

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
 FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Klinika terapeutyczna fak. Ces. Uniw. Warsz. Przetoka żołądka. Opisał *S. Meyerson*. (Dokończenie). Kronika Zagraniczna. Przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc. Przez Dra *Aufrechta* (ciąg dalszy). Wiadomości bieżące. O zatruciu się kamforą. Dodatek. Akuszeryi T. II ark. 13.—Pat. i ter. szczeg: Choroby przyrzędów jamy brzusznej ark. 5. — Choroby narządów oddechania, ark. 7. — Chirurgii operac. T. II. ark. 15.

KLINIKA TERAPEUTYCZNA FAKULT. CES. UNIW. WARSZ.

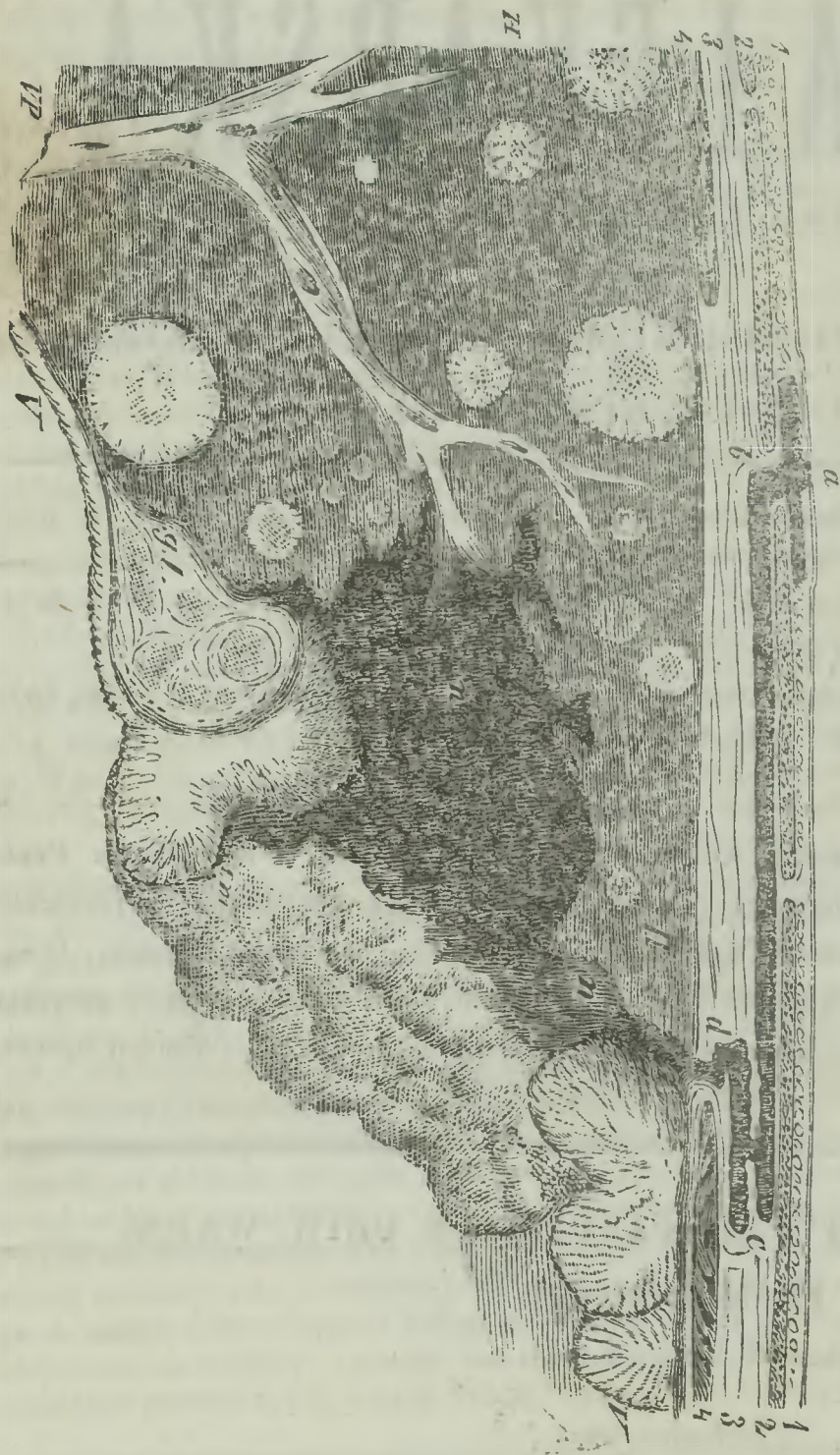
Przetoka żołądka.

Opisał *S. Meyerson*.

(Dokończenie).

Opisany powyżej stan wątroby, miejsce znajdowania się otworu, jak również środek użyty przez lekarza miejscowego (otwarcie ropnia), pozwalały nam przypuszczać w danym wypadku ropień wątroby, i w tej też myśli przystąpiliśmy do bliższego badania, nie wykluczając jednak możebności ograniczonego ropnia otrzewnej. Chcąc wyczerpać jedną metodę badania, postanowiliśmy przeprowadzić dochodzenie z pomocą drobnowidzowego rozbiórki wydzieliny otworu, spodziewając się znaleźć dane dla potwierdzenia jednego z tych przypuszczeń.

Ciecz ta, przedstawiająca się na oko mleczno-białą zawierała, w sobie masy białe bardziej zbite, serowate, wydobywające się z otworu w kształcie czopków. Pod mikroskopem okazała skład następujący: najliczniejszą częścią składową były: kulki tłuszczowe rozmaitej wielkości, w ogromnej ilości nagromadzone (Fig. II. A. 2) i masy na wpół przezroczyste, na wpół zaś gwiazdowo skry-



stalizowane, posiadające wszystkie własności krystalizującej margaryny. (Fig. II. A. 1).

Niemniej licznie były reprezentowane twory komórkowe, przedstawiające się w formach następujących: komórki okrągłe, zawierające w ziarnistej swój istocie małe jądra w liczbie jednego lub dwóch, czyli tak zwane ciała ropne (Fig. II. B. a); dalej komórki nieco większe z jądrami wielkimi i ostro ograniczonymi (B. b); komórki płaskie, nabłonkowe znacznej wielkości, podobne do nabłonka wyściełającego jamę ustną (B. f.); obok tego w nieznacznej ilości znajdują się komórki kielichowate (*Becherzellen*) i komórki stożkowate w zgięty ogonek przedłużające się (Fig. B. c).

Obok tworów tych roi się mnóstwo bakterij, w formach przedstawionych w oboznym rysunku (Fig. II. C.).

Podobny wynik badania drobnowidzowego dał nam poznać, iż wydzielina i mikroskopowo posiada własności mleka świeżo zwarzonego; ponieważ zaś chory dnia tego pił mleko, to można było przypuścić, iż otwór w ścianie brzusznej jest miejscem, z którego wylewają się przyjęte przez chorego napoje, niosąc na sobie

ślady procesu trawienia, czyli innymi słowy, iż mamy przed sobą przetokę górnego odcinka kanału pokarmowego, najprawdopodobniej żołądka (*fistula ventriculi*). Postanowiliśmy tedy przypuszczenie to dalszemi stwierdzić badaniami i w tym celu chory otrzymał barwik roślinny w postaci rzewienia: Rp. *Mixturae gummosae* ℥vj, *Trae rhei aquosae* ℥iij, *Syrupi simplicis* ℥j. M. D. S. Co 2 godziny łyżkę. Dla złagodzenia dokuczających mu bólów, przepisano morfinę w proszkach.

D n i a 22 k w i e t n i a. Chory miał stolec obfity. Z otworu przetokowego lała się ciecz koloru żółto-brunatnego. Przy badaniu drobnowidzowem widać znaczną ilość ziarek żółto-brunatnego barwika rzewieniowego, zresztą ciecz przedstawia téż same własności mleka zwarzonego, jak i dnia wczorajszego.

D n i a 23 k w i e t n i a. Z otworu przetoki leje się płyn żółtawy, pośród którego od czasu do czasu wydzielają się pęcherzyki gazów. W wydzielinie pod drobnowidzem znajduje się obok barwika rzewieniowego mnóstwo włókien mięsnych poprzecznie prążkowych zupełnie oddzielonych i swobodnie w cieczy pływających (Fig. 1. D. m.). (Chory otrzymał poprzednio potrawkę mięsną).

