni po wystąpieniu pierwszych objawów cierpienia mózgowego, przemawiają za umiejscowieniem processu we wzgórkach czworacznych. Oprócz tego p. Gałęzowski zwraca uwagę na stan źrenicy, źrenice mocno rozszerzone lecz nieruchome naprowadzają nas na myśl, że process patologiczny zajął wzgórki czworaczne sąsiednie ciałom czworaczym, wzgórki wzrokowe zdają się być według doświadczeń pp. Longet, Flourens i Vulpian organem środkowym ruchów dowolnych, część ich jednak tylna nie jest bez wpływu na wzrok. Pomiędzy 62 obserwacjami processów patologicznych we wzgórkach wzrokowych, tylko 17 razy znaleziono amaurozę. Dr. Gałęzowski sądzi że process patologiczny we wzgórkach wzrokowych może przebiegać nie wywierając wpływu na wzrok, jeżeli zaś czy to process zapalny, czy téż zwyrodnienie w skutek nieczynności organu przeniosą się na różki tylne, wtenczas dopiero wzrok zaczyna cierpieć.

---

<sup>1)</sup> O ile znamy zdanie Graefe'go, tak ustnie wypowiedane jak i pomieszczone w licznych jego pracach, nigdy ono jednostronne nie było, sądzimy więc że Dr. Gałęzowski z którego dzieła autor Przeglądu to zdanie poczerpnął nie miał zamiaru posądzania Pr. Graefe'go o jednostronność i zacytował jego zdanie tylko dla wykazania różności poglądów.



Odnogi mózgu (*pedunculi cerebri*) nie mają żadnego wpływu na wzrok, pomimo to jednak znajdujemy wypadki, gdzie zmiany patologiczne tychże spowodowały ślepotę. Stosunki anatomiczne pozwalają nam wytłumaczyć to zjawisko; szlak nerwu wzrokowego przebiega tuż koło odnogi mózgowej, okrążając ją ukośnie; pomiędzy szlakiem a odnogą znajdują się liczne anastomozy nerwowe, zmiany więc patologiczne odnogę mogą się przenieść na nerw wzrokowy. W trzech obserwacjach processów patologicznych w odnogach mózgowych Dr. Gałęzowski znalazł raz ślepotę na obydwa oczy, a dwa razy na jedno oko.

Do objawów klinicznych na zasadzie których możemy rozpoznać process patologiczny w odnogach mózgu, oprócz amaurozy oka odpowiedniego półkuli zajętej, i bezwładu przeciwniej połowy ciała, dodać musimy i paraliż 3ój pary, która właśnie bierze początek w odnodze mózgu.

Amauroza przy processach patologicznych wyniosłości obrączkowej dosyć jest rzadką, na 59 obserwacji tylko 14 razy znaleziono upośledzenie wzroku. Piętro górne mostu Walarola składa się w części z włókien białych odnog mózdzku, które komunikują się ze wzgórkami czworaczymi, z samęj więc anatomicznej budowy widać, że processy patologiczne na powierzchni górnej wyniosłości obrączkowej, mogą wpłynąć na części sąsiednie i dosięgnąć wzgórków czworaczych. Przy rozpoznaniu zmian w wyniosłości obrączkowej rzadko posługiwać się możemy wziernikiem ocznym a więcej ogólnymi objawami jako to: zniesieniem czucia w jednej połowie ciała, paraliżem członków na stronie przeciwniej, paraliżem nerwu twarzowego po tej samej stronie w której process chorobny ma swe siedlisko.

Od czasu pięknych doświadczeń *Flourensa* uznano mózdzek za organ przewodniczący koordynacji ruchów; jeżeli więc przy processach patologicznych w mózdzku przyjdzie do amaurozy, to objaw ten odnieść należy do pochodnego cierpienia wzgórków czworaczych. Doświadczenie przekonywa o prawdzie tego twierdzenia: na 86 obserwacji processów patologicznych w mózdzku, tylko 20 razy obserwowano ślepotę, a w tych wypadkach siedlisko choroby było zawsze w sąsiedztwie ośrodków widzenia. I tu więc oftalmoskop może być użyty tylko warunkowo, i tu główną należy zwrócić uwagę na objawy ogólne.

*P. Bouchut* starając się o zakreślenie jak najszerszego pola działania dla oftalmoskopu, zaleca badanie wziernikiem ocznym w tych wypadkach, gdzie idzie nam o rozstrzygnięcie czy mamy przed sobą otrzęsienie mózgu (*commotio*) czy też kontuzję i ucisk tego organu. Przy prostém otrzęsieniu nie ma żadnych zmian w głębi oka, przy kontuzji zaś i ucisku w czasie ma następować trudność w obiegu krwi, przekrwienie naczyń siatkówki, rozłucie i wirowaty przebieg naczyń żylnych, ogólny lub częściowy obrzęk brodawki wzrokowej. Dr. Gałęzowski i obserwując w klinice *p. Langier* w Paryżu znaczną liczbę chorych dotkniętych pęknięciem kości czaszki, nigdy nie mógł stwierdzić żadnych zmian w głębi oka; przynajmniej że złamanie trzonu kości klinowej lub też skrzydeł w bliskości dziurki wzrokowej może spowodować zniszczenie nerwu wzrokowego, ale wypadek podobny należy do wyjątkowych, gdyż na 57 obserwacji złamań kości czaszki Dr. Gałęzowski raz tylko znalazł amaurozę.

