

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## Doktór Tymowski

Praktykuje jak zwykle w **San Remo**. 12—12

## Dr. E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;  
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max. 12—9

## Dr. Z. Dobieszewski

Lekarz zdrojowy w Marienbadzie, autor dzieła: „Przewodnik do klimatycznego leczenia“; praktykować będzie w miesiącach zimowych  
w **Meranie**. 12—10

## Dr. Reichstein

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, leczy także **massażem** według metody d-ra Mezgera i prof. Mosengeila. Świętojerska 30. 10—4

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

# TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119. 0—1



# PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,  
OCHRYPNIEIU, CHOROBYM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są  
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

à SAINTE-MENHOULD  
wymagać Marki fabrycznej (awionej.)



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się odycha przejmują się wzwiewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytonia, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wzwiewów rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczą o ich wyższości niezaprzeczanej.

(Należy wymagać)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

## KEFIR

naszego wyrobu

(były zakład D-ra Wyszyńskiego)

posiadają następujące apteki:

Biehlera, ul. Nalewki.  
Borowskiego ul. Przejazd.  
D-ra Heinricha Plac Teatralny.  
Karpińskiego ul. Elekoralna.  
Lilpola ul. Nowy-Swiat.  
Rutkowskiego ul. Długa.

Sobolewskiego ul. Dzika.  
Sołtykiewicza ul. Graniczna.  
Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.  
Turskiego ul. Karmeliaka.  
Ziemińskiego ul. Marszałkowska.

Biertümpfel i Gessner

Aptekarze, Al. Jerozolimska róg Kruczej.

6-4

## Papier drażniący d'Albespeyres,

służy do opatrunku i podtrzymywania stałych wezykatoryj,  
używany w aptekach i ambulansach armii francuskiej.

Stale (pryszczydła) podtrzymywane papierem d'Albespeyres stanowią środek jaśniejszy i chory najłatwiej znoszą i który im najmniej dolega. Papier drażniący d'Albespeyres posiada 4 stopnie siły, którym odpowiadają oddzielnie przygotowane papiery, oznaczone numerami od najsłabszego do najsilniejszego, 1 słaby — 1, 2 i 3.

Każdy arkusz papieru d'Albespeyres nosi nazwę d'Albespeyres widzialną w przezroczu. Papier ten sprzedaje się tylko w pudełkach zawierających 25 arkuszy. Pudełka są pokryte etykietą z podpisem de Fumouze Albespeyres i owinięte prospektem. Cena 1 frank we Francji. Skład główny: FUMOUCZ-ALBESPEYRES, 78 Faubourg Saint-Denis PARIS.



# PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzi będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularnie j.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 "	6 "
kwartalnie	2 " 20 "	1½ "	4 "

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Ge-bethner i Wolf, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4.—Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104<sup>bis</sup> 6—1

## MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,

redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche

w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich eudzoziemskich. 3. Przegląd bibliograficzny. 4. Korrespondencyje z kraju i z zagranicy. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

### Przedpłata wynosi

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska № 80.**

6—1

## KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów

Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów **Hewelkego i Krajewskiego**. Wydawca D-r **Sierpiński**.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5	rocznie rs. 6
półrocznie rs. 2 kop. 50	półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracyi i Ekspedycyi Marszałkowska 116 6—1



# ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

**D-ra J. Rogowicza**

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera **Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego** za II-ie półrocze 1885 r.

II. (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odrutki. Tabelka porównawcza skali 3-ich ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszanki zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiskalecznice, cechujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodoleźnicze i stacje klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rosyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwnilny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukcji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukcji przy otruciu i III. Wzór obdukcji noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabelka do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części 1 rs. 20 kop. w miejscu, z przesyłaniem pocztą 1 rs. 35 kop. Skład główny u **D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26**. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie 0—1

## „ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Prenumerować można w Redakcyi (25 Ś-to Krzyzka), oraz we wszystkich księgarniach.

## „WIADOMOŚCI LEKARSKIE”

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

redagowane i wydawane

przez

**Dra J. K. Wiktora**

we Lwowie.

Wychodzić będzie i w r. 1887 w zeszytach miesięcznych i zawierać będzie: a) Rozprawy oryginalne z zakresu wszystkich gałęzi medycyny. b) Sprawozdania z prac lekarzy polskich, czeskich, rosyjskich, francuzkich, angielskich, niemieckich etc. jakoteż kazuistykę lekarską. c) Krytykę i biblijografię lekarzy polskich. d) Kronikę wiadomości i spraw lekarskich. e) Ogłoszenia z wyjątkiem reklam i ogłoszeń o środkach uniwersalnych.

Prenumerować można rocznie lub półrocznie. Przedpłata wynosi w ces. rosyjskiem rocznie 4 Rbl., półrocznie 2 Rbl. Ogłoszenia po 10 kop. za 1 wiersz nonpareille przyjmuje.

Redakcyja i Administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie, przy ulicy Akademickiej Nr. 16. 3—2



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. H. HOYER. O zmianach poglądów lekarskich pod wpływem nauki o pasorzytniczem pochodzeniu chorób zakaźnych. — II. T. DUNIN. Uwagi krytyczne nad powstawaniem nerki wędrującej. — III. W. ORŁOWSKI. Wycięcie śledziony (*Laparosplenectomia*). — *Dział sprawozdawczy.* I. LUIGI MANFREDI. Nowy mikrokok, jako czynnik chorobotwórczy w zakaźnych nowotworach. Związek jego z zapaleniem płuc. — Posiedzenie wyboreze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. — Prace oryginalne z „Wiadomości lekarskich”. — Ogłoszenia.

## I. O ZMIANACH POGLĄDÓW LEKARSKICH

POD WPŁYWEM NAUKI O PASORZYTNICZYM POCHODZENIU  
CHORÓB ZAKAŹNYCH.

Skreślił

H. Hoyer.

Zamiast artykułu wstępnego przy rozpoczęciu Nowego Roku, pozwalam sobie przedłożyć Czytelnikom GAZETY rzut oka na przewrót w poglądach, jakie badania bakteryjologiczne już dokonały, w nierównie wyższym zaś stopniu w niedalekiej przyszłości jeszcze skutecznie powinny. GAZETA LEKARSKA, przy nowej redakcyi, zwracała od samego początku baczna uwagę na nowy kierunek w badaniach naukowych i przez ogłoszenie szeregu artykułów oryginalnych i sprawozdań z literatury zagranicznej, nie mało się przyczyniła do obznajmienia grona lekarzy krajowych z nowym prądem medycyny. Niniejszy artykuł przedstawia zatem rodzaj wywodu (*resumé*) z prac już dokonanych na wspomnionem polu i zarazem krótki program dla przyszłości.

Przedmiot niniejszej pracy, ze względu na fundamentalną swoją doniosłość, zasługiwałby właściwie na ściśle i wyczerpujące opracowanie z uwzględnieniem wszelkich źródeł i spostrzeżeń, albowiem stanowi jeden z najistotniejszych działów patologii ogólnej. Ponieważ jednak nie ma widoku, ażeby w naszej literaturze pojawiło się niezadługo odpowiednie dzieło, choćby tłómaczone z literatury zagranicznej, zdecydowałem się przedstawić Czytelnikom GAZETY krótki pogląd na otwierające się nowe widoki, w nadziei, że artykuł, pomimo swego pochodzenia z pod pióra lekarskiego teoretyka, przyjęty będzie z życzliwością. Byłbym bardzo rad, gdyby który z młodszych naszych pracowników na polu bakteryjologii podjął się skreślenia wspomnionego dziełka i nie tracę nadziei, że to kiedyś nastąpi. Tymczasem daję, na co w danych warunkach zdobyć się jestem w stanie, albo-



wiem przy licznych obowiązkowych zajęciach i pracach terminowych, przy upośledzeniu wzroku i obecnie zbyt krótko trwającym oświetleniu dziennem [jedynie dozwalającym mi zajmować się pracą piśmienną], zdołałem zestawić tylko krótki szkic, bez wymienienia literatury i bez wyczerpujących studyjów, mający na celu tylko zachęcić Czytelników do własnego głębszego zastanawiania się nad tym nader interesującym i doniosłym przedmiotem.

Dotychczasowe prace bakteryjologiczne miały przeważnie na celu proste wykazanie pasorzytniczej przyrody całego szeregu chorób za pomocą ścisłej naukowej metody i nie ulega już żadnej wątpliwości, że ten cel dla licznych zakaźnych [infekcyjnych] chorób w zupełności został osiągnięty. Nie waham się przyznać, że wedle mego przekonania wszystkie choroby zakaźne [tak zaraźliwe, jako też miazmatyczne], których źródło dotąd jeszcze nie zostało stanowczo wykazaniem, zależą także od działalności jakiegoś organizmu pasorzytniczego. Lecz słusznie zapytuje praktyczny lekarz, co na tem sztuka lecznicza zyskała? albowiem ostateczny cel medycyny, przynajmniej wedle przeważających dotychczas poglądów, koncentruje się w zwalczaniu rozwiniętych chorób. Żywy interes, jakim nowy kierunek w medycynie został przyjęty przez większość naszych lekarzy, świadczy jednak wymownie o jasnym pojmowaniu doniosłości nowych odkryć. Objaw ten też nas wcale nie zadziwia, albowiem ważność licznych badań bakteryjologicznych dla dyagnostyki zbyt wpada w oczy, ażeby wypadało nad tym punktem bliżej się zastanawiać. Gdy jednak lekarz uczuje potrzebę wyciągnięcia z nowego poglądu wniosków co do praktycznego postępowania przy rozwiniętej już chorobie, z żalem dostrzeże, że nowe zdobycze nie dostarczają jeszcze prawie żadnej podstawy dla skutecznej działalności. Dopóki zarazek bywa jeszcze umiejscowionym w części ciała dostępnej dla działalności środka przeciwnielego, dopóty lekarz praktyczny potrafi sobie dać radę; przy operacjach chirurgicznych zastosuje np. postępowanie i opatrunki przeciwnielegne, przeciwko bakteryjom w kanale pokarmowym przepisze kalomel i t. d.; lecz gdy zarazek wdążył już do wnętrza ustroju i uogólnił się, wtedy środki dotychczas znane po większej części odmawiają mu usługi.