D n i a 24 k w i e t n i a. Nastąpiło silne rozwolnienie, wypróżnienia żółte, płynne i zawierają w sobie części bardziej zbite, również koloru żółtego. Chory jest mocno osłabiony, skarży się na bóle w okolicy żołądka i po całym brzuchu. Ciecz z otworu lała się obficie, szczególnie po przyjęciu ciepłego napoju; zawiera ona trochę krwi, a pod drobnowidzem przedstawia obok części poprzednio wymienionych, a szczególnie znacznej ilości włókien mięsnych, ciała krwi. Chory otrzymał dnia tego *nitras argenti* według przepisu: Rp. *Nitr. arg. gr. ij*, *Aq. destillatae* ℥vj. M. D. S. Co dwie godziny łyżeczkę. — Wieczorem chory ma rozwolnienie i znajduje się w stanie gorączkowym; ciepłota 39^o,3, tętno 128.

Przy wprowadzeniu zgłębnika dnia tego udało nam się wejść nieco dalej, a mianowicie na 9 centymetrów w tymże, co i poprzednio kierunku, t. j. na lewo ku dołowi i w głąb'.

Tak więc badania nasze w ciągu dni czterech dostatecznie wykazały, iż ciecz wydobywająca się z otworu, jest nieco przez trawienie w żołądku zmienionym pokarmem chorego; wydzielenie się zaś jój obfitsze przy nacisku na stronę lewą, jak również natychmiastowe wylewanie się jój po ciepłym napoju, dalej miejsce otworu, kierunek wprowadzania zgłębnika, pozwalały twierdzić z jak największą pewnością, iż otwór ściany brzusznej komunikuje z żołądkiem. Twierdzenie to wzmacniała jeszcze następująca okoliczność: brak w wydzielinie pierwiastków żółci i bardziej znacznych zmian pod wpływem soków trawiennych w samym pokarmie, co by niezbędnie musiano znaleźć, jeśliby otwór komunikował nie z żołądkiem, a z kiszka cienką. Jednoczesne zaś połączenie z kiszka grubą można było wyłączyć z powodu braku objawów takowego, jak: kałowego zapachu wydzieliny i odchodzenia niestrawionych pokarmów. Wymioty kałowe w razie podobnego połączenia кишки z żołądkiem nie zawsze bywają, ponieważ niekiedy tworzy się rodzaj klapy, otwór ze strony кишки zamykającej.

Tak więc mamy do czynienia z przetoką żołądka (*fistula ventriculi*).

Pierwsze pytania, jakie nam się tu nasunęły, były: jaki jest kierunek przetoki i przez jakie warstwy ona przechodzi.

Wychodzenie cieczy przy naciskaniu okolicy lewej otworu i wprowadzenie zgłębnika w kierunku strony lewej przekonały nas, iż obok krawężka skóry podmiowanej przetoka idzie na lewo. Prawdopodobnie można było przypuścić, iż takowa przechodzi pod, lub między mięśniami brzucha. Z powodu takiego kierunku przetoki można było z wszelkiem prawdopodobieństwem wyłączyć udział wątroby w utworzeniu jej ścianki, drobnowidzowe zaś badanie przypuszczenie to ujemnym swym rezultatem potwierdzało, nie znaleziono bowiem w wydzielinie ani śladu pierwiastków wątroby, ani też części składowych żółci; metoda zaś dochodzenia mikroskopowego już z tego względu przedstawiała nam rękojmię pewności, iż posłużyła do samego rozpoznania choroby. — Jeśliby przetoka szła w kierunku prostopadłym do powierzchni ciała, to znajdując się na linii białej, musiałaby przebić lewy płat wątroby, ażeby się połączyć z żołądkiem. W danym zaś wypadku można było twierdzić, że przetoka zagina się koło lewego płata wątroby, a następnie dopiero dochodzi do żołądka.

Pozostawało jeszcze rozwiązać pytanie: Jaka choroba stała się przyczyną utworzenia przetoki? Z powodu nieistnienia przyczyn gwałtownie działających, jak ran żołądka i t. p., można było jako takie przypuścić dwie choroby, które mogły stać się przyczyną przedziurawienia żołądka, a mianowicie: rak i wrzód dziurawiący. W tym celu zwróćmy się do wywodu przeszłości (*anamnesis*) i stanu obecnego chorego.

1. Dane, otrzymane z opowiadania chorego, jak widać z powyższego, nie są dostatecznie pewne i ściśle, by za podstawę do rozpoznania posłużyć mogły. Ważniejsze punkta są następujące: chroniczne cierpienie żołądka a od roku trwające peryodyczne napady bóleści, brak wymiotów, jednorazowe wystąpienie wymiotów i wypróżnień krwawych i nakoniec utworzenie się guza na przedniej ścianie brzucha. Dane te pod rozbiór wzięte, nie wiele przemawiają na korzyść jednej lub drugiej niemocy. Chroniczne cierpienie żołądka wspólne jest obydwóm, brak wymiotów zastanawia tak przy jednej jak i przy drugiej, chociaż bardzo często przy nich się zdarza, i w każdym razie dowodzi wolnego przejścia w otworze odźwierniczym, a tém samym wyklucza rakowate zajęcie takowego. — Wymioty krwawe, które raz tylko się zjawily, odpowiadają prawdopodobnie chwili przedziurawienia i mogły nastąpić przy obu cierpieniach. Chyba tylko peryodyczne wzmaganie się objawów podmiotowych prędzej odpowiadałoby obrazowi chorobnemu wrzodu żołądka, chociaż znowu krótkotrwałość choroby przeważa na korzyść raka.

Tu należy wspomnieć jeszcze o wieku chorego.

Wiadomo, iż raki są w ogóle cierpieniem wieku starszego, najczęstszemi są według K ö h l e r'a między pięćdziesiątym i siedmdziesiątym rokiem ży-

cia ¹⁾. Co do wrzodu zdania są podzielone, bo gdy dotychczas uważano go za właściwy wiekowi młodemu, B r i n t o n twierdzi, iż częstość téj choroby rośnie w stosunku prostym do wieku ²⁾. W danym wypadku więc lata chorego nie mogą mieć znaczenia rozpoznawczego, ponieważ właśnie w téj porze życia obie choroby niezbyt są częste.

2). Stan obecny chorego przedstawia dane następujące:

a) Badanie okolicy żołądka, prócz nieznacznego powierzchownego stwardnienia zapalnego, nie przedstawia żadnej głębszej guzowatości, przemawiającej na korzyść raka ³⁾, zajęcie zaś wpustu i odźwiernika wyklucza się wprost z powodu wolnego wprowadzania pokarmów do żołądka i swobodnego ich przezeń przechodzenia, a wiadomo, iż w odźwierniku zwyrodnienie rakowe bywa najczęstszém.

b) Stan wątroby. Objętość wątroby jest powiększona, okolica jęj bolesna przy ucisku; wymacywanie jednak nie wykazuje żadnych guzowatości, pomimo, iż ścianki brzucha są cienkie i wiotkie. Obok tego nie ma zjawisk zatoru lub utrudnionego krążenia w żyłach wrotnych. Ujemne te objawy wykluczają stanowczo obecność guzów rakowych z n a c z n ą w i e l k o ścią na powierzchni wątroby lub w jęj wnęce, nie usuwając jednak możebności znajdowania się takich w głębi tego organu, lub też mniejszych guzowatości na powierzchni.

c) Stan ogólny chorego. Chory znacznie jest wyniszczony i przedstawia charłactwo do wyższego posunięte stopnia. Gdybyśmy jednak wyciągnąć ztąd chcieli jakibądź wniosek, musielibyśmy wziąć rozbrat ze wszelką ścisłością naukową. Znajdujemy wprawdzie opisy tak zwanego charłactwa rakowego w rozmaitych miejscach, trudno jednak podać cechy właściwe, jakieby je od wyniszczenia przy innych długotrwałych cierpieniach z upadkiem odżywiania odróżniały. U nas, gdzie rak w ogóle należy do chorób częstych, napotyka się cierpiących z najrozmaitszym stopniem odżywiania. Dla przykładu niech wspomnę o jednym wypadku klinicznym, gdzie większa część płuc była zajęta przez nowotwór, chory jednak prócz wysoko posuniętej niedokrwistości, innych cech charłactwa nie przedstawiał. I w danym tedy wypadku nie podobna wyniszczenia chorego tłumaczyć na korzyść jednéj z danych chorób, ponieważ ono obu mogło być następstwem.

d) Badanie drobnowidzowe. Wspomnieliśmy już powyżej, iż pomiędzy komórkami w wydzielinie przetoki znajdowały się komórki okrągłe, większe od ciałek ropnych, z jądrami wielkimi, wyraźnie ograniczonymi. Znajdowaliśmy

¹⁾ B a m b e r g e r. Krankheiten des chylopoëtischen Systems, p. 279.