Chroniczne zapalenie rdzenia (*Myelitis chronica*) nie zdaje się wywierać wpływu na gałkę oczną z wyjątkiem tych wypadków, gdzie process patologiczny zajął część grzbietową rdzenia. Fakt ten możemy sobie objaśnić na zasadzie doświadczeń fizjologicznych pp. *Biffi*, *Budge*, *Walter*, *Claude-Bernard*, które upoważniają nas do umiejscowienia w górnej części okolicy grzbietowej rdzenia czynników działających na źrenicę a więc pośrednio i na wzrok. Nie wdając się w kontrawersję fizjologiczną o istnieniu ośrodku rzęsko - rdzeniowego (*centre cilio-spinal*) pozwolimy sobie tylko zamieścić uwagę *prof. Schiffa*, który radzi dla ostatecznego zbadania tej kwestyi, szukać raczej punktów, zniszczenie których zmniejsza ruchy źrenicy, sądząc że w ten sposób łatwiej zbliżymy się do prawdy, aniżeli przy dotychczasowym sposobie badania, gdzie główną uwagę zwraca się na powiększenie ruchów źrenicy w skutek podrażnienia prądem galwanicznym t. j. czynnikiem po znacznej rozchodzącym się przestrzeni. W każdym razie doświadczenia fizjologiczne stanowczo stwierdziły wpływ rdzenia na gałkę oczną, co również i obserwacje kliniczne potwierdzają. Przy formie chronicznego zapalenia rdzenia, znanęj pod nazwiskiem bezwładu postępowego (*ataxie locomotrice*) spo-

tykamy różne zбочenia w oku, jako to niedosłep, zamglenie, zezowatość, podwójne widzenie, a nareszcie zanik nerwu wzrokowego i amaurozę.

Na pytanie, o ile badanie oftalmoskopem przyczynić się może do rozjaśnienia istoty choroby w neurozach, do których z małym wyjątkiem i choroby umysłowe należą, nie możemy dać stanowczej odpowiedzi. Dr. Ludwig (*Zeitschrift für Psychiatrie*, 1856) spostrzegał podczas napadów szaleństwa przekrwienie w głębi oka, a raz i wylew krwisty, co później i przez Dra. Qualien o z Pawii stwierdzone zostało; z obszerniejszej pracy Dr. W end t, zamieszczonej w *Zeitschrift für Psychiatrie* 1862, dowiadujemy się że badał oftalmoskopem 152 chorych, przyczem w 13 wypadkach znalazł wkłknięcie nerwu wzrokowego w jednym oku, a w 39 wypadkach w obu dwu oczach, objaw ten jednak nie przechodził za granice fizjologiczne. Podobnie i przy padaczce oftalmoskop nie wykrywa nic stanowczego. Atak epileptyczny sprowadza gwałtowne zaburzenie w obiegu krwi, które odbija się i na oku, przekrwienie jednak naczyń żylnych siatkówki po kilku dniach przemija. P. Bouchut spostrzegał u niektórych epileptyków powiększenie liczby jako też i światła naczyń żylnych siatkówki, a u innych błędne rozłożenie naczyń może istnieć w mózgu i sprowadzić padaczkę. Nauka epilepsji tak już jest pełną najróżnorodniejszych wniosków, że powiększenie jej o jedną i to jeszcze tak wątpliwą hipotezę, żadną miarą za wzbogacenie nauki uważać nie możemy.<sup>1)</sup>

Przy amaurozie u hysteryczek ani p. Bouchut, ani Dr. Gałęzowski nie mogli stwierdzić żadnych zбочen w nerwie wzrokowym, raz tylko Dr. Gałęzowski zauważał obrzęk brodawki wzrokowej; fakt ten oraz zwykle pomyślnie zejście choroby, nadają wiele prawdopodobieństwa hipotezie Dr. Gałęzowskiego, że w tych wypadkach zбочenia we wzroku pochodzą od czasowego obrzęku ośrodków widzenia, t. j. wzgórków czworzacych.

W dziele p. Bouchut spotykamy jeszcze obszerną wzmiankę o zбочeniach wzroku przy białkomoczu i słodkomoczu (*Diabetes*). Zmiany siatkówki przy albuminurji tak dokładnie i ściśle opisane były w pięknym artykule Dra. Jodko-Narkiewicza (*N.* 13 i 14 G. L.) że nie sądzimy by bliższy rozbiór pracy p. Bouchut mógł zająć czytelników *Gazety Lekarskiej*. Przy słodkomoczu autor nie cytuje własnych obserwacji, a ogranicza się na wspomnieniu, że w tych razach spotykano obrzęk brodawki wzrokowej, wynaczynienia krwi, wysięki.

Dalsze obserwacje p. Bouchut o zбочeniach w oku przy chorobach zapalnych i gorączkowych, przy powolnem zatruciu tytuniem, napojami wysokokowymi, przy użyciu opium i jego alkaloidów, chloroformu, pomijamy jako nie przedstawiające nic wybitnego, zwrócimy tylko uwagę na ostatni rozdział dzieła p. Bouchut.