Wspomniane okoliczności doprowadzają do wniosku, że punkt ciężkości w medycynie przez nowe odkrycia został przesuniętym z pola leczenia na inne ważniejsze pole, t. j. pole działalności zapobiegawczej. Terapeuta przyszłości nie będzie już żywą fabryką recept, ale sumiennym i doświadczonym doradcą rodziny, który ją chronić powinien od całej falangi niebezpiecznych chorób. Hygiena publiczna zajmie nader ważne stanowisko z nieprzewidzianą dotąd doniosłością. Lecz i przy samym początku choroby rozpoznanie, oparte na bakteryjologicznym badaniu, jak również energiczna działalność lekarza, odgrywać będą nader stanowczą rolę. Prócz tego wątpić nie można, że z czasem doczekamy się odkrycia całego zasobu nowych środków, które, na podobieństwo chininy w zimnicy i rtęci przy chorobach przymiotowych, dozwolą skutecznie zwalczać sprawę chorobową, nawet dalej posuniętą. Znając istotną przyczynę całego szeregu chorób, właściwy sposób przenikania zarazków do ustroju, ich rozprzestrzeniania się i t. d., medycyna nabędzie bardziej racjonalnych podstaw do przeprowadzenia ścisłych doświadczeń nad skutecznością środków, aniżeli podstawy, dostarczane nam przez dotychczasowe na-



sze wiadomości. Zresztą leczenie już obecnie nie powinno błąkać się po manowcach rutyny, stosować środki nader wątpliwej działalności [np. *infus. ipecacuanhae* w zapaleniu oskrzeli, *aqua calcis* lub *kali chloricum* przy dyfteryście i t. p.], ale od razu przystąpić do zwalczania wroga środkami znanymi ze swej skuteczności. Złudne lub nieokreślone poglądy ustąpią powoli miejsca opartym na ścisłym badaniu; ślepe macanie, wnioskowanie *a posteriori* (*e juvantibus et nocentibus*) zostaną wyrugowane z terapii przez stanowcze rozpoznanie i jasny pogląd na przyczynę choroby, na drogi szerzenia się i sposób działania szkodliwego pierwiastka. Każdy lekarz, śledzący uważnie rozwój nauki w ostatnim dziesiątku lat, przynajmniej z pewnością, że wyniesione ztąd korzyści umysłowe i moralne przewyższają wszelkie oczekiwania. Większa jednak część nasuwających się pytań jeszcze daleką jest od zadawalającego rozwiązania. Należy atoli zważyć, iż nowy kierunek nauki nader jest młody, obejmuje zaledwie dziesiątek lat; zaledwie małą cząsteczkę olbrzymiej roboty dokonano, położono właściwie tylko kamień węgielny. Ale nowa droga, po której badanie powinno postępować, już jest wytknięta; wielki zasób najcenniejszego materiału już nagromadzono, należy tylko brać się skrzętnie do roboty, przy której każdy praktyk, za pomocą uważnego śledzenia i przy użyciu stosunkowo prostych środków, może ogólnej nauce oddawać nader ważne przysługi. Mam nadzieję, że niniejszy artykuł wskaże także praktycznym lekarzom, mającym zamiar przyjęcia udziału we wspólnej pracy nad rozwojem młodej gałęzi nauki, odpowiednie kwestyje, które mogłyby przez nich z korzyścią być obrobionymi. Zestawiając istotne wyniki dokonanej już pracy, postaram się, obok zdobytych już poglądów, wskazać także cele, do których dalsza praca skierować się powinna. Wielkiej liczby ustalonych już faktów jeszcze nie oceniono stosownie do ich doniosłości. Mam nadzieję, że przez odpowiednie oświetlenie, doniosłość ta jaśniej się zarysuje w oczach wielu praktyków używających okularów dawnych poglądów. Okulary te są w części pokryte warstwą pyłu uprzedzeń i przesądów, przeszkadzającą jasnemu dostrzeganiu zarysów nowej postaci nauki.

Powstawanie całego szeregu chorób zakaźnych przez przenikanie do ustroju swoiście działających mikrobów wykazaniem zostało za pomocą ściśle naukowych metod, t. j. drobnowidzowego badania tkanek, sztucznego wyhodowania czystego zarazka i wywołania tejże samej choroby przez zaszczepienie śladu czystej hodowli. Odpowiedni materiał naukowy GAZETA LEKARSKA przedstawiła swym Czytelnikom w seryi artykułów D-ra JAKOWSKIEGO, zebranych obecnie w oddzielnej książce. Pierwsze tedy pytanie, które nam się nasuwa przy bliższem rozpatrzeniu ustalonych faktów, będzie następujące: W jaki sposób oddziałują mikroby na żywy ustrój? Odpowiedź na to pytanie wykaże zarazem przyczynę swoistych objawów, czyli powstawanie obrazu danej choroby, albowiem zbiór objawów, charakteryzujących oddzielne choroby, jest poprostu wynikiem anormalnej czynności narządów i tkanek, zmienionych pod wpływem chorobotwórczego działacza. Dostrzegamy zmiany w odżywianiu, wydzielaniu, objętości, makro- i mikroskopowym wyglądzie narządów i tkanek; w następstwie powstają zmiany w krążeniu, sprawy zapalne, zmiany typu oddechowego, ciepłoty, osłabienie, drgawki i t. d. Rozstrzygnięcie powyższego pytania przedstawia zatem funda-



mentalną doniosłość, albowiem proste wykazanie mikrobow w ustroju jeszcze wcale nie wyjaśnia istoty choroby, od zrozumienia zaś tej istoty dopiero staje się zależnem postępowanie lekarza. Dla wyjaśnienia tych kwestyj dotychczas jednak stosunkowo mało uczyniono; badania dotąd przeważnie były skierowane na wykazanie pasorzytniczej natury całego szeregu chorób, kwestyja zaś działalności pasorzytów o tyle tylko rozjaśnioną została, o ile na to starczyły fakta zebrane przy prostem śledzeniu pasorzytów. Potrzeba więc jeszcze licznych badań, umyślnie skierowanych na cel wspomniany; zadanie to stanowić będzie przedmiot nader mozolnej i długotrwałej pracy w najbliższej przyszłości. Owoce tej pracy przedstawiają się nader obiecującemi, albowiem od nich zależną będzie fundamentalna reforma całych działów medycyny; na zdobytych tą drogą faktach dopiero opierać się będą mogły usiłowania do zwalczenia choroby, *resp.* działalności zarazka, tak samo jak wybór skutecznych środków zapobiegawczych [prewencyjnych] przeciwko zarażeniu przedewszystkiem staje się zależnym od wykazania sposobów rozmnażania, rozprzestrzeniania się i przenikania pasorzytów do ustroju zwierzęcego; [nie można było np. uchronić się od trychin, nie zbadawszy poprzednio ich rozwoju, wędrówek i t. d.].

Przy usiłowaniach rozjaśnienia działalności bakteryj na ustrój zwierzęcy, należy przedewszystkiem postawić sobie pytanie, dlaczego bakteryje, przenikające tak licznie do naszego ustroju z pyłem powietrza, z wodą studzienną, gnijącemi pokarmami [np. serem] i t. d., nie rozwijają się w nim, pomimo pozornie najbardziej sprzyjających warunków, t. j. obecności wilgotnej organicznej materji i jednostajnej wyższej ciepłoty? Nie ulega wątpliwości, iż rogowa powłoka naszej skóry i nabłonek kanału pokarmowego stanowią skuteczną ochronę przeciwko przenikaniu bakteryj w głąb narządów i że obszerniejsze uszkodzenie tej powłoki sprowadza niebezpieczeństwo zarażenia. Kwaśny sok żołądkowy niszczy żywotność licznych bakteryj. Prócz tego istnieją urządzenia, służące do szybkiego oczyszczenia krwi i tkanek z obcych ciał, nietylko rozpuszczonych [ostatnie wydalane są, jak wiadomo, z wydzielinami], ale nawet stałych. Tak np. po wstrzyknięciu do krwi jakiegoś nierozpuszczalnego barwnika w postaci proszku [np. cynobru], obce to ciało już po upływie kilku godzin znika ze surowicy krwi, zbiera się zaś przeważnie w wątrobie, śledzionie, szpiku kostnym; prócz tego zostaje pochłoniętem przez białe ciała krwi; w razie wstrzyknięcia barwnika do tkanek [np. w tkankę łączną podskórną] gromadzą się białe ciała w miejscu dotkniętem [w postaci ogniska zapalnego] i również pochłonawszy cząsteczki obcego ciała, przenoszą je do gruczołów limfatycznych. Podobnym sposobem krew i tkanki ustroju zostają oczyszczone z wprowadzonych tam nieszkodliwych bakteryj; ostatnie prawdopodobnie ulegają rozpadowi wewnątrz ciałek limfatycznych [„fagocytów“ MECZNIKOWA, przetrawiających poprostu pochłonięte obce ciała]. Lecz wspomniane urządzenia nie wyjaśniają nam, dlaczego liczne bakteryje, żwawo rozmnażające się na martwych częściach ciała zwierzęcego [mięsie, wątrobie, nerkach, mózgu, surowicy krwi etc.], po wstrzyknięciu do krwi żywego zwierzęcia nietylko nie mnożą się, ale w krótkim przeciągu czasu tracą swą żywotność, jak to wykazują naumyślnie w tym celu urządzone doświadczenia WY-SOKOWICZA, FODORA i innych. Bakteryje te nie są zbyt wybrednemi, rosną tak-



