

# GAZETA LEKARSKA.

Z INSTYTUTU ANATOMO-PATOLOGICZNEGO PROF. W. BRODOWSKIEGO W WARSZAWIE.

## I. O ZMIANACH ANATOMICZNYCH W PĘCHERZYKU ŻÓŁCIOWYM POD WPŁYWEM KAMIENI.

Podał

**Władysław Janowski,**

lekarz w Warszawie.

Patologija pęcherzyka żółciowego nie należy bynajmniej do rzeczy, na które się mało zwraca uwagi, gdyż cierpienia jego przebiegają czasami z tak wyraźnymi objawami za życia chorego, że nie mogą ujsć uwagi opiekującego się nim lekarza. Dlategoż strona jej kliniczna nie leży bynajmniej odlegiem, i mamy dość dużo prac, opisujących rozmaite zaszły z tego powodu za życia chorych przypadki i podających nawet wyniki badań pośmiertnych. Jednakże i te ostatnie mają na względzie tylko to, co przedstawia ważność kliniczną. Mamy mianowicie dużo opisów rozmaitych zejść choroby kamiennej pęcherzyka żółciowego, w których wskazaną jest ta lub inna przyczyna, która spowodowała bezpośrednio śmierć, jak to: owrzodzenia, przedziurawienia, powstawanie przetok i t. p. Przeglądałem w rocznikach VIRCHOW'a i HIRSCH'a podobnych prac przeszło 60. Nie znalazłem jednak pomiędzy nimi takiej, w której podane byłyby badania drobnowidzowe zmian anatomicznych, zachodzących w pęcherzyku żółciowym przy obecności w nim kamieni. Nie znalazłem również szczegółowej anatomii patologicznej zmian w pęcherzyku żółciowym w kilku przerzucanych przezemnie podręcznikach, z wyjątkiem ORTH'a <sup>1)</sup> i SCHÜPPEL'a <sup>2)</sup>. Niżej przytoczę w odpowiednim miejscu niektóre myśli tych autorów, teraz zaś przystąpię do opisu wyników moich badań, dokonywanych na 16-u przypadkach w tutejszej pracowni patologicznej prof. BRODOWSKIEGO. W badaniach swoich miałem na uwadze zmiany anatomiczne w pęcherzyku żółciowym, tylko przy przewlekłych jego stanach zapalnych, zależnych od obecności w nim kamieni, gdyż zmiany wyłącznie ostre, zależne od nich, rzadko bardzo zdarza się widzieć na stole anatomicznym. To, co

<sup>1)</sup> ORTH. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Berlin. 1887. S. 983—996.

<sup>2)</sup> SCHÜPPEL. Krankheiten des cholepöetischen Apparates. ZIESSSEN's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. VIII. 1. 2.

widujemy czasami, jest tylko obostrzeniem spraw przewlekłych. Wreszcie zmiany w budowie pęcherzyka żółciowego przy ostrych jego cierpieniach nie mogą być dla nas ciekawymi, gdyż budowa jego prawidłowa na istotę ich wpływać jeszcze nie może, a przez to mamy do czynienia ze zwykłymi zmianami, właściwymi nie zytóm wszystkich błon śluzowych, podanemi w rozmaitych podręcznikach, jako zmiany, przeważnie w przewodach zachodzące, zdarzające się najczęściej przy warunkach, sprzyjających powstaniu ostrej żółtaczki.

## I.

Ponieważ badania moje dotyczą szczegółowych zmian anatomicznych, zachodzących przy przewlekłych cierpieniach pęcherzyka żółciowego, musiałem przede wszystkim zbadać dokładnie prawidłową budowę histologiczną jego, wybrawszy z pomiędzy wielu oglądanych przezemnie na sekcji 4 przedstawiające się najlepiej pęcherzyki żółciowe od młodych osobników. Badania te były dla mnie konieczne, gdyż w dostępnych mi podręcznikach anatomii i histologii nie znalazłem przy opisie budowy pęcherzyka żółciowego równego uwzględnienia wszystkich jego części składowych. Nadto potrzebne mi były dla lepszej oceny zmian w pęcherzykach chorobowo zmienionych niektóre wymiary części składowych pęcherzyka, których również dla wszystkich z pomiędzy nich uwzględnionych szczegółowo nie znalazłem. Uważam za stosowne podać tu opis budowy pęcherzyka żółciowego zdrowego, aby czytelnik mógł sam tem lepiej ocenić, jak daleko były posunięte zmiany w chorych pęcherzykach żółciowych.

Co się tyczy techniki, to trzymałem kawałki z pęcherzyków przez 3 doby w roztworze kwasu chromowego 2:1000, przemywałem je wolnym prądem wody w ciągu 24-ch godzin, przeprowadzałem je przez alkohol, olejek gwoździkowy, terpentynowy, olejek terpentynowy z parafiną i zatapiałem następnie w parafinie przy ciepłocie około 52° C.. Otrzymane skrawki na 0,01''' nalepiałem na szkiełka przedmiotowe i, przeprowadziwszy je przez ksylol, olejek gwoździkowy, alkohol i wodę, barwiłem je najczęściej hematoksyliną i eozyną, albo karminem boraksowym. W ostatnim razie barwienie odbywało się *in toto*, przed zatopieniem w parafinę. Ostatniemi czasy używałem metody naszego szanownego prosektora, D-ra E. PRZEWOSKIEGO, która polega na tem, że preparaty z niebardzo nawet mocnego alkoholu przenosi się do olejku anilinowego, z niego do chloroformu, następnie do mieszaniny chloroformu z parafiną [w termostacie przy ciepłocie około 37° C.], a potem do parafiny. Manipulacja ta jest pod tym względem dogodniejszą, że preparaty w ten sposób zatapiane nie muszą być koniecznie dokładnie w alkoholu odwodnione, że konsystencyja ich, znacznie więcej od otrzymywanych przy tamtej metodzie ciastowata, sprzyja lepszemu krajaniu preparatów, że wreszcie przepajanie ich parafiną jest w tym razie dokładniejsze, przez co można robić skrawki z bardzo dużych preparatów. Wreszcie metoda ta jest gdzieindziej dokładnie opisana, i tam wskazane są jej dogodne strony.

Pęcherzyk żółciowy ma 8—17 ctm. długości. Średnica jego wynosi w części szerszej około 3 ctm.. Grubość ścianek prawidłowego pęcherzyka nie przenosi 1 milim.; najwyżej ma ona do 1,5'''. W jakim stosunku na tę grubość składają się oddzielne jego warstwy, zobaczymy zaraz poniżej. Jeżeli nie liczyć

powłoki zewnętrznej surowiczej, której budowa odpowiada budowie otrzewnej, to cały pęcherzyk składa się z trzech warstw: błony śluzowej, mięsnej i łączno-tkankowej.

Błona śluzowa ma grubości  $0,3''$ — $0,5''$ . Tworzy ona fałdy, idące we wszystkich kierunkach i krzyżujące się ze sobą, przez co przy oglądaniu swobodnej jej powierzchni otrzymujemy wrażenie plastra miodu. Fałdy te przy rozciąganiu pęcherzyka zmniejszają się, jednakże przy największym nawet naprężeniu jego ścianek nie znikają zupełnie. Pod drobnowidzem widzimy, że błona śluzowa pokryta jest nabłonkiem stożkowatym, o komórkach wysokich [ $0,03''$ — $0,04''$ ], stosunkowo wązkich [ $0,006''$ — $0,008''$ ], dość wyraźne granice mających i zawierających jądra u swojej podstawy. Swobodna powierzchnia komórek ma brzegi jakby więcej zbite, jednostajne, tworzące wyraźny rąbek. Słowem, mamy do czynienia z kutikulą, podobną do tej, jaką widzimy w komórkach nabłonkowych kiszek cienkich. Na rąbku tym widać wszędzie, w niektórych miejscach bardzo wyraźnie, prążki, idące w kierunku podłużnej osi komórek nabłonkowych. Cała powierzchnia błony śluzowej pokryta jest poprzecznymi przecięciami wyżej wspomnianych fałd, wyglądających na pierwszy rzut oka jak kosmki w cienkich kiszkach. Fałdy te pokryte są również nabłonkiem stożkowatym, wyżej opisanym. Ciało ich składa się z tkanki łącznej błony śluzowej o jasnych wrzecionowatych jądrach w wielkiej ilości i substancji międzykomórkowej delikatnie ziarnistej z domieszką niewielkiej ilości delikatnych włókienek. Nie widać nigdy w podobnych fałdach gładkich włókien mięsnych. Natomiast często widzieć w nich można przecięcia naczyń krwionośnych i niekiedy limfatycznych. Przecięcia fałd są najczęściej  $0,3''$ , a nawet czasami  $0,5''$  wysokie i  $0,06''$ — $0,08''$  u podstawy szerokie. Są one szersze przy swoim swobodnym końcu i zwężone przy podstawie. Grubość ich przy wolnym brzegu dochodzi czasami do  $0,4''$ . Pość fałd jest znaczna. Widzimy ich po kilkanaście na polu drobnowidzowem. Całość błony śluzowej składa się z bardzo delikatnie włóknistej tkanki łącznej, zawierającej dużo komórek o wyraźnie wrzecionowatych jądrach. Układ jej jest najczęściej taki, że pod nabłonkiem znajduje się cienkie jej [ $0,05''$ — $0,08''$ ] pasmo, równoległe innym warstwom, [na preparacie poziome], drugie zaś znacznie szersze [do  $0,5''$  i więcej] wchodzi w skład wyżej opisanych fałd. W większości pęcherzyków znajdują się przy ich szyjce wązkie i krótkie gruczoly śluzowe.

