

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: O marskościach wątroby, a w szczególności o t. z. marskości prz. rostowej z żółtaczką. Podał dr. Wł. GAJKIEWICZ. — Kazuistyka. Przypadek ostrego zapalenia osłony miękkiej na podstawie mózgu. Porażenie nerwów słuchowych i okoruchowych wspólnych. Wyzdrowienie; głuchoniemota. Opisał dr. A. DĘBCZYŃSKI. — Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. J. W. (e. d.) — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Krwotoki jelitowe przy druzycy brzusznej. — Przegląd bibliograficzny. Oftalmologja opracowana przez drów JONKO i GERBERA. — Korrespondencyja Redakcyi. — Ogłoszenia. — W Dodatku. Assenizacyja miast. Wstęp. Środki tymczasowe oczyszczania miast. Opracował dr. St. MARKIEWICZ.

O marskościach wątroby, a w szczególności o t. z. marskości przerostowej z żółtaczką (*cirrhosis hepatis hypertrophica cum ictero*).

Podał Wł. Gajkiewicz, lekarz w Warszawie.

Czytając pisma lekarskie francuzkie z ostatnich lat kilku, niejednego może to zdziwiło, że Francuzi używają wyrazu „*cirrhoses du foie*”, w liczbie mnogiej. Już twórca tego wyrazu, LAENNEC, używał go w podobny sposób. Lecz dla niego, wnosząc z opisu, „*cirrhoses*” były to nowotwory powstałe w miąższu wątroby. W dziele jego „*Traité d'auscultation médiante*” (T. I str. 359) czytamy: „w miarę jak się rozwijają „*les cirrhoses*”, tkanka wątroby zostaje pochłaniana i często znika zupełnie; w każdym razie, wątroba zawierająca „*des cirrhoses*” traci na objętości, zamiast wzrastać w odpowiednim stopniu”. Nie przez pamięć jednak na rodaka Francuzi używają a raczej wskrzesili wyraz „*cirrhoses du foie*”. Powodem tego jest dążność, jaka się objawiła w ostatnich latach, wyróżnienia w „cierpieniu LAENNEC'A” podobnie jak to miało miejsce z chorobą BRIGHT'A, postaci różniących się między sobą nietylko zmianami histologicznymi, lecz i obrazem w jakim się one nam przedstawiają przy łóżku chorego. Nieobcym jest każdemu, jak różne objawy powoduje marskość wątroby. Każdy z nich w jednych przypadkach się napotyka, w innych zaś brak go najzupełniej. Zmienność tę w objawach tłumaczono dotychczas tem, iż zmiany anatomo-patologiczne w tkance łącznej wątroby powodują zrazu jej przerost, kończący się po zmienienu się tej tkanki w bliznową uciskiem, a następnie zanikiem części składowych wątroby i w miarę tego w jakim z tych 2 okresów: przerostu lub zaniku, widzimy chorego, inny nam się przedstawia obraz kliniczny. Jakby dla zapewnienia pewnych braków, dodawano jeszcze do tego różnicę w umiejscowieniu i w natężeniu sprawy chorobowej w pewnych okolicach narządu. W niedługim jednak czasie po odkryciu marskości wątroby, zauważano iż u nie-

których chorych wątroba była powiększoną przez lat kilka, a nawet aż do końca życia. Te właśnie przypadki wzbudziły w CRUVEILHIER'ZE wątpliwość, iż zależą one od tych samych zmian co i inne, prawidłowy, typowy przebieg mające. REQUIN (*L'Union médicale* 1849) i prof. GUBLER (*Thèse d'agregation*, 1853) postąpili dalej, bo wyróżnili dwie postacie marskości wątroby: przerostową i zanikową. Tego samego zdania był GRISOLLE, wyrażając się (w dziele „*Traité de pathologie* i t. d.”) iż „marskość wątroby może zostać przerostową przez cały ciąg trwania choroby”. Po tych pierwszych próbach rozdziału, następuje kilkunastoletnia cisza, świadcząca iż zgodzono się na to, że różne postacie kliniczne przewlekłego śródmiąższowego zapalenia wątroby odpowiadają różnym okresom anatomo-patologicznym jednego i tego samego cierpienia. Z r. 1871 zaczynają się powtórne wystąpienia przeciw temu pojęciu. Dr. Paul OLLIVIER (*L'Union méd.* 1871) rozebrawszy wszystkie spostrzeżenia dotyczące marskości wątroby przerostowej, ogłoszone przez REQUIN'A, CHARCOT'A, JACCOUD'A, GENOUVILLE'A, MILLARD'A, CRUVEILHIER'A, LACAZE'A, przychodzi do przekonania „że oprócz postaci zwykłej, zanikowej marskości wątroby, jest jeszcze inna, rzadsza, której towarzyszy powiększenie objętości narządu. Jest to „*cirrhose hypertrophique*”..... postać oddzielna, a nie jeden z okresów marskości, która nie miała czasu dojść do zupełnego rozwoju”. Wyróżnienie dwóch postaci marskości wątroby, które pod względem klinicznym po raz pierwszy zrobił REQUIN, pod względem anatomo-patologicznym datuje od r. 1859, w którym to czasie CHARCOT i LUYs odczytali w „*Société de Biologie*” pracę, przytaczając główne cechy drobnowidzowe obu postaci cierpienia. I na tem jednak polu, głównie po pracy OLLIVIER'A ożywił się ruch i pojawiły się badania dające prawo obywatelstwa w nauce t. z. marskości wątroby przerostowej. Prof. agrégé w Paryżu HAYEM ogłasza pracę (*Archives de Physiologie* 1874) w której stwierdza odkrycia CHARCOT'A i LUYs'A dotyczące głównie zachowania się podścieliska wątroby. W temże samem piśmie (*Arch. de Phys.* 1874) prof. agr. CORNIL opisał po raz pierwszy zmiany w drogach żółciowych, jakie wykrył w wielu przypadkach marskości przerostowej. Tym więc sposobem należałoby znowu odróżnić przynajmniej dwie odmiany w marskości przerostowej, zależnie czy te zmiany cewek żółciowych dotyczą lub nie. Pierwszy HANOT (*Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie* 1876) wykazał, iż w postaci przerostowej cechującej się za życia prócz innych objawów żółtaczką, istnieją w przewodach żółciowych zboczenia opisane przez CORNIL'A i odmianę tę wyróżnił, przyjętą, w braku innej lepszej, nazwą „*cirrhose hypertrophique avec ictere chronique*”. Dla dopełnienia niejako historii opisywanego cierpienia, przytoczyć należy artykuł CORNIL'A w *Diction. encycloped.* (serya I. tom 17), lekcye prof. anatomii patologicznej w Paryżu CHARCOT'A miane w lecie 1876 r. a ogłoszone drukiem w *Progrès medical* (1876), dalej prace CHARCOT'A i GOMBAULT'A (*Note sur les alterations du foie consecutives à la ligature du canal cholédoque.* *Arch. de Phys.* 1876 N. 3) i *Contributions à l'étude anatomique des différentes formes de la cirrhose du foie.* (*Arch. de phys.* 1876. N. 5). Ostatnie miejsce co do czasu zajmuje

praca KELSCH'A (prof. agr. w Val-de-Grâce) i KIÉNER'A (*Note sur la neoformation de canalicules biliaires dans l'hepatite. Arch. de Phys.* N. 6). Wydział lekarski w Paryżu wyznaczył za temat konkursowy na otrzymanie nagrody CORVISART'A w. r 1877 „*Des cirrhoses du foie*”. Jak zobaczymy, przytoczone badania spowodowały iż między przewlekłymi zapaleniami śródmiąższowymi wątroby (*hepatitis interstitialis chronica*) koniecznem jest wyróżnić obecnie dwie postaci: marskość zanikową, chorobę LAENNEC'A (*cirrhosis atrophica*) i marskość przerostową z żółtaczką (*cirrh. hypertroph. cum ictero*). Prócz tych dwóch istnieją jeszcze inne, niedostatecznie dotychczas określone pod względem histologicznym i klinicznym. Lecz przystąpmy do zbadania zmian anatomo-patologicznych, jakie cechują nową postać: marskość przerostową z żółtaczką.