że na buljonie, żelatynie, gotowanych kartoflach, na równi z zaraźliwymi bakteryjami, a jednak żywy ustrój nie sprzyja ich rozwojowi. Wogóle liczba bakteryj i grzybków, zdolnych do vegetacji w żywym ustroju, nader jest szczupłą, w porównaniu z wielką liczbą blisko pokrewnych im gatunków, nie znajdujących w żywym zwierzęciu odpowiednich warunków do vegetacji. Zachodzi tu taki sam stosunek, jak u niższych klas zwierzęcych, z których tylko szczupła część uzdolnioną jest do życia pasorzytniczego. Tak samo jak ta zdolność nabytą została przez pewną liczbę zwierząt w walce o byt, w postaci przystosowania się do odpowiednich warunków życia, tak też przeciwna zdolność, t. j. zdolność chronienia się od najpospolitszych bakteryjnych pasorzytów, prawdopodobnie nabytą została w walce o byt. Tym sposobem stosunkowo mała tylko liczba grzybkowych i bakteryjnych pasorzytów zdolną jest skutecznie zwalczać ochronne urządzenia zwierzęcego ustroju, a pomiędzy nimi spotykamy znów zdolne do rozwoju w ustroju kilku gatunków zwierząt, albo występujące tylko u pojedynczych gatunków [odra, szkarlatyna i inne], inne rozwijają się dopiero przy znacznem osłabieniu czynności żywotnych zwierzęcia i t. d.. Wogóle odporność zwierząt względem pewnych bakteryj bywa nader rozmaitą i zmienną nietylko u różnych klas i rzędów, ale nawet u gatunków blisko spokrewnionych [np. domowych i polnych myszy]. Odporność może się u teje samej jednostki osłabić przez inne choroby, albo też wzmocnić, nietylko przez czerstwy stan zdrowia, ale przez jednorazowe przewyciężenie tego samego zarazka w stanie osłabionym [ochronne szczepienie]. Odwrotnie znów zaraźliwa zdolność pasorzyta może być do pewnego stopnia spotęgowaną lub osłabioną [doświadczenia PASTEUR'a]. Odporność ustroju zwierzęcego w znacznej części niewątpliwie zależną jest od energii utleniania [zewnątrznego i wewnątrznego], od energii krążenia, wydzielania, trawienia i t. d.; prócz tego prawdopodobnie i same komórki tkankowe są uzdolnione do bezpośredniej walki o byt z pasorzytnicznym wrogiem, do biernej i czynnej obrony, przyczem zwycięży komórka lub grzybek, stosownie do większej energii życiowej jednego z zapasników [energii przyjmowania tlenu, pokarmu, odbierania pożywienia pasorzytom, wydzielania związków szkodzących bakteryjom i t. p.]. Śródbłonek naczyń (*endothelium*) zdaje się przy tej ochronie ważną odgrywać rolę [wedle spostrzeżeń WYSOKOWICZA], albowiem przeszkadza przenikaniu bakteryj ze krwi do tkanek, pochłania je i odbiera im żywotną energiję.

Sposoby przenikania pasorzytów do ustroju, rozmnażania się, rozprzestrzeniania, umiejscowienia i t. d., przedstawiają się nader odmiennymi, stosownie do gatunku. Gdy np. zarazek karbunkułowy nie wywołuje miejscowego zapalnego podrażnienia, lecz przeciwnie przenika do krwi, wypełnia naczynia krwionośne, mianowicie w śledzionie, wątrobie, płucach, nerkach; inne bakteryje zatrzymują się przeważnie w tkankach, powodując albo małe ogniskowe zapalenia (*bacillus tuberculosis*), albo bardziej rozlane zapalenia [mikrokoki ropienia], zapalenie obrzękowe [edematyczne przy róży], obszerny obrzęk złośliwy (*oedema malignum*), zgorzel postępującą i t. p.. Laseczniki karbunkułowe pozostają wolnymi w osoczu krwi, laseczniki zaś posocznicy myszy, szerzące się podobnym sposobem we krwi jak karbunkułowe, zostają przeważnie pochłonięte przez białe ciała krwi. Niebezpieczne objawy przy zarażeniu karbunkułowem mogą w czę-



ści być tłómaczone przez zatkanie naczyń niezmiernie żwawo mnożącemi się we krwi bakteryjami, które odbierając jej tlen osłabiają jej czynność odżywczą. Zapewne jednak tworzą one zarazem produkta rozkładowe, szkodliwie oddziaływające na układ nerwowy, mięśniowy i serce. Takie produkta rozkładowe, sztucznie otrzymane przy zwykłym gniciu ciał organicznych i oddzielone w stanie czystym, okazały silnie trujące własności [ptomajny] i skład podobny do jadowitych alkaloidów [muskaryny i t. p.]. Objawy gnilne, gorączka, silne oddziaływanie na układ nerwowy i drażniące własności, wywołujące objawy zapalne, należy zapewne w przeważnej części odnieść do chemicznego działania produktów wydzielinowych, wytwarzanych przez bakteryje. Mamy więc już pewne wyobrażenia o działalności bakteryj w ustroju zwierzęcym, lecz jeszcze zbyt ogólnikowe, mało dotąd uzasadnione. Zadaniem przyszłości będzie dokładne zbadanie wszystkich warunków życia szkodliwych bakteryj, ich produktów wydzielinowych, sposobu rozwoju, rozmnażania się, rozprzestrzeniania w ustroju, warunków odporności ostatniego i t. d. Droga do częściowego rozwiązania odnośnych ważnych kwestyj daje się już obecnie określić; urządzenie stosownych badań nie przedstawia wielkich trudności, wymaga tylko wytrwałości i wielkiej sumienności i podmiotowości. Można np. podobnym sposobem, jak to czynił Wrssokowicz z bakteryjami nieszkodliwemi, wprowadzać u zwierząt odpornych bakteryje szkodliwe [np. karbunkulowe u psa, posocznicowe myszy domowej u polnej] albo bakteryje osłabione i badać ich dalszy los. To samo należy uczynić odnośnie do bakteryj złośliwych po poprzednim ochronnem szczepieniu bakteryjami osłabionemi. Nie trudno będzie wykazać, co w ostatnim przypadku dzieje się z bakteryjami złośliwemi, gdzie się podziewają, jak długo zachowują swoją żywotność i t. d. Takie badania zarazem dostarczą nader cennego materiału do wyjaśnienia istoty działalności szczepienia ochronnego.

Następujące doświadczenia pokazują, ile ciekawych faktów z łatwością można zebrać przy stosunkowo prostem postępowaniu. Po wstrzyknięciu do żył królika małych ilości zarodników pleśniowych (*aspergillus fumigatus*) z czystej hodowli, zwierzę umiera po 4—7 dniach. Rozsiane ogniska zapalne, zupełnie podobne do gruźleń, znajdują się w różnych częściach ciała; stosunkowo nie-liczne w płucach, mięśniach, mózgu, liczniejsze w wątrobie, nader obfite w n e r k a c h. Drobnowidzowe badanie tych ognisk pokazuje, że zawierają grzybnię pleśniową (*mycelium*). W żywym ustroju jednak nie wytwarzają się nigdy owoce tego grzybka, dopiero po wycięciu kawałka wątroby lub nerki, przy postępowaniu ściśle przeciwgnilnem i przechowaniu go przez kilka dni w naczyniu wyjałowionem, wytwarza się grzybnia z obfitemi owocami. Wprowadzenie do krwi śladu podobnych zarodników spowoduje wprawdzie powstawanie kilku ognisk zapalnych, lecz grzybek ostatecznie obumiera, ogniska zapalne zanikają i zwierzę odzyskuje prawidłowy stan zdrowia. Wstrzyknięcie do krwi królika małej ilości czystej hodowli bakteryj gruźliczych wywołuje na pierwszy rzut oka zmiany makroskopowe podobne do powyżej opisanych, lecz dopiero po upływie nieco dłuższego czasu. Gruźelki występują najliczniej w p ł u c a c h, mniej obficie w wątrobie i śledzionie, najmniej zaś w nerkach. Badanie drobnowidzowe wykazuje w tych gruźleńkach, prócz ogniska zapalnego, liczne właściwe bakteryje,



zawarte w komórkach, przyjmujących powoli wygląd tworów olbrzymich (*Riesenzellen*). Bakteryje mnożą się silnie, gruzelki rosną, zwierzę umiera po 2—3 tygodniach.