Tuż pod błoną śluzową, bardzo często przeplatając się z nią, idzie błona mięsna. Związek ich ze sobą jest w wielu miejscach tak ścisły, że HENLE słusznie powiedział, że, dzięki temu, błona śluzowa pęcherzyka żółciowego ma odrębny charakter „błony mięsno-śluzowej“ (*Muskelschleimhaut*). Włókna mięsne tej błony nie mają określonego kierunku. Część ich ma kierunek poprzeczny w stosunku do podłużnej osi pęcherzyka, ale znacznie większa, ma kierunek skośny, rozmaity, przez co włókna krzyżują się ze sobą. Jeżeli kierunek włókien jest jednakowy, widzimy najczęściej 2 ich warstwy, w razie zaś przeciwnym, a więc częściej, rozgraniczenia na warstwy nie ma. Grubość warstwy mięsnej jest najczęściej  $0,06''$ — $0,08''$ . Jeżeli zaś spotykają się z sobą włókna, mające rozmaity [zwykle przeciwny] kierunek, grubość jej jest większą, mianowicie  $0,12''$ — $0,15''$ , a czasami trochę nawet więcej. Wszędzie pomiędzy włókna mięsne wchodzi tkanka

łączna, stanowiąca część składową błony śluzowej i przynosi z sobą dość dużo naczyń. To samo dzieje się z częścią wewnętrzną warstwy poniżej opisanej.

Za błoną mięsną następuje warstwa tkanki łącznej, w której można dość wyraźnie odróżnić część wewnętrzną, t. j. stykającą się z błoną mięsną, i zewnętrzną, t. j. stykającą się z otrzewną. Tkanka łączna, stanowiąca opisywaną powłokę włóknistą, jest znacznie uboższą w komórki, niż ta, która wchodzi w skład błony śluzowej, i więcej włóknista. W części wewnętrznej jest ona dość luźna, składająca się z dość cienkich warstw oddzielnych [0,015'''—0,02''']. Miejscami zachodzą w nią oddzielne najczęściej skośnie, prawie poprzecznie poprzecinane pęczki włókien mięsnych. Znajduje się w niej dość dużo — do 5 na jednym polu drobnowidzowym — cieniutkich naczyń, których światło nie przechodzi zwykle 0,016'''—0,02'''. W części zewnętrznej ilość włókien jest większą; stanowią one więcej zbitą warstwę, nie zaś, jak w części wewnętrznej, oddzielne luźne nawarstwienia, w której również widzimy sporo naczyń, jednakże często większych od dopiero co wspomnianych. Średnica ich zwykle jest od 0,02''' do 0,03'''. Całkowita grubość powłoki zewnętrznej waha się między 0,5'''—0,8''', stosownie do grubości całkowitej ścianki pęcherzyka i grubości innych jej części składowych. Wogóle jednak stosunki oddzielnych części składowych prawidłowego pęcherzyka żółciowego do siebie wahają się w pewnych, dość szczupłych granicach, i na zasadzie bardzo licznych porobionych przezemnie wymiarów mikrometrycznych mogę powiedzieć, że stosunek ten w przybliżeniu jest taki:

błona śluzowa	odnosi się do błony mięsnej,	jak 3:1	<i>maximum</i>	4:1
„ mięsna	„ „ „ „	łączno-tkankowej,	jak 1:4	do 1:6
„ śluzowa	„ „ „ „	„	jak 1:1	do 1:1,5.

## II.

Przechodzę teraz do opisu badanych przezemnie przypadków, przyczem muszę zastrzedz na wstępie, że opisuję szczegółowo tylko przypadki, w których zmiany są typowe. Inne zaś, będące jakoby ich powtórzeniem, opisuję, jak to czytelnik zobaczy, znacznie krócej. Nadto ponieważ szło mi o to, aby się zoryjentować, w jakim stopniu każda z części składowych pęcherzyka ulega zmianom, zwracałem uwagę nietylko na zmiany ich jakościowe, ale i na stosunek ich ilościowy do siebie. Rozumie się, iż przytoczone przezemnie cyfry bynajmniej nie są absolutnemi, lecz stanowią przeciętną z wszystkich cyfr, otrzymywanych przy porównaniu z sobą rozmaitych warstw. Zwracamy na to szczególną uwagę czytelnika, aby mu się nie wydawało, że czasami cyfry nasze stoją w sprzeczności do siebie. Tylko w tych razach, w których wahania były zawielkie, nie ograniczałem się na wskazaniu jednej cyfry, aby w ten sposób przybliżenie nie było zbyt wielkie, i podaję ich po dwie, najczęściej granice otrzymywanych wahań.

1. Sekcyjna z dnia 3. VII. 1889 roku. W pęcherzyku żółciowym znajduje się kamień wielkości orzecha włoskiego, o grubo ziarnistej powierzchni. Żółć jest bladea, mocno ciągliwa. Pęcherzyk blisko o połowę zmniejszony. Ścianki jego są miejscami wyraźnie grubsze, sztywniejsze. Wewnętrzna powierzchnia jest wygładzona, nie przedstawia prawidłowej siatkowatości. Przeciwnie, zagłębienia, odpowiadające normalnym, są znacznie płytsze, listewki, oddzielające je, są

mniej wysokie, grubsze; miejscami zaś znikają prawie zupełnie. W takich miejscach błona śluzowa staje się bledszą, twardszą.

Pod mikroskopem nie wszystkie części przedstawiają się jednakowo. Zależy to od ich grubości. Miejsca średnie mają około 2<sup>'''</sup> grubości. Błona śluzowa ma w nich 0,1<sup>'''</sup>—0,2<sup>'''</sup> grubości, jest więc do jednej trzeciej ścięczała. W wielu miejscach nie ma nabłonka. W tych miejscach, gdzie jest on zachowany, jądra jego barwią się jeszcze wyraźniej, ale granice oddzielnych komórek są zupełnie niewidoczne. Rąbek ich jest również zupełnie niewidoczny. Wszystkie komórki są znacznie niższe od komórek nabłonkowych prawidłowego pęcherzyka żółciowego. Wysokość ich nie przenosi 0,01<sup>'''</sup>—0,012<sup>'''</sup>. Fałdy błony śluzowej znajdują się w znacznie mniejszej ilości. Przecięcia ich są 3—4 razy niższe, niż w pęcherzyku prawidłowym. Znaczna ilość fałd jest równomiernie szeroka, podczas gdy w prawidłowym pęcherzyku podstawa ich jest znacznie większa od swobodnego końca. Tkanka łączna, wchodząca w skład błony śluzowej, jest ubogą w komórki, substancja międzykomórkowa jest bardzo wyraźnie włóknista. Pęczki tej tkanki łącznej dają dużo odnóg, idących między znajdujące się pod nią pęczki mięsne. Te ostatnie są w najrozmaitszych kierunkach poprzecinane. Pęczki podłużnie poprzecinane tworzą zwykle 2—3 warstwy, mające ogółem 0,15—0,35 mm. grubości. Tkanka łączna, wchodząca między włókna mięsne, wciąga między nie naczynia. Ogółem grubość błony mięsnej jest około trzech razy od prawidłowej większą; wynosi ona 0,3—0,4 mm. Pod nią znajdują się dwie wyraźnie jeszcze odgraniczone od siebie warstwy łącznotkankowe. Wewnętrzna z nich składa się z wielu warstw, zawierających mało komórek i substancję międzykomórkową bardzo wyraźnie włóknistą. Warstw takich bywa po 10 i więcej. Między nimi znajduje się dużo naczyń, wypełnionych krwią. Miejscami jest ich na jednym polu drobnowidzowem do 15. Obok nich znajdują się miejscami wylewy krwi. Warstwa zewnętrzna jest trochę obfitsza w komórki, substancja jej międzykomórkowa jest zbitą, włókna jej idą równolegle do siebie. Znajduje się w niej dużo naczyń, bądź skurczonych, bądź krwią powypełnianych. Grubość błony włóknistej wynosi 1,2<sup>'''</sup>—1,5<sup>'''</sup>. Widzimy więc stosunki oddzielnych warstw do siebie pozmieniane. Mianowicie:

Stosunek błony śluzowej do błony mięsnej jest 1:2—1:3

„ „ mięsnej do „ łączno-tkankowej 1:4

„ „ śluzowej do „ „ 1:8—1:10.

b) Część najgrubsza ma 3<sup>'''</sup>—4<sup>'''</sup> grubości. Stopień zmian w oddzielnych częściach składowych pęcherzyka jest taki, jak w wyżej opisanej części. Zachodzą jednak odmienne stosunki ilościowe w zależności od zmienionej grubości ścianki pęcherzyka. Błona śluzowa jest miejscami jeszcze cieńsza, niż tam, tak, że czasami nie dochodzi do 0,08<sup>'''</sup>. Zwykle jednak ma ona 0,1<sup>'''</sup>—0,2<sup>'''</sup>, t. j. tyle, co i wyżej. Ostatnich rozmiarów dosięga ona w miejscach, w których znajdują się szerokie jej występy, odpowiadające jakby prawidłowym fałdom, których tu nie ma. Szerokość takich występów przechodzi 2—3 ich wysokości. Wszędzie w błonie śluzowej widać dużo naczyń średnicy 0,04<sup>'''</sup>—0,08<sup>'''</sup>. Tkanka łączna wciąga je i pomiędzy warstwy następującej błony mięsnej, która jest podłużnie lub skośnie poprzecinana. Warstw takich jest 3—4. Grubość całkowita błony

mięsnej waha się między 0,3'''—0,45'''. Jest więc ona w miejscach najcieńszych dwa razy grubsza, niż błona mięsna prawidłowa w swoich najgrubszych miejscach, a czasami przechodzi tę ostatnią do trzech razy. Część łącznotkankowa, idąca za mięsną, jest bardzo zgrubiałą. Grubość jej waha się między 2,3'''—2,64'''. Jest ona mocno włóknista; szczególnie jej zewnętrzna. W ostatniej mamy dużo naczyń o średnicy 0,06'''—0,1'''. W części zewnętrznej jest naczyń jeszcze więcej. Niektóre z nich są duże, grubość ich waha się między 0,07'''—0,75. Wszystkie prawie z nich są powypelniane krwią. Widzimy więc, pomimo bardzo poważnych zmian jakościowych i ilościowych absolutnych, zmianę w stosunku rozmaitych warstw do siebie, mianowicie:

stosunek błony śluzowej do błony mięsnej jest 1:1,5—1:2

„ „ mięsnej „ „ łączno-tkankowej jest 1:6—1:10

„ „ śluzowej „ „ „ „ 1:12—1:20.