Zmiany w wątrobie gołym okiem widziane (makroskopijne). Wątroba jest zwiększoną, niezależnie od tego w jakim czasie lub okresie chory umarł. Wątroba która prawidłowo waży średnio 1500 grm., w przypadkach przytaczanych przez HANOT'A ważyła do 2580—2920 grm. Naturalnie w początku samej choroby powiększenie to nie jest tak znacznem, tak że niekiedy wielkość jej może wydawać się prawidłową. Zazwyczaj jednak powiększenie to wątroby bywa w wyższym stopniu i przechodzi wymiary wątroby, jakie napotyka się w pierwszym okresie marskości zanikowej (do 2000 grm.). Zwiększenie to dotyczy całego narządu tak, iż kształt jego nie ulega zmianie. Rzadko zwiększa się jeden tylko ze zrazów wątroby. Brzeg przedni bywa ostry. Na powierzchni wątroby nie napotyka się nigdy głębokich blizn. W większości przypadków wątroba bywa przyrośniętą do części przyległych (przepony, ścian brzusznych, żołądka, jelit) na skutek przewlekłego ograniczonego zapalenia otrzewni (*perihepatitis chronica*). Powierzchnia wątroby bywa równą, gładką, rzadko zlekką ziarnistą. Na rozkroju jest twarda i przedstawia się nam rozmaicie, już to jest barwy jednostajnej żółtawej lub brunatnawej, już to wśród tkanki czerwonej, półprzezroczystej po wymyciu, we środku dają się widzieć miejsca jaśniejsze. Niekiedy barwa wątroby bywa ciemniejszą, tak, iż jednym słowem, pod tym względem spotkać można wszystkie odcienia od barwy żółtej szamoa do żółto-zielonej lub ciemno-zielonej, szpinakowej. W rzadkich przypadkach jeżeli wątroba bywa ziarnistą, to zwykle w niewielkim stopniu, tak iż nigdy nie spotyka się chropowatości tak wybitnych jak w postaci marskości zanikowej. Pęcherzyk żółciowy i grubsze przewody żółc. bywają w rozmaitym stanie: raz bywają prawidłowe, w innych razach przepelnione żółcią i są siedliskiem zapalenia nieżyłowego. Niekiedy wykrywamy w nich obecność kamieni żółciowych.

Zmiany drobnowidzowe (mikroskopijne). By uchwycić należycie różnicę dwóch dotychczasowych postaci marskości wątroby, prof. CHARCOT zaleca z początku posługiwać się małemi powiększeniami drobnowidzu, co ma tę dogodność, iż pozwala objąć jednym rzutem oka znaczną rozciągłość skrawka i tym sposobem daje pojęcie o siedlisku cierpienia. Możemy się wtedy z łatwością przekonać, iż między dwiema odróżnianemi

postaciami marskości istnieje ogromna różnica, bo gdy w jednej nowotworzenie tkanki łącznej ogranicza się do obwodu zrazików składających wątrobę, to w drugiej, prócz tego tkanka łączna wnika do ich wnętrza. Marskość wątroby zanikowa jest więc wyłącznie między-zrazikową, a przerostowa jest jednocześnie wewnątrz i zewnątrz-zrazikową. Widzimy nadto, iż w marskości zanikowej nowa tkanka łączna otacza rodzajem wieńca kilka zrazików, wieńca, z którego wychodzą węższe daleko paski tkanki łącznej rozdzielające zraziki pojedyncze, tak, iż z prof. CHARCOT można nazwać tę postać kolistą, wielozrazikową (*cirrhosis annularis, multilobularis*). W marskości zaś przerostowej, każdy zrazik po szczególe otacza ją wysepki tkanki łącznej, które wypełniają przestrzenie między-zrazikowe, — lub gdy zmiany postąpiły dalej, — smuga tkanki łącznej, — marskość wysepkowa, jedno-zrazikowa (*cirrh. insularis, monolobularis*).

Przy silniejszych powiększeniach drobnowidza, prócz potwierdzenia tego cośmy dotąd widzieli, zobaczymy i inne cechy. Najprzód przytoczyć należy, że mimo tego iż zmiany te spotykają się w całej wątrobie, nie są one jednak we wszystkich punktach jednakowego natężenia, co świadczy że nie powstały jednocześnie. Obok zmian niejako wspólnych dla wszystkich miejsc, tu i owdzie widać zmiany późniejszego pochodzenia, punkt ważny, który wytlomaczy nam, jak zobaczymy później, niektóre właściwości w występowaniu i przebiegu objawów. Zbadajmy pojedynczo zachowanie się każdej ze składowych części wątroby: Tkanka łączna, której ilość w zdrowej wątrobie jest nie wielką, a tworząc torebkę GLISSON'A naczyń, istnieje tylko w przestrzeniach między-zrazikowych, w marskości przerostowej nagromadza się w ogromnej ilości, co usprawiedliwia nazwę przewlekłego śródmiąższowego zapalenia wątroby. W jednych miejscach, siedlisko jej pierwotne jeszcze się zachowuje, a cała różnica polega na tem, że tkanki łącznej w przestrzeniach międzyzrazikowych bywa więcej niż w stanie prawidłowym. W innych miejscach przestrzenie te łączą się między sobą, tworząc wieńce otaczający zrazik. Przerost ten tkanki łącznej nie ogranicza się jednak do obwodu, lecz wnika do wnętrza zrazików. Nigdzie jednak nie spotyka się by tkanka ta istniała li tylko we wnętrzu; owszem, gdy zajętym bywa sam zrazik, to towarzyszy mu przerost tkanki łącznej około — zrazikowej. Przemawia to za tem, iż marskość wewnątrz-zrazikowa jest zawsze wtórną i następuje dopiero wtedy, gdy marskość zewnątrz-zrazikowa jest już rozwiniętą. Rozwój tkanki łącznej, ogarniając miąższ wątroby, postępuje powoli od obwodu do środka zrazika, tak iż na granicy części zdrowej i zmienionej zrazika, wyróżnić się daje pas, na wysokości którego można zobaczyć niejako pierwszy stopień cierpienia, to jest, obecność tkanki złożonej z komórek podobnych do składających ziarninę (*granulatio*). Tkanka ta wnika między komórki wątrobowe, rozsuwając je i zajmując ich miejsca, a więc niszcząc takowe. Skutkiem tego wnikanania powstają stożki o wierzchołku mniej lub więcej wydłużonym i skierowanym ku żyłce środkowej zrazika. Co do jakości tkanki łącznej, to w miarę jak oddalamy się od zrazika ku dawnym przestrzeniom międzyzrazi-

kowym, staje się ona coraz bardziej włóknistą i zmiana ta, będąc niejako metryką trwania zapalenia, jest najwydatniejszą w środku przestrzeni międzyzrazikowych, to jest około istniejących tam prawidłowych naczyń, więcej jednak około przewodników żółciowych, niż w bezpośrednim sąsiedztwie tętniczek i żyłek. Jednym słowem, na jednym końcu widzimy już tkankę łączną włóknistą, na drugim ziarninową (*tissu embryonnaire*), a między nimi stopniowe przejście między jedną a drugą. W tkance więc łącznej przerosłej, można odróżnić 3 warstwy, różniące się siedliskiem i budową: 1) w przestrzeniach międzyzrazikowych, tkankę tę tworzą włókna półśrodkowe do przecięcia poprzecznego gałęzi żyły wrotnej i dróg żółciowych, jest ona ubogą w naczynia krwionośne, jest to zgrubiała, przerosła torebka GLISSON'A; 2) w najbliższym otoczeniu zrazików tkanka łączna jest więcej delikatną, włóknikową, bogatą w naczynia krwionośne i komórki tkanki łącznej; 3) tkanka łączna zarodkowa (ziarnina) wchodząca do wnętrza zrazików pomiędzy beleczyki złożone z komórek wątrobowych, odznaczająca się małą skłonnością do zgęszczania się i przemieniania w tkankę łączną włóknistą. Z samego już ułożenia możemy wnioskować, iż zapalenie rozpoczęło się na zewnątrz zrazika i około drobnych przewodów żółciowych. W niektórych miejscach bez żadnego przejścia, wśród zupełnie uorganizowanej tkanki łącznej włóknistej, widzimy komórki ziarniny, także nagromadzone głównie w pobliżu drobnych ceweczek żółciowych — czyli że zapalenie ostrzejsze dołączyło się do przewlekłego, co jak wspomnieliśmy, rozjaśni nam niektóre punkta w zbiorze objawów.