²⁾ Tamże, str. 253.

³⁾ H e n o c h. Unterleibskrankheiten p. 305, mówi: „Eine fühlbare, harte, meist unebene Geschwulst ist das einzige sichere Symptom, um einen Magenkrebs von den ulcerösen Processen mit einiger Bestimmtheit zu unterscheiden.“ Według ustnego zapewnienia Prof. Lambła nawet i ten objaw jest nader niepewnym i stał się przyczyną błędów rozpoznawczego jednéj ze znakomitości lekarskich.

również komórki kielichowate i ogoniaste. Te ostatnie objaśnialiśmy sobie jako komórki stożkowate, przerodzeniu śluzowemu uległe, podczas gdy pierwsze (okrągłe) chociaż wzbudzały podejrzenie istnienia nowotworu, to jednak przy znacznej zmienności i żywotności ciałek ropnych nie mogły być na korzyść nowotworu tłumaczone.

Tak więc zebrawszy wszystkie dane nie podobna było stanowczo rozstrzygnąć postawionego powyżej pytania, gdy bowiem niektóre z nich, jak peryodyczne wzmaganie się cierpienia i brak wszelkich dających się wyczuć guzowatości przemawiały za wrzodem, to znowu inne, jak: krótkotrwałość cierpienia jakoteż powiększenie i bolesność wątroby skłaniały nas bardziej ku rozpoznaniu raka.

D n i a 25 k w i e t n i a. Chory miał rozwolnienie; z otworu przetoki wydziela się ciecz biała w znacznej ilości. Ciepłota $38^{\circ},5$, tętno 116, oddechań 25. Język białobłonny, chory skarży się na bóle w brzuchu. Przy badaniu drobnowidzowem widać też same co i poprzednio części. Szczególniej zwracają uwagę włókna mięsne poprzecznie prążkowane.

Niektóre z nich działaniem soku żołądkowego rozszczepiły się na włókienka podłużne, inne zaś na paseczki poprzeczne, przedstawiając tak zwane *Discs* B o w m a n'a (Fig. II. D. m.). Pasożyty roślinne, znajdujące się nader obficie w wydzielinie, przedstawiają formy następujące: 1. *micrococcus* — maleńkie kuleczki z nader delikatnymi konturami z właściwym sobie ruchem molekularnym (Fig. I. c. a.); 2. *zoogloca* — zbiór takichże kuleczek połączonych z sobą istotą drobnoziarnistą i prawidłowo w niej ułożonych (δ); 3. pałeczki nader delikatne połączone parami pod kątem rozwartym i żywo poruszające się — *bacterium* (β); 4. długie wężykowato zgięte niteczki — tak zwany *leptotirix* i *spirillum* (γ). Przy mieszkę przypadkową stanowią ciała krochmalne (Fig. II. D. n.) i komórki roślinne.

Chory dnia tego otrzymał: Rp. *Trae opii crocatae*, *Trae nucum vomicarum ana* \mathfrak{D} ij M. D. S. 10 kropel na raz.

Wieczorem T = 40° , P = 120, R = 32. Stopy chorego są opuchnięte (*anasarca*),

D n i a 26 k w i e t n i a. Rozwolnienie i bóle się zmniejszyły. T = $38^{\circ},2$, P = 124, R = 28. Chory po przyjęciu polewki winnej, wydzielił przetoką ciecz, którą sam jako część przyjętego napoju rozpoznał. Obrzmienie stóp jest mniejsze. W ciągu dnia i pod wieczór nastąpiły dreszcze. Wieczorem ciepłota = 39° , Tętno miękkie i nitkowate = 116, Oddech 28.

Nazajutrz dnia 27 kwietnia o godzinie 6 rano, chory zmarł.

O g l ę d z i n y p o ś m i e r t n e dnia 28 kwietnia, o godzinie 12 w południe dały wynik następujący:

Ciało blade, o twarzy blado-żółtawej, mięśnie zanikłe, oczy zapadłe, pod dolkiem sercowym w otworze przetoki zawarte są skrzepy krwi czarnej.

C z a s z k a. Sklepienie w przecięciu poprzecznym ma 3 do 4 milimetrów grubości na ciemieniu, przy początku szwu strzałkowego znajdują się zagłębienie

nia palcowate, w których przeświecają obie blaszki kostne. Błona miękka jest niedokrwista, przestrzenie zaś podpajęczce zawierają płyn surowiczy.

Płuca przyrośnięte (zrosnięcie się listków oplucnej) na całej prawie przestrzeni. Płuco lewe ściśnięte, niedokrwiste, zlekka obrzękłe; na oplucnej przeponowej znajduje kilka guziczków białych, twardości chrzęstnej, których powierzchnia rozkroju jest suchą i białawą. Płuco prawe, w zrazie górnym i średnim niedokrwiste i obrzękłe, przedstawia w dolnym w części tylnej stwardnienie koloru szarego i kruchość, przy nacisku nie trzeszczy (*hepatisatio grisea*).

Serce znajduje się w stanie skurezu, mięśnie jego koloru blado-czerwonego. Zastawki zachowały budowę prawidłową.

Przepona po stronie prawej jest nieco podniesioną, po lewej zaś zachowuje położenie prawidłowe.

Otwór przetoki *in linea alba* otoczony jest skórą odłuszczoną w kształcie krążka, w promieniu do 3 cm. mającego, głębiej zaś łączy się za pośrednictwem kanału krótkiego i prostopadłego z jamą obszerną, napełnioną skrzepami krwi czarnej. Jama ta ma w wymiarze poprzecznym do 10 cm.; jest ona pozamięśniową t. j. zawartą między powierzchnią tylną mięśni prostego i skośnego lewego brzucha, stanowiącą jej ścianę przednią i powierzchnią przednią powięzi brzusznej, która w tym miejscu zrasta się ze zgrubiałą otrzewną i stanowi ścianę tylną jamy. Wydrążenie to płaskie, przedstawia kilka zagłębień i zatok, z których najbardziej na lewo i ku dołowi leżąca zagłębia się w kształcie lejka nieregularnego, skierowanego ku dołowi i w głąb, komunikującego z jamą żołądka.

Wnętrze żołądka wypełnione jest znaczną ilością krwi czarnej i skrzeplęj. Po oddaleniu takowej widać na równej przestrzeni między wpustem i odźwiernikiem, w kierunku krzywizny mniejszej, guzowatość nierówną, kształtu okrągławego, w średnicy około 8 cm. mającą, a przechodzącą na ściankę przednią i tylną żołądka. Guzowatość ta dosyć wyraźnie odgranicza się od pozostałej powierzchni żołądka, przedstawiając się w kształcie oddzielnych zlewających się guzów koloru szaro-czerwonego, istoty dosyć twardej. W środku guzowatości znajduje się część okrągła, w średnicy około 5 cm. wynosząca, zwyrodniała i owrzodzona, niejednolita, koloru szaro-czarnego, i pokryta krwią czarną na wpół skrzeplą. W części jej prawej i górnej, najbardziej owrzodzonej i rozpadłej, znajduje się zagłębienie na kształt krateru, które wydłużając się ku górze lejkowato, łączy się za pośrednictwem krótkiego przewodu z jamą podmięśniową, powyżej opisaną. Guzowatość sama z prawej strony przechodzi na wątrobę, która właśnie w tym miejscu zlewa się z żołądkiem. Wpust, odźwiernik i dno żołądka znajduje się w stanie prawidłowym.