e) Część najcieńsza ma około 1,0''' grubości. Błona śluzowa ma 0,12'''—0,2''' grubości. Fałd jest na niej niewiele. Tkanka łączna, stanowiąca jej osnowę, jest wyraźnie włóknistą. Naczyń jest sporo; wszystkie prawie są rozszerzone. Błona mięsna jest najczęściej w prawidłowe warstwy poukładana; pomiędzy niemi znajdują się naczynia o średnicy 0,016'''—0,04'''. Grubość całej błony nie przekracza 0,2'''. Powłoka łącznotkankowa jest jeszcze na dwie części podzielona. Wewnętrzna zawiera mało komórek, jest wyraźnie włóknistą i tworzy 6—8 pokładów, między którymi jest wiele naczyń, krwią poprzepelnianych, 0,012'''—0,04''' w średnicy mających. Część zewnętrzna jest jednolita, bardzo wyraźnie włóknista, komórek zawiera niewiele. Naczyń krwionośnych, krwią powypelnianych, jest w niej dużo. Średnica ich ma 0,02'''—0,5'''. Grubość powłoki łączno-tkankowej jest 0,5'''—0,7''', czyli prawidłowa, ale widzieliśmy, że zmiany w częściach składowych ścianki pęcherzyka zaszyły daleko; nadto stosunek ich do siebie jest również zmieniony. mianowicie:

stosunek błony śluzowej do mięsnej jest 1:1—1:2

„ „ mięsnej do łączno-tkankowej jest 1:2—1:3

„ „ śluzowej do „ „ 1:3—1:4.

[C. d. n.]

---

## II. LECZENIE WILKA METODĄ KOCH'A.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 3. II. 1891].

Podał

**Dr Med. Antoni Elsenberg,**

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

---

Z 17-tu chorych, dotkniętych wilkiem różnych okolic skóry, a leczonych wstrzykiwaniami płynu KOCH'a, po jednym chorym znajdowało się pod obserwacją i w oddziale kolegów: CHWATA, CHROSTOWSKIEGO, PUŁAWSKIEGO i SREBRNE-

go, a 13 w moim oddziale przebywało. Możliwość przeprowadzenia tak znacznej ilości spostrzeżeń zawdzięczam gorliwej i chętej pomocy kol. ŁAPOWSKIEGO, asystenta oddziału.

Na innym miejscu będą podane dokładne opisy tych spostrzeżeń, tu tylko w krótkości wspomnimy o niektórych objawach przez płyn KOCH'a wywoływanych, oraz o jego działaniu i wartości leczniczej przy wilku.

Co do odczynu ogólnego, o którym wyczerpująco mówią sprawozdania profesora BARANOWSKIEGO i kol. SREBRNEGO, które będą pomieszczone w Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, zauważyć muszę, że niezawsze występuje on współcześnie z odczynem miejscowym; zdarza się bowiem bardzo często, że ten ostatni poprzedza odczyn ogólny, lub też, przy wyraźnie występujących zmianach miejscowych nie bywa żadnych objawów ogólnych. Zależy to niewątpliwie od wielkości dawki, która znów od ilości tkanki gruźliczej, a bodaj czy w równym stopniu i od indywidualnej wrażliwości chorego zależy.

Nie myślimy się wdawać w hipotetyczne objaśnienia tego faktu, brak nam na to jeszcze dostatecznych danych. Hipoteza KOCH'a nie objaśnia nam wszystkich szczegółów działania jego środka; więc mimowoli nasuwa się myśl przystosowania teorii enzymy róży do działania płynu KOCH'a, płynu, który wszakże enzymy nie zawiera.

Drugim szczegółem, który podnieść wypada jest ten, że w wielu razach, a przynajmniej częściej, niż przy stosowaniu kochiny w cierpieniach płucnych, po wstrzyknięciu zaraz następuje spadek ciepłoty niekiedy o cały stopień. Zależy i to, prawdopodobnie, od wielkości dawki; przy wilku bowiem zwykle większe wstrzykujemy ilości, które ten objaw właśnie wywołują.

Długość odczynu ogólnego, a obliczamy go niewłaściwie, może, od chwili podniesienia ciepłoty, trwała w naszych przypadkach wilka od kilku do 72 godzin, lub nawet do 7 dni. Zaczynał się zaś odczyn zwykle w 3—8 godzin lub nawet i później, co od ilości kochiny lub rozległości wilka zależało. Te same warunki musiały wpływać i na wysokość gorączki, która nieraz dochodziła i do 40,4° C., a nawet do 40,7° C. i na wysokości swojej, t. j. od chwili znacznego podskoczenia po dreszczu do początku jej spadku utrzymuje się 2—16 lub nawet 18 godzin.

Wszakże u jednego i tego samego chorego nie po każdym wstrzyknięciu następowała jednakowego nasilenia gorączka i niejednakowym był czas trwania całego odczynu. Przy stałych dawkach środka odczyn był coraz to słabszy, co widzimy w większości prawie naszych obserwacji, a zwłaszcza demonstracyjnie uwydatniło się to u Jankowskiej [obserwacja kol. SREBRNEGO], u której po 7-em wstrzyknięciu 0,015 odczyn tak ogólny jak i miejscowy był niezmiernie słaby, w porównaniu zwłaszcza z pierwszym i drugim, bardzo burzliwymi. Jestto bardzo naturalne następstwo słabnięcia odczynu w miarę zmniejszenia się ilości tkanki gruźliczej. Fakt ten jest dla nas jednocześnie miarą efektu leczniczego — wessania tkanki gruźliczej.

Środek KOCH'owski, stosowany przy gruźlicy, bardzo energicznie działa na zubożenie krwi, a nadto wywołuje zaburzenia w krążeniu przy niewątpliwie wydatnych zmianach naczynioruchowych. U wszystkich niemal chorych po przebytym odczynie powstawała błądź, wychudzenie i znaczne osłabienie, trwające do

syć długo, a niektórzy chorzy dopiero w 3 tygodnie po przebytych odczynie powracali do poprzednich sił i wyglądu. Nawet pomimo tak długich przerw w stosowaniu wstrzykiwań, każde następne wstrzyknięcie takąż samą, jeżeli nie znacniejszą jeszcze, zmianę wyglądu chorych i osłabienie powodowało, a po kilku dawkach już widoczny upadek odżywiania powstawał. Osłabienie działalności serca, oraz zaburzenia w krążeniu krwi z objawami upadku ciśnienia tętniczego, tętnem przyspieszonym, drobnym, nawet przepuszczającym lub dwubitnym są bardzo częstym objawem u chorych, a może nawet zawsze towarzyszą silniejszemu odczynowi ogólnemu. Musi to zależeć w znacznej części od indywidualności naszych chorych. Pochodzą oni zwykle z bardzo biednej warstwy społecznej, żyją w nędzy, niedostatku i brudzie, a więc w warunkach higienicznych jak najgorszych, to też i rozwinięci fizycznie są słabo i odżywianie ich bywa bardzo łyche. Przynajmniej taka jest większość chorych na wilka, których w szpitalach leczymy. Nic więc dziwnego, że na nich to najsilniejszy wpływ wywiera tak silnie działający środek, jakim jest kochina.

Tyle co do objawów ogólnych.

Do powikłań podczas odczynu, a raczej do niespodzianek, zaliczyć musimy niezwykle objawy ze strony nerek i błon śluzowych. Widzieliśmy w jednym przypadku [u chorej Berkman], że na 3 dzień po wstrzyknięciu wystąpił mocz krwawy. Po pierwszym wstrzyknięciu sądziłoby można było, że jest to *haemoglobinuria*, spowodowana działaniem środka na czerwone krążki krwi, ale gdy po 2-em i 3-em wstrzyknięciu znaleźliśmy i krążki czerwone krwi i wałeczki z nich złożone, a nadto gdy kol. ŁAPOWSKI w osadzie moczowym po 2-iem wstrzyknięciu znalazł niewiele, a po 3-em mnóstwo laseczników gruzliczych, to przy braku zwłaszcza objawów ze strony pęcherza moczowego i miedniczek, musimy przyjąć, że u chorej w nerkach znajdowały się złoży gruzlicze. Kochina je uwydatniła, ujawniła, a może z czasem przez wydalenie ich z moczem oswobodzi nerki od gruzelków; chociaż bardziej prawdopodobne jest inne przypuszczenie, mianowicie, że oswobodzone laseczniki w drogach moczowych mogą bardzo rozległą gruzlicę wywołać.