Co do miąższu wątroby to wygląd jego bywa również rozmaity w różnych miejscach, zależnie od stopnia jakiego dosięgło zapalenie. Ztąd to w jednych miejscach budowa i wygląd zrazika są prawidłowe, z wyjątkiem iż komórki obwodowe są porozsuwane przez wnikające między nie stózki młodej tkanki łącznej. We środku każdego zrazika widać żyłę (*vena centralis*), światło której jest wyraźne, niekiedy rozszerzone. W około niej promienisto ułożone beleczyki (*trabeculae*) komórek wątrobowych, z których tylko obwodowe są nieco zmniejszone, skurczone i zastąpione tkanką ziarninową. Kształt innych, objętość i jądra są prawidłowe. Pewna tylko ich ilość oprócz zwykłej ziarnistości, zawiera w swem wnętrzu znaczną ilość barwnika żółciowego; od ilości tej zależy barwa samej wątroby. Niekiedy tylko komórki zrazika chociaż są prawie w zwykłej ilości, to jest mimo iż sprawa zapalna od niedawna datuje, są małe, pokurczone, lecz pochodzi to jak zobaczymy poniżej ztąd, iż chory najczęściej umiera przy objawach t. z. żółtaczkowej ciężkiej (*icterus gravis*) zależącej od ostrego zaniku komórek wątrobowych. Prócz ostatniego przypadku, komórki wątrobowe w jednych miejscach mogą być, jak widzieliśmy, prawie niezmienionymi co do jakości i ilości. W drugich miejscach, w których zapalenie jest silniejszym lub dawniejszym, objętość zrazika jest mniej lub więcej zmniejszoną, na skutek tego, iż pewna jego liczba komórek obwodowych zanikła, a miejsce ich zajęła tkanka łączna, której grubość wzrasta w stosunku odwrotnym do średnicy samego zrazika. W innych wreszcie miejscach

zmiany są jeszcze większe. Z całego zrazika pozostało tylko kilka komórek i to mniej lub więcej zmienionych, a resztę wypełniła tkanka ziarninowa. Jak z tego widzimy, sposób niszczenia komórek w marskości przerostowej jest cechującym i różnym od tego, jaki ma miejsce w m. zanikowej. W ostatniej komórki składające zraziki tłoczone od zewnątrz przez coraz silniej ściągającą się tkankę łączną włóknistą, zanikają wszystkie razem; komórki obwodowe nie mają bynajmniej pierwszeństwa przed środkowymi. W marskości przerostowej zanik komórek jest stopniowy, odbywa się systematycznie od obwodu ku środkowi zrazika; śmierć tu jest niejako indywidualna i następuje w miarę zwiększania się ilości tkanki łącznej zarodkowej wewnątrz-zrazikowej. Niszczenie to następuje przez prosty zanik (*atrophia simplex*), zwyrodnienie tłuszczowe ma być wyjątkowem. W ostatnich czasach CHARCOT, GOMBAULT i KELSCH opisali jeszcze jedno zachowanie się właściwe komórkom wątrobowym w marskości przerostowej, lecz to zniewała nas do opisania zmian w drogach żółciowych, przyczem obszerniej pomówimy o wspomnianej właściwości komórek wątrobowych.

Jedną z najcharakterystyczniejszych zmian w marskości omawianej są te, jakim podlegają drogi żółciowe, a mianowicie oprócz zboczeń w ich utkaniu i zachowaniu się światła, rozwój niepomierny nowych ceweczek żółciowych. W każdej z wymienionych wyżej 3 warstw tkanki łącznej przedstawiają się one odrębnie. Rozwój naczynek odprowadzających żółć, idzie krok za krokiem z rozwojem tkanki łącznej. Chcąc niejako być obecnym ich powstawaniu, poznać ich początek, trzeba je badać w częściach tkanki łącznej najmłodszej, a więc wewnątrz-zrazikowej. W miarę rozwoju tkanki zarodkowej, naczynia krwionośne włosowate i beleczki komórek wątrobowych zanikają, na ich miejscu pojawia się w łonie tkanki zarodkowej układ rozgałęziony ceweczek (*colonettes*-KELSCH) o małych komórkach, o świetle o połowę mniejszem od średnicy komórek wątrobowych (12—15 μ). Układ tej sieci ceweczek jest zupełnie podobny do sieci komórek wątrobowych, tylko oczka jej są większe z powodu dopiero co wzmiankowanej różnicy w średnicy ceweczek i komórek wątrobowych. Na przecięciu podłużnem przedstawiają się jako dwa szeregi małych komórek sześciennych o niewielkiej warstwie zawartości (*protoplasma*) przezroczystej i jądrze żywo barwiącem się pod działaniem karminu; na przecięciu zaś poprzecznym jako otwory koliste o świetle mniej lub wtecej wyraźnem, otoczone małemi komórkami. Są to przewodniki żółciowe, o czem nas przekonywa to, iż na obwodzie zrazika widać miejscami przejście jednociągłe przewodów żółciowego zewnątrz-zrazikowego, w siatkę opisanych naczynek. Z drugiej strony, przy silnych powiększeniach drobnowidza widać przejście ich w komórki wątrobowe, opisane przez CHARCOT'A i KELSCH'A, a o którym nadmieniliśmy wyżej, mówiąc o zachowaniu się komórek wątrobowych w marskości przerostowej. Szczególniej przejście to ma być widocznem na skrawkach zabarwionych pikrokarminatem, wtedy bowiem zawartość komórek wątrobowych barwi się na żółto, jądra zaś na czerwono. W miarę przybliżania się do ceweczek żółciowych, zmniejsza się

zawartość ziarnista i żółtawa komórek wątrobowych, a zwiększa się liczba czerwono zabarwionych jąder, tak, iż wreszcie zawartość komórek ginie i widzimy komórki nabłonkowe ceweczek żółciowych. Przy przemianie więc komórek miąższu wątroby w komórki nabłonkowe ceweczek żółciowych, ma miejsce bujanie komórek wątrobowych i zanik ich zawartości.

W tkance łącznej zewnątrz-zrazikowej, otaczającej najbliższej komórki wątrobowe nie widać już sieci ceweczek o oczkach prawidłowych i jednostajnej prawie grubości, jaka cechuje pierwszy okres nowotworzenia się naczynek żółciowych. Są one jednak i w tej warstwie tkanki łącznej liczne, przedstawiają się pod postacią pieńków walcowatych mniej lub więcej pozginianych i poukładanych równolegle do pęczków tkanki włókninowej i połączonych między sobą gałęziami poprzecznymi. Jedne z nich są naprzemian to rozszerzone, to zwężone, jakby żyłakowate, wysłane nabłonkiem stożkowatym niekiedy kilkuwarstwowym. Inne przeciwnie bardzo wąskie (7—8 μ). Niekiedy spotykamy w jednym miejscu nagromadzenie przeciętych ceweczek wysłanych komórkami i otoczonych tkanką włóknistą, tak iż wtedy jest niejaki podobieństwo z nabłoneczakiem (*epithelioma*) stożkowato-komórkowym.

W miejscach najstarszych, to jest odpowiadających torebce GLISSON'A nie ma już śladu nowopowstałych ceweczek: obok przecięcia żyłek wrotnych i tętnicy wątrobowej, widać w tej warstwie, jak w stanie prawidłowym, przecięcie 2 — 3 przewodów żółciowych, są one zwykle rozszerzone i wysłane nabłonkiem silnie bujającym, tak iż w niektórych miejscach światło ich bywa zupełnie zatkanem, niekiedy zaś rozszerzonym. Zawartość komórek nabłonkowych tu i owdzie jest zabarwioną różną ilością barwnika żółciowego. W niektórych miejscach, oprócz przytoczonego sposobu zatkania światła przewodników żółciowych, następuje ono w skutek obecności małych kamyczków żółciowych.