Największej doniosłości dla medycyny praktycznej w przyszłości nabędą niewątpliwie fakty, dowodzące, iż liczne objawy patologiczne i całe podobne do siebie grupy objawów, czyli postaci chorobowych mogą być spowodowane przez różne gatunki bakteryj, a nawet przez mikroby należące do zupełnie odmiennych działów istot uorganizowanych. Wiadomo np., że ropnie powstać mogą pod działaniem różnych kulistych bakteryj (*staphylococcus aureus* i *albus*, *streptococcus pyogenes*, *micrococcus tetragenus* i inne), tak samo róża przyrzanna powstaje przy zakażeniu łańcuskowym zarazkiem, odmiennym od zarazka wykazanego przez FEHLEISEN'a dla zwyczajnej róży. Zapalenie płuc powstaje nie tylko przy udziale bakteryj FRIEDLAENDER'a, ale także pod wpływem kilku innych podobnych tworów, lub też zarazków sprawiających ogólne zakażenie ustroju [np. tyfusu]. Niektóre istotne objawy tyfusowe występują nie tylko przy zwyczajnym tyfusie brzuszny, ale także przy wysypkowym, gorączce powrotnej (*febris recurrens*), zakażeniach septycznych, ciężkich postaciach zimnicy (*intermittens*) i zapaleniu płuc i t. p. tak, że dopiero przy starannem badaniu i dłuższej obserwacji postawienie rozpoznania różniczkowego staje się możliwym. Wielkie podobieństwo choleryny do cholery azjatyckiej powszechnie jest znane; FINKLER i PRIOR znaleźli przy pierwszej pręci ki przecinkowe podobne do odkrytych przez KOCN'a, lecz różniące się od ostatnich większemi rozmiarami i szybkością rozpuszczania żelatyny odżywczej; nie dostarczono jednak dotąd stanowczych dowodów zależności choleryny od bakteryj FINKLER-PRIOR'a. Zapalne cierpienia kiszki występują czasami także w postaci napadu cholerycznego. Niektóre postaci zakażenia zimniczego powstają prawdopodobnie pod wpływem zarazka odmiennego od plasmodyjów Pp. MARCHIAFAVA i CELL'ego. Przed kilkoma laty występowała często u dzieci i osób dorosłych w Warszawie łagodna gorączka wysypkowa, przedstawiająca u jednych chorych wielkie podobieństwo do ospy wietrznej, u drugich do pokrzywki (*urticaria*). We wszystkich takich przypadkach wątpliwych udoskonalone metody drobnowidzowego badania z czasem prawdopodobnie znakomicie ułatwia rozpoznanie i wybór odpowiednich środków leczniczych. [D. n.]

---

## II. UWAGI KRYTYCZNE

### NAD POWSTAWANIEM NERKI WĘDRUJĄCEJ.

Podał

**D-r Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

---

W nauce o powstawaniu nerki wędrującej panuje dotychczas pewna sprzeczność pomiędzy anatomo-patologami a klinicystami. Kiedy bowiem pierwsi cierpienie w mowie będące uważają za bardzo rzadkie, a niektórzy nawet wprost



je odrzucają, drudzy natomiast uważają je za bardzo częste i posuwają się tak daleko, że u trzeciej części wszystkich chorych je rozpoznają [BOTKIN]. Tej różnorodności zdań nie można bynajmniej tłómaczyć odmiennym materiałem, służącym za podstawę do wniosków, wszyscy bowiem piszący o nerce wędrującej zgadzają się na to, że cierpienie to zdarza się najczęściej u biednej klasy ludności, a więc u tej samej, która stanowi wyłączny materiał anatomo-patologów. Jeżeli możliwość istnienia nerki wędrującej żadnej nie może ulegać wątpliwości, o czem najlepiej świadczy stosunkowo dość znaczna ilość operacyj wycięcia takiej nerki, to z drugiej wszakże strony cierpienie to uważać należy za dość rzadkie, a przynajmniej o wiele radsze, aniżeli to pospolicie lekarze przypuszczają. Świadczy o tem najlepiej bardzo mała ilość opisów nerki wędrującej, stwierdzonych badaniem pośmiertnem. LANDAU <sup>1)</sup> powiada, że DURHAM na 1,600 sekcij znalazł tylko 2 razy nerkę wędrującą; SCHULTZE na 3,658 sekcij, wykonanych od 1859 — 66 roku w berlińskiej *Charité*, znalazł tylko 5 razy o niej wzmiankę, a w tymże szpitalu, za czas od r. 1870—79, na 6,000 sekcij notowano w mowie będące cierpienie tylko 4 razy. W pracowni anatomo-patologicznej prof. BRODOWSKIEGO przez ostatnie lat 10 [mniej więcej 5,000 sekcij] znaleziono tylko raz jeden nerkę wędrującą, właśnie u chorej z mojego oddziału pochodzącej. Wprawdzie klinicyści, a między nimi i LANDAU, są zdania, że ta rzadkość pochodzi wyłącznie ztąd, że przy sekcjach nie zwracają należytej uwagi na stopień ruchomości nerki; kto jednak miał sposobność widzieć nerkę wędrującą na stole sekcyjnym i kto nadto zdaje sobie sprawę z warunków potrzebnych do powstawania w mowie będącego cierpienia, ten przyzna, że o przeoczeniu nerki ruchomej przy sekcji mowy być nie może. Charakterystyczną jest rzeczą, że nawet ci lekarze, którzy nerkę ruchomą uważają za bardzo częste zjawisko, jak np. LANDAU, nie podają ani jednego własnego badania pośmiertnego i w swych poglądach na sposób powstawania tego cierpienia ograniczają się do przytaczania utartych i we wszystkich dziełach powtarzanych ogólników. Ztąd pochodzi taka bezbarwność w poglądach na patogenezę tego cierpienia, która każdego uderzyć musi.

Wogóle do 1881 r. LANDAU zebrał tylko 17 opisów badań pośmiertnych nerki wędrującej, a i te nie wszystkie za nerkę wędrującą uważane być mogą; jeżeli dodamy do tego, przeoczone przez LANDAU'a, dwa opisy KEPPLER'a z 1879 r., dwa ÖRUMA [z kliniki HOVITZ'a] <sup>2)</sup>, oraz dwie operacje wycięcia nerki ruchomej, wykonane przez MARTIN'a, a opisane przez KEPPLER'a <sup>3)</sup>, które to operacje także za autopsyje *in vivo* uważane być mogą, jeżeli wreszcie dołączymy przypadek, którego opis niżej podaję, to będziemy mieli wszystkiego 24 znanych przypadków badania pośmiertnego nerki wędrującej, z których, jak powiedziałem, kilka jeszcze wyłączyć nam wypadnie.

<sup>1)</sup> Die Wanderniere der Frauen, 1881.

<sup>2)</sup> Arch. f. klinische Chirurgie. T. 23. 1879.

<sup>3)</sup> Ref. w SCHMIDT'a Jarbücher r. 1880. I. Przypadki ÖRUM'a znane były LANDAU'owi, nie wiem jednak dlaczego ich nie umieścił w swoim wykazie, ich opis bowiem pomieszczony w roczniku SCHMIDT'a jest o wiele dokładniejszy aniżeli niektóre z tych, które LANDAU przedrukował.



Zanim przystąpię do uwag krytycznych nad powstawaniem nerki wędrującej, opiszę w krótkości przypadek, który posłużył mi za punkt wyjścia do niniejszej pracy.

Ostrzycka Tekla, lat 60 licząca, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus w połowie sierpnia 1880 roku. Chora miała kilkoro dzieci, z których najmłodsze ma dziś 21 lat. Przez całe życie była zdrową i dopiero od 2-ch lat doświadcza ciągłych przykrych objawów ze strony żołądka, a mianowicie braku apetytu, złego smaku, zaparcia stolca, wiatrów i t. p.. Nadto, skarży się chora na uczucie ciągłego duszenia w nosie. Od kilku lat, będąc jeszcze zupełnie zdrową, poczuła w prawej stronie brzucha twarde, ruchomy guz; kiedy takowy się pokazał, chora na pewno oznaczyć nie może. Zresztą, nie zwracała na niego nigdy szczególniejszej uwagi, albowiem nie sprawiał jej nigdy ważniejszych dolegliwości. Do powyższego rodzina chorej dodaje, że O. od lat paru cierpi na pewien rodzaj umysłowego zбочenia, ciągle zajęta jest swoim zdrowiem, ogląda język, odprawia wędrowniki od jednego lekarza do drugiego, skarży się na brak apetytu, a zjada ogromne ilości pożywienia. W domu jest dla wszystkich ciężarem; jakoż więcej z powodu tego stanu umysłu, aniżeli istotnej choroby, rodzina zdecydowała się oddać ją do szpitala.

*Status praesens.* Chora średniego wzrostu, dość dobrze odżywiana. Skóra sprężysta, z żółtawym odcieniem.

Płuca w stanie nieznacznej rozedmy. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste. Sledziona nie powiększona, wyczuć jej nie można. Toż samo wątroba. Brzuch miękki, ścianki jego zwiotczałe; odgłos niski tympanityczny. Przy ułożeniu chorej na lewym boku, na linii środkowej brzucha, powyżej pępka, wyczuć można guz okrągławy, dość twardy, niebolesny. Guz łatwo daje się zepchnąć ku tyłowi i wtedy położywszy jedną rękę [lewą] na okolicy lędźwiowej prawej, a drugą [prawą] na przednią powierzchnię brzucha, można guz wybornie objąć pomiędzy obie ręce. Z tego położenia bardzo łatwo guz znowu zepchnąć ku przodowi. Ku dołowi guz dochodzi tylko do wysokości pępka i niżej zepchnąć się nie daje. Przy wszystkich tych rękoczynach chora żadnego bólu nie doznaje. W okolicy lędźwiowej prawej żadnego zapadnięcia nie ma, jednakże przy zepchnięciu nerki na jej właściwe miejsce, odgłos stawał się wyraźnie tępszym, aniżeli wtedy, kiedy nerka pozostawała w jamie brzucha. Mocz błądy, ciężar właściwy 1013, białka nie zawiera.