Co do błon śluzowych widzieliśmy, że w przypadkach wilka twarzy, gdzie żadnych zmian gruzliczych nie podejrzewano nawet na błonach śluzowych, powstawało bardzo znaczne ich obrzmienie. I tak, u jednej chorej z nieznacznymi zmianami na skórze nosa, błona śluzowa nosa do tego stopnia obrzmała, że przewody nosowe stały się niedrożniami dla powietrza i chora przez cały czas odczynu ustami oddechać musiała. U dwu innych znów chorych błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i krtani obrzmała niezmiernie, tak, że polykanie było niemożliwe, a polykanie wody nawet bolesne i nader utrudnione, a u jednej z nich występująca chrypka po każdym wstrzyknięciu, nawet niewielkiej ilości płynu, przechodziła wkrótce w bezgłos, a następczy obrzęk głośni taką duszność powodował, iż oczekiwaliśmy każdej chwili, że dokonanie tracheotomii stanie się niezbędnym. Należy przypuścić, że owe błony śluzowe już przedtem były gruzliczo zmienione, lecz zmiany te były rozsiane w głębi tkanki i dla nieuzbrojonego oka niemożliwe do oceny. Potwierdzenie naszego przypuszczenia znajdujemy w tem, że po kilku wstrzyknięciach u dwóch chorych [u Flancreich na migdałku



i na nagłośni, u Szafrąskiej [obserwacja kol. CHROSTOWSKIEGO] na podniebieniu miękkim, pokazały się nieliczne, rozpadające się guziczki.

Wreszcie co do zmian skóry, towarzyszących odczynowi ogólnemu, a nie odnoszących się bezpośrednio do gruźliczych jej ognisk, należy wspomnieć, że w wielu przypadkach skóra chorych przedstawiała pewne napięcie i była lekko zaróżowiona. U 8-iu zaś chorych występowały po każdym wstrzyknięciu wysypki, zaczynające się już to od miejsca uklucia, już też od reagujących ognisk. Najczęstszą była wysypka podobna do szkarlatynowej, a rozległe te plamy czerwone na brzuchu i grzbiecie, rzadziej na piersiach, zlewały się w jedną rumienicową powierzchnię. Mniej często występowała wysypka, podobna do odrowej, a jeszcze rzadziej pokrzywkę o dużych, płaskich bąblach przypominająca. Zwykle po ustąpieniu odczynu ogólnego wykwitły te zaczynają blednąć, a we 2—3 dni później znikają zupełnie przy trwającym jeszcze obfitem otrębowatym łuszczeniu się naskórka. Tylko przy wysypce podobnej do pokrzywki zauważyliśmy, że po złuszczeniu nawet naskórka przez 2 tygodnie przeszło pozostawały jeszcze ciemno-fioletowe plamki barwnikowe na miejscach dawnych wykwitów [Joskowicz], albo drobne petocie [Szafrąska].

Odczyn miejscowy staraliśmy się przedstawić przy każdym spostrzeżeniu. Powstaje on zwykle na czas krótki przed odczynem ogólnym i największe jego nasilenie, niemal jednocześnie z największym nasileniem gorączki przypada. O ile jednak odczyn miejscowy, powstając stopniowo, szybko wzrasta, o tyle powoli ustępuje, tak, że nieraz we 2 dopiero tygodnie po wstrzyknięciu w zupełności ustępuje. Natężenie jego jest niejednakowe u różnych chorych, co zależy od ilości zastosowanego środka i od rozległości sprawy gruźliczej; w każdym razie typ zmian jest jeden i ten sam. Przekrwienie i zaczerwienienie najprzód opanowują ogniska gruźlicze, a następnie i otaczającą je skórę na mniej lub więcej znacznej przestrzeni, dalej przy wzmożeniu przekrwienia obrzmiewają guziczki wilka, powiększając się kilka razy, poczem obrzmiewa i zaczerwieniona skóra, tworząc wał nieraz bardzo wydatny. Jeżeli jednak warga, skrzydło nosa, ucho, są siedliskiem wilka, a guziczki i w głębszych tkankach się znajdują, wtedy całe te części przy silnym odczynie ogromnie obrzmiewają i kilkakrotnie większych rozmiarów dosięgają.

Przy bardzo silnym odczynie [ale tylko pierwszym i drugim] na zajętych przez wilka i znacznie obrzmiałych miejscach skóry zaczynają, na wysokości odczynu, występować drobne pęcherzyki, wielkości ziarnka prosa i konopi, później pęcherze wielkości ziarnka grochu polnego do orzecha laskowego, a nawet i większe, napełnione żółtawym przeświecającym płynem surowicznym. Pęcherzyki te i pęcherze wkrótce pękają, a zawartość ich po powierzchni się rozlewa. Z obnażonej z naskórka, żywo czerwonej powierzchni sączą się ciągle jeszcze jak perełki drobne krople płynu, które się łączą w większe, a ściekając po powierzchni zwilżają ją i nadają jej pewien połysk. Wygląd tej powierzchni jest taki, jak przy ostrej pryszczycy moknącej (*eczema madidans*). Po za granicą skóry, przez wilka zajętej, pęcherzyki się nie tworzą.

Gdy *acme* odczynu mija, sączenie płynu surowiczego ogranicza się znacznie, i płyn ten zaczyna zasychać w cienkie z początku strupki jasno-żółte, tak, że

powierzchnia ognisk wilkowatych wygląda jakby pokryta cienką warstwą gęstego miodu [lipca]. Następnie strupy te stają się coraz grubszy i bardziej brunatno-żółtej barwy. Niekiedy przy tak silnym odczynie pojedyncze ogniska wilka ulegają zgorzeli i wypadają. W okresie tych zmian, zajęte miejsca skóry odznaczają się znaczną bolesnością, która ustaje dopiero z ustąpieniem czerwoności, obrzmienia i t. p.. Po zdjęciu strupów, możemy się przekonać, że ogniska wilka o wiele się zmniejszyły, a powierzchnia zajętej przezeń skóry stała się z nierównej, guziczkowej, gładką. Taki bywa przebieg najsilniejszego odczynu miejscowego. Najślabszy zaś, któremu odczyn ogólny nawet nie towarzyszy, zależy na obrzmieniu guziczków wilka: stają się one o połowę, a nawet dwa razy większymi, barwy żywo-czerwonej nabierają zarówno jak i otaczająca je skóra na niewielkiej przestrzeni. Zwykle po upływie 24 godzin czerwoność i obrzmienie ognisk ustępują, pozostawiając po sobie umiarkowane łuszczenie naskórka, który wraz z bardzo skąpą wydzieliną surowiczą tworzy cienkie strupy na powierzchni guziczków i w najbliższym ich otoczeniu. Pomiędzy temi dwoma krańcowymi obrazami łatwo sobie już przedstawić rozmaitej siły odczyn miejscowy.

W miarę następnych wstrzykiwań, a więc w miarę zmniejszania się ilości tkanki gruźliczej i odczyn miejscowy bywa słabszy, redukując się do coraz to mniejszego obrzmienia i zaczerwienienia ognisk wilka, oraz otaczającej je bezpośrednio skóry, tak, że np. już przy 6—7 wstrzyknięciu odczyn jest tak słaby, że musimy znacznie większą ilość płynu wstrzyknąć, by nie chybić zamierzonego celu.

[C. d. n.]

### III. PRZYCZYNEK DO PATOLOGII WYLEWU MLECZKA DO JAM SUROWICZYCH.

Napisał

**Władysław Zawadzki,**

ordynator kliniki terapeutycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Oddawna już [MONRO, van SWIETEN] zwrócono uwagę, że w jamach surowicznych ustroju ludzkiego zbiera się niekiedy płyn biało-żółtawy, opalizujący, posiadający fizyczne i chemiczne własności mlecza (*chylus*); jednakże do obecnej chwili pochodzenie tego zjawiska nie zostało wyjaśnionem należycie. Tylko większa ilość spostrzeganych przypadków tego rodzaju może wyświetlić sprawę. Poniżej podane dwa spostrzegane przezemnie w klinice prof. POPOWA przypadki wylewu mlecza do jamy otrzewnej i do jam oplucnych, zdaje się, zasługują na uwagę.

**I. Wylew mlecza do jamy otrzewnej chorej, dotkniętej rakiem jajników i otrzewnej, ze szczególnem zajęciem gruczołów kręzkowych.**

Rozalija S., wyrobnica, 67 lat. W dzieciństwie cieszyła się dobrem zdrowiem. Regularność zjawiała się w 15 roku życia, następnie pojawiała się w dużych odstępach czasu [niekiedy rok cały] i zawsze nader skąpo. W 18 roku życia wyszła za mąż. Rodziła 6 razy pomyślnie, raz poroniła w 2 miesiącu ciąży. Ostatni poród w 50 roku życia. Zwykle była zdrową i silną, pracowała ciężko.

Od Lipca 1887 roku chora zaczęła uczuć jakiś ból tępy w dolnej części brzucha; ból to się zwiększał, to ustawał zupełnie, przyczem chora czuła, że brzuch jej stał się twardym, co zresztą nie przeszkadzało jej pracować. W pierwszych dniach Listopada tegoż roku chora została silnie uderzoną w okolicę lędźwiową prawą. Wskutek dotkliwego bólu musiała położyć się do łóżka; ból wkrótce ustał, ale jednocześnie brzuch zaczął się szybko powiększać, w 2 tygodnie zjawiała się niepomiarowa duszność i chora zmuszoną była udać się do szpitala, gdzie, według jej słów, wypuszczono jej z brzucha znaczną ilość żółtawego przezroczystego płynu, poczem duszność znikła i stan ogólny o tyle się poprawił, że chora wypisała się ze szpitala. Jednakże po upływie dwóch tygodni brzuch znowu się powiększył, i wskutek silnej duszności chora zmuszoną była 6 Stycznia 1888 r. zapisać się do oddziału klinicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Tu badanie, dokonane nazajutrz, wykazało, co następuje:

Staruszka prawidłowej budowy ciała, wyniszczona. Gruczoły limfatyczne podskórne powiększone. Tętnice stwardniałe. Żyły szczególnie na brzuchu rozszerzone. Płuca, oprócz znacznego ucisku ze strony zawartości brzusznej, i serce nie przedstawiają nic osobliwego.