Tętniczki wątrobowe nie przedstawiają zwykle nic szczególnego. Gałęzie żyły wrotnej mają pozór również prawidłowy. Światło ich jest wyraźne, niekiedy nawet rozszerzone, więc przeciwnie jak to ma miejsce w marskości zanikowej. W tkance łącznej zewnątrz-zrazikowej, naczynia chłonne mają być silnie rozwinięte.

Streszczając to cośmy dotąd powiedzieli o zmianach w utkaniu wątroby w postaci marskości zwanej przerostową z żółtaczką, widzimy iż cechuje się ona zapaleniem przewlekłym tkanki łącznej (*hepatitis interstitialis chronica*) z właściwym mu zrazu umiejscowieniem na zewnątrz każdego ze zrazików, wkraczającym później do ich wnętrza (*cirrhosis extra et intralobularis*) i powodującym przez to zanik miąższu wątroby. Dalej w cierpieniu tem ma miejsce zapalenie nieżytowe dróg żółciowych (*angiocholitis*) i ich otoczenia (*periangiocholitis*) i powstawanie nowych ceweczek żółciowych.

Co do zmian w innych narządach, to śledziona jest powiększoną, przerosłą (*tumor lenis chronicus*), waży do 450 grm. torebka jej zgrubiała (*perisplenitis chron.*), na rozkroju twarda, mniej lub więcej ciemno-czerwo-

no zabarwiona. Zapalenie przewlekłe otrzewni (*peritonitis chronica*), któregośmy widzieli naokoło wątroby i śledziony, ogarnia niekiedy i inne jej części; stąd to znajdujemy czasami błony rzekome nowego utworu łączące między sobą zawoje jelit. W jamie otrzewni niema wysięku. Błona śluzowa żołądka i jelit nie zmieniona. (d. n.)

K A Z U I S T Y K A.

Przypadek ostrego zapalenia osłony miękkiej na podstawie mózgu.
(*Meningitis basilaris acuta*).

Porażenie nerwów słuchowych i okoruchowych wspólnych. Wyzdrowienie.
Głucho-niemota.

Opisał dr. Antoni **Dębczyński** (z Tuszyna).

Dnia 11 Lutego 1876 r. o godzinie 6 wieczór byłem wezwany do wsi Wiskitno do siedmioletniego chłopczyka starozakonnych C., który od 40 godzin dostał był gorączki, bólu głowy i wymiotów. Z wywiadów zebrałem, że przedtem stan zdrowia chłopca był zadawalający, nie przebywał on bowiem żadnych ciężkich chorób, był zawsze wesołym i nad wiek swój umysłowo rozwiniętym. Matka małego chorego zauważyła, że przed dwoma dniami synek wybiegał kilka razy na dwór z odkrytą głową, na której włosy miał krótko ostrzyżone i że według wszelkiego prawdopodobieństwa, musiał głowę sobie przeziębic. Po przybyciu mojem na miejsce zastałem już dziecko nieprzytomnem, co według zdania rodziców przed 3-ma godzinami miało nastąpić.

Mały chory, odpowiednio do swego wieku dobrze rozwinięty, odżywianie układu mięśniowego dobre, pokład tkanki tłuszczowej podskórnej średniej grubości, jędrność skóry prawidłowa. Chory niespokojny, ciągle poruszał kończynami (*anxietas*), na zadane pytania nie odpowiadał, wydając tylko od czasu do czasu jęki. Podczas mojej godzinnej przychorym bytności wymiotował on kilka razy, bez poprzednich nudności. Płyn wymiotami wyrzucony pod względem własności fizycznych przedstawiał mieszaninę śluzu z naparem rumianku; oddziaływanie tego płynu na papierek lakmasowy było kwaśnem. Badając chorego znaleźliśmy brzuszek znacznie wzdęty, niebojący, przez opukiwanie dający wszędzie odgłos bębnowy z wyjątkiem okolicy biodrowej lewej (*iliaca sinistra*) i nieco wyżej gdzie był odgłos przytłumiony. Pomimo uprzedniego podania przez felczera olejku kleszczowinowego łyżeczkami od kawy i zadania dwóch enem z rumianku, oraz włożenia czopka z mydła (*suppositorium*) w odbytnicę wypróżnienia stolcowego nie było. Przy opukiwaniu i osłuchywaniu płuc i serca nie nieprawidłowego nie znalazłem. Twarz dziecka wyrażała cierpienie, powieki górne opadnięte, gałki oczne wysunięte nieco naprzód i skierowane na wewnątrz, ku przodowi i do góry (*strabismus convergens*). Światło świecy łojowej raziło chorego, za zbliżeniem zaś silniejszego światła (lampy), poruszał on w rozmaite strony głową i wydawał krzyk

(*photophobia*); źrenice rozszerzone. Chory nasz przed 20 godzinami bardzo wrażliwy na rozmaite dźwięki i głosy (*hyperaesthesia n. acusticorum*), obecnie pozostawał na takowe zupełnie obojętnym. Ruchy oddechowe przyspieszone (30 na minutę), ciepłota ciała podwyższona (38,9° C.), uderzeń serca 62 na minutę, tętno wielkie twarde i prędkie; mocz wyciekał bezwiednie. Przy ucisku na wyrostki ościste stołu kręgowego chory nie zdradzał bólu.

Z tego treściwego zestawienia objawów chorobowych pozyskaliśmy przekonanie, że mieliśmy przed sobą obraz zapalenia ostrego osłony mózgowej miękkiej (*meningitis basilaris acuta*), z umiejscowieniem się wysięku (*exsudatum*) przeważnie w komórce mózgowej czwartej, przy początku obu nerwów słuchowych lub w kierunku takowych. Dowodem takiego umiejscowienia sprawy chorobowej była ta okoliczność, już nam z powyższego znana, że czynność fizjologiczna nerwów słuchowych z powodu ucisku przez wysięk, lub zmian anatomicznych przy początku takowych, w zupełności ustała. Prócz tego wysięk wytworzył się w miejscu, z którego nerwy okoruchowe wspólne wychodzą z mózgu, albo też w kierunku ich pni głównych. I tutaj jak tam, skutkiem ucisku wysięku na nerwy, nastąpiło porażenie, ujawniające się utratą czynności fizjologicznej mięśnia prostego górnego oka (*m. rectus superior s. levator bulbi oculi*), dźwigacza powieki górnej (*levator palpebrae superioris*), prostego wewnętrznego oka (*m. rectus internus s. adductor*), prostego dolnego (*m. rectus inferior s. depressor*) i skośnego małego (*m. obliquus inferior s. minor*), skutkiem czego mięsień skośny wielki każdego oka (*m. obliquus superior s. major s. trochlearis*) spowodził skoszenie oka zbieżne, o którym wspomnieliśmy. Nasze rozpoznanie choroby uzupełniają i inne objawy, jak ból głowy, wymioty, które jedynie do skutków podrażnienia ośrodka mózgowego, a nie obwodowego, nerwu błędnego (*n. vagus*) odnieść należało; nadto wzdęcie brzucha, silne zaparcie stolca, tętno t. z. mózgowe (*p. cephalicus*), wywiady, przebieg i t. d.