Chorej zalecono sól karlsbadzką, kwas solny i odpowiednią dyjetę. Z początku chora, widząc że się jej stanem interesują, czuła się bardzo dobrze; wkrótce jednak dawne dolegliwości zaczęły powracać i od tej chwili trzeba było ciągle zmieniać lekarstwa, z których po każdym przez kilka dni lepiej się czuła. Stan umysłowy ciągle był przytem nieprawidłowy: chorej ciągle się zdawało, że jest pośmiewiskiem swych towarzyszek, że ma coś w nosie, że miewa śmiertelne krwotoki, wtedy, kiedy na chustce zaledwie ślady krwi pokazywały się. Po nocach nie sypiała, bo jej się zdawało, że już umiera. W Listopadzie 1880 r. dostała zimnicy, która przy użyciu chininy przeszła po kilku dniach; obrzmienie jednak sledziona pozostało na stałe. Od tej chwili chora zaczęła powoli chudnąć i słabnąć, aczkolwiek obiektywne badanie nic nowego wykryć nie zdołało. Z tem wszystkim stan chorej nie przedstawiał się jeszcze wcale groźnie. Dopiero w Lutym 1881 r. wychudnięcie zaczęło szybko postępować. Chora już prawie z łóżka nie wstaje, twarz woskowo-żółta, policzki zapadłe.

19 Lutego, chora skarży się na dreszcze i klucie w prawym boku; badanie wykrywa w dolnych częściach prawego płuca tępość i osłabienie oddechu. Ciepłota 38,5° C.

20 Lutego. Bardzo silna duszność, ciepłota 39,5° C. tętno 120 małe. Z tyłu tępość sięga do grzebienia łopatki, z przodu do 3-go zebra.



21. Z powodu zwiększającej się duszności, wypuszczono około 500 ct. sześciennych krwawego płynu.

22. Duszność nieco mniejsza, upadek sił ogromny; wieczorem chora umarła.

Badanie pośmiertne [pros. D-r PRZEWOSKI]. Trup silnie wyniszczony, tkanki tłuszczowej podskórnej mało.

Opony mózgu i mózg blade, zresztą zmian żadnych nie przedstawiają.

W górnej części lewego płuca rozlane stwardnienie; płuco w tych miejscach powietrza nie zawiera, powierzchnia przekroju słabo ziarnista, szara, łatwo rozrywać się daje (*pneumonia cachecticorum*). W prawej opłucnej kilka funtów krwawego płynu; płuco przyrosłe od przodu do klatki piersiowej licznymi bardzo luźnymi błonami fałszywymi. Obie powierzchnie opłucnej, szczególnie zaś błony fałszywe, usiane mnóstwem drobnych białych guziczków (*pleuritis tuberculosa*). Płuco uciśnięte, ognisk serowatych nie zawiera.

Serce prawidłowe.

Po otwarciu jamy brzusznej, na przedniej powierzchni kręgosłupa, powyżej pępka, pod poprzeczną, na wewnątrz od zagięcia wątrobowego kiszki wstępującej (*flextura hepatica*), widać guz okrągławy, nie przykryty siecią (*omentum*), który, jak bliższe obejrzenie wykazuje, jest prawą nerką. Daje się ona łatwo podnieść i wsunąć w okolice lędźwiową i zawarta jest w zdwojeniu otrzewnej, która na około niej tworzy rodzaj krążki. Ułożenie nerki jest następujące: leży ona poprzecznie, t. j. najdłuższy jej wymiar odpowiada poprzecznej osi ciała, brzeg wklęsły [wewnętrzny, czyli wnek] zwrócony jest ku górze, brzeg wypukły [zewnątrzny] ku dołowi, powierzchnia tylna ku przodowi. Skutkiem tego, naczynia nerkowe i moczowód idą najpierw ku górze, i później dopiero zaginają się ku dołowi. Na pewnej przestrzeni leży na nich nerka i uciska je swym ciężarem. Po należytem odpreparowaniu obu nerek, znaleziono następujące wymiary naczyń:

		nerka prawa	lewa
tętnica	{ długość . . . . .	11 ctm.	7 ctm.
	{ szerokość . . . . .	1 $\frac{1}{4}$ „	1 $\frac{3}{4}$ „
żyła	{ długość . . . . .	6 $\frac{1}{5}$ „	10 „
	{ szerokość . . . . .	3 „	4 „
moczowód	{ długość . . . . .	31 „	35 $\frac{1}{2}$ „
	{ szerokość . . . . .	1 $\frac{1}{2}$ „	1 „

W istocie nerkowej badanie mikroskopowe zmian żadnych nie wykrywa. Śledziona powiększona, miękka. Wątroba prawidłowa. Żołądek w stanie przewlekłego niezłytu.

Zanim przejdziemy do rozpatrzenia warunków powstawania zajmującego nas cierpienia, musimy przedewszystkiem określić, co rozumiemy pod nazwą nerki wędrującej. Wprawdzie wątpliwości w tym względzie być nie powinno, jednakże opisy kliniczne uczą, że niejednokrotnie nazwą nerki wędrującej oznaczano stany, w których nerka wprawdzie dostępna jest dla macania, jednak nie jest bynajmniej ruchomą. Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, na co już FREUND i KEPPLER <sup>1)</sup> zwrócili uwagę, że przy pewnych warunkach [u osób

<sup>1)</sup> W tem miejscu nie mogę się powstrzymać od zrobienia uwagi, że już RAYER wiedział o tem, że nerki dostępne są dla obmacywania. Oto co mówi on w swem *Traité des maladies des reins* [T. III. str. 795 r. 1841]. „Lorsque la malade est ainsi placée, on cherche vainement en arrière, sur le côté droit de la colonne vertébrale, la partie inférieure du rein, qui chez les sujets, dont l'embonpoint n'est pas considérable, est ordinairement appréciable à l'état normal“.



bardzo chudych z wiotkimi ścianami brzuszniemi] i umiejętnem dwuręcznem badaniu, można wyczuć nawet zupełnie normalnie położoną nerkę. Oczywiście udaje się to jeszcze łatwiej, jeżeli nerka położona jest w niewłaściwym miejscu, t. j. zazwyczaj bardziej powierzchownie, jak się to najczęściej zdarza w okolicy wątroby. Wtedy to nerka, będąc pozbawioną swej podpory, t. j. mięśni lędźwiowych, daje się przy ucisku nieco zepchnąć z zajmowanego miejsca, do którego jednak, po ustaniu ucisku, sama napowrót powraca. Taki stan lekarze często uważają za nerkę wędrującą, przy czem mały stopień ruchliwości tłómaczą sobie powstałemi w następstwie zrostami z sąsiednimi narządami. Taki przypadek miałem niedawno sposobność badać po śmierci; tu także odnieść należy przypadek LANCEREAUX, opisany przez LANDAU'a pod N. 10, a także przypadek URAG'a [u LANDAU'a N. 7]. Pomijając już, że nie ma najmniejszej zasady przyjmować, aby nerki takie poprzednio były ruchome w ścisłym tego słowa znaczeniu, takie położenie nerki, choćby nawet nieco ruchomej, nie pociąga za sobą żadnych z tych skutków, które wywołać może nerka wędrująca, t. j. ucisku narządów jamy brzusznej i drażnienia nerwów nerkowych. To też nerkę tylko wtedy nazywać możemy ruchomą, jeżeli ta sama przez się może zmieniać swe położenie i w takowem się utrzymywać. Niestety, aczkolwiek rzecz ta w teorii żadnej nie ulega wątpliwości, jednakowoż w praktyce nie jest bynajmniej ściśle przestrzeganą. Najlepszym dowodem tego służy praca LANDAU'a, który, pomiędzy przytoczonymi 17 protokołami sekcji nerki wędrującej, przytacza 4 takie przypadki, które w żaden sposób tu należyć nie mogą. I tak, w przypadku LE RAY'a [przyp. 8] sam LANDAU powiada, że nie wiadomo, czy nie było tu wrodzonego przemieszczenia nerki. Nerka w tym przypadku trzy razy była większą od prawidłowej; nie dziwnego więc, że sięgać mogła nisko, aż do jamy małej miednicy. Jak wysoko sięgała ku górze, jakie były jej stosunki do sąsiednich narządów i otrzewnej—o tem w protokole nie ma słowa. Toż samo prawie powiedzieć można o przypadku URAG'a [przyp. 7], w którym nerka za życia tylko z wielką siłą przemieszczona być mogła; po śmierci nerka przylegała do wątroby, z którą ściśle była zrosnięta, nadto była powiększona, w stanie puchliny (*hydronephrosis*), a jej tkanka zupełnie zanikła. Toż samo odnosi się do dwóch przypadków LANCEREAUX <sup>1)</sup> [u LANDAU'a 11 i 12]; o jednym z nich nie ma żadnej wzmianki, o drugim zaś powiedziano tylko: „u 60-letniej suchotnicy znaleziono prawą nerkę *à cheval* przed 2 i 3 kręgiem lędźwiowym, pokrytą otrzewną. Naczynia i moczowód, o ile się zdaje, prawidłowe, nieco wydłużone, wątroba przekrwiona, jakoby odpychała nerkę ku dołowi. Jednakowoż można przypuszczać, że ta ostatnia już poprzednio swe miejsce zmieniła. Prawy jajnik niezmienny, ale w macicy włókniaki“. O ruchomości nerki i o jej stosunku do otrzewnej ani słowa nie ma. Oczywiście, że przy takim braku

---

<sup>1)</sup> LANDAU przytacza 3 przypadki sekcji opisane przez LANCEREAUX, nie cytując z jakiej pracy tego autora je wyjął. W artykule „REIN“, pomieszczonym w „Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales, DÉCHAMBRE'a“ [S. III. T. 3. r. 1876], LANCEREAUX nie przytacza szczegółowo ani jednego badania pośmiertnego i mówi wyraźnie: „le seul fait de mobilité du rein, ou j'ai pu pratiquer la nécropsie“ etc. [str. 175].



krytyki w ocenianiu protokołów pośmiertnych, nie mogło być mowy o wyrobieniu sobie należytego pojęcia o anatomicznych warunkach, potrzebnych do powstania nerki wędrującej. Tym brakiem krytyki, z małym wyjątkiem, grzeszą wszyscy autorowie, piszący o nerce wędrującej.