Brzuch znacznie powiększony, na wysokości pępka w obwodzie = 99 ctm.. Przy opukiwaniu w okolicy żołądka, a po części kiszki ślepej i przy obracaniu chorej na stronę przeciwną w okolicy wstępującej i zstępującej okrężnicy otrzymuje się ton bębniasty, w pozostałych miejscach ton tępy. Wątroba i śledziona podniesione ku górze o jedno żebro, dolne granice niewyczuwalne. Przy obmacywaniu brzucha występuje wyraźne chębotanie. Pokrywy brzuszne napężone. Przy silnem naciskaniu na brzuch w okolicy pępka wyczuwa się ciało twarde, jakby pływające pod powierzchnią płynu, którym cała jama brzuszna jest wypełniona. Przekłucie próbne za pomocą strzykawki PRAVAZ'a okazało płyn żółtawy, przezroczysty. Ucisk na brzuch wywołuje niewielki ból.

Badanie *per vaginam* wykryło: macica cokolwiek opuszczona, i mało ruchoma; przednie sklepienie uciśnięte, tylne powiększone; przez ściany tegoż szczególnie z boków w okolicach jajników wyczuwa się mnóstwo twardych nieprzesuwalnych guzów, wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego. Palec wprowadzony do odbytnicy wykrywa takie same guzy przez przednią ścianę odbytnicy.

Stopy w stanie obrzęku.

Ilość moczu w ciągu doby zmniejszona [200—600 ctm. sześć. — 1033 ciężar właściwy], mocz zawiera ślady białka.

Badanie płynu, wydobytego z żołądka za pomocą pompki żołądkowej, wykryło obecność kwasu solnego.

W ciągu pierwszych dni pobytu chorej w klinice ilość płynu w jamie brzusznej zwiększała się szybko, tak, że już 10 Stycznia wskutek groźnej duszności zmuszony byłem przystąpić do przekłucia brzucha. Wypuszczono 8500 ctm. sz. zupełnie przezroczystego zielonkawatego płynu, ciężar właściwy 1020, ze znaczną zawartością białka.

Po wypuszczeniu płynu objętość brzucha zmniejszyła się do 79 ctm. na wysokości pępka, i przez wiotkie ściany brzuszne w głębi można było wyraźnie wyczuć guz ruchomy i twardy, formy podłużnej, leżący na wysokości pępka ukośnie od lewego brzegu żeber do prawej okolicy pachwinowej, długości około 20 ctm..

Chora po operacji czuła się lepiej, duszność znikła, zjawilo się łaknienie, chora piła wiele mleka i była w stanie się przechadzać po korytarzu szpitalnym. Stan taki trwał około tygodnia, chociaż brzuch zdawał się stopniowo powiększać. Pod koniec Stycznia powiększenie brzucha było bardzo znaczne, chora zaczęła gwałtownie chudnąć i tracić siły; wypróżnienia zjawiały się nader skąpo, bez względu na to, że chora piła dużo mleka i przyjmowała środki czyszczące. Duszność wciąż wzmagala się, a 16 Lutego stała się groźną, tembardziej, że w tym

czasie wystąpiły objawy prawostronnego zapalenia płucnej, początkowo suchego, a następnie z wysiękiem. Objętość brzucha 104 ctm.. Zrobiłem przekłucie brzucha powtórne. Otrzymałem 6000 ctm. sześcienn. płynu podobnego do mleka z nieco żółtawym odcieniem, z wyraźną opalizacją.

Jednocześnie dokonane próbne przekłucie klatki piersiowej, wykryło w jamie prawej płucnej płyn przezroczysty nieco zielonkawy.

Przez pierwszą dobę po wypuszczeniu płynu chora czuła się lepiej [choć duszność nie znikła zupełnie, jak poprzednio, wskutek wspomnianego wysięku do jamy płucnej]; zjawilo się silne pragnienie, chora wypijała codziennie kilka szklanek mleka i syfon wody sodowej. Już na drugi dzień brzuch zaczął się powiększać niezwykle szybko, duszność się wzmacniała, ilość moczu na dobę 100—200 ctm. sześciennych [1030 ciężar właściwy]. Siły nikły gwałtownie, tętno małe i częste, 130. Stan bezgorączkowy. Po upływie trzeciej doby po operacji, brzuch dosięgł 100 ctm. w obwodzie i pośród wyżej wspomnianych objawów upadku sił, chora zmarła.

Badanie wypuszczonego z jamy brzusznej płynu wykazało, co następuje: płyn blado-żółty, nieprzezroczysty, jednostajnie mętny, bez żadnego zapachu. Odczyn alkaliczny. Ciężar właściwy 1018. Stojąc przez 24 godzin w długim szklanym cylindrze, płyn nie ścina się, lecz się rozdziela na dwie prawie jednakowej wysokości warstwy: dolną żółtawo-zielonkową, bardziej przezroczystą, jakkolwiek mętną, i górną białawą, bardziej gęstą, zupełnie mętną i nieprzezroczystą.

Na powierzchni górnej warstwy zbiera się cieniutka 2 mm. pokrywa zupełnie białego płynu, jak śmietanka, na dnie zaś dolnej warstwy tworzy się osad kłaczkowaty, czerwony, 1 ctm. grubości.

Przy badaniu drobnowidzowem płynu *in toto* na polu drobnowidza widać niezliczone mnóstwo drobnitkich jednolitych ciałek, silnie przełamujących światło, rozmaitych rozmiarów, w postaci pyłku subtelnego, bez względu na silne powiększenie. Ciałka te okrągławe leżą po większej części oddzielnie, niekiedy zaledwie grupują się w małe wysepki nieforemne. Po dodaniu kwasu osmowego barwią się ciemno-szaro. Pod wpływem eteru rozpuszczają się, lub tworzą większe krople tłuszczu. Niekiedy na polu drobnowidza udaje się znaleźć jedno lub kilka czerwonych ciałek krwi, znacznie mniej bezbarwnych ciałek, mniej jeszcze wielokątnych płaskich komórek z jądrem. Wogóle można powiedzieć, że płyn badany przedstawiał subtelną zawieszinę tłuszczową, podobnie jak to widzimy w mleczku zwierzęcem.

Przy gotowaniu lub dodaniu kwasu, w płynie tworzy się obfita masa ścięta. Po dodaniu niewielkiej ilości eteru, na powierzchni zbierała się obfita gęsta, nieprzezroczysta warstwa, z której eter nie wyosobniał się. Toż samo zjawisko po dodaniu chloroformu. Po dodaniu wielkiej ilości eteru, część tegoż zbierała się na powierzchni, druga zaś pozostawała uwieczoną w wyżej wzmiankowanej warstwie [składającej się prawdopodobnie z eteru, białka ściętego i tłuszczu]. Po dodaniu potasu gryzącego i zmieszaniu z eterem, płyn stawał się prawie przezroczystym, nieco żółtawej barwy. Przy odparowywaniu wierzchniej warstwy eteru w osadzie otrzymywano masę tłuszczową.

Po dwutygodniowym trzymaniu czystego płynu na powietrzu w otwartym naczyniu w zwykłej ciepłocie pokojowej, płyn nie zdradzał wcale gnicia.

Płyn, otrzymany z płucnej, nie różnił się od zwykłych wysięków surowicznych.

Ogłędziny pośmiertne. Po rozcięciu pokryw brzusznych, z jamy brzusznej wylało się około 6 litrów płynu tychże samych własności, jakie posiadał płyn, otrzymany podczas ostatniej punkcji. Otrzewna ścienna na całej przestrzeni zgrubiała i usiana mnóstwem guziczków nowotworu wielkości od ziarenka soczewicy do ziarenka grochu. Powierzchnia otrzewnej i guziczków wszędzie gład-

ka, połyskująca; nigdzie nie spotrzega się śladów owrzodzenia. W głębszych miejscach jamy brzusznej i miednicy otrzewna pokryta gdziemgdzie nalotem włóknikowym w postaci małych wysepek. Sieć wielka bardzo zgrubiała i skurczona, tworzy w kierunku wielkiej krzywizny żołądka ciało podłużne twarde, guzowate. Na powierzchni i na przecięciu ciało to składa się z mnóstwa guzików nowotworu, leżących oddzielnie lub zlewających się w większe masy. Krézka kiszek cienkich na całej przestrzeni zgrubiała, skurczona i tworzy zbitą masę, usianą guzikami nowotworu. Na powierzchni i w głębi tej masy można wykryć białe sznureczkowate prążki, kierujące się od kiszek wgięb; przy przecięciu okazuje się, że są to rozszerzone przetoki chłonne, wypełnione białą, jakby ściętą masą, która, rozcierana między palcami, robi wrażenie tłuszczu. Przetoki te rozszerzone są niewszędzie jednakowo, w niektórych miejscach tworzą woreczkowate występy z cieńszymi ścianami. Gruczoły limfatyczne krézkowe powiększone, twarde, na przekroju podobne do wzmiankowanych guzików nowotworu. Z powierzchni przekroju zwyrodnionej krézki przy ucisku wypływa płyn białawy, różniący się od płynu, otrzymanego przy punkcyi, chyba nieco większą białością i gęstością.

Na dolnej powierzchni wątroby kilka guzików nowotworu. Górna powierzchnia na całej przestrzeni zrosnięta z przeponą; błony otrzewnej w tych miejscach zgrubiałe, tworzą jedną masę, pośród której wyróżnia się kilka większych i mniejszych guziczek nowotworu, przebijających ku górze przeponę brzuszną i wystających na powierzchni zgrubiałej prawej błony opłucnej, usianej ze swej strony w dolnym odcinku guziczkami nowotworu i wysepkami włóknika.