Wątroba przedstawia objętość znacznie powiększoną, tak, iż powierzchnia rozkroju płata prawego w kierunku z góry na dół, ma w długości około 20 cm. Dla tego też zajmuje przestrzeń znaczniejszą w jamie brzusznej, unosząc do góry przeponę i wystając z poza podżebrza prawego. Tkanka wątroby na powierzchni i wewnątrz przeniknięta jest mnóstwem guzów okrągłych wielkości rozmaitej, od ziarnka soczewicy do rozmiarów orzecha włoskiego. Najgęściej są one usiane w części górnej i tylnej płata prawego, jakoteż w płacie lewym. Naj-

większe z tych guzów znajdują się wewnątrz tego narządu, drobniejsze zaś na powierzchni, występując nader nieznacznie po nad powierzchnią otrzewną. Tkanina wątroby jest budowy ziarnistej; pojedyncze nowotwory otoczone są czerwoną obwódką, powierzchnia ich rozkroju jest bezbarwną, twardą, a tylko guzy większe są we wnętrzu rozmiękczone, w kształcie masy żółto-zielonawej, ropiastej. Szczególniej jeden guz, największy, do 5 cm. w średnicy mający, stanowi prawdziwą jamę, napełnioną zieloną ropą.

Lewy płąt wątroby, zachodząc na lewą okolicę podżebrza, zrasta się z żołądkiem i ścianą brzuszną zlewając się ze ścianką tylną jamy podmięśniowej, tak iż ostry brzeg jego lewy dochodzi prawie do części środkowej téjże jamy i zrasta się ściśle ze znajdującym się w miejscu tem nowotworem żołądka.

Z miejsca tego, jakoby wspólnego dla obu narządów, rozpoczyna się szereg niewielkich guzów, rozprzestrzeniających się po lewym płacie wątroby. W części średniej wątroby widać zapchanie masą nowotworu jednej z gałęzi żyły wrotnej i kilka guzów, znajdujących się w kierunku przebiegu powstałych zeń gałązek. Rozkład i kierunek ich dowodzą powstania ich przerzutowego (*embolia — metastasis*). Takież guzy nieznacznej wielkości znajdują się w sieci żołądkowo-wątrobowej, wskutek przerodzenia jej gruczołów chłonnych.

Kiszki cienkie w górnym swym odcinku napełnione są krwią czerwoną, zlekka tylko skrzeplą. Ścianki ich są czerwono zabarwione, wskutek nasiąknięcia (*imbibitio*). W kiszkach grubych błona śluzowa jest blada i pokryta śluzem.

Śledziona powiększona, kształtu trójkątnego, długości na 15 cm. i przedstawia rozrost podścieliska łącznie tkankowego.

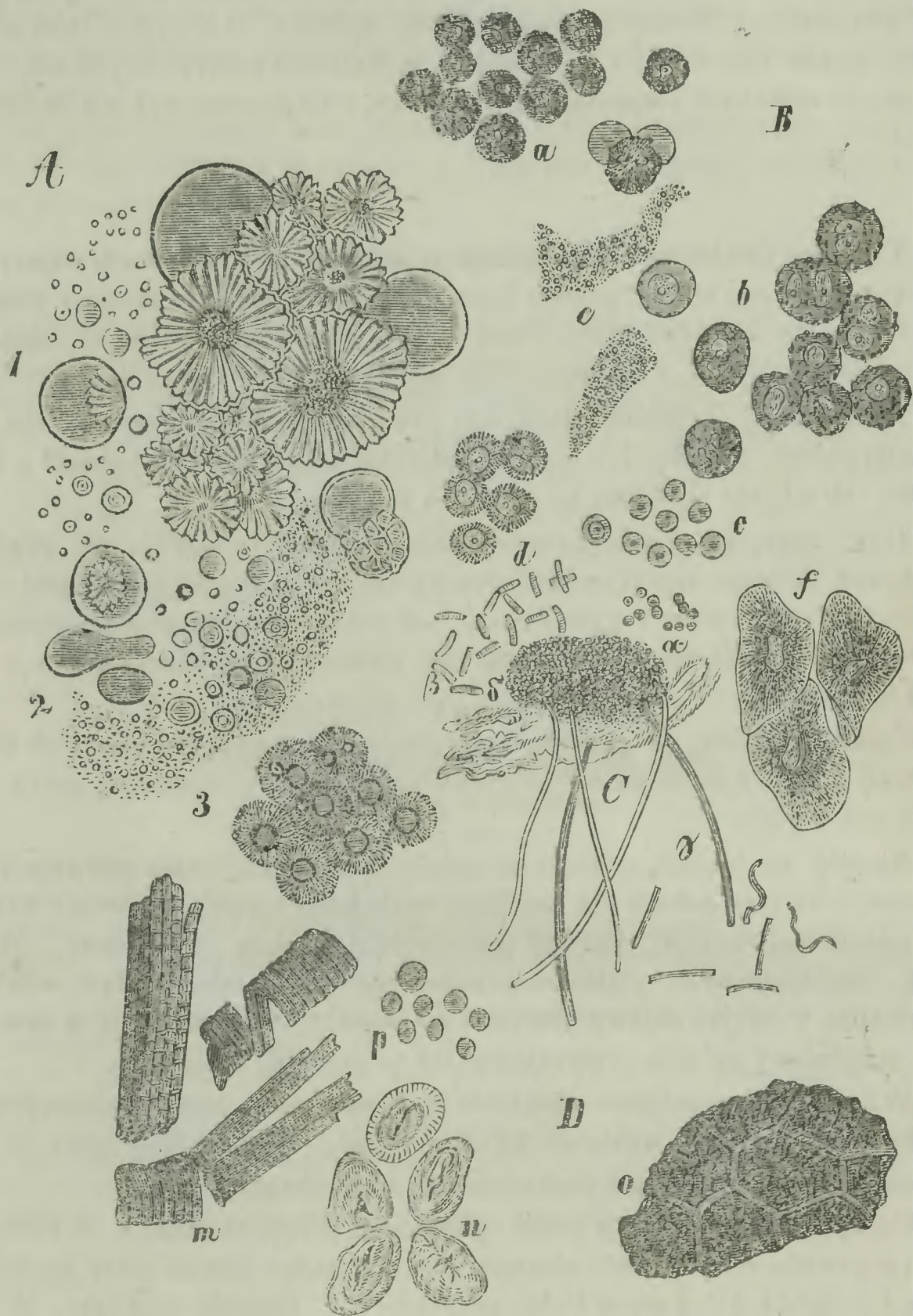
Z pomiędzy organów pozostałych zwracają na siebie uwagę jądra, w których przyjądrza zawierają gniazda masy serowatej.

Ilość guzów, ich rozprzestrzenienie się, własności fizyczne, rozpad ich środkowy i szybkość rozwoju, — wszystko to pokazuje, iż mamy do czynienia z nowotworem nader złośliwym t. j. z rakiem. Dla ścisłości badania, przystąpiliśmy do rozbioru mikroskopowego guzów, używszy do tego kilka guzów wątroby i zrazików nowotworu żołądka. Oto ich wynik:

Przy badaniu białawego soku, wydzielającego się z powierzchni rozkroju, widać mnóstwo komórek wielokształtnych (*Polymorphe Zellen*). Kształty ich nader rozmaite, od ściśle okrągłych, do najdziwaczniejszych tworów ogoniastych z rozmaitej wielkości jądrami, swobodnie w płynie pływających. Skrawki robione z guzów wątroby, zachowanych w słabym roztworze kwasu chromnego, wykazują tkanę, złożoną z takichże komórek zrazikowato ułożonych, z niewielką ilością międzyzrazikowej tkanki łącznej; kształt i wielkość tworów tych zrazikowatych są nader rozmaite. Na obwodzie, gdzie guzy zlewają się z prawidłowo wyglądającą wątrobą, widać przejście od części składowych tego narządu do ko-

mórek nowotworu, ułożonych z początku w tymże beleczkowatym porządku, jak i komórki wątrobowe, zupełnie tak, jak gdyby miejsce ich zajęły.

Nowotwór żołądka zawiera także twory komórkowe, w kształcie zrazików podłużnych ułożone. Niektóre z nich podobne są do gruczołów torebkowatych i zagłębiają się w błonę śluzową, dochodząc nie daleko do jej powierzchni.