Zaleciliśmy przystawienie choremu 6-ciu pijawek za uszami, chlorek rtęci (*calomel*) w dawkach dwugranowych, co 2 godziny naprzemiennie z mleczanką z oleju migdałowego, napedzlowanie wierzchołka głowy kleiną przyszczającą (*collodium canthar.*) i lód na głowę. Przez całą noc stan był ten sam, a nad ranem nastąpiło według słów rodziców znaczne pogorzenie. Stolce wystąpiły dopiero po zadaniu 5-go proszku; były one wodniste z kawałkami zapieczonego kału, lecz pomimo to podawano proszki dalej (aż do 10-go); chodziło bowiem o zrobienie silnego na przewód pokarmowy odciążenia (*revulsio*). Dopiero w 24 godzin po mojej pierwszej bytności zauważano, że mały chory odzyskał nieco przytomności, o czym odebrałem wiadomość listowną z prośbą o dalszą radę. Zaleciłem dalej lód na głowę, a do wewnątrz tylko mleczankę z ol. migdałowego. W dwa dni później chory był zupełnie przytomnym lecz głuchym, a powieki górne powróciły w części do prawidłowej czynności; chory zatem był już wyzdrowieńcem. Zaleciłem środki i dyjetę wzmacniającą obok jodku potasu dla przyspieszenia wchłonięcia. Od tego czasu nie widziałem chorego przez 6 tygodni i właśnie w chwili, kiedy go do mnie przywieziono, był

obecnym kol. AUSPITZ z Pabianic; razem więc zbadaliśmy chorego. Przedstawiał on się jak następuje: odżywianie wogóle dobre i bynajmniej nie zdradzało jakiegokolwiek przebytej przedtem choroby, wygląd chorego zadawalający, wielka chęć do jadła, stolce regularne. Ze strony płuc i serca nie nieprawidłowego nie znaleźliśmy, stos kręgowy przy dotykaniu wyrostków ościstych niebolący. Kazaliśmy choremu przejść przez pokój prosto, wyraziwszy nasze polecenie znakami, chory bowiem literalnie nie słyszy, skutecznił on nasze polecenie, ale po jednej linii prostej przejść nie mógł, z powodu wahającego chodu i nieprawidłowości w porządkowaniu ruchów układu mięśniowego kończyn dolnych. Szum, ani dźwięki, choćby najsilniejsze nie sprawiają na chorym żadnego wrażenia, co dowodzi, że takowe nie dochodzą do jego świadomości *resp.* do mózgu. Przy badaniu wziernikiem usznym żadnych zmian w uchu zewnętrznym i na błonie bębenkowej wykryć nie można było. Wiele wyrazów już dziś chory zapomniiał i mowa jego jest bez związku. Oprócz jodku potassu zalecono leczenie prądem galwanicznym stałym, który podług SCHULTZ'A ma być w tych razach najskuteczniejszym. Rady jednak tej nie wykonano.

Dziś, kiedy to piszę, upłynął już od czasu choroby rok jeden, ruchy w kończynach dolnych są w zupełności prawidłowe, chory liter nie zna, nie a nie nie mówi i nie słyszy; słowem przedstawia obraz głuchoniemego

Na zakończenie winienem dodać, że zboczenia w przyrządzie słuchowym skutkiem zapalenia osłon mózgowych, stosunkowo do liczby wyzdrowiających niezbyt rzadko dają się spotykać. Oprócz opisanego przez nas przypadku, mam w pamięci inny podobny do poprzedniego, oraz drugi daleko niepomyślniejszy, gdyż obok utraty słuchu nastąpiła zarazem i utrata wzroku czyli ślepotą (*amaurosis*). Oba przypadki dotyczą siedziesięciu: pierwszy 4-o letniego chłopca, drugi zaś szesćioletniej dziewczynki, obojga starozakonnych. Wogóle w miejscowości, w której mieszkam, w przeciągu 2½ lat spostrzegałem 10 przypadków zapalenia osłon mózgowych u dzieci, z których 7 skończyło się śmiercią, 3 zaś jak wspomniałem wyzdrowieniem, nielicząc tych, nad którym ściślejszego spostrzeżenia przeprowadzić się nie dało lub zejście choroby pozostało niewiadomem. Na 10-ciu chorych, tylko u jednego przyczyną wywołującą chorobę było przeciębie głowy, u pozostałych zaś 9-ciu przepalenie (*insolatio*) promieniami słonecznymi. W tem miejscu winniśmy zaznaczyć fakt, że okolica nasza jest przeważnie piaszczystą, dzieci zaś grzebiąc całymi godzinami z odkrytą głową wśród letnich upałów w piasku, który jest złym przewodnikiem ciepła, bo promienie słoneczne odbija i sprawia silny żar w warstwach bliżej ziemi się znajdujących, narażają się tym sposobem na przyływ krwi do głowy a tem samem na sprawy zapalne w jamie czaszkowej.

Złoczenia słuchu skutkiem zapalenia osłon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis*), spostrzegali często: SALOMON, WUNDERLICH, NIEMEYER i inni. VOLTOLINI zaś przypisuje to zapaleniu w błędnikach usznych, czego jednak anatomija patologiczna dotąd nie stwierdziła (TACZANOWSKI). W naszym przypadku przyznać trzeba, że objawy zapalenia osłon mózgowych

były tak wybitne, że nie mieliśmy potrzeby zasłaniać się hypotezą; porażenie zaś nerwu okoruchowego wspólnego z obu stron, które przeszło w miarę jak wysięk ulegał wchłonięciu (*resorblio*), dopełnia różnicowego rozpoznania zapalenia osłony mózgowej od zapalenia w błędnikach, na co też kładę szczególny nacisk. Co zaś do zmian w czwartej komórce i początkach nerwów słuchowych, to takowe nie ograniczały się jedynie na ucisku przez wysięk, ale musiały uleść tutaj uszkodzeniu i samej pierwociny komórkowej; w nerwach zaś słuchowych w następstwie bezczynności nastąpiło prawdopodobnie jakieś zwyrodnienie, zapewne skrobiowe (*deg. amyloidea*).

ODCINEK.

Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

(Przyczynek do historyi powstania w Hercegowinie).

Podał Dr. W. J.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 11, 13 i 16).

W lonie służby szpitalnej zajmuje jeszcze wydatne stanowisko osobistość kapelana, nazywanego zwykle „*Hodża-Effendi*”. Pocięcha bowiem strapionych chorych, zasilenie ich otuchą religijną i zdania wszystkiego na wolę „*Allachi*” należy właśnie do kapelana, i jeżeli tylko ten ostatni nie jest opieszalym w obowiązkach duchownego, to przez wzgląd na głęboką wiarę muzułmanina, słowo „*Immana*” wywiera często potężny wpływ na usposobienie i cierpliwość chorego. Lecz suche słowa najczęściej nie wystarczają do uspokojenia przesadnego i głęboko wierzącego w natprzyrodzone siły muzułmanina. Potrzeba mu zatem coś więcej, czegoś dotykającego dla spodziewania się pożądanego skutku i dlatego, gdy cierpienie jego nie polepsza się szybko, żąda on z całą natęczywością od swego kapelana, napisania mu tak zwanej „*muska*”, czyli amuletu, który składa się z kawałka papieru z napisem często niezrozumiałych wyrazów zwykle w języku arabskim, zaszywa się koniecznie w jedwabny trójgraniasty woreczek, a bogaci zamykają go w srebrną puszkę i noszą na szyi lub ramieniu, jako środek zabezpieczający od pastwienia się „*gyma*” (złego anioła). Prócz noszenia amuletów, zaufani w jego siłę, błagają jeszcze o nakadzania, lub żądają do wypicia podartej w kawałeczki tajemniczej pomocy, z pewną ilością wody; takim postępowaniem zajmuje się zwykle „*hadża*” i odmówienie żądającemu tego rodzaju pomocy znaczyłoby niebyć dobrym muzułmaninem i spowodowałoby razwę „*giaour-oglu*” (syna niewiernego). Zdarza się znowu często widzieć żołnierzy, mianowicie z Anatolii, obłożonych tak wielkimi i licznymi amuletami, że zbadanie ich płatki piersiowej lub ramion, bywa wiele utrudnionem. Omawiane środki tajemniczej siły otrzymują żołnierze od rozmaitych „*szechów*” — duchownych; w miarę nieskuteczności amuletów takowe zwykle z łatwością bywają zamieniane na świeże, gdyż podobny handel w rękach ludzi posiadających zaufanie za bobonnej tłuszczu jest prawdziwem przedsiębiorstwem dość dobre czyniącym dochody. Podobnym żądaniem żołnierzy tureckich lekarz nie powinien się sprzeciwiać; trzeba zezwalać niekiedy na okadzanie i czytanie chorych przez „*hodżę*”, bo ta głęboka ich ufność w potęgę wiary nieraz okaże się dobrym pośrednikiem w zastosowaniu wskazanych środków lekarskich i wpojeniu przekonania o ich bezwzględnej skuteczności.