W celu sprawdzenia faktów zebranych na drodze obserwacji klinicznej, p. Bouchut robił doświadczenia nad zwierzętami, wznecając sztucznie choroby mózgowe za pomocą czynników chemicznych lub mechanicznych i poddając je następnie badaniu wziernikiem ocznym; nie ulega wątpliwości, że dalsze badania na tej drodze przedsięwzięte z należytą ostrożnością i dokładnością, wielceby się przyczynić mogły do rozjaśnienia rozbieganych przez nas kwestyj.

W końcu pozwolimy sobie zrobić kilka uwag porównawczych nad dziełami pp. Bouchut i Gałęzowskiego. Łatwiej podobno wszędzie o krytykę jak o autora, z tego więc względu nie podnosilibyśmy mniejszych usterek, cenimy przedsiębiorczość i pracę p. Bouchut, trudno jednak mianowicie u profesora uniwersytetu pokryć grube błędy okulistyczne, trudno

---

<sup>1)</sup> Zgadzaemy się zupełnie ze zdaniem autora Przeglądu co do hipotez P. Bouchut, zwłaszcza że przeglądając jego atlas dodany do dzieła rozbieganego, znaleźliśmy bardzo wiele szczegółów przemawiających nie zawsze za rzetelnością badacza, a często za jego bujną wyobraźnią. Na miejscu może tu będzie przypomnieć, że już w r. 1863 (*Ophtal. Hosp. Rep.* IV. t. pag. 10. art. P. Hudgkins-Jackson) Brown Sequard badał za pomocą wziernika oczy cierpiące na padaczkę w czasie napadu. Naczynia siatkówki tych oczu były w czasie inspiracji zupełnie próżne i tylko w czasie ekspiracji nieco się krwią napełniały. (P. R).

nie zadziwić się nad przelotnością jego obserwacji, nad lekkomyślnością z jaką bez stosownych podstaw do ogólnych przychodzi wniosków.

Natomiast miły nam pozostaje obowiązek podziękowania Dr. Gałęzowskiemu za jego pracę <sup>1)</sup> z której wszędzie przebija sumienność i samodzielność. Przy dzisiejszym stanie nauki trudno, a prawie niepodobna odrazu cały rozjaśnić widnokrąg; wskazanie nowej drogi, wytknięcie nowych ścieżek dla postępu nauki lekarskiej, nie małą już jest zasługą. Mamy przekonanie, że rzucone zostały podwaliny nowej metody badania, że obserwacje kliniczne połączone z drogą doświadczalną, rozszerzą zakres działania oftalmoskopu, przyczynią się do rozjaśnienia zawitych kwestyi patologii ośrodków nerwowych, a nazwisko Dra Gałęzowskiego o słuszenie wysoko przez okulistów cenione, nie mniejszem i w gronie klinicystów cieszyć się będzie uznaniem.

---

### Przyczynek do anatomii patologicznej płuc i kiszek przy białaczce. (*Leukaemia*).

Niektórzy autorowie, opisując zmiany anatomiczne napotymane na zwłokach osób zmarłych na białaczkę, podają pomiędzy innemi również i obecność gruzelków w płucach; tak np. M. Ehrlich w rozprawie swej (Dorpat. 1862), w której zestawil 98 przypadków leukemii, przytacza, iż „dwanaście razy znaleziono gruzelki i infiltrację pneumoniczną.“ Prof. Boettcher z Dorpatu, w pracy swojej zamieszczonej w 2im zeszycie 37 tomu Archiwu Virchow'a, podaje w wątpliwosć powyższe twierdzenia i sądzi, że w przypadkach tych nie zawsze zapewne starano się ściśle rozróżnić gruzelki od właściwej przemiany leukemicznej tkanki płucnej. Zdanie swoje popiera Prof. Boettcher spostrzeżeniem nadzwyczaj interesującym, gdzie przy oględzinach pośmiertnych osoby zmarłej na białaczkę, znaleziono płuca zupełnie podobne na pierwszy rzut oka do gruźliczych, a jednakowoż przy bliższem zbadaniu okazało się, iż zmiany tam obecne bynajmniej do gruźliczych zaliczane być nie mogą. Przypadek ten, który tu pokrótce opiszemy, zasługuje na uwagę i z tego względu, iż professorowi Boettcher udało się powtórnie sprawdzić dawniejsze jego spostrzeżenie, (zob. Archiv Virchow'a tom XIV str. 497) co do powstawania białaczki przy istnjącem przeistoczeniu skrobiowatym (degen. amyloida) organów.

„Józef R..... 28 lat mający, przyjęty został do kliniki Dorpackiej 1 września 1865 r. i następnego zaraz dnia umarł. Pochodził on z rodziny zupełnie zdrowej i sam cieszył się również jak najlepszem zdrowiem aż do 26 roku życia. Wtedy dopiero zaczął doznawać silnych bólów w dolnej okolicy brzucha, które od czasu do czasu słabły, nigdy jednak w zupełności nie ustąpiły; następnie powstał kaszel, oddech utrudniony i znaczne osłabienie, a na cztery tygodnie przed śmiercią okazało się obrzmienie wszystkich kończyn.