W jamie prawej opłucnej znajduje się około litra zupełnie przezroczystego, zielonkawatego płynu. Płuco prawe w dolnej połowie uciśnięte wysiękiem, lewe nie przedstawia nic ważnego.

Oba jajniki powiększone znacznie i w całej masie zwyrodnione wskutek nowotworu, zajmującego również sąsiednie oddziały otrzewnej.

Badanie drobnowidzowe guzików nowotworu, rozsianych w wyżej wymienionych narządach, wszędzie wykazało jednakową budowę — *carcinoma simplex*. Na wyróżnienie zasługuje tu okoliczność, wykryta pod drobnowidzem, że gruczoły krézkowe do tego stopnia zwyrodnione były rakowato, że utraciły zupełnie właściwą sobie budowę. Rozszerzone przetoki limfatyczne, idące od kiszki do gruczołu, wypełnione były płynem gęstym, ziarnistym, tłuszczowym, z obfitą zawartością kryształów cholestearyny w miejscach znaczniejszych rozszerzeń tychże przetok. Owrzodzenia, lub zwyrodnienia nowotworów, maceracyi lub złuszczenia powierzchniowych warstw nigdzie drobnowidz nie wykrył, jakkolwiek w tym kierunku szczególną zwrócono uwagę.

Zestawiwszy ze sobą wszystkie dane powyższe, możemy nakreślić następujący obraz.

Najdawniejsze zaburzenia ze strony miesiączkowania zdradzały poważne cierpienie jajników, które ostatecznie wyraziło się jako rak pierwotny. Ztąd sprawa rakowa rozszerzyła się na otrzewną i największego rozwoju osiągnęła w sieci wielkiej i krézce. *Peritonitis carcinomatosa* była przyczyną wysięku surowiczego do otrzewnej, który otrzymywano podczas dwukrotnego przekłucia. W miarę rozszerzania się sprawy rakowej w krézce, nowotwór jak również zmiany anatomiczne reakcyjne znakomicie ścieśniały swobodne krążenie soku mlecznego w uciśniętych naczyniach chłonnych; z drugiej strony całkowite zwyrodnienie gruczołów chłonnych krézkowych i zaotrzewnowych utworzyło stałą zaporę na drodze tychże naczyń. Naczynia te pod ciśnieniem nadmiernie zebranego mleczka rozszerzały się i tworzyły w wielu miejscach woreczkowate występy

o ścianach ścięcały. W takim stanie zrobiono przekłucie brzucha i wypuszczono 8000 ctm. sześciennych płynu surowiczego. Tak znaczne opróżnienie brzucha przy jednoczesnym zupełnym zaniku mięśni brzusznych [wskutek poprzedzającego silnego rozszerzenia] spowodowało znaczny upadek wewnątrzbrzuszego ciśnienia, rzecz można, zmieniło je w ujemne. Przy współistniejącym zastojowi i nadmiernem ciśnieniu mleczka w naczyniach chłonnych, rzecz naturalna, zawartość tychże wydostała się do jamy otrzewnej, albo utworzywszy naddarcia (*per rhezin*), które trudno jest wykryć przy zwykłych metodach badania, albo poprostu drogą przesączania przez nierozzerwane ściany naczyń (*per diapedesin*), podobnie jak następuje wylew krwi do jam surowicznych po obfitych wypuszczeniach płynu.

Wyniki chemicznego i drobnowidzowego badania płynu w naszym przypadku w ogólnym zarysie zgodne są z takimi badaniami innych autorów, którzy mieli sposobność opisywać przypadki *ascitidis chylosi*, w żadnym zaś razie nie mogą być zaliczone do kategorii *ascites adiposus*, gdzie obecność tłuszczu tłómaczy się tłuszczowem zwyrodnieniem ciałek-ropnych lub komórek nabłonkowych, zawartych w wysięku. Taki tłuszczowo zwyrodniony wysięk przedstawia się jako mętny surowiczy płyn, zawiera zwykle znacznie mniej tłuszczu, i w postaci większych kulek, przyczem jednocześnie zawsze w wysięku znajdujemy mnóstwo tłuszczowych zwyrodnionych komórek w rozmaitych okresach zwyrodnienia, w powierzchniowych warstwach nowotworu nadżarcia, obfite łuszczenie lub zwyrodnienie tłuszczowe komórek, tak, że powierzchnia guzów przedstawia się jakby macerowaną, jak to np. miało miejsce w przypadku, opisanym przez QUINCKE'go <sup>1)</sup>, jako *hydrops adiposus*.

Niemniej zasługuje na uwagę bardzo szybkie wypełnienie się jamy brzusznej w ciągu trzech dni do maksymalnych rozmiarów po pierwszym wypuszczeniu płynu mlecznego. Przy istniejących już drogach wylewania się mleczka, nie dziwnego, że takowe nastąpić mogło bardzo szybko, wobec znacznych ilości przyjmowanych płynów przez chorą, zupełnego zaparcia stolca i niezmiernie małej ilości wydzielanego moczu.

Płyn, znaleziony w jamie opłucnej, okazał się czysto surowiczym, jakkolwiek i tu były guziczki nowotworu (*pleuritis carcinomatosa*); gdyby zaś była w ustroju dążność do łuszczenia i stłuszczenia komórek nabłonkowych lub ropy, niezawodnie i w opłucnej sprawa ta miałaby miejsce.

Zdaje się więc, że w naszym przypadku niewątpliwie mieliśmy do czynienia z *ascites chylosus*.

## II. Wylew mleczka do jamy opłucnej i otrzewnej u chorej, dotkniętej rakiem żołądka i wołem podmostkowym (*struma substernale*).

Agnieszka M., lat 37, żona krawca, urodzona w Gleichenbergu. Oprócz malaryi, którą przechodziła w 10 r. życia, chora zwykle cieszyła się dobrym zdrowiem.

Na 4 lata przed wstąpieniem [9 Września 1888 r.] do kliniki chora zaczęła nieco tracić apetyt i od czasu do czasu skarżyć się na ściskanie w dołku, do czego

<sup>1)</sup> QUINCKE. Ueber fetthaltige Transsudate, Deutsches Archiv für klinische Med. 16 Band. 1875. str. 134.

po upływie 1½ roku przyłączyły się wymioty pokarmowe, zjawiające się w kilku-tygodniowych odstępach czasu.

Na 3 miesiące przed wstąpieniem do kliniki pośród ciągle zwiększającego się osłabienia i braku łaknienia niespodziewanie obrzmiały gruczoły chłonne nadobojczykowe lewe i bezpośrednio potem spuchła cała ręka lewa. Tak zajęte gruczoły jak i ręka były bardzo bolesne; chora udała się do oddziału chirurgicznego, gdzie rozpoznano: *thrombosis venae axill. sin.* z niewiadomej przyczyny. W przeciągu kilku tygodni „spuchlizna“ stopniowo znikła bez leczenia i pozostało tylko pewne powiększenie gruczołów. Chora powróciła do domu, jakkolwiek czuła się osłabioną. Podczas miesięcznego pobytu w domu objawy ze strony żołądka i kiszek wystąpiły na pierwszy plan: zaparcie stolca, wymioty pokarmowe, ból w dołku, pragnienie; jednocześnie chora spostrzegła, że brzuch jej się powiększa i zjawia się duszność; wreszcie zaczęły obrzmiewać gruczoły na prawej stronie szyi. Chora wstąpiła do kliniki 9 Września 1888 r.. Tu badanie wykryło, co następuje:

Chora nieco wychudzona, ale bez charłactwa. Na szyi z prawej strony aż do obojczyka, wszystkie gruczoły chłonne znacznie powiększone i bolesne. Skóra nad nimi naprężona i biała. Prawe podpachowe gruczoły w takim samym stanie. Prawa ręka na całej przestrzeni spuchnięta i bolesna, skóra na niej naprężona, błyszcząca, biała. Podskórne żyły szyi z prawej strony, ramienia prawego i prawej górnej strony klatki piersiowej rozszerzone wyraźnie. Lewa ręka nie przedstawia nic szczególnego. Lewe gruczoły chłonne szyjowe i podpachowe wyczuwa się pod skórą w postaci twardych guziczków. Żyły odnośne nieco rozszerzone.

W okolicy lewego płuca od IV żebra z przodu i od kąta łopatki z tyłu do samego dołu przy opukiwaniu stłumienie zupełne, w miejscu tem odech oskrzelowy niejasny, drżenie osłabione, rzeżeń nie ma. Serce nieco zsunięte na stronę prawą. Na miejscu *manubrii sterni* stłumienie.

Brzuch powiększony [na wysokości pępka 85 ctm. w obwodzie] zawiera płyn; chełbotanie wyraźne. W okolicy dna żołądka wyczuwa się guz, poprzeczno-podłużnej formy, mało ruchomy, niebolesny, z niewyraźnymi granicami.

Reszta narządów nie przedstawia nic szczególnego.

Osobiste skargi chorej: ból w kończynie spuchniętej, ból w dołku, wymioty pokarmowe po jedzeniu, duszność, silne pragnienie, zaparcie stolca. Tętno 112 Oddechów 36. *Status afebrilis.*

Badanie wymiocin wykryło brak kwasu solnego, znaczną zawartość kwasu mlecznego, obecność grzybków drożdżowych i czworniaka.

Punkcyjna próbną wykryła w lewej jamie opłucnej i otrzewnej obecność płynu biało-żółtawego, nieprzezroczystego, zawierającego tłuszcz w zawieszynie.