Znaleźli się jednak ludzie, którzy pomimo należeńia do wyznawców proroka, zrozumieli niegodność wyzyskiwania kieszeni biednych przez frymarczenie amuletami. Do takich należy głównie i jedynie b. naczelnik sił zdrojnych w Hercegowinie w początkach dzisiejszego powstania, osławiony Derwisz-pasza. Wypadek o nim opowiadany, dotyczący postąpienia bardzo racjonalnego z jednym rozprzedawcą talizmanów, przechował się dotychczas w ustach wszystkich wojskowych. Rzecz zaś sama tak się miała. W początkach ostatniej wojny z Czarnogóra, Derwisz-pasza pozostał z główną kwaterą w Mostarze. Wojskowi przygotowywali się do wojny z tym strasznym, krwiożerczym ich wrogiem „*karadahlym*” (czarnogórcem), któremu nigdy nie mogąc podolać siłą oręża, pragnęli zabezpieczyć choć własne istnienie od strasznych ciosów nieprzyjaciela i w tym celu zawieszali sobie uznaną za ochronną „*muska*”. Chociaż to było w początkach wojny, brak pieniędzy dawał się już odczuwać nie tylko u żołnierzy ale nawet i wśród oficerów! Wykpiwacze jednak wybrali bardzo dogodną dla swego przedsięwzięcia chwilę i niebacząc na zbiedniony stan wojskowych, szybko się wzięli do dzieła wydrwiwania do reszty pozostałych jeszcze nieznacznych zasobów. Jeden mianowicie z nich pochodzący z głębokiej Anatolii, obdarzony piękną wymową i donośniejszym jeszcze głosem, wychodząc na miejsce publiczne, głosił potęgę pozostających w jego rękę talizmanów i w kilku dniach zyskał sobie takie zaufanie w prawdę i świętość słów swoich, że nie było wojskowego któryby się nie zwrócił z prośbą do poważnego duchownego, w celu otrzymania potężnego amuletu. Proźbie jego stawano się zwykle zadość, z warunkiem koniecznego zapłacenia dość wysokiej sumy za kawalek zasmolonego papieru. Sława potęgi uważanego za natchnionego „*hodży*” wkrótce też doszła do wiadomości komendanta, który natychmiast energicznem postąpieniem zdecydował się oszczędzić i tak już wyniszczone kieszenie wojskowych. Kazawszy więc przywołać do siebie właściciela talizmanów, przyjął go z całą wschodnią gościnnością: cybuehem i kawą, a po krótkiej czysto religijnej rozmowie, zażądał również amuletu, przyrzekając zapłacić sowniej aniżeli inni, prosząc tylko żeby „*hodża*” zrobił wszystkie wysilenia dla nadania talizmanowi większej potęgi. Trzymane w rękę komendanta dziesięć lirów tureckich w złocie wzbudziły jeszcze większe przekonanie „*hodży*” o zaufaniu i wierze tego ostatniego. Nastąpiła więc poważna chwila milczenia: „*Hodża*” zabrał się do pisania, a Derwisz jako dobry muzułmanin przesuwał paciorki swego bursztynowego różańca. W niespełna kwadrans potęgą talizmanowa została uwięziona w jedwabnym woreczku i podana żądającemu do dalszego zastosowania. Przyjmując ją, Derwisz dla większej powagi powstał z miejsca, skorzystał z położenia swego mieszkania i stanąwszy przy drzwiach, zwrócony w stronę Mekki, okazał chęć ni by pomodlenia się; toż samo przez uszanowanie musiał uczynić i „*hodża*”. Lecz pozostawiony przez Derwisza na miejscu modlitwy, nagłe usłyszał silny głos swego klienta, który stojąc z rewolwerem w rękę, zakomenderował duchownemu: „*jerynda ojnama*” (na miejscu pozostań) i skierował ku niemu lufę swej broni. Można sobie wyobrazić przestрах świętego i zabezpieczającego od strzałów męża, gdy zobaczył przed sobą wojskowego, gotowego doświadczyć przyjęcia się kuli na nietykalnym stroju. Padłszy więc na kolana, zdołał płaczem i modlitwą złagodzić gniew swego jednowerca, lecz jednocześnie przyrzekł zwrócić natychmiast wydrwione pieniądze wszystkim i wynieść się co rychlej z miasta, niechęć zapoznawać się z kryjówkami w bastionach nad Narentą! Niespodziewany ten krok ze strony Derwisz-paszy, oburzył do wysokiego stopnia miejscowy fanatyzm, ale za to D. zyskał wdzięczność wojskowych, którzy cieszyli się i posiadaniem talizmanu i zwróconemi przez „*hodżę*” pieniędzmi.

Żaden kult wchodnich reformatorów religijnych nie podał tak skomplikowanych przepisów przy chowaniu zwłok, jak religija prawodawcy z Medyny. Czynność ta należąca również do kapelana wojskowego, ma niejaki związek ze służbą zdrowia w wojsku i dla tego tu o niej wspominać. Muzułmanin przenoszący się na łono Mahometa i do raju dziewiętych hurrysek, dopóki nie zostanie pochowanym, uważa się za przybytek duszy, która dopiero w grobie opuszcza swą ziemską powłokę! Dla tego też skrócenie czasu jej uwięzienia uważa się za nagłówniejszą zasadę religii. Zaledwie bowiem chory wyzionie ducha, bez względu czy to w dzień czy w nocy, natychmiast porywają go z łoża cierpienia i oddają obnażonego w ręce „*hodży*”, który omywszy go wodą nasyconą pachnidłami, wkłada mu w otwory nosa, ust i uszu zwitki waty z pewną ilością kamfory, napawa ustrój olejkiem lub wodą różaną, a następnie okrywając zwłoki nagunowanym białym płótnem, zaszywa je w podobny worek i natychmiast wysyła na cmentarz. Tutaj do płytkiego grobu zwłoki układają w postawie siedzącej, ze zwróceniem twarzy w stronę Mekki, przykrywają lekko paroma deskami, na które nasypa cienka warstwa ziemi stanowi przestrzeń między uwięzionym duchem i pożądanym rajem! Towarzystwo odprowadzające zwłoki, po ich złożeniu do grobu, pozostaje jeszcze na cmentarzu, całe półgodziny, co jest dostatecznem, podług prawa religijnego do wydostania się duszy; po upływie tego czasu wszyscy jednogłośnie wymawiają „*All-zam-d'allah*” (chwala Bogu) i ostatnia posługa jest oddaną! Tak gwałtowne wrywanie zwłok z sal szpitalnych nie pozwala lekarzowi potwierdzić samego zgonu, że już nie wspomnę o chęci zrobienia badania pośmiertnego co najśrożej zakazują prawa kultu. Z tego więc powodu lekarz na wschodzie niech nawet nie myśli o badaniach anatomo-patologicznych, co nieraz staje się bardzo przykrem, z przyczyny że ta ważna gałąź naszego fachu w praktyce na wschodzie nie może być uprawiana, bo jakże tu płać zwłoki, będące jeszcze przebytkiem ducha...!

O ile mogłem, o tyle starałem się szczegółowo skreślić stan instytucyj służby zdrowia w Turcyi. Prawdziwą jednak walką dla lekarza są pola bitwy i szpitale, tam bowiem najwyborniej się poznaje, jak ciężkiem jest położenie praktykującego, nie mogącego wykonać sumiennie przyjętych na się obowiązków, wobec licznych trudności jakie nas ze wszech stron otaczają! Znudzzonego więc, lub zaciekawionego czytelnika považam się teraz zaprosić na przechadzkę, w której przebiegniemy szpitale i przyjrzymy się czynności służby zdrowia w ostatnim hercogowińskim ruchu; tym sposobem ułatwimy sobie dokładne fachowe zapoznanie się z wartością lekarzy, leczenia i wreszcie stosunków zdrowotnych samego kraju, które tak potężnie wpływają na stan waleczących korpusów wojskowych. (d. c. n.)