Rozpatrzmy teraz warunki, w jakich powstać może nerka wędrująca. Jak wiadomo, nerka w prawidłowych warunkach tak mocno jest przytwierdzona, że sama przez się, to jest swym własnym ciężarem, zupełnie prawie miejsca nie zmienia. Na 24 przypadków, SAPPEY <sup>1)</sup> znalazł, iż 21 razy nerka na trupie, po otwarciu jamy brzusznej, zupełnie była nieruchoma, a tylko 3 razy przy pionowym ustawieniu trupa obniżyła się o 2 ctm. Z poszukiwań ZUCKERKANDL'a <sup>2)</sup> wiemy, że, pomijając różnice w przyczepieniu prawej i lewej nerki, nerka leży ściśle zamknięta w rodzaju worka, którego tylną ścianę stanowi t. z. *fascia retrorenalis* [ZUCKERKANDL'a] <sup>3)</sup>, przednią zaś otrzewna ścienna. Pierwsza z tych błon, włóknista, po brzegach nerek i nadnercza przechodzi w otrzewną, tworząc tym sposobem z tą ostatnią zupełny worek naokoło nerki. W tym worku leży drugi, utworzony z t. z. *capsula externa renis*, t. j. luźnej tkanki łącznej, spajającej poprzedni worek z powłoką właściwą nerek; u osób tłustych powłoka ta zawiera dużo tłuszczu i nosi nazwę *capsula adiposa*. Dopiero w tym drugim worku leży nerka. Obecność tłuszczu, o którym mowa, bynajmniej nie jest stałą; przynajmniej u połowy trupów go nie ma, o czym bardzo łatwo przy sekcjach przekonać się można; obecność też ta na przytwierdzenie nerki nie ma żadnego wpływu, bo i tak nerka za pomocą luźnej tkanki łącznej przytwierdzona jest do ścian worka, w którym leży. Nawet w razie zupełnego zniszczenia tego połączenia, nerka na bardzo tylko ograniczonej przestrzeni zmieniać może położenie, będąc zamkniętą w rodzaju worka. Najgłówniejszą przeszkodą dla poruszania się swobodnego nerki, w tym kierunku, w którym te ruchy, ze względu na naczynia nerkowe, byłyby możliwe, t. j. ku przodowi, stanowi otrzewna, rozciągnięta przed nerką w rodzaju przepony. Następujące proste doświadczenie na trupie, które wielokrotnie powtarzałem, najlepiej o tem przekonywa. Jeżeli na trupie zrobimy w okolicy lędźwiowej przecięcie takie, jak do nefrektomii, i przeciąwszy wszystkie warstwy, nie wyłączając *fasciae retrorenalis*, wyluszczymy nerkę, t. j. oddzielimy ją od otrzewnej, wtedy przekonamy się bardzo łatwo, że nerkę poruszać możemy tylko na bardzo ograniczonej przestrzeni z góry ku dołowi, kiedy tymczasem ku przodowi stoi temu na przeszkodzie otrzewna. Jeżeli poruszając nerkę jedną ręką, drugą ułożymy na brzuchu, to mimo nadawanych nerce ruchów, nie czujemy w brzuchu żadnego guza, lub co najwyżej u trupów chudych, czujemy dolną połowę nerki na zewnętrznej stronie brzucha, pomiędzy łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowej. To ostatnie jednak leży jeszcze zupełnie w granicach stosunków normalnych, jak bowiem mówiłem, nawet w stanie prawidłowym, przy dwuręcznem badaniu u osób chudych, dolny koniec

<sup>1)</sup> Patrz LANDAU l. c.

<sup>2)</sup> Ueber den Fixationsapparat der Nieren [Wiener Medizinisch. Jahrbücher. Z. I. r. 1883].

<sup>3)</sup> Błona ta zupełnie jest niezależna od powięzi pokrywającej przednią powierzchnię mięśnia *quadratus lumborum* t. z. *lamina profunda s. interua, s. anterior fasciae lumbo-dorsalis*.



nerki we wskazanem miejscu wyczuć można; nie dziwnego, że przy forsownem obniżaniu nerki, jej dolny koniec w tych samych warunkach jeszcze lepiej można wyczuć. Jeżeli, po zrobieniu wyżej przytoczonego wyluszczenia nerki, zaszycemy przecięte mięśnie i skórę, i nadawać będziemy trupowi rozmaite położenia, wtedy nerka wcale nie zmienia położenia i wtedy nawet dolnego jej końca wyczuć nie można. Okazuje się więc z tego dobitnie, że samo rozluźnienie połączeń nerki z otrzewną bynajmniej nie wystarcza do wywołania nerki wędrującej. Dopiero, jeżeli w powyższem doświadczeniu, po wyluszczeniu nerki, przerwiemy otrzewną i nerkę wpuscimy do jamy otrzewnej, wtedy wyczuwamy w jamie brzusznej guz, posiadający te same cechy, co nerka wędrująca, to jest zmieniający samowolnie położenie, stosownie do pozycji nadanej trupowi. Tym sposobem widzimy, że niezbędnym warunkiem powstania nerki wędrującej jest, aby nerka swobodnie poruszała się wewnątrz jamy otrzewnej, co możliwem będzie tylko wtedy, jeżeli nerka, nakształt kiszek, otoczona będzie ze wszystkich stron otrzewną, t. j. jeżeli posiadać będzie krążek (*mesonephron*), lub jeżeli otrzewna przedstawiać będzie inne, podobne nieprawidłowości, pozwalające na wpuklanie się nerki do jamy otrzewnej.

Przyjrzyjmy się, o ile dane anatomiczne, jakie w tym względzie posiadamy, potwierdzają nasze powyższe zdanie. Jak już mówiłem, LANDAU <sup>1)</sup> w pracy swej zebrał 17 protokołów badań pośmiertnych, z których jednak, jak to już wykazałem, cztery [LE RAY'a, URAG'a i 2 LANCEREAUX] w żaden sposób za nerkę wędrującą uważane być nie mogą. Z pozostałych zaś 13 niektóre są tak krótkie, że najmniejszego pojęcia z nich nabrać nie można o stosunku nerki do innych narządów, a mianowicie też otrzewnej. I tak, w przypadku CULLINGWORTH'a nie powiedziano nawet, gdzie leżała nerka i czy była ruchoma. Również nie można sobie wytworzyć żadnego pojęcia o przypadku BRAUN'a, w którym nerka leżała w pośród jakiegoś guza „*steatomatos*“. Wreszcie w przypadkach MOSLER'a, LANCEREAUX [3-ci, u LANDAU'a 10] EBSTEIN'a i ROBERTS'a <sup>2)</sup> nie ma żadnej wzmianki o zachowaniu się otrzewnej. Po wyłączeniu i tych 6, zostanie 7 protokołów, z których skorzystać można; dodajmy do tego cztery opuszczone przez LANDAU'a [a mianowicie: 2 ÖRUM-HOVITZ'a i 2 KEPPLER'a], dalej jedną operację KEPPLER-MARTIN'a <sup>3)</sup> i wreszcie mój przypadek, a będziemy mieli wszystkiego 13 protokołów, z którymi nam się rachować wypadnie. Do

---

<sup>1)</sup> W rozbiórce opisanych badań pośmiertnych posługiwałem się przeważnie pracą LANDAU'a, którego skrzętność w zebraniu materiałów do nerki wędrującej się odnoszących na uznanie zasługuje. Tylko niektóre opisy, mianowicie nowsze, czytałem w oryginale i to na właściwem miejscu zaznaczam.

<sup>2)</sup> W przypadku ROBERTS'a [LANDAU l. c. str. 19] powiedzianem jest tylko: naczynia i moczowód stanowiły jedyne przyczepienie. Trudno się domyślić, co pod tem wyrażeniem rozumieć należy.

<sup>3)</sup> Drugiej operacji KEPPLER-MARTIN'a pod uwagę brać nie mogę ze względu, że opis nie jest tak kategoriyczny jak w pierwszym przypadku. Powiedziane tu jest wprawdzie, że nerka mogła być do ściany brzucha doprowadzoną, o króciec wyraźnej jednak mowy nie ma. Z drugiej jednak strony w innym miejscu KEPPLER mówi o fałdzie otrzewnej, jako stałem zjawisku.



tego wreszcie możnaby jeszcze dodać pozostałe 9 operacyj MARTIN'a, które obszerniej opisane nie zostały, a o których posiadam tylko krótką, własnoręczną notatkę MARTIN'a. Zresztą, o tem wspomnę jeszcze na właściwym miejscu.

We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednego [RAYER'a], istniały nieprawidłowości otrzewnej, a w wielu z nich nerka posiadała zupełną krótką. Przypadki te rozpatrzmy w krótkości, poczynając od tych, w których krótką wyraźnie zaznaczoną została.

1. GIRARD <sup>1)</sup>. „Prawa nerka przedstawia nieprawidłowość godną uwagi: otrzewna, zamiast pokrywać tylko przednią powierzchnię nerki, otacza ją ze wszystkich stron, wyjąwszy wnęki, tworząc w ten sposób prawdziwą krótką, mającą 2 cale długości. Tym sposobem nerka pływała niejako w jamie brzusznej na wysokości trzeciego kręgu lędźwiowego“.

2. HENDERSON <sup>2)</sup>. „Prawa nerka zupełnie poruszalna w przedłużeniu otrzewnej, zawieszona na rodzaju krótki“.

3. KEPPLER <sup>3)</sup>. „Sekcja wykazała przemieszczenie do prawego dołu biodrowego prawej nerki, zawieszonej w długiej, pozbawionej tłuszczu torbie otrzewnej“.