Tak więc nowotwór ten jest rakiem rdzeniowym czyli mózdzakiem, (*carcinoma medullare*), który rozprzestrzeniwszy się po żołądku, wątrobie i częściach sąsiednich, zrządził w nich tak znaczne spustoszenia.

Tu nastęcza się pytanie, gdzie był punkt wyjścia nowotworu: w żołądku czy też w wątrobie.

Rozstrzygnięcie tego pytania opiera się na danych następujących: Rak pierwotny w wątrobie jest nieporównanie rzadszym od następczego ¹⁾; dalej nowotwór żołądka znajduje się w daleko większym stopniu rozpadu posokowego, niż największe z guzów wątroby — wszystko to przemawia za pierwotnym porażeniem pierwszego. Wreszcie zrośnięcie się żołądka z lewym płatem wątroby i szereg guzów rakowych, z tego miejsca w wątrobie poczynających się, również dowodzą, iż nowotwór rozpoczął się w żołądku, i ztąd rozszerzył się na części sąsiednie.

Tak więc nieuleczone to cierpienie w krótkim, bo rok tylko trwającym czasie, dobiegło swego nie fortunnego kresu. W przebiegu jego musimy jeszcze raz zwrócić uwagę na brak częściej powtarzających się wymiotów, co jednak przy zajęciu ścianki żołądka, z oszczędzeniem odźwiernika jest rzeczą dość częstą.

Jednorazowy krwotok żołądkowy, powyżej opisany, odpowiada albo chwili przedziurawienia żołądka, lub też mógł powstać z nadgryzienia jednego z naczyń żołądka, lub miejsca zlania się takowego z wątrobą.

Gdy nastąpiło przedziurawienie ściany żołądka, zrósłej już poprzednio z otrzewną ścienną, zawartość żołądka wylała się do tkanki łącznej pod — i między mięśniowej brzucha i wywoławszy tam zapalenie (*phlegmone*), spowodowała utworzenie się ropnia, po otwarciu którego ustanowiła się komunikacya z żołądkiem t. j. przetoka.

Zastanawiającem w przebiegu cierpienia jest zauważone ostatnich dni podwyższenie ciepłoty ciała, do 40° C dochodzące i napady dreszczy i potów, szczególnie pod wieczór.

Napady te jeszcze za życia wzbudziły w nas podejrzenie pewnego rodzaju zakażenia, z którego jednak nie mogliśmy sobie zdać sprawy, z powodu wątpliwości w samym rozpoznaniu. Zmiany pośmiertne dokładnie to tłómaczą. Wnętrze guzów rozmiękczonych, własności posokowatej, musiało, będąc wchłaniane w krwiobiegu, wywołać objawy posocznicy i ropnicy, témbardziej, iż w samej wątrobie znajdujemy gniazda przerzutowe, jak to powyżej opisano.

Wreszcie i ograniczone zapalenie płuc, na które z powodu groźnych objawów brzusznych prawie wcale nie zwracano uwagi, a które znaleziono po śmierci, w części również objawów gorączkowych stało się przyczyną.

Co się tyczy śmierci, to przed oględzinami przypuszczaliśmy, iż takowa nastąpiła z powodu wyniszczenia chorego, powiększonego jeszcze przez napady dreszczów i gorączki, które się w końcu przyłączyły. Obecnie widzimy, iż b e z p o ś r e d n i ą przyczyną śmierci był krwotok. Był on dość obfity, gdyż

¹⁾ O. Lebert. Praktische Medicin, t. II. pag. 468.

krwem napelniała żołądek, jamę podmięśniową i górny odcinek kiszek, a podobnie wielka utrata krwi dla chorego, i tak już tyle wyniszczonego, musiała się okazać zgubną w następstwie. Krwotok ów powstał z jednej z gałęzi żyły wrotnój, w miejscu, gdzie wewnątrz rozpadłego raka żołądka zlewa się z odpowiednio przerodzonej płatem lewym wątroby. Śmierć nastąpiła najprawdopodobniej wkrótce po krwotoku, gdyż w przeciwnym razie takowy byłby wywołał wymioty krwawe lub też podobne wypróżnienia, podczas gdy jak widzieliśmy, ruchy robaczkowe kiszek, lub też ciężar krwi, zdołały ją zapędzić tylko do górnego odcinka jelita cienkiego.

Tak więc krwotok, o istnieniu którego za życia nie domyślano się wcale, z po-
iż krew skrzepła pozostała w żołądku i jamie pod mięśniowej, przyspieszył nie-
szczęsne zakończenie niemocy.

Wypadek podobnego przedziurawienia raka żołądka należy w ogóle do na-
der rzadkich zéjsé takowego. 1) Z pomiędzy wypadków spotykanych w kazui-
stycie lekarskiej, H en o c h 2) wspomina o raku odźwiernika, który w tenże sam
sposób wydostał się pod skórę, lecz śmierć uprzędziła zewnętrzne jego przedziu-
rawienie. Takowe nastąpiło za to w wypadku opisanym przez Balluffa. 3).
Zreszta przy przeglądaniu wielu czasopism lekarskich, nie udało mi się znaleźć
odnośnych opisów, i dla tego téż uważam za właściwe obserwowany przezemnie
podać do wiadomości szerszego koła czytelników. 4)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc.

Przez Dra. Aufrechta.

(Ciąg dalszy).

Kaszel nie należy do objawów, występujących w pierwszym okresie przewlekłego
nieżykowego zapalenia płuc. Występuje on dopiero w późniejszym okresie choroby, i mu-
si być uważany raczej jako powikłanie, niż za konieczne następstwo cierpienia płuc o któ-
rem mówimy. Co więcéj nawet, wtedy jeszcze może nie być kaszlu, gdy zniszczenie płuc
doszło do tego stopnia, że wystąpiły już wszystkie inne objawy składające kliniczny obraz
suchot płucnych. Wprawdzie wypadki te są również rzadkie, jak i te, w których kaszel
już od początku wikła chorobę.

Dowód dla naszego twierdzenia, że w początkowym okresie przewlekłego nieżykowego
zapalenia płuc, kaszlu nie ma, mamy w tem: 1) Że znajdujemy ogniska zapalne przy se-
keyi ludzi, którzy, jak obserwacya kliniczna wykazała, nigdy nie mieli kaszlu.—2) Że znaj-
dujemy przy badaniu klatki piersiowej nacieczenia w szczytach płuc u ludzi, którzy nie ka-
szlali ani przedtém, ani w chwili badania a którzy z powiększeniem się nacieczenia, zaczęli
się uskarżać na kaszel i resztę objawów suchot. Samo się przez się rozumie, że to cośmy

1) B a m b e r g e r, l. c. str. 286 i tamże str. 303.

2) l. c. str. 314.

3) Würtemb. Cor-bl. 5. 1854.

4) Wypadek ten był pokrótce opowiedziany, wraz z okazaniem preparatu, w Towa-
rzystwie Lekarskiem Warszawskim, na posiedzeniu dnia 6 Maja r. b.

powiedzieli odnosi do tych wypadków (a stanowią one znaczną większość), które nie powstały z krupowego albo nieżyłowego zapalenia płuc.