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Krwotoki jelitowe przy durzycy brzusznej. Z pomiędzy 783 chorych dotkniętych durzycą w szpitalu *Bethanien*, w r. 1874, 1875 i 1876, dr. GOLDHAMMER spostrzegł u 51 krwawienie ze jelit, co wynosi 6,5%. U siedmiu chorych krwawienie było małoznaczące, u pozostałych silne, a z tych ostatnich u 10 nawet bardzo obfite. Lżejsze krwawienia ograniczały się do jednorazowego stolca krwią zabarwionego, silniejsze powtarzały się kilka razy, a nawet w przeciągu dwóch do sześciu dni. Krwawienia zdarzają się pospolicie wtedy, kiedy strupy odpadają, t. j. w 3 i 4 tygodniu, większość też przypadków opisanych (35) w tym czasie przypadła. W pierwszych dwóch tygodniach, kiedy przyczyną krwawienia jest silne przekrwienie błony śluzowej, G. spostrzegł ich 10. W późniejszym okresie choroby nastąpiło zatem 79%, a w wcześniejszym (w pierwszych 2-ech tygodniach) 21% krwawień. U dzieci dotkniętych durzycą, krwawienie z jelit wielką jest

rzadkością; z pomiędzy 70 takich chorych, między 4 a 5 rokiem życia, tylko w jednym przypadku G. widział takie krwawienie (u 8-letniej dziewczynki, która w parę dni potem na przedziurawienie jelita zmarła). Natychmiast po takim krwawieniu następowało prawie zawsze znaczne obniżenie ciepłoty ciała (o 3 stopnie) i chorzy odzyskiwali chwilowo przytomność umysłu. W jedenastu przypadkach nastąpił upadek sił, ciepłota niżej prawidłowej, tętno powolne, nitkowate i zimne kończyny. Z tych ostatnich tylko trzech chorych wyzdrowiało; przy oględzinach pośmiertnych znaleziono jelita napełnione ciemnym czekoladowym płynem. Trzy piąte wszystkich opisanych przypadków zakończyło się śmiercią, a u pozostałych dwóch piątych chorych polepszenie było tylko chwilowe, a następstwa tego powikłania: niedokrwistość i osłabienie bicia serca, silnie zagrażały życiu. Z tego widzimy, jak rokowanie przy krwawieniach takich ostrożnie czynić należy, a zdanie wypowiedziane przez GRAVES'A w Dublinie, a następnie przez TROUSSEAU za słuszne uznane, jakoby krwawienie z jelit w durzycy było „*un phénomène de favorable augure*” wcale się nie potwierdza. O wpływie zimnych kąpeli na krwawienia jelitowe w durzycy dużo pisano i stwierdzono, że sposób ów leczenia wywołuje smutny ten objaw chorobowy. G. zestawia rozmaite sprawozdania z epidemii durzycowych i przekonywa się, że na 100 chorych dotkniętych durzycą i leczonych kąpielami zimnemi $4\frac{2}{3}\%$ dostało krwawienia z jelit, a na taką ilość chorych leczonych bez użycia wody zimnej — $3\frac{0}{10}\%$. Różnica ta jest tak małą, że nie można z niej żadnych doniosłych wyprowadzać wniosków. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi najważniejszym jest czas, w którym po użyciu kąpeli krwawienie miało miejsce. Przypuściwszy, że w 6 godzin po wyłaniu się krwi do jelit, zostaje ona na zewnątrz wydaloną, twierdzić można, że krwawy stolec, który w 12 godzin po kąpeli nastąpił, już nie jest następstwem takiej wew. Otóż z opisanych 51 chorych, 14 wcale nie kąpiano, a z 37 którzy kąpeli zimnej używali (16—20° R. trzy do czterech razy dziennie, jak tylko ciepłota ciała do 39.3°C dochodziła) u 11 tylko krwawienie nastąpiło przed 12-ma godzinami po kąpeli. Ale i w tych razach twierdzić nie można, żeby kąpiel przypadłość omawianą miała spowodować, gdyż kąpie się chorych durzycowych najwięcej w tym okresie choroby, w którym zwykle krwawienie z jelit się zdarza, i to 2 do 3 razy dziennie; myśl się więc nasuwa, że nawet u tych jedenastu chorych kąpiel i krwawienie przypadkiem się zdarzyły i że pierwsza nie była przyczyną drugiego. Raz tylko krwawienie nastąpiło w samej kąpeli, a trzeba wiedzieć, że w Bethanien w r. 1874—1876, do 8600 kąpeli chorym durzycowym udzielono. Środki używane przez G. przeciwko krwawieniu, o którym mowa, były: lód, makowiec i środki ściągające, jak *liq. ferri sesq.*, *plumbum acet.*, *ergotina etc.*

(„*Berliner klin. Wochenschrift*” N. 8—1877). G. F.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

OFTALMOLOGIJA, opracowana przez drów JODKO i GEPNERA

(Biblijoteka umiejętności lekarskich, wydanie red. „Gaz. Lekarskiej” w Warszawie).

Ostatniemi czasy piśmiennictwo oftalmiczne polskie poczęło się tak znakomicie rozwijać, że moglibyśmy śmiało wydawać specjalne czasopismo w języku ojczystym. Przed kilku laty rzucilibyśmy nawet w „KLINICE” projekt w tej mierze; sił, ochoty i materyjału nam nie zbrzywa, lecz projekt musi się rozbić o brak prenumeratorów, z powodu ograniczonej liczby kolegów poświęcających się w kraju tej gałęzi nauk lekarskich i nieznanomości języka polskiego po za granicami kraju. Nie tak jednak zapatruje się na nasze piśmiennictwo oftalmiczne prasa zagraniczna, jak tego świeżo dowiódł NAGEL'A *Jahresbericht*, streszczający prace z r. 1874. Zrobiłem uwagę odnośnie tej kwestyi w *Gaz. Lekarskiej* r. z. (Tom 21 Nr. 24), wskazując jak mało dbają niemey o mniej może doniosłe prace i spostrzeżenia swych wschodnich sąsiadów.

Jednocześnie z wyjściem na świat znakomicie opracowanego oryginalnego dzieła dra SZOKAŁSKIEGO „Choroby przyrządu wzrokowego,” którego pierwszy tom wyszedł już w Moskwie w przekładzie rossyjskim, — dr. JODKO opracował „Oftalmologiję” (Warszawa 1869 i nast.) podług WECKER'A, zawierającą choroby powiek, oczodołu, dróg łzowych,

spojówki i oftalmoskopiję, uzupełniwszy takowe swemi spostrzeżeniami. Następnie dr. Kościński napisał podług E. MEYER'a całą oftalmologiję „Wykład chorób oczu” (Warszawa 1875, ze 142 drzew.). Praca ta, stanowiąca osobny podręcznik, aczkolwiek wydana nakładem red. „GAZ. LEKARSKIEJ,” właściwie nie wchodzi w skład „BIBL. UMIEJĘTNOŚCI.”