Badanie zwłok dokonane we 23 godzin po śmierci wykazało co następuje: Obecność obfitego przesieku surowiczego w jamach opłucnej i osierdzia. Serce znaczną warstwą tłuszczu pokryte, zawierało w rozszerzonych jamach prawej połowy białawe i szaro - czerwone skrzepy, dosyć miękkie, zawierające niezmierną ilość ciałek bezbarwnych krwi. Zastawki tętnicy płucnej nieco podziurawione, aorty lekko zadymione, a brzegi zastawki dwudzielnej zgrubiałe. W tętnicy płucnej i jej rozgałęzieniach znajdowały się podobne skrzepy jak w sercu, oskrzela rozszerzone, błona ich śluzowa zgrubiała i znaczną ilością śluzu ropiastego pokryta. Górny zraz lewego płuca mocno rozdęty (*emphysematös*), a w bliskości wierzchołka znajdowała się jamka wielkości ziarna grochu, otoczona zbitą tkanką szarego koloru; oprócz tego w tymże samym zrazie znajdowały się cztery, wielkości orzecha włoskiego twarde

---

<sup>1)</sup> Rozbieraliśmy tutaj tylko trzecią, ostatnią część dzieła Dra Gałęzowskiego, traktującą o przypadłościach mózgowych sprowadzających ołnienie albo połączonych z temże. Rozbiór pierwszych dwóch części poświęconych anatomii, fizyologii i patologii nerwu wzrokowego zostawiamy specjalistom chorób ocznych, jako kompetentniejszym od nas w tym względzie.

ogniska, składające się z gromadek tuż przy sobie położonych guziczków prosowatych; dolny zraz ciężki i czerwono-brunatny był w stanie poczynającego się zwątrobienia. Wierzchołek prawego płuca mocno przyrośnięty, a przy oddzieleniu otworzyła się jama o cienkich ścianach, która zajmowała nie tylko cały górny zraz, lecz także i w dolnym zatokowato się rozgałęziła. Powierzchnia jej wewnętrzna gładka, a zawartość śluzowo-ropiasta; do wnętrza tej jamy otwierały się liczne oskrzela wielkie.

Pozostałość dolnego i średniego zrazu w skutek ucisku pozbawiona powietrza, nadto zasiana ropiastemi jamkami wielkości ziarna grochu. Otrzewna z pęcherzem żółciowym zrosła, żółdek rozszerzony, błona jego śluzowa zgrubiała, pofalowana i w wielu miejscach w skutek wynaczynień pianisto zaczerwieniona. Wątroba 30 cent. długa, z prawej strony szeroka na 18, z lewej na 16 cent, grubość wynosiła 8 cent, miąższ twarły, nieco ślśniący, bulowa zrazikowo wyraźna. Śledziona 15,5 cent. długa, 8 cent. szeroka, gruba na 5 cent; powłoka jej pokryta zgrubiałociami; miąższ średniej konsystencji, jasno czerwono zabarwiony i zawiera mało krwi; ciała Malpighiego znacznej wielkości i bardzo liczne. Nerki nieco powiększone, powłoka ich cienka, powierzchnia gładka, szaro czerwona, substancja korowa gruba, mało krwi zawierająca; kłębki naczyniowe wyraźne, piramidy prążkowane, anemiczne. W kiszce cienkiej gruczołki samotne nabrzmiłe, błona śluzowa кишки grubiej szaro zabarwiona; na jej części wstępującej w kilku miejscach białe czerwone kępki, z których każła w średnicy równała się wielkości orzecha, wysoko była na 4—5 milimetrów, konsystencji miękkiej, rzadziwej; jedna z nich w środku owrzodzona. Substancja mózgu małowłokna i wilgotna. Gruczoły limfatyczne tak zewnętrzne jak i wewnętrzne ledwo co powiększone."

Co się tyczy zmian anatomicznych w płucach, to znalezione tam prosowate guziki, jak również stwardniała tkanka płucna i jamy, przedstawiały budzące podobieństwo do zwykłych objawów gruźlicy płucnej. Zważywszy jednak, iż wszystkie nadmienione guziki jednostajnie szaro zabarwione były, bez śladu żółtego odcienia w ich środku; dalej, iż przy badaniu mikroskopowym pierwiastki morfologiczne, powyższe tworzy składające, nigdzie nie przedstawiały obrazu wstecznej przemiany, lecz owszem wszędzie wyraźnie występowały jako dobrze rozwinięte komórki do limfatycznych zbliżone, a także iż i w zgęszczonej tkance płucnej śladu nawet przemiany serowatej dostrzedz nie można było; zważywszy nadto że zgrubienie błony śluzowej drobnych oskrzeli, których światło w skutek tego znacznie zmniejszone zostało, pochodziło od nagromadzonych we wzmiankowanej błonie komórek limfoidalnych, które obficie znajdowały się także wolne w przestrzeni oskrzeli: rozstrzygnięcie kwestyi, że cały ten obraz zmian patologicznych nie przedstawia cechy właściwej gruźlicy płuc (*tuberculosis pulmonum*) nie mogło ulegać żadnej wątpliwości. Co do jam mianowicie mniejszych, to punktem wyjścia ich były drobne oskrzela; wszakże nie były to zwyczajne rozszerzenia tych przewodów (*bronchiectasiae*), jamki te bowiem były pozbawione błony śluzowej; na ścianach ich znajdowały się komórki limfoidalne, wyraźnie się więc przedstawiał rozpad tkanki, czego dowodem jeszcze były włókna sprężyste obficie się znajdujące w ich zawartości; — ściany większych jam utworzone były wyłącznie przez tkankę obfitującą w komórki limfoidalne i powstały te jamy w skutek rozrostu i rozpadu tworów limfoidalnych, gęsto rozsianych w samym miąższu tkanki płucnej.