Wprawdzie już w pierwszych okresach powstawania przewlekłych ognisk zapalnych w płucach błona śluzowa oskrzeli, w śród ognisk tych przebiegająca, zaczyna wydzielać czysto galaretowaty lub skrzekowaty albo czarny śluz, który zostaje wyrzucany na zewnątrz, lecz do tego tak samo nie potrzeba kaszlu, jak nie potrzeba go do wydalenia na zewnątrz krwi, mogącej z takich ognisk pochodzić. Przekonałem się wielkrotnie że u haemoptoików i suchotników w pierwszym okresie, samo charkanie jest dostateczne do wyprowadzenia plwociny na zewnątrz; a jak wiadomo chrząkanie jest czynnością mięśni paszczy, którą zresztą wesprzeć mogą i mięśnie krtani. Co się zaś tyczy kwestyi, jakim jednak sposobem wydzielina błony śluzowej oskrzeli dostaje się do tchawicy i ztąd na zewnątrz, można prosto i na pewno twierdzić, że czynność nabłonka migawkowego w zupełności jest w stanie to skutecznić. W miejscu, gdzie czynność ich ustaje, tu, jak powiedzieliśmy, zaczyna się czynność mięśni paszczy, którą wspierają silne ruchy wydechowe. To nam tłómaczy, dla czego suchotnicy w pierwszych okresach choroby, muszą tak często chrząkać, a nawet z powodu tego częstego chrząkania, nie rzadko uważa się ich cierpienie za zwyczajny nieżyt gardzieli. Samo się przez się rozumie, że i chorzy cierpiący tylko na nieżyt paszczy albo krtani, mogą się skarżyć na konieczność chrząkania, lecz z tego cośmy wyżej powiedzieli pokazuje się, że chrząkanie nie zawsze jest spowodowane tylko temi cierpieniami. Na ten nieżyt paszczy suchotników szczególniejszą Green ¹⁾ zwrócił uwagę, lecz nie ma słuszności, uważając go za pierwszy znak suchoty.

Lecz nietylko, że śluz i ropa z miąższu płucnego mogą bez kaszlu przez tchawicę być wydalone na zewnątrz, lecz także produkty te mogą kilka godzin leżeć w tchawicy i oskrzelach, nie wywołując odruchowego drażnienia. Tylko na zasadzie tych dwóch faktów można wytłómaczyć kaszel ranny po dobrze przespanej nocy, u suchotników z nieco dalej posuniętym cierpieniem płuc. Kto miał sposobność przekonać się, jak znaczną ilość ropiastego śluzu chorzy tacy wyrzucają za pomocą kaszlu w pierwszy kwadrans lub pół godziny po wstaniu albo przebudzeniu się, i jak nieznacznym jest kaszel wśród dnia, z powodu, że ropiasty śluz tylko w małych wydziela się ilościach, a do wyrzucenia go na zewnątrz zaledwie potrzeba kaszlu, ten bez wahania zgodzi się z nami, że wydzielina nagromadza się przez pewien czas w tchawicy. ²⁾ Muszę przeto zaprzeczyć wszelkiego bezpośredniego związku przyczynowego między przewlekłym nieżyłowym zapaleniem płuc a kaszlem. Kaszel suchotników jest tylko skutkiem nieżyty krtani i tacy suchotnicy, którzy nie cierpią na ten ostatni, nie kaszlą. W prawdzie ma to miejsce tylko w pierwszych okresach choroby, a i tu nawet w pojedynczych wypadkach występują nieżyty na wiosnę i jesień, w skutek zmiany temperatury, wilgoci i zmiany ubrania. Po większej części, nieżyty te po krótkim czasie przechodzą, czasami jednak trwają dłużej i dają powód do zbadania klatki piersiowej. Jeżeli wtedy lekarzowi udaje się wykazać nacieczenie w szczytach płuc, to skłonny jest przyjąć, że nieżyt właśnie spowodował owe nacieczenie w płucach. Muszę zwrócić uwagę na tę okoliczność że dla jednego lub drugiego może być rzeczą konieczną i bardzo wygodną przekonać otaczających chorego, że nieżyt właśnie spowodował nacieczenie w szczytach płuc i tym sposobem zmniejszyć doniosłość skarg, które od kilku miesięcy a nawet lat słuchał dosyć obojętnie a mianowicie: że pacjent jest tak blady, że czuje się znużonym, że jest śpiący, szczególnież nad ranem, że przychodzi ze szkoły albo kantoru zawsze z bólem głowy i tam dalej.

W późniejszych okresach choroby kaszel jest ciągły, gdyż obfita i ostra wydzielina oskrzeli i ścian jam (*cavernae*) płucnych sama przez się spowoduje nieżyt krtani, który wprzód z powodu mniej drażniącej i w mniejszych ilościach wydzielającej się wydzieliny, tylko przy zmianie temperatury a więc na wiosnę i jesień zwykle powstawał.

¹⁾ Green, Horace, A. practical treatise on pulmonary tuberculosis, embracing its history, pathology and treatment New-York 1864.

²⁾ W późniejszych okresach przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc zjawia się także kaszel przy kładzeniu się do łóżka, który może być jeszcze gwałtowniejszy niż ranny. Ja nie mogę sobie tego nocnego kaszlu wytłómaczyć inaczéj, jak przez to, że z powodu mniej lub więcej poziomego położenia w łóżku występuje z jam płucnych wydzielina, która wśród dnia wypełniała je.

Przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc może tak samo skończyć się przez wyzdrowienie jak i sprowadzić śmierć. To ostatnie zéjście może nastąpić z następujących powodów: że przyłącza się gruźlica prosówkowa albo — jakto w głównych zarysach zgodnie z *Empisem* na zasadzie poniżej podać się mających powodów zalecam mówić—ziarnica (*granulie*), dalej gdy przyłączają się galopujące suchoty, to jest w formie pojedynczych ognisk występujące zapalenie płuc, przy którym wytwarzający się wysięk ulega bardzo szybkiemu rozkładowi, nareszcie, z powodu bardzo powolnego szerzenia się choroby od szczytów począwszy do dolnych zrazów płuc. Choroba w tym przypadku może trwać całe dziesiątki lat. Chorzy umierają w skutek wycieńczenia całego organizmu z powodu zmniejszającej się coraz bardziej powierzchni płuc zdolnej do oddychania (jeżeli, i to często się zdarza, chorzy nie zmarli wprzód wskutek zmian spowodowanych chorobą płuc w innych przyrządach, albo wskutek jakiegokolwiek przypadkowych chorób). Zwróćmy teraz uwagę na uleczalność przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc. Wątpić o tém już dla tego nie można, że wcale nie rzadko znajdujemy przy sekeyach ludzi starych zwapniałe albo na włóknistą masę zamienione ogniska zapalne, a nawet jamy z zwapniałemi nie wydzielającemi więcej ścianami. Z drugiej strony i obserwacya kliniczna podaje przykłady, a każdy długoletni praktyk nie jeden zapewne mógł by przytoczyć z własnej praktyki, pomyślnego przebiegu téj choroby.

Samo się przez się rozumie, że wyzdrowienie zdarza się najczęściej w najwcześniejszych okresach przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc; nie myślimy bynajmniej przeto powiedzieć, aby w wypadkach, w których nawet już krwotok wystąpił, lub jamy w płucach powstały, lub nawet gdy już wystąpiły objawy, stanowiące kliniczny obraz suchot płucnych, wyleczenie miało należeć do rzadkich wypadków. Podajemy tu opis bardzo wybitnego wypadku. Przed trzema laty robiłem sekeyę 62-letniego mężczyzny, zmarłego na *perityphlitis*. Obydwa płuca z wyjątkiem szczytu prawego płuca były zupełnie zdrowe. To ostatnie była przyrosnięte do opłucnej żebrowej na przestrzeni blisko 2 cent.; opłucna pokrywająca płuco było w tym miejscu zgrubiała a pod nią w mięszu płucnym była mała jama kształtu płaskiego. Ściany téj ostatniej były utworzone przez warstwę mięszu płucnego grubą na 3 do 5 milimet., twardą przy dotknięciu i wyglądu szyfrowatego. Z anamnezy jednak dało się na pewno skonstatować, że zmarły w wieku między 20 i 25 rokiem kilka razy miał krwotok, przedstawiał wszystkie objawy suchot, lecz po upływie kilku lat, przepędzając zimę kilkakrotnie we Włoszech, wyzdrowiał.

Niestety prawie zawsze jednak blizna powstająca po zabliźnieniu się jam, stanowi *locus minoris resistentiae*, wzbudzający wielką obawę.

Co się tyczy stosunku przychodzących do zdrowia i tych, którzy padają ofiarą choroby, to nie daje się jeszcze nic pod tym względem powiedzieć, o ile jednak sądzić można, to wypadki z zéjściem śmiertelném stanowią znakomitą większość. Największa liczba chorych umiera w skutek przewlekłego przebiegu, jak to wyżej w trzeciej kategorii zéjść śmiertelnych opisaliśmy, w drugim szeregu według moich obserwacyj stoją ci, u których do przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc przyłącza się gruźlica prosówkowa (ziarnica).