4. KEPPLER <sup>4)</sup>. Jedyną nieprawidłowością, jaką wykazała sekcyja, była przemieszczona i ruchoma nerka, znajdująca się wewnątrz torby otrzewnej, długiej na 10 ctm. i pozbawionej zupełnie tłuszczu.

5. KEPPLER <sup>5)</sup>. Opis operacji wykonanej przez MARTIN'a: „Jama brzuszna przeciętą została wzdłuż smugi białej na przestrzeni 10 ctm. pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem, nerkę z łatwością odnaleziono na miejscu, w którym ją i badanie zewnętrzne wykazywało, otoczoną w torbie otrzewnej i ręką z rany ją wyciągnięto wraz ze zdwojeniem otrzewnej, 10 ctm. długiem, w którym się nerka znajdowała“.

MARTIN ogółem wykonał 9 operacyj wycięcia nerki ruchomej, z których 2 opisał obszerniej KEPPLER. Na listowne zapytanie, jakie zrobiłem d-rowsi MARTIN w przedmiocie zachowania się otrzewnej w pozostałych przypadkach, tenże raczył mi odpowiedzieć co następuje: „Przy nerce wędrującej tworzy się według moich spostrzeżeń, worek w otrzewnej, w którym nerka wisi na wydłużonych naczyniach, jak na krótkce lub nóżce“.

6. Mój, wyżej opisany przypadek.

Powyzsza, najlichniesza kategoryja, obejmuje przypadki, w których wyraźnie jest mowa o krótkce <sup>1)</sup>. Tu również zaliczyć należy dwa następujące, w któ-

<sup>1)</sup> Patrz u RAYER'a. *Traité des maladies des reins*. 1841.

<sup>2)</sup> Cyt. u LANDAU'a str. 24.

<sup>3)</sup> KEPPLER, l. c. str. 524.

<sup>4)</sup> l. c. str. 527.

<sup>5)</sup> l. c. str. 540.

<sup>6)</sup> Tu prawdopodobnie odnieść należy także przypadek o którym wspomina BILLROTH. [Wiener med. Woch. Nr. 23, 24 i 25 r. 1884]. Chorej, u której rozpoznano raka odźwiernika (*pylorus*) zrobiono przecięcie jak do operacji raka żołądka. Okazało się, że żołądek i kiszka zdrowe, natomiast „*die rechte Niere stellte sich in die Wunde*“. Nerkę wycięto, chora zmarła. O zachowaniu się otrzewnej wyraźnej wzmianki nie ma i dla tego przypadku tego do mego wykazu nie włączyłem, jeżeli jednak nerka do rany wystawała, to musiała leżyć w stosunkowo długim zdwojeniu otrzewnej.



rych nerka nie posiadała swej własnej krézki, lecz leżała w wspólnej krézce z kiszka grubą.

7. ÖRUM-HOVITZ<sup>1)</sup>. U 60-letniej kobiety lewa nerka, bardzo ruchoma, mogła być z łatwością doprowadzona przed kręgosłup i ku dołowi aż do linii poziomej, idącej przez oba grzebienie kości biodrowej. Również nisko dała się zsunąć prawa nerka. *Colon ascendens* miało bardzo długą krézkę, która tak rozciągnięta być mogła, że kiszka na 12 ctm. była odległa od przedniej [chyba tylnej?] ściany brzucha i z łatwością na lewą stronę kręgosłupa przeniesiona być mogła. Podniósłszy nerkę ku przodowi, można ją było ze wszystkich stron otoczyć otrzewną. *Colon descendens* również ruchome i ma krézkę długości 7 ctm.. Nerka i tu poruszała się swobodnie w *mesocolon* i ze wszystkich stron otoczona być mogła otrzewną. Z prawej strony od aorty odchodzą 2 tętnice nerkowe. Nerki z obu stron na 3 palce oddalone być mogły od nadnerczy. W przypadku tym nerki nie miały osobnej krézki dla siebie, ale, co na jedno wyjdzie, zawarte były w *mesocolon*, t. j. w długiej torbie, w której swobodnie poruszać się mogły.

Tu prawdopodobnie odnieść należy i następujący przypadek:

8. DURHAM<sup>2)</sup>. „Przy autopsyi 34-letniej kobiety znaleziono, że lewa nerka wyraźnie ku przodowi wystawała. Okrężnica zstępująca (*colon descendens*) leży o wiele bliżej linii środkowej, aniżeli to zazwyczaj ma miejsce, i zamiast tworzyć na lewo *S. Romanum*, przebiega przed kręgami lędźwiowymi do jamy miednicy, na prawo od kości krzyżowej. Przy poruszaniu ciałem lub innych manipulacjach, udaje się łatwo nerkę sprowadzić pod żebra, przed kręgi, a nawet nieco na prawo do dołu biodrowego. Po zaszcyciu jamy brzusznej, przy obmacywaniu okolicy lędźwiowej, można było wyczuć nerkę, jako gładki, elastyczny, owalny guz, który przy naciskaniu wymykał się z pod palcy. Otrzewna przedstawiała się nieprawidłowo. Zamiast pokrywać przednią powierzchnię nerki, dotykała się ona tylko dolnej części brzegu wewnętrznego i później, utworzywszy *mesocolon descendens*, dotykała się znowu brzegu zewnętrznego. Również i mały worek otrzewnej ciągnął się tak daleko na lewo, że pokrywał tylną powierzchnię śledziony i tak daleko na dół, że dotykał górnego brzegu nerki. Wyraźnej krézki nerkowej nie było. W okolicy lędźwiowej znajdowało się mało tłuszczu, a miejsce jego zajmowała luźna tkanka łączna. Brak tłuszczu tłumaczy do pewnego stopnia ruchliwość nerki. Naczynia nerki zaczynały się w zwykłym miejscu, lecz zdaje się, że były nieco dłuższe. Lewe nadnercze bardzo tylko niewiele się poruszało“. Z opisu powyższego widać, że nerka, podobnie jak w przypadku ÖRUM-HOVITZ'a, leżała we wspólnej torbie otrzewnej z kiszka zstępującą i że w tej torbie swobodnie poruszać się mogła.

W powyższych dwóch przypadkach, aczkolwiek osobnej krézki dla nerki nie było, warunki sprzyjające ruchliwości były te same, cała różnica polegała na tem, że nerka nie poruszała się wraz z krézka, ale wewnątrz obszernej torby;

1) ÖRUM. Gynakolog. og obstert. Meddelelser, utgivne af. prof. HOVITZ. 1879 [ref. w SCHMIDT's Jarbúcher. 1480. I].

2) U LANDAU'a l. c. str. 22.



swoją drogą, nie była ona utrzymywana z przodu przez otrzewną i swobodnie w jamie brzusznej pływać mogła.

W następujących czterech przypadkach nieprawidłowości otrzewnej nie były tak wysokiego stopnia, zawsze jednak tego rodzaju, że ułatwiać mogły ruchomość nerki. Żałować tylko należy, że z odpowiednich opisów nie zawsze wnioskować można, czy nerka w tych przypadkach była ruchomą w tak wysokim stopniu, jak w poprzednich. Tu należą:

9. ÖRUM-HOVITZ <sup>1)</sup>. Prawa nerka w prawidłowem położeniu, pokryta otrzewną i na tylnej powierzchni. Nadnercze zupełnie od nerki oddzielone. Lewa nerka także ruchoma, ale nie tak wyraźnie okryta otrzewną. Z obu stron po 2 tętnice.

10. JAGO <sup>2)</sup>. U kobiety znaleziono za życia nerkę ruchomą, jednak nie zbyt ruchliwą; mianowicie też do wnęki nie można było dojść ręką. Przy badaniu pośmiertnem przekonano się, że nerka mogła być oddaloną od łądźwi w górnym swym końcu na 2, w dolnym zaś na 3 cale. Naczynia takiej ruchomości nie przeszkadzały wcale. Otrzewna pokrywała nerkę na całej przedniej a po części także na bocznych i tylnej powierzchni, nie tworzyła jednak wyraźnej krézki. Z nerek otrzewna luźno przechodziła na sąsiednie części.

11. ABERLE [184] <sup>3)</sup>. Przy autopsyi 66-letniej kobiety, zmarłej z powodu wylewu krwi do mózgu, natychmiast po otworzeniu jamy brzusznej zauważono w okolicy pępka guz, pokryty luźno przylegającą do niego otrzewną. Była to prawa nerka, która leżała ukośnie przed mięśniem łądźwiowym (*m. psoas*), a mianowicie tak, że jej wypukły brzeg zwrócony był więcej ku górze. Prócz tego kiszka wstępująca i prawa połowa poprzecznicy tak były ku dołowi zepchnięte, że właściwie mówiąc, okrężnica wstępująca (*colon ascendens*) nie istniała wcale, lecz kiszka ślepa przechodziła bezpośrednio w poprzecznicę, która w kształcie litery V opuszczała się ku miednicy, później wznosiła się ku śledzionie, aby przez *flexura colon sinistra* przejść w okrężnicę zstępującą (*c. descendens*). W przypadku tym, zdaje się, że krézki nie było [choć o tem w opisie wzmianki nie ma] i nerka leżała po za bardzo luźnie i nieprawidłowo uformowaną otrzewną, która nie dawała jej ku przodowi należytego oparcia. Zresztą, dodać winienem, że w opisie nie ma wzmianki o stopniu ruchomości nerki.

12. ABERLE [1826] <sup>4)</sup>. U 32-letniego mężczyzny za życia znajdowano w okolicy pępkowej guz, który za naciśnięciem ręką znikał i z łatwością przed kręgosłup mógł być doprowadzony. Po śmierci okazało się, że guz ten była to prawa nerka, którą można było posuwać w tym samym kierunku, co za życia. Naczynia nerkowe stosunkowo długie, powłoka pozbawiona tłuszczu, *flexura coli dextra* znacznie oddalona od wątroby i nieco ku środkowi jamy brzusznej zepchnięta. Sam ABERLE przypuszczał, że skłonność do ruchomości była w tym przypadku wrodzoną. [D. n.]