Z tych więc względów uważa prof. Boettcher powyżej opisane zmiany chorobliwe płuc jako „leukemiczne“, albowiem przy leukemii podobne zmiany niejednokrotnie już wykazane zostały w innych organach, mianowicie: w wątrobie i w nerkach.

Nadzwyczaj ważnymi po względem anatomo-patologicznym okazały się również przytoczone poprzednio tworzy leukemiczne w kiszce. Zajmowały one tkankę podśluzową kiszek grubych i złożone były z komórek limfoidalnych i jąłer, tak gęsto obok siebie ułożonych, że zaledwie widocznym był ślad substancji między-komórkowej, a w sąsiedztwie warstwy mięsnej kiszek widzieć można było stopniowe bujanie komórek tkanki łącznej; w naczynia krwionośne tworzy te nadzwyczaj obficie były zaopatrzane. Gruczołki Lieberkühna, nad tymi nowo-tworami położone, znacznie powiększone były, a odstępy pomiędzy ich otworkami wypełniały ciała skrobiowate (*corpusculæ amyloideæ*), ślśniące, jednolite, różnej wielkości i kształtu, a które za dodaniem jodu i kwasu siarczanego mocno fioletowo się zabarwiały. Nabłonek wysięlający

gruczoły nie brał udziału w przeistoczeniu skrobiowatém, owszem był po większej części dobrze zachowany. Przeistoczenie skrobiowate zajmowało także i dalsze okolice błony śluzowej kiszek, jak również śledzionę i wątrobę; ta ostatnia przedstawiała zwykły obraz nasięku skrobiowatego mniejszych pni naczyniowych, w śledzionie zaś przeistoczenie ograniczało się do ciałek Malpighi'ego.

Nareszcie zastanowić się wypada nad przyczyną leukemii w powyższym przypadku. Ponieważ gruczoły limfatyczne nie były powiększone, śledziona zaś jakkolwiek powiększona, uległa jednak przeistoczeniu skrobiowatemu, wnosi więc prof. Boettcher, że leukemia powstała tu w skutek wstrzymanej przemiany białych ciałek krwi na czerwone, a wstrzymanie to odnieść należy do utrudnionego procesu oddychania. Wszakże mógłby być zrobiony zarzut, iż przy rozwiniętej gruźlicy płuc, gdzie oddychanie również w wysokim stopniu jest utrudnione, jednak leukemia nie występuje; — lecz pamiętać należy, iż przy gruźlicy cierpi również czynność gruczołów limfatycznych, dowód więc ciałek białych jest zmniejszony; zatem powstanie nie leukemia ale oligocytaemia, co téż faktycznie jest stwierdzone.

Chociaż powyższe tłumaczenie zdaje się być bardzo trafné, sążłoby jednak, że powstawanie leukemii w niniejszym wypadku jeszcze łatwiej dałoby się wytłumaczyć, gdybyśmy źródła nadmiaru ciałek białych krwi chcieli szukać w samych tworach limfatycznych zalegających tak obszerną przestrzeń.

S. Portner.

## O wydzielaniu kwasu węglanego i przyjmowaniu kwasorodu (*tlenu*) przez człowieka we dnie i w nocy, t. j. podczas czuwania i podczas snu.

(Sprawozdanie z posiedzenia oddziału matematyczno-fizycznego Akademii Nauk w Monachium d. 16 listopada 1866 r. odbytem).

Prof. Max. Pettenkofer.

Zanim obszerna rozprawa Pettenkofera wyjdzie, podajemy tymczasem choć w kilku słowach czytelnikom *ważne odkrycie* tego genialnego badacza, wyjaśniające nam potrzebę snu dla człowieka (tém większą, im usilniej podczas dnia pracował).

Pettenkofer (wspólnie z K. Voitem) robił swe doświadczenia (w przyrządzie znajdującym się w pracowni fizyologicznej w Monachium cf. G. Piotrowski, Fizyologia ludzka. 1865 pg. 385; opis przyrządu z rycinami znajdzie czytelnik w rozprawie M. Pettenkofera: Ueber die Respiration. Annalen der Chemie. II. Supplementband. 1862 pg. 1 sq.) na zdrowym, silnie zbudowanym robotniku, 28 lat mającym, który ważył 60 klgr. = 120 funt. zw. ct.; każde doświadczenie trwało dobę (24 godzin); dzień liczył Pettenkofer od 6 godziny rano do 6 wieczorem, noc zaś od 6 wieczorem do 6 rano dnia następnego.

Pierwsze doświadczenie zrobił ten badacz d. 31 lipca b. r.; wymieniony robotnik zajmował się przez cały dzień li czytaniem gazet i powieści; od 8 zaś wieczorem do 5 rano, o którym to czasie go obudzono, spał wybornie (w pokoiku przeznaczonym dla osoby, na której robił Pettenkofer swe doświadczenia, znajdowało się także łóżko prócz innych mebli niezbędnych).