Obrzmienie gruczołów i ręki samo przez się zmniejszało się stopniowo i w ciągu tygodnia znikło. Natomiast zaczęła się zjawiać gorączka: zrana 37,5° C., wieczorem 38,0 C.; płyn w lewej opłucnej doszedł do grzebienia łopatki, wystąpiły objawy zbierania się płynu w prawej jamie opłucnej i obrzęku płuc. Objawy duszności stały się groźnymi i przystąpiono do punkcji z lewej strony klatki piersiowej w miejscu największego stłumienia, dnia 22. IX. 88. Otrzymano 2300 ctm. sześć. płynu mlecznego o odczynie słabo alkalicznym i ciężarze właściwym 1016. Górna granica stłumienia znacznie się obniżyła, duszność zmniejszyła się i chora uczuła się lepiej. Jednakże już po 2 dniach stan chorej zaczął się pogarszać, płyn gromadził się w jamach opłucnych bardzo szybko i wkrótce przeszedł ilością stan przedoperacyjny; jednocześnie męczył chorą kaszel z obfitą płwociną wodnistą, białawą [2 kufle na dobę], duszność niepomierna, pragnienie, zaparcie stolca, silne bóle w brzuchu. Wymiotów w ostatnich dniach nie było. 27. IX. przy objawach wciąż wzrastającego osłabienia i duszności chora zmarła.

Drobnowidzowe i chemiczne jakościowe badanie płynu, wydobytego z jamy opłucnej, dało wyniki zgodne z badaniem płynu, otrzymanego w pierwszym z opi-

sanych przypadków z jamy otrzewnej. Płyny te zaledwie różniły się niejednakowym ciężarem właściwym i większą nieco zawartością czerwonych ciałek krwi w drugim przypadku.

Ogłędziny pośmiertne. Na tułowiu, szyi i górnych kończynach żyły rozszerzone. Podskórne gruczoły chłonne — *supraclaviculares, submaxillares, jugulares superf., cervicales et axillares* powiększone, szczególnie ze strony prawej. Po otwarciu klatki piersiowej górna część śródpiersia przedniego okazuje się zajęta przez 5 razy powiększone dolne zraziki gruczołu tarczowego (*struma alveolaris substernalis — goître plongeant*). Wole to zachodzi za pierwsze żebra, uciskając obie żyły bezimienne do tego stopnia, że w tychże utworzyły się mocne skrzepy białe przyrośnięte do ścian żył. W miejscach zlewania się żył szyjowych i podobojczykowych z obu stron znajdujemy także skrzepy, które rozszerzają się na przestrzeni kilku centymetrów w żyłę podobojczykowej. W ten sposób na miejscu wlewania się przewodu piersiowego prawego i lewego we właściwe żyły utworzył się zakrzep żylny przyżyciowy i odpływ mleczka w system krwionośny został wstrzymany. W obu jamach opłucnych około 4 funtów mętnego, biało-żółtawego, mlecznego płynu. Oba płuca wskutek tego w stanie ucisku. Błona śluzowa oskrzeli w stanie przekrwienia i pokryta płynnym białawym śluzem. Gruczoły oskrzelowe powiększone. W jamie brzusznej około 5 funtów biało-żółtawego, mętnego płynu mleczkowatego. Otrzewna gładka, błyszcząca. Na wielkiej i małej sieci i otrzewnej żołądka, w okolicy odźwiernika znajdują się nieco małych rozsianych biało-szarawych, dość twardej gładki raka. Żołądek rozszerzony; w części jego odźwiernikowej guz dość twardej wielkości jaja gęsiego, owrzodzony wewnątrz żołądka — *carcinoma ventriculi*; ściany żołądka, otaczające guz, zgrubiałe. Gruczoły chłonne kręzkowe powiększone. Krézka obrzmiała, przesiąknięta płynem mlecznym. Wątroba nie przedstawia nic szczególnego. W nerkach: *nephritis interst. chronica*.

Ścisłe drobnowidzowe badanie wola i przerośniętych gruczołów chłonnych nigdzie nie wykryło ani śladu sprawy rakowej.

Zestawiając dane powyższe, przychodzimy do wniosku, że główną przyczyną wylania się mleczka do jam opłucnych i otrzewnej w tym przypadku było wole podmostkowe, zjawisko, któremu podobnego w dostępnej mi literaturze znaleźć nie mogłem. W przypadkach wola podmostkowego, znanych w literaturze, a w większości nierozpoznanych za życia, na pierwszy plan występowały objawy ucisku tchawicy i pewne zaburzenia w krwiobiegu, wylew mleczka nie był notowany nigdy. Odrębność naszego przypadku zasadzała się na tem, że głównie uległy rozrostowi dolne boczne zraziki gruczołu, uciskając w ten sposób żyły podobojczykowe i bezimienne. Przy współistnieniem znacznem osłabieniu działalności serca wskutek ogólnego wyniszczenia ustroju, spowodowanego przez rak żołądka, znalazły się pomyślnie warunki do utworzenia się za życia zakrzepu w uciśniętych żyłach. Droga wylewania się mleczka do krwiobiegu została zamkniętą, powstał zastój i przepelnienie w naczyniach mleczkonośnych i w następstwie tego wylew mleczka do jam surowicznych, przedstawiających najdogodniejsze warunki aspiracyjne.

W literaturze krajowej nie spotykaliśmy opisów, podobnych do naszego, w zagranicznej spostrzegano przypadki, do pewnego stopnia zbliżone do wyżej podanych. QUINCKE <sup>1)</sup> podaje przypadek obfitego powtarzającego się wylewu

<sup>1)</sup> QUINCKE. Ueber fetthaltige Transsudate. Hydrops chylosus und h. adiposus. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 16. 1875. S. 121.



mleczka do jamy otrzewnej, wskutek zupełnego zamknięcia lub ucisku drobnych naczyń mlecznych w miejscu przejścia tychże z kiszki do krézki. Naczynia mleczne powyżej tej przeszkody były rozszerzone i przepelnione ścietem mleczkiem. W ścianach kiszki można było stwierdzić obecność obfitych wybroczyn mleczka. Rozerwania naczyń mleczkowatych nie znaleziono. Przypadek ten autor objaśnia mleczkotokiem włosowatym.

Więcej jeszcze zbliżonym do naszego pierwszego jest przypadek STRAUS'a <sup>1)</sup>, uzupełniony dokładnym rozbiorem chemicznym otrzymanego płynu mlecznego, stwierdzającym zupełną tożsamość jego z mleczkiem zwierzęcem. Rak żołądka rozsiał się po otrzewnej i zmienił sieć wielką i krézkę w masę bezkształtną guzów rakowych. Gruczoły krézkowe zwyrodnione rakowo. Naczynia chłonne uciśnięte i wypełnione zgęstniałem mleczkiem. Jama otrzewnej wypełniona mleczkiem, szybko zbierającem się napowrót po wypuszczeniu płynu. Autorowi nawet udało się w dwóch miejscach wynaleźć rozsiane naczynia chłonne krézki, chociaż sam zaznacza, że wylew również dobrze mógł nastąpić bez rozerwania naczyń poprostu przez przesiąkanie. Że w danym przypadku płyn w jamie otrzewnej był mleczkiem, STRAUS udowodnił jeszcze i tem, że zawartość tłuszczu w oddzielnych porcjach płynu, otrzymywanych z kilka razy powtarzanych przekłuć, była w stosunku prostym do ilości przyjmowanego przez chorą masła, jako pokarm.

WHITLA <sup>2)</sup> opisuje przypadek *asc. chylos.* u chłopca 13-letniego z gruźlicą prosowatą. Przy sekcyi znaleziono w brzusznej części przewodu piersiowego znaczną ilość gruzelków, zamykających światło przewodu. Poniżej przeszkody przewód rozszerzony, w jednym miejscu pęknięty i mleczko wylane do jamy otrzewnej w znacznej ilości.

ROKITANSKY <sup>3)</sup> widział wylew mleczka do jam opłucnych i otrzewnej u starszki 62-letniej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, wskutek zatkania światła przewodu piersiowego.

OPPOLZER <sup>4)</sup> podaje przypadek bardzo zbliżony do naszego II. Wylanie się emulsyi tłuszczowej do jamy otrzewnej wywołane było zakrzepem w żyłach szyjowych i podobojczykowych, jak również w przewodzie piersiowym przy współistniejącej powikłanej wadzie serca. WILHELMS <sup>5)</sup> wspomina o wylaniu się mleczka do jamy otrzewnej u półrocznego dziecka podczas napadu kaszlu kokluszowego.

Pomimo tak jawnych dowodów nie wszyscy autorowie godzą się na przyjęcie faktu wylewu mleczka do jam surowiczych.

OPPOLZER <sup>6)</sup>, GUENEAU de MUSSY <sup>7)</sup>, VEIL <sup>8)</sup>, LETULLE <sup>9)</sup> i inni twierdzą,

<sup>1)</sup> STRAUS. Sur un cas d'ascite chyleuse [Démonstration de la réalité de cette variété d'ascite] Arch. de physiol. norm. et path. S. 13. T. 7. 1886, str. 367.

<sup>2)</sup> WHITLA. Chylous ascites. Brit. med. journ. 1888, str. 1089].

<sup>3)</sup> Lehrbuch der pat. Anat. 1865. T. II. 388.

<sup>4)</sup> Allg. Wien. med. Zeit. 1861.

<sup>5)</sup> Corresp. d. ärzt. Ver. d. Rheinlând. 1874. Nr. 14.

<sup>6)</sup> L. c.

<sup>7)</sup> Clinique méd. T. I. str. 658.

<sup>8)</sup> Étude sur la pathogénie des ascites chyliformes. [These de Paris. 1882].

<sup>9)</sup> Revue de méd. 1884, str. 722 i 1885 str. 973.