Nie trzeba wcale szukać innych dowodów dla przyjęcia twierdzenia Buhla, ¹⁾ że w skutek ogniska serowatego może wystąpić gruźlica prosówkowa, bez względu na to czy to takie ognisko znajduje się w płucach albo w innym jakim organie. Pódezas gdy Fr. Niemeyer ²⁾ i Hoffmann ³⁾ opierając się na doświadczeniach robionych na ludziach wystąpili z zarzutami, doświadczenia Villemina ⁴⁾ i jego następców w zupełności po-

¹⁾ Buhl, Bericht über 280 Leichenöffnungen. Zeitschr. f. rat. Med. N. F. Bd. VIII p. 59.

²⁾ F. v. Niemeyer, Vorträge über Lungenschwindsucht, Berlin 1867 p. 25.

³⁾ Hoffmann, Beiträge zur Lehre von der Tuberculose. Arch. f. klin. Med. Bd. III p. 67.

⁴⁾ Villemain, Cause et nature de la tuberculose. Gazette hebdomadaire 2 Série II 50 1865. De la phthisie et des maladies, qui la simulent dans la série zoologique. Gaz. hebdomadaire 2. Série III 42, 43, 45, 1866. Cause et nature de la tuberculose. Gaz. hebdomadaire 2 Série III 48, 49. 1866. Etudes sur la tuberculose, preuves rationnelles experimentales de sa specificité et de son inoculabilité. Paris 1868. De la virulence et de la specificité de la tuberculose. L'Union méd. 99, 100, 101. 1868.

twierdzili teorię Buhla. Ci ostatni wykazali najdowodniej, że masy serowate wzięte z płuc suchotników, wprowadzone pod skórę królików, wywołały w otaczającej części skóry ogniska serowate a następnie ogólną gruźlicę. Lecz Villemain, ponieważ przyjął z góry specyficzną gruźlicę, posunął się tak dalece, że twierdził, iż możność przeszczerpienia dowodzi, że gruźlicze masy zawierają specyficzny jad. Dopiero bardziej wyczerpujące i w różny sposób robione doświadczenia przez Leberta,¹⁾ Waldenburga,²⁾ Sandersona i Simona,³⁾ Focha,⁴⁾ Cohnheima i Fraenkla,⁵⁾ doprowadziły do tego, że gruźliczemu odmówiono wszelką specyficzną. Gdyż skoro Fox za pomocą zawłoki, Cohnheim i Fraenkel za pomocą kawałków korka w prowadzonych do jamy brzusznej świnek morskich, mogli u tych ostatnich wywołać gruźlicę, w takim razie wszelka możliwość specyficzności musi upaść.

Z tego jednak powodu wypływa konieczność różnicy poglądów naszych odnośnie do gruźlicy i gruźlicy. Laennec⁶⁾ przypisywał gruźliczemu szczególną specyficzną i uważał go za anatomiczną podstawę suchot płucnych. Później Virchow⁷⁾ wykazał, że suchoty wcale nie tak często są spowodowane obecnością gruźliczemu, jak to się zwykle przyjmowało, i że choroby, które Laennec połączył pod nazwą gruźlicy, powinny być rozdzielone na gruźlicę prosówkową se. właściwą gruźlicę i zapalenie płuc serowate. Empis⁸⁾ przeciwnie zaleca użycie nazwy ziarnica zamiast dotychczas używanej gruźlicy prosówkowej resp. gruźlicy i propozycję swoją popiera rozumowaniem, na które ja najzupełniej zgodzić się muszę. Owe guzeczki, które stanowią podstawę gruźlicy prosówkowej, nie składają się bynajmniej z masy rozpadłej, do której pierwotnie nazwa gruźlicy odnosiła się, lecz są to jako nagromadzenie komórek albo granulacye, których komórki nie koniecznie powinny ulegać rozpadowi, lecz dosyć często zamieniają się na tkankę łączną. Gdzie to ostatnie ma miejsce, tam gruźlicy prosówkowej może mieć pomyślny przebieg i nastąpi zupełne wyzdrowienie.

Zarzuty Virchowa,⁹⁾ według mego zdania nie dają się w zupełności utrzymać. Dodaje on, że gruzełek zaczyna się jako szarawe ziarnko, jako ziarnica Empisa i dopiero później na pewnym stopniu rozpadu przyjmuje ów żółto-serowaty wygląd do którego odnosiła się pierwotnie nazwa gruźlicy. Chcąc zgodzić się z Empisem, mówi dalej Virchow, to byśmy właśnie nie innego nie zrobili, jak tylko rozdzielali wiadome zmiany rozwoju. Gdy dawniejsi autorzy oddzielali granulacye od gruźliczemu, gdy Bayle przyjął suchoty ziarnicowe i gruźlicze czynili to z tej przyczyny, że nie wiedzieli o przejściu granulacyi prosówkowej w gruzełek. Gdy Empis sam dodaje, że ziarnica może przejść w gruźlicę, w takim razie nie można usprawiedliwić wprowadzenia nowej choroby—ziarnicy.

Na to jednak musimy odpowiedzieć: Jeżeli gruzełek wprawdzie z początku składa się z komórek, lecz nie przedstawia „zawsze tylko nowotworu, którego przeznaczeniem jest ulegać następnie rozpadowi“, gdy „przejście w zserowacenie nie jest prawidłowem zejściem

1) Lebert i Wyss, Zur Experimental-Pathologie der heerdeartigen umschriebenen disseminirten Lungenentzündung etc. Virchow's Archiv. Bd. XL p. 142, 532, 551.

2) Waldenburg, Berl. klin. Wochenschr. IV 51, 52, 1867. Porów. także jego dzieło. Die Tuberculose etc. Berlin 1869.

3) Sanderson and Simon, Disease which is produced etc. Med. Times and Gaz. April 18 p. 431. 1868.

4) Fox, Lecture on the artificial production of tubercle in the lower animals. Brit. med. Journ. May 23. 30 June 6. 1868,

5) Cohnheim u. Fraenkel, Experimentelle Untersuchungen über die Uebertragbarkeit der Tuberculose auf Thiere. Virchow's Archiv. Bd. XLV p. 265.

6) Laennec, Traité de l'auscultation médiate Paris 1826 p. 532.

7) porów. Virchow, über die Verschiedenheit von Phthise und Tuberculose. Würzb. Verhandlungen Bd. III. p. 99. Die Krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 600 u. 629.

8) Empis De la Granulie ou maladie granuleuse connue sous les noms de fièvre cérébrale, de meningite granuleuse, d'hydrocephalie aegue, de phthisie galopante, de tuberculisation aegue etc. Paris 1865.

9) Virchow, über Phymatie, Tuberculose und Granulie, w jego Archiv. Tom. XXXIV str. 11. 1865.

gruzelka¹⁾ a nazwa gruzelek od początku do tego tworu odnosiła się tylko wtedy, gdy na pewnym stopniu rozpadu przeszedł w masę serowatą, tak, że rozpad serowaty gruzelka dla bardzo wielu stało się *conditio sine qua non*, to tak samo nie mamy prawa przyjąć nazwą gruzelka dla tych tworów, jak nie możemy nazwy *cirrhosis hepatis*, stosować do wszystkich wypadków *Hepatitis interstitialis*. Już dla tego samego przeto najbardziej stosownym jest użycie wyrazu najmniej przesadzającego kwestyę to jest granulacye. Nie nasuwają się wtedy żadne trudności więcej, w użyciu nazw, odpowiadających temu, stanowi, jaki przy obiektywnem badaniu znajdujemy. Możemy przeto fakta te dobrze określić, gdy mówimy, granulacye mogą przejść w tkankę łączną resp. włóknistą, albo mogą rozpaść się w żółto-serowatą masę; jakim zaś sposobem gruzelek może się zamienić w tkankę włóknistą, musi być dla każdego niezrozumiałem, kto się przejął poglądem że wyraz gruzelek mieści w sobie e-*ipso* pojęcie rozpadu.¹⁾

Leż mogę jeszcze przytoczyć inny powód jakkolwiek mniej ważny, który maie skłania radzić odrzucenie nazwy gruzelek i do uważania go za przestarzały i mający tylko historyczne znaczenie, podobnie jak *steatosis*, *morbus Brighti*, *tumor albus* i t. p.