Drugie doświadczenie było dokonaniem na tym samym człowieku d. 3 sierpnia b. r.; tym razem pracował wymieniony robotnik od 6 rano do 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wieczorem, obracając koło za pomocą korby (praca ta równa była pracy robotnika w warsztacie mechanicznym, odpoczynki były te same, jak przy zwykłym zajęciu); zaraz po kolacyi ów robotnik wielce znużony położył się spać; po śnie wybornym obudził się o 5 rano, zupełnie zdrow i należycie orzeźwiony. Pokarm robotnika w obydwu doświadczeniach był ten sam; drugim razem tylko wypił 600 gr (przeszło <sup>1</sup>/<sub>2</sub> kwarty) więcej wody.

### 1. Podczas *spoczynku* d. 31 lipca robotnik

wydzielił kwasu węglanego. Spożył kwasorodu.

Przez dzień	gr.	ctm. sz.	gr.	ctm. sz.
(6 rano -- 6 wiecz.)	532,9	=	270,975	234,6 = 164,024
Przez noc				
(6 wiecz. — 6 rano)	378,6	=	192,515	474,3 = 331,613
Razem	911,5	=	463,490	708,9 = 495,637

## II. Podczas pracy usilnej zaś d. 3 sierpnia.

Przez dzień	884,6	=	449,811	294,8	=	206,113
Przez noc	399,6	=	203,193	659,7	=	461,238
Razem	1284,2	=	653,004	954,5	=	667,351

Ilości kwasu węglanego wydychanego i kwasorodu wdychanego przez Pettenkofera w grammach polane, dla wygody czytelnika, by te liczby mógł z porównaniami dawniejszych badaczy porównać (cf. A. Kryszka. Chemiczne sprawy żywotne. 1855. pg. 277; G. P i o t r o w s k i. Fiziologia ludzka, 1865 pg. 386), umieszczamy również w centymetrach sześciennych, i to przyjąwszy wedle Bunseua (Gasometrische Methoden, 1857 pg. 304) 1,000 ctm. sz. kwasu węglanego = 1,9666 gr; a 1,000 ctm. sz. kwasorodu = 1,43028 gr. Ponieważ ilości wydzielanego kwasu węglanego, jako też spożywanego kwasorodu w czasie są zmienne, odpowiednio do dzisiejszego stanu nauki li te doświadczenia zasługują na uwagę, przy których ilość wdychanego i wydychanego powietrza przez całą dobę, skrupulatnie oznaczono. W tym celu załączamy podanie Prof. J. R a n k e, (znajdujące się w Müllers Archiv 1862 pg. 363) który w roku 1861 w wymienionym przyrządzie na sobie samym robił doświadczenia. R a n k e miał wtedy lat 24, ważył w przecięciu 70 klgr = 140 funt. zw. ci. przy zupełnym zdrowiu i przy zwykłym pożywieniu stanów wykształconych (w Monachium) wydzielił na dobę kwasu węglanego (przez skórę i płuca) 791,1 gr = 402,328 ctm, sz. Ref.

Przytoczone liczby wykazują nam, że jeśli w dzień więcej kwasu węglanego wydzielamy, to w nocy podczas snu natomiast większą odpowiednio ilość kwasorodu pochłaniamy. Ztąd wnosić wypada, że nawet i wrażenia zmysłowe tak samo jak praca, na przemianę materii działają i ilość utworzonego kwasu węglanego zwiększają; łatwo więc pojmujemy, dla czego chorzy niekiedy proszą, by okna zasłonięto, hałasu nie robiono, i do nich nie przemawiano. Każde bowiem wrażenie wiedzie za sobą zużycie cząstki naszego ciała.

We dnie, podczas czuwania tworzymy wielką ilość kwasu węglanego za pomocą kwasorodu, któryśmy przeszłej nocy podczas snu przyjęli (pochłonęli); wola nasza rano po przebudzeniu się znajduje już poniekąd material przysposobiony (w czasie nocy) do skutecznego zamierzonych ruchów. O ile jednego dnia więcej kwasorodu zużyjemy (np. usilnie pracując), niż drugiego, o tyle go więcej przyjmujemy podczas spoczynku następnej nocy, i dopóki to uczynić jesteśmy w stanie, czujemy się każdego poranku na nowo do pracy usposobionymi.

Pettenkofer doświadczenia swe i na chore rozciągnie organizmy; próby dotychczas robione na człowieku mającym Diabetes mellitus (wydzielającym dziennie aż do 700 gr. = niemal półtora funta cukru z moczem) i na drugim dotkniętym Leukaemia lienali (mającym prawie  $\frac{1}{3}$  cz. białych ciałeczek, a  $\frac{2}{3}$  czę. czerwonych krążków we krwi) wielkie rokurają plony nie tylko dla fizjologii, lecz i dla praktycznej medycyny. („und namentlich für die einstige Krone der angewandten Naturwissenschaften, für die practische Medicin“ są słowa Pettenkofera).