Nakoniec uzupełnieniem oftalmologii kol. JODKO, jest świeżo wyszłe z druku DONDERS'A *Die Anomalien d. Refraction und Accommodation des Auges* w przekładzie dra GEPNERA. Tak więc znakomite to dzieło, którego wartość naukowa, jak sprawiedliwie twierdzi tłumacz w przedmowie, jest dziś taką samą, jak w chwili kiedy świat naukowy po raz pierwszy zapoznał się z oryginałem, dopiero po 10-ciu latach doczekało się przekładu na język polski. Przekład swój tłumacz nazywa streszczonym, powiedzielibyśmy skróconym, gdyż wiernie oddaje całe dzieło autora z opuszczeniem li tylko uwag, wyjaśnień i opisów, mało obchodzących lekarza praktycznego, dla którego głównie przeznaczonem jest to dzieło. Pominęto np. rozdział o dyjoptryce, opis oftalmoskopu CRAMER'A, optometru DONDERS'A, historyczną część krótkowzroczności, nadwzroczności, astenopii i astygmatyzmu; skrócono szczególnie określenie oka niarowzrocznego (pominęto matematyczną część dyjoptryki) i astygmatyzmu, gdyż prócz jego części historycznej, opuszczono matematyczne wyliczenia dotyczące astygmatyzmu soczewki, a także część kazuistyczną, uwzględnioną zresztą przy opisie innych zboczeń załamywania i starowzroczności. Zarzucilibyśmy tylko tłumaczowi to, dla czego pominął, mówiąc o wpływie wieku na bystrość wzroku, niedokładności w dyjoptrycznym narzędziu oka (widna śluzo-żłowe, soczewkowe i c. szkliste), które mają doniosłość praktyczną. Zapewne miano tu na względzie, iż kwestyja ta mniej więcej znana jest lekarzowi z podręczników oftalmologii; przypuszczenie takie mogło też zniewolić tłumacza do pominięcia 18-tu rycin oftalmoskopijnych, wyobrażających dno oka krótkowzrocznego. Skrócenia takie sprawiły to, że zamiast 193 drzeworytów zamieszczonych w oryginale, w spolszczeniu znajdujemy tylko 91, pominiąwszy brak tablicy wzorów SNEILLEN'A.

Natomiast znajdujemy niektóre dodatki tłumacza w przypiskach, jak naprzykład: a) o możliwości przejścia nadwzroczności w krótkowzroczność, co stwierdzili swemi spostrzeżeniami DOBROWOLSKI i STELLWAG, w skutek rozwinięcia się garbca tylnego (*staph. posticum*); b) o polskiem słownictwie i t. d. Dr. GEPNER używa wyrazów: akkomodacja, refrakcja, astygmatyzm i astenopija, lecz inne nazwy greckie zastąpił wyrazami czysto polskimi, jak: wymierność (*emmetropia*), niewymierność (*ametropia*), krótkowzroczność (*myopia*), krótkomierność (*brachymetropia*), nadwzroczność (*hyperopia*), nadmierność (*hypermetropia*), starowzroczność (*presbyopia*), zamiast dawniejszej dalekowzroczności; tym ostatnim wyrazem posługiwano się tak zamiast *presbyopia* jak i w miejsce *hypermetropia*. Spodziewamy się, że wyrazy te przyjmą się dobrze w polskiem słownictwie lekarskiem. Prawda, spotykamy się z nimi po raz pierwszy w oftalmologii SZOKAŁSKIEGO (1869 r.), lecz niezaprzeczenie obmyślił je kol. GEPNER, który rozpoczął tłumaczenie DONDERS'A przed 10-ciu laty, pierwsze bowiem arkusze tej pracy oddto w r. 1867.

Kończąc te kilka słów o przekładzie dzieła DONDERS'A, o którym słusznie powiedział pewien uczony krytyk, że jest to „najklassycyjsze dzieło oftalmiczne XIX wieku,” nie pozostaje nam nic innego, jak tylko podziękować szan. koledze GEPNEROWI za przyswojenie piśmiennictwu naszemu tej cennej pracy, którą powinien mieć pod ręką nie tylko okulista, lecz i każdy lekarz praktykujący. Przekład doskonały, język poprawny, wydanie red. „GAZETY LEKARSKIEJ,” druk i drzeworyty warszawskie bardzo staranne i bez błędów. „Anomalije refrakcyi i akkomodacyi oka” DONDERS'A, wydane w 2-ch zeszytach (str. 428), stanowią 3-ci tom zbiorowo opracowanej Oftalmologii.

Dr. Józef Talko.

Korrespondencyja Redakcyi.

W-mu N. N. w gubernii Piotrkowskiej. Żałujemy mocno, że listu pańskiego w całości zamieścić nie możemy, nie robimy zaś tego, z powodu, że zawiera on fakta, których prawdziwości stwierdzić nie jesteśmy w stanie, a odpowiedzialności za nie na bezimiennego autora złożyć nie możemy. Był czas, w którym pisano u nas dużo o kwestyi

felcerskiej; teraz to ustalo, niemniej jednak wielkich nadużyć, wszędzie, nietylko w gubernii Piotrkowskiej felcerzy się dopuszczają. Nie należy składać całej odpowiedzialności za to na urząd lekarski, gdyż wszyscy lekarze powinni starać się o ukrócenie tego niegodziwego frymarczenia zdrowiem ludzkim. Wszelako, jeżeli prawdą jest, że w jakimś majątku fabrycznym istnieje formalny szpital pod wyłączną opieką felczera zostający, że ten felczer ma do rozporządzenia apteczkę domową, w której wszystkie bez wyjątku leki się znajdują, że składa on peryjodycznie raporta z rodzaju chorób w szpitalu owym leczonych; to już ciężka wina za to nadużycie spada na urząd lekarski gubernijalny, który albo wie o tem i toleruje, albo nie wie; w pierwszym razie dawałby dowód niegodziwości, a w drugim niedołęztwa. Szpital taki powinien być bezwarunkowo zamknięty, bez względu na możnego i wpływowego właściciela, który go wraz z owym smutnym felczerelem proteguje. Jeżeli ten sam felczer rozjeżdża się po całej okolicy, leczycy zarówno z lekarzami, smaruje lapisem *in substantia* błonice w gardzieli u dzieci, i te umierają; to już wina tego leży w nierozsądnych rodzicach, którzy go wzywają, chociaż masz Pan słuszość, sądząc, że przez zamknięcie szpitala odbierze mu się część powagi, jakiej obecnie używa i nadużycie się poniekąd ukróci.

Drugi opowiedziany przez Pana fakt, jest jeszcze skandaliczniejszy: ten felczer leczący w szpitalu w zastępstwie wiekowego i nie dobrze widzącego lekarza, rozporządzający się w nim jak szara gęś i wykonywający wszystkie operacje, nie wyłączając amputacji! jest tak oburzający, że trudno jest dać temu wiarę, a jeżeli jest prawdziwy, posłużyć może za jeden dowód więcej, jak władze lekarskie nasze wszystkim się zajmują, ale najmniej myślą o sumiennem i pożytecznem spełnianiu swego obowiązku. Od czegoż tam jest lekarz powiatowy? a inspektor lekarski gubernijalny, czyż w rzeczy samej jest tak niedołęzny, że nie wie o tem, albo wie i nie może, lub nie chce temu zaradzić? Czy szpital ten jest prywatny, jak powyżej wzmiankowany, czy też publiczny, t. j. zostający pod zwierzchnością Rady dobroczynności publicznej? Czy inspektor lekarski nigdy go nie zwiedza? Czy zarząd fabryczny lub drogi żelaznej, który tak bezpośrednio jest tam zainteresowany, nie widzi całej potworności tego stanu rzeczy i nie występował z odpowiedniami przedstawieniami do kogo należało? Prosimy szanownego korespondenta o bliższe objaśnienie tej sprawy, gdyż jest ona tak ważną i tak bardzo ogół obchodzącą, że w żaden sposób zaspać jej nie możemy: w obec takich oburzających faktów, czujemy się w obowiązku walczyć z głupotą i niegodziwością ludzką, w imię dobra społecznego. Fakta podobne, chętnie w piśmie naszym podawać będziemy, w tem przekonaniu, że przez publiczne ich wytknięcie przyczynimy się do powstrzymania oburzających nadużyć, które niestety, zbyt często u nas się zdarzają. Prosimy jednak pp. korespondentów o podpisywanie swych listów całym prawdziwym nazwiskiem, które na żądanie może pozostać na zawsze tajemnicą Redakcyi.

OGŁOSZENIA

W tych dniach wyszło dziełko p. n.

Beiträge zur Lehre von der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht

von Dr. A. v. SOKOŁOWSKI.

Assistentzarzt der Dr. BREHMER'SCHER Heilanstalt in Görbersdorf in Sch. Berlin 1877. Verlag von Enslin VIII str. 122. Cena rs. 1. Nabyć można za pośrednictwem księgarń Warszawskich.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, zawierający początek doniosłej pracy kol. St. MARKIEWICZA, p. n. **Assenizacyja miast**.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45