Jak z jednej strony uważano gruzelek za twór niezmiernie wątlęj organizacyi, i zgóry już przywiązano do niego pojęcie rozpadu, tak z drugiej strony, łączyła się z nim i inna specyficzna własność. Gruzelek miał zawierać w sobie koniecznie szczególny jad, i gdy Lebert odkrył swoje ciałko gruzelkowe, nie jeden spodziewał się o lkryć i jad gruzliczy tak że tylko z usunięciem nazwy samęj, pogląd ten z którym wszysey się prawie zrośli, da się usunąć. Ten właśnie pogląd naprowadził Villemina na błędną drogę i spowodował; że tenże gruzlicę umieścił w nozologii obok przymiotu, nosacizny, podczas gdy doświadczenia z szczepieniem robione na zwierzętach, przymuszają nas do przyjęcia rozmaitych gatunków granulacyi i ziarnicy (*granulie*). Ziarnica (*granulie*) powstaje przez wprowadzenie najrozmaitszych tworów do organizmu zwierzęcego, bez względu na to, czy są to twory organiczne lub nieorganiczne, być może, jak Fox²⁾ mówi, gdy w pewnym stopniu przeszły w rozpad; dalej ziarnica powstaje w skutek skrofalicznego zapalenia gruczolów jako też w skutek ognisk zapalnych w płucach. Jeden i ten sam jad nie może żadną miarą być przyczyną tego, mogą jednak różne zupełnie przyczyny jednakowe skutki wywołać. Twory przy tem powstałe przedstawiają się jako granulacye i mimo różnorodności przyczyn, mają jednakową histologiczną budowę, tak samo jak interstitialne zapalenie wątroby pod mikroskopem zawsze jednakowo się przedstawia, bez względu na to czy przymiot albo napoje wyskokowe, albo jakakolwiek inna przyczyna proces ten wywołała.

W nowszych czasach wielka liczba autorów zgodziła się na pogląd, że granulacye stoją w ścisłym związku z naczyniami limfatycznymi. Najprzód Virchow³⁾ dla pojedynczych wypadków domyślał się takiego początku. Pewniejsze spostrzeżenia zrobił Bastian⁴⁾ Wyprowadza on granulacye przy ziarnicowem (gruzliczem) zapaleniu opon na podstawie mózgu (*meningitis basilaris*) z bujania komórek śród błonki (*endothelium*) pochewek naczyń limfatycznych, w śród których przebiegają naczynia krwionośne. Rindfleisch⁵⁾ przyjmuje w pojedynczych wypadkach związek między granulacjami i naczyniami limfatycznymi i uważa „*limfangitis nodosa* jako miejscowością tylko spowodowaną zmianę, zwyczajnego tworzenia się gruzelków“. Klebs szczegółowięj opisuje te stosunki. Za

1) Porówn. Virchow, *Cellular-Pathologie* Berlin 1871. IV. Aufl. p. 560. 561.

2) Virchow (*Die Krankhafte Geschwülste* Tom II str. 639) pierwszy zwrócił uwagę na włóknisty gruzelek i uważał go za twór, przy którym gruzelek nie doszedł do swego największego rozwoju to jest prawdziwa komórkowa budowa gruzelka nie przyszła w zupełności do skutku. Trafniej moim zdaniem, określa Langhaus (*Ueber Riesenzellen mit wandständigen Kernen in Tuberceln und die fibröse Form des Tubercels*. Virchow *Archiv* Tom. XLII str. 382. 1868) gruzelek włóknisty, jako wyżej uorganizowaną formę komórkowego gruzelka, ten ostatni zaś jako gruzelek młody, tym sposobem jako jedno z dwóch wspomnianych zéjść granulacyi.

3) Fox, *Lecture on the artificial production of tubercle in the lower animals*. Brit. med. Journ. May 23. 30. June 6. 1868.

4) Virchow, *Die Krankhaften Geschwülste*. Berlin 1864—65. Tom II str. 640.

5) Bastian, *On the pathology of tubercular Meningitis*, Edinb. med. Journ. XII str. 875 (Nr. CXLII) April 1167.

6) Rindfleisch, *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre*, Leipzig 1867/69 p. 352,

przedmiot badania służyła przepona świnki morskiej zdechlój w skutek zaszczipionój ziarnicy. Komórki składające granulacye, pochodzą zdaniem jego z bujania śródbłonka (*endothelium*) naczyń limfatycznych i wypełniają światło naczyń, później zaś z powodu rozszerzenia się kanalików odżywezych, wnikają do substancyi zasadniczej.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

O zatruciu się kamforą. Dr. Klingelhoeffer opisuje w Nr. 35 *Berl. Klin. Woch.* następujący wypadek zatrucia się kamforą.

Zamężna B. C., budowy silnej i zdrowej, chcąc dziecko odstawić od piersi kazala sobie sprowadzić szproszkowanój kamfory, aby takowój użyć zewnętrznie, posypując nią wate, dla zmniejszenia wydzielania się mleka. Jednakże czy z nieuwagi, czy z niepamięci, czy też z jakiego innego powodu zażyła dnia 23 czerwea t. r. około godziny 11 na wewnątrz łyżeczkę od kawy owój kamfory. Według późniejszego wymierzenia ilość spożytej kamfory mogła wynosić dwa grammy. W krótcie po spożyciu dostała zawrotu i bólu głowy, dla czego to posłano do lekarza K., z zapytaniem, co czynić, w powyższym wypadku. Ponieważ zaś do miasteczka było trzy mile drogi i już 2 $\frac{1}{2}$ godziny upłynęło od zażycia, przeto K. nie przyjmując już żadnego skutku od leków wymiotnych zalecił tylko zimne okłady na głowę i pilne picie wody. Tymczasem pacjentka, przyszedłszy na myśl, że całe jój cierpienie może pochodzić skutkiem zażycia kamfory, wypila kilka filiżanek czarnej kawy, poczem nastąpiły wymioty. Stan jój jednakże pogorszał się coraz więcej, odurzenie i ból głowy zwiększały się do czego przystąpiło jeszcze palenie w okolicy żołądkowój, odbijanie się, wielkie pragnienie a w dolnych kończynach uczucie, jakoby je mrowie przechodziło. Lekarz przybywszy dopiero około godziny szóstój wieczorem znalazł już pacjentkę z zupełną przytomnością i skarżącą się tylko na brak apetytu, wielkie pragnienie i odbijanie się częste gazów, który rozszerzał woń kamfory; stolca nie było w tym dniu, a ze strony systemu moczowego nie było żadnych objawów; mocz tylko wydzielala chora w znacznej obfitości, czego powodem było zapewne picie wielkiej ilości wody. Twarz pacjentki była biała, czoło i wargi chłodne, ręce zimne, oddech było czuć kamforą, tętno małe i nieregularne wynosiło 90—100 uderzeń na minutę. Zawrót głowy ustąpił, jako też owo drzenie w całym ciele, chociaż rękami poruszała chora ustawicznie; chodzić mogła, chociaż nie bez pewnej trudności. W ogóle polepszył się znacznie cały stan chorój, dla czego to zalecono jój położyć się w łóżko, nogi ogrzewać rozgrzaną flaszką, na głowę przykładac bezprzestannie zimne okłady, pić dużo wody i napojów klejkowatych, nadto enemę rozwalniającą i nalew senesowy. Dnia następnego stan chorój był zadowolniający, chociaż noc miała pacjentka tak niespokojną, iż spała zaledwie jedną godzinę. Tego samego dnia wieczorem pojawiły się raz jeszcze womity, bez wszelkich następstw w stanie chorój. Takowa czula się tylko osłabioną i skarżyła się na szczególnie niemiłe uczucie w tyłogłowiu; drganie pojedynczych mięśniów ustąpiło zupełnie, mianowicie w łydkach, a świeżo wydzielonego moczu jako też oddechu nie było czuć kamforą. Chorój zalecono jeszcze małe dawki *morph. acet.*, poczem nastąpiło wkrótcie zupełne wyzdrowienie.

Wypadek opisany jest o tyle ważny, że pod względem działania kamfory dają się słyszeć jeszcze obecnie zdania różne i że zatrucia tym środkiem należą do rzadziej napotykaných.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.