W wymienionych doświadczeniach Pettenkofera mamy również po raz pierwszy dokładnie podane, o ile więcej kwasu węglanego człowiek podczas dnia wydziela, jeśli usilnie pracuje; robotnik wymieniony nie pracując<sup>1)</sup> przez dzień li 270,000 ctm. sz.; drugiego zaś dnia, pracując usilnie wydzielił 450,000 ctm. sz. kwasu węglanego; za pierwszym razem przyjął 146,000 ctm. sz., a za drugim 206,000 ctm. sz. kwasorodu; podczas gdy ilości w obydwu razach wydzielonego kwasu węglanego mają się do siebie jak 1: 1,6, to stosunek ilości pochłoniętego kwasorodu jest 1: 1,25; ponieważ robotnik podczas usilnej pracy wydzielając o wiele więcej kwasu węglanego, odpowiedniej natomiast ilości kwasorodu nie przyjął, łatwem do pojęcia jest wielkie jego zmęczenie; organizm jego nie posiadał więcej należytej ilo-

<sup>1)</sup> Liczby powyżej dokładnie podane, dla łatwiejszego tychże ze sobą porównania. nie-co zaokrągliłismy. Rei.

ści kwasorodu, dla tego sen był niezbędnie potrzebnym, by organizm na nowo mógł się nasyć tén odżywiającém powietrzem.

Przy danéj sposobności obszerniej wyłożymy czytelnikom, dla czego człowiek *pracując*, więcej kwasu węglanego wydziela, niż spoczywając; tymczasem podajemy następne nasze doświadczenie robione na udkach żaby (część dolna kończyn tylnych na dół od kolana, której głównym mięśniem jest ikrowy, *gastrocnemius*).

Żabę wybraliśmy dlatego, że mięśnie tych zwierząt od reszty ciała odcięte, acz odżywającego wpływu krwi pozbawione, przez długi czas jeszcze swą żywotność zachowują. Wydzieliliśmy ze żaby wielkiej, silnej, obustronnie mięsień ikrowy (*gastrocnemius*), i zauważyliśmy, że przez godzin 7, podczas gdy mięsień *w spokoju* zostający li 2,2 ctm. sz. kwasu węglanego ze siebie wydał, drugi odpowiedni mięsień prądami galwanicznymi przerywanemi do ciągłego niemal kuroczenia się przez cały ten czas zmuszony, 3,5 ctm. sz. kwasu węglanego wydzielił. I w tym wypadku ilość kwasu węglanego przez mięsień podczas spokoju wydzielonego, ma się do ilości tegoż kwasu podczas *usilnej pracy* wydzielonej, jak 1: 1,6. Ref.) F. N.

## CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.  
od dnia 23 do 29 Stycz. (włącznie) 1867 r.

W szpitalu		Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozostało.
	Dzieciątka Jezus . . . . .	700	191	168	19	714
„	Śgo Ducha . . . . .	155	21	26	2	148
„	Ewangelickim . . . . .	81	21	12	2	88
„	Śgo Rocha . . . . .	92	43	33	1	101
„	Śgo Jana Bożego . . . . .	163	2	6	—	164
„	Śgo Łazarza . . . . .	292	45	50	1	286
„	Starozakonných . . . . .	386	83	76	8	385
	Ogółem:	1884	406	371	33	1886

## Wiadomości bieżące.

— Dnia 29 stycznia r. b., odbyło się 34 posiedzenie oddziału anatomii, fizjologii i nauk przyrodniczych, na którém 1) prof. Fudakowski i doniósł o wynikach rozbioru chemicznego zawartości torbieli wątrobowej, przesłanej mu do zbadania z kliniki terapeutycznej. (Torbiel ta wątroby okazywana była na przesłém posiedzeniu tego oddziału przez prof. Brodowskiego, który wytłumaczył powstawanie jęj przez zatkanie przewodów żółciowych wskutek zgęszczenia żółci (*inspissatio*) przez co nagromadziła się znaczna ilość tęg wydzielinę). Z jakościowej analizy tęg zawartości okazało się, iż złożoną była z tłuszczów, mydła, małej ilości tyrozyny, cholesteryny i kwasów żółciowych, obok białka i żółto-czerwonego barwika żółci. Ten ostatni posłużył prof. Fudakowskiemu do otrzymania kilku innych dotychczas poznanych barwików żółci, które na posiedzeniu przedstawione były z objaśnieniem sposobu otrzymywania ich i główniejszych cech każdego; to jest: bilirubinu (znanego dawniej pod nazwą: bilifulvinu, bilifenu, chole-pyrrhinu), biliverdinu, biliprasinu, bilifuscinu i bilihuminu. Następnie 2) prof. Brodowski przedstawił okaz macicy z czteromiesięcznym płodem (nieco zmumifikowanym), przyczepionym ściśle z lewéj strony do zewnętrznej bocznej powierzchni macicy i do jęj więzu szerokiego (*graviditas extra uterina*). 3) Drugi okaz przedstawiony przez prof. Brodowskiego tyczył się macicy dwudzielnéj (*uterus bicornis duplex*). Dwa oddzielne i jednakowe rózki macicy łączyły się pod kątem mniej więcej ostrym w dolnéj części szyjowej, która była zresztą podwójna. W miejscu połączenia rózków była krótka ściana przegrodowa i trzy otwory zewnętrzne (*orificia externa*) po jednym u każdego rózka, a środkowy znajdujący się w ścianie przegrodowej prowadził do prawego rózka. Pochwa była pojedynczą. 4) Trzeci okaz patologiczny również przez prof. Brodowskiego przedstawiony, był to jajnik przerodzony wielkości blisko trzech głów, wyłuszczonej drogą operacyjną u dziewczyny 17-letniej. Narośl ta pokryta od zewnątrz guzowatościami wielkości orzecha