że zwyrodnienie tłuszczowe wysięku zupełnie dostateczne jest do objaśnienia pochodzenia zawiesiny tłuszczowej w patologicznych zawartościach jam surowicznych. DEBOVE <sup>1)</sup> i PERÉE <sup>2)</sup> przypuszczają, że to, co się przyjmuje za wylew mleczka, jest jakąś zupełnie odrębną, niezbadaną jeszcze formą wysięku do jam surowicznych.

Najwięcej zbliżonem do prawdy, zdaje się, jest twierdzenie QUINCKE'go <sup>3)</sup>, który w pracy swej przychodzi do wniosku, że „zawartość tłuszczu w przesiekach może zależeć albo od rzeczywistej domieszki mleczka (*hydrops chylosus*), albo od zwyrodnienia tłuszczowego (*hydrops adiposus*). Badanie drobnowidzowe płynu bardzo łatwo pozwala odróżnić obie formy“. Uwagę QUINCKE'go, że druga forma (*hydrops adiposus*) najłatwiej występuje przy raku i gruczlicy otrzewnej, należy przyjmować z zastrzeżeniem wobec podanych przez nas przypadków, jak również przypadków STRAUS'a i WHITLA.

### Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej“ znalazłem wzmiankę dra ZALEWSKIEGO, dotyczącą chorej, leżącej na sali dra BĄCZKIEWICZA. Jakkolwiek kwestyja cała jest tak błażą, że wspominać o niej nie warto, aby jednak nie być posądzonym o uzurpowanie sobie cudzego materiału obserwacyjnego, winienem kilka słów wyjaśnienia. Chora owa, Jankowska, znajduje się u mnie w leczeniu od r. 1888.—23 Listopada r. z. kol. BUJWID zastrzyknął jej po raz pierwszy płyn KOCH'a w ambulatoryjum szpitalnem kol. SOKOŁOWSKIEGO, dokąd ją sprowadziłem, aby dać wszystkim ciekawym możność prowadzenia obserwacyi. Po zastrzyknięciu, chora powróciła do domu, gdzie tegoż dnia odwiedzoną była kilkakrotnie przezemnie, kol. FRAJDENSONA, oraz przez kol. BUJWIDA. Gdy jednak wielu kolegów życzyło sobie mieć możność widzenia chorej w czasie „reakcyi“, namówiłem, acz z niemalym trudem, chorą do zapisania się do szpitala ś-go Ducha, który najliczniej przez kolegów był odwiedzany. Pacjentka od owego czasu znajduje się na sali kol. BĄCZKIEWICZA, o czem wspomniałem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 9 Grudnia r. z. przy odczytywaniu jej historii choroby. Przez czas leczenia w szpitalu odwiedzam moję chorą za zgodą ordynatora.

Prosząc o łaskawe zamieszczenie tych słów kilku w „Gazecie“, pozostaję

Warszawa, 2. II. 1891

z poważaniem. Z. Srebrny.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Drukując moje uwagi w kwestyi leczenia wyrosli adenoidalnych, nie miałem bynajmniej zamiaru nikogo osobiście dotknąć, niemile przeto byłem zdziwiony, znajdując w N-rze 5 Gazety „list otwarty“ d-ra WRÓBLEWSKIEGO, wyróżniający się swym tonem od innych tego rodzaju krytyk.

Że jednak chodzi mi jedynie o stronę naukową tej, bądź co bądź, ważnej kwestyi, przeto pominię zupełnie stronę osobistą.

Najważniejszą z poruszonych przez dr-a Wr. kwestyj, jest przestrzykiwanie nosa bezpośrednio po operacyi wyrosli adenoidalnych.

<sup>1)</sup> Recherches sur les épanchemens chyliformes des cavités séreuses. [Mem. de la soc. med. de hôp. de Paris. Gaz. hebđ. 1881. Nr. 23].

<sup>2)</sup> Études sur les épanchemens chyliformes des cavités séreuses. [Thèse de Paris. 1881].

<sup>3)</sup> L. c.

Wspomniałem w mojej pracy, że sposób ten stosują WRÓBLEWSKI i MOURE [jeden z lepszych współczesnych znawców rynologii]. Z drugiej strony przytoczyłem i przeciwników szprycowań nosa po operacji wycięcia wyrosli. Do nich należą: MOLDENHAUER, docent z Lipska, który w doskonałym swym podręczniku do chorób nosa na str. 169 tak się w tej kwestyi wyraża: „*Ausspüngen zum Zweck der Blutstillung, oder in den folgenden Tagen in der Absicht zu desinficiren, oder etwaige Secrete zu entfernen, lasse ich nicht ausführen, da ich sie für überflüssig, ja eventuell für das Hörorgan gefährlich halte*“.

Do rzędu przeciwników powyższej metody należą również SEMON, znany redaktor *Centr. für Lar. und Rhin.* Autor ten pierwotnie szprycowania te wykonywał (*vide*—niemieckie wydanie MACKENZIE'go „*Die Krankheiten des Halses und der Nase*“ tom II—1884 p. 723), obecnie jednak je zarzucił; wyraźnie bowiem mówi na str. 330 w N. 6 (Grudniowym) z r. 1889 w swoim *Cent.* „*dass ich nach der Operation nicht mehr den Nasenrachenraum ausspritze*“.

Na zasadzie powyższych poglądów MOLDENHAUER'a i SEMON'a, jako też opierając się na własnym doświadczeniu, ja osobiście przestrzykiwań nosa bezpośrednio po operacji wyrosli adenoidalnych nie wykonywam, uważając je za rękoczyn, mogący ujemnie oddziaływać na stan ucha.

Pierwszy ROOSA zwrócił uwagę na fakt, że przestrzykiwania nosa w ogóle mogą wywołać ostre zapalenie ucha średniego. Również wzmiankują o tem POLITZER [str. 264. „*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*“ 2 wyd. 1888], jako też HARTMANN („*Die Krankheiten des Ohres* 4 wyd. 1889 str. 137). Wreszcie HERYNG w pracy swjej: „*O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych*“ [Medycyna 1880. N. 5 i dalsze] na str. 101 mówi: „*zdarza się jednak, że mimo zachowania wszelkich ostrożności chorzy przez połykanie wprowadzają sobie płyn do ucha średniego*“.

Jeżeli więc w zwykłych warunkach szprycowanie nosa może wywołać zaburzenia ze strony ucha, to dlaczego nie mogłoby się to zdarzać i po operacji wyrosli adenoidalnych? Że to bardzo rzadko się zdarza, to znowu inna kwestyja, lecz że zdarzyć się może, jest to fakt, nie ulegający, zdaniem mojem, żadnej wątpliwości, o czem zresztą my, ryno-otyjatrzy, lub otyjatrzy, najlepiej wiedzieć możemy, gdyż do nas w razach tych chorzy po poradę się udają.

Dr. Wr. kładzie główny nacisk na antyseptyczne traktowanie rany po operacji. Na to się zgadzam, lecz czyż zadosyć uczynić wskazaniom antyseptyki nie można w inny sposób, bez narażania chorego na możliwe powikłanie ze strony ucha? Czy w pierwszej chwili po operacji obfite zasypanie powierzchni rany jakimś proszkiem antyseptycznym, lub wreszcie wytarcie jej tamponem z gazy przeciwnilnej nie wystareza w zupełności?

Tyle co do przestrzykiwań nosa bezpośrednio po operacji wyrosli adenoidalnych, kwestyi—zdaniem mojem—bardzo ważnej. Inne punkty, w liście D-r. Wr. zamieszczone, jako mniej ważne, pomijam.

1. II. 1891.

Z poważaniem  
Jan Sędziak.

### **Nadesłano do Redakcyi.**

FLÜGGE. Zasady higieny. Warszawa. 1891.

HARAJEWICZ. Gimnastyczne leczenie chorób niewieściich według metody THURE-BRANDT'a Kraków. 1891.

BORNHAUPT. Rukowodstwo k chirurgiczekoj patologii i terapii. Czast' II. Kiew. 1891.

GROEDEL. Ueber nervösen Herzklopfen und sonstige auf Innervationsstörungen beruhende Herzaffektionen. Berlin. 1890.

PULAWSKI. Tète grave guéri. Quelques considérations sur l'ictère infectieux ou fébrile. [Odb. z Gazette hebdomadaire. 1890].

PULAWSKI. Ueber Bulimie (*Heissshunger*) in Folge einer heftigen Gehirnerschütterung. [Odb. z „Internat. klin. Rundschau“, 1890].

PULAWSKI. Ein Fall von vorübergehender Psychose im Verlauf eines Anthrax der Nackengegend. [Odb. z „Internat. klin. Rundschau“].

A. KUCZYŃSKI. Przyczynek do histologii gruczołów BRUNNER'a. [Odb. z Pam. T. L. W.].

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 24 Января 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крільська 29.

**APTEKA**  
**SKŁAD WÓD MINERALNYCH**  
**NATURALNYCH,**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
 pod firmą

**D<sup>R</sup> T. HEINRICH**

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

52-6

**SKŁAD APTECZNY**  
**A. RECZYŃSKIEGO**

*Dzika Nr. 30, w Warszawie.*

Poleca: materiały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany. 52—1

**Wszedł z druku jako:**

Wydawnictwo Medycyny

**ROCZNIK LEKARSKI**

na rok 1891,

ORAZ ZBIÓR NAJNOWSZYCH RECEPT.

**ROK XII.**

3—3

Cena 1 rs. 20 kop., z przesyłką pocztową lub za zaliczeniem  
 rs. 1 kop. 40—za oprawę w skórę dolicza się 40 kop.

LEWICO

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń). Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Wodę świeżego napełnienia sprzedaje się w aptekach pp. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i Sukc. K. Lilpopa & E. Treutlera w Warszawie.

10—3