włoskiego o ścianach cienkich z zawartością gęstą, klejową, zawierała we środku liczne torbiele różnej wielkości i w rozmaitym stopniu rozwoju będące. Przy badaniu drobnowidzowym okazało się, iż ściany tych torbieli złożone były z tkanki łącznej, wewnątrz wysłane były nabłonkiem słupkowatym, a w niektórych miejscach te komórki nabłonkowe opatrzone były migawkami (Spiegelberg spostrzegał również w takich torbielach nabłonek migawkowy). Zawartość była galaretowata, i komórki tam zawieszane wypełnione były masą klejową (*colloidalaq*). Prof. Brodowski nazwał tę narośl torbielą klejową (*cystoida colloides*), i sądzi, że punktem wyjścia takiej torbieli jest pęcherzyk Graaf'a, a dopiero w dalszym ciągu rozwoju torbiel staje się złożoną (jak to utrzymują Rokitansky i Hodgkin); nie zgadza się zaś prof. B. ze zdaniem Virchowa i Förstera, podług którego torbiele takie rozwijają się z podścieliska (stroma) jajnika i są od samego początku złożone.

— Dr. Beck w *Medical Times and Gazette* z 5 stycznia r. b. podaje wypadki z drobnowidzowych badań nad przewodem pokarmowym cholerycznych. Wysoki stopień zniszczenia kosm (villi) i gruczołów Lieberkühna według tegoż badacza spostrzegany w kiszkaż z punktem wyjścia takiej torbieli jest pęcherzyk Graaf'a, a dopiero w dalszym ciągu rozwoju torbiel staje się złożoną (jak to utrzymują Rokitansky i Hodgkin); nie zgadza się zaś prof. B. ze zdaniem Virchowa i Förstera, podług którego torbiele takie rozwijają się z podścieliska (stroma) jajnika i są od samego początku złożone.

Wiener Medizinische Presse. N. 3—1867.

— *Liquor Carbonis detergens, jako nowy środek antyseptyczny.*

Od niedawnego czasu zaczęto używać w szpitalach angielskich płyn powyższego nazwiska, będący roztworem wysokowym smoły przy wypalaniu węgla kamiennego tworzącej się, tudzież kwasów karbolowego, fenyłowego i innych materij przypalonych. Ma on posiadać w wysokim stopniu własność ubezwożenia wszelkich wydzielin organicznych cuchnących i zjadliwych, i z najlepszym skutkiem zastosowany został do poskromienia przykrego swędzenia przy niektórych chorobach skóry jak: Pruritus vulvae, zwłaszcza przy ciąży, przy eczema chronium i t. p. Z wodą łatwo miesza się tworząc rodzaj mleczanki (emulsio), i w takim stanie bardzo dobre wywiera działanie na cuchnące odpływy z pochwy macicznej, wrzody nieczyste i rakowate, na zniszczenie pasożytów skórnych i przykrej woni jaka przejmuje skórę osób trudniących się opatrywaniem ran nieczystych lub rozbiorem ciał gnijących przy dochodzeniu sądowem.

(Med. Times and Gazette str. 76. 1867).

— Jeden z naszych zagranicznych korespondentów donosi z Berlina o nowem zastosowaniu prawie nieznanem i nieużywanem dotychczas operacyi ocznej. Pr. Graefe w jednym wypadku przywidzeń (*hallucinatio*) wzrokowych u osoby oddawna ośleplęj w następstwie ostrego zapalenia naczyńiówki, w celu usunięcia tych męczących chorego objawów, wykonał ze skutkiem przecięcie nerwu wzrokowego. — Przywidzenia wzrokowe przy zupełnej ślepotcie są albo pochodzenia centralnego i biorą swój początek w ośrodkach nerwowych, albo też są pochodzenia peryferycznego, w którym to razie poirażnienie z oka drogą nerwową udziela się ośrodkom widzenia i objawy tego rodzaju wywołuje. — Rozpoznanie źródła przywidzeń w wypadku w mowie będącym, było niepodobnem, przypuszczać bowiem można było tak jedną, jak i drugą przyczynę.

Przy pochodzeniu centralnem wyłuszczenie oka nie przyniosłoby żadnego skutku, jeżeli zaś przyczyna była peryferyczną, byłoby zbytecznem, bo przecięcie nerwu wzrokowego przerywając komunikacyę usunęłoby ten przykry objaw bez oszpecenia chorego. Pr. Graefe kierowany tém rozrównaniem wykonał neurotomję i jak widzieliśmy z najponiżniejszym skutkiem. Nazwaliśmy wyżej przecięcie nerwu wzrokowego prawie nieznaną operacyą oczną, bo w literaturze okulistycznej raz tylko w artykule Graeffe'go: o sympatycznym cierpieniu oka (Arch. f. Ophthal. t. III. Cz. 2. str. 454) propozycyę wykonania tej operacyi znajdujemy.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. Łuczkiwicz.

*Gazeta Lekarska* wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Expedyca i skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Krak. Przedmieście. Nr. 415.

W Drukarni Gazety Polskiej.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.