<sup>1)</sup> L. c.

<sup>2)</sup> LANDAU l. c. str. 24.

<sup>3)</sup> LANDAU l. c. str. 16.

<sup>4)</sup> LANDAU l. c. str. 15.



### III. WYCIĘCIE ŚLEDZIONY

(*Laparosplenectomia*).

Opisał

**D-r W. Orłowski**

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Usunięcie śledziona nie powoduje w nstroju żadnych poważnych następstw, to też tak zwana *splenectomia*, wycięcie, o ile doświadczenie stwierdza, najzupełniej jest usprawiedliwionem.

Chorzy po utracie znacznej części, a nawet całej wypadniętej śledziona, przy ranach drążących do jamy brzusznej, wyzdrowieli wszyscy i u żadnego z nich nie zauważano następnie zmian, któreby mogły być w związku z utratą tego narządu. Liczba tego rodzaju spostrzeżeń, drukiem ogłoszonych, dochodzi do 20 <sup>1)</sup>. Dowodem niemniej przekonywającym są uleczeni szczęśliwie po operacjach, dokonanych na śledzionach zmienionych przez sprawy patologiczne [PÉAN <sup>2)</sup>, CRÉDÉ <sup>3)</sup>, CZERNY <sup>4)</sup>]. I tu nie spostrzegano widocznych zmian, te które powstają bowiem w składzie krwi, są tylko przechodnie, trwają nie długi przeciąg czasu i w razie uleczenia chorych pozostają bez wpływu.

A jednak ze względu na zejścia pooperacyjne, *laparosplenectomia*, to jest wycięcie śledziona patologicznie zmienionej, dotąd nie jest zachęcającem; przyczyną tego bez wątpienia są warunki, w jakich wykonywa się operację. NEDOPIL <sup>5)</sup>, CZERNY <sup>6)</sup>, ZESAS <sup>7)</sup>, CRÉDÉ <sup>8)</sup>, starali się zestawić ogłoszone drukiem spostrzeżenia; w statystycznym zestawieniu CRÉDÉ'go, z r. 1883, ilość dokonanych laparosplenektomij dochodzi do 30, do których w chwili obecnej dodać należy operacje wykonane przez TERRIER'a <sup>9)</sup> [białaczka †], BILLROTH'a <sup>10)</sup> [mięsak], KOEBÉRLÉ <sup>11)</sup> [białaczka †], RYDYGIER'a <sup>12)</sup> [białaczka †], GUSSENBAUER'a <sup>13)</sup> [po-

<sup>1)</sup> D-r ZESAS. Ueber Exstirpation der Milz am Menschen und Thiere. Archiv für Klinische Chir. T. XXVIII r. 1883.

<sup>2)</sup> PÉAN. Diagnostic et Traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. str. 1049. roku 1880.

<sup>3)</sup> CRÉDÉ. Bericht über die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XIII Kongress. 1884.

<sup>4)</sup> CZERNY. Wiener Medicinische Wochenschrift r. 1879. Nr. 13 i następne.

<sup>5)</sup> NEDOPIL. Wiener Medicin. Woch. 1819. Nr. 9 i następne.

<sup>6)</sup> CZERNY. Ibidem.

<sup>7)</sup> ZESAS. Ibidem.

<sup>8)</sup> CRÉDÉ. Ueber Exstirpation der kranken Milz am Menschen. Archiv. für klin. Chir. T. XXVIII. r. 1883.

<sup>9)</sup> TERRIER. Bulletins et mémoires de la société de Chirurgie. Séance du 11. Juin. 1884.

<sup>10)</sup> HACKER. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung 28. März. 1884.

<sup>11)</sup> KOEBÉRLÉ. Gazette Médicale de Strasbourg. Nr. 7. r. 1884.

<sup>12)</sup> RYDYGIER. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXI. Hft. 5 i 6 [BIZIEL].

<sup>13)</sup> GUSSENBAUER. Prag. Med. Wochensch. Nr. 19. i następne r. 1884. [PIETRZYKOWSKI].



większona śledziona z powodu zimnicy †], ALBERT'a <sup>1)</sup> [*infarctus*, zawał śledziona], PROCHOWNICK'a <sup>2)</sup> [rozrost ruchomej śledziona], CECR <sup>3)</sup> [rozrost śledziona]. Tym więc sposobem włączając wykonaną i przezemnie †], cyfra ogólna laparospelenektomij dochodzi do 39. Obliczenia te nie mogą być uważane za ścisłe, do tych bowiem, jak zwykle, dojsć jest niepodobna. I tak w pracy ogłoszonej w *The American journal of the med. science* p. 483 r. 1882 (*De la splénectomie*), a streszczonej w *Revue des sciences médicales*, HAYEM'a Nr. 43 r. 1883, podano już 37 operowanych, z których wyzdrowiało 7, lecz brak jest szczegółowego zestawienia spostrzeżeń.

Dziewiętnaście razy operacyja wykonaną była przy białaczce (*leukaemia*), z operowanych wyzdrowiała tylko chora D-ra FRANZOLINI, u której jednak rozpoznanie choroby zdaje się być wątpliwem; CREDÉ np. zalicza ją do zejść pomyślnych wprost po wycięciu powiększonej przez zwykły rozrost śledziona.

Pozostaje 20 spostrzeżeń, w których wskazania do operacyj stanowiły zmiany w samej tylko śledzionie, a najczęściej jej rozrost. Z nowotworów złośliwych spostrzegano raz jeden pierwotnego mięsaka (*sarcoma*), operacyja wykonaną była z powodzeniem zupełnem przez BILLROTH'a. Z 20 operowanych wyzdrowiało 13, umarło 7, odsetka więc śmiertelności pooperacyjnej wypada około 35%, co, ze względu na wydoskonaloną technikę operacyjną, na przyjęte obecnie przez ogół zasady postępowania przeciwnie, pozornie, jak już wzmiankowałem, bynajmniej nie jest zachęcającem. Powtarzam jednak, pozornie tylko, czytując się bowiem uważnie w szczegółowe opisy spostrzeżeń, można przekonać się, iż u chorych nie wyniszczonych, u których zmiany śledziona nie spowodowały jeszcze widocznych zmian w ustroju, niemal wszędzie i operacyje uwieńczone zostały zejściem pomyślnem. Tym więc sposobem, opierając się na zdobytem już doświadczeniu, wnosić wypada, iż zejście pooperacyjne po wycięciu śledziona przeważnie zależnem jest od stanu ogólnego chorych, co również potwierdza i moje własne spostrzeżenie.

Laparospelenektomiję przy białaczce pomijam tu zupełnie, ta bowiem, ze względu na towarzyszące jej krwotoki i prawie nieomyłne zejścia śmiertelne, stanowczo zaniechaną być powinna.

Wykonanie operacji bywa niekiedy utrudnionem, lecz trudności te napotykały wogóle przy wycięciu guzów z jamy brzusznej, na szczególną jednak uwagę z asługują zrosty z przeponą, które, jeżeli istnieją na znacznej przestrzeni, przedłużają o wiele sam akt operacyjny, a nawet przykre następstwa spowodować mogą. Na zrosty te zwracano uwagę już i poprzednio, lecz ponieważ spostrzegano je u chorych przy białaczce i trudności więc ze względu na powstrzymanie krwotoków po usunięciu zrostów, bez wątpienia uważano za nie do pokonania, jak to wogóle ma miejsce przy białaczce. U mojej chorej mieliśmy do czynienia ze zwyrodnioną i znacznie powiększoną śledzioną, po wydobyciu której na zewnątrz ściany brzusznej, uwydatnił się dokładnie od-

1) ALBERT, Wiener Med. Wochensh. Nr. 23. r. 1885.

2) PROCHOWNICK. Revue des Sciences médicales. D-r HAYEM. Nr. 54. r. 1886.

3) CECR. La Semaine Médicale. Nr. 17. r. 1886.



dawna już istniejący mocny zrost z przeponą, na przestrzeni około 3—4 ctm. kwadratowych. W przekonaniu, iż poprzednie podwiązanie zrostu dostatecznem będzie dla powstrzymania krwotoku, przeprowadziłem za pomocą igły podwójną nitkę jedwabną i dopiero po obustronnem podwiązaniu, nożem oddzieliłem śledzionę.

Okazało się, iż nitki przecięły otrzewną ścienną i odeszły razem z guzem, z obnażonej zaś powierzchni przepony, z kilku i to grubszych nawet naczyń obficie strzykała krew. O ile przedstawiało trudności podwiązanie pojedyncze tych naczyń, domyślić się łatwo, a jednak prawdopodobnie uniknęłoby się krwotoku może i zupełnie, gdybyśmy bez uprzednich podwязywań pozostawili przy przeponie część oddzielonej wprost nożem zgrubiałej torebki, nawet w połączeniu z ciekłą warstwą zwyrodnionej śledziony, jak to niekiedy ma miejsce przy zrostach stałych torbieli jajnika i wogóle guzów jamy brzusznej.

Dnia 7 Czerwca 1885 r. przybyła do Warszawskiego szpitala na Pradze, mieszkanka miasta Parczewa, Hana Etke wieku lat 26. Chora w dwunastym roku życia dostała poraz pierwszy odpływów miesięcznych, które, wogóle dosyć skąpe, powtarzały się prawidłowo. W siedemnastym roku wyszła za mąż, w rok później urodziła szczęśliwie dziecko, dotąd żyjące i zdrowe. Po latach czterech przyszło na świat drugie dziecko, które w rok umarło. W roku przeszłym chora urodziła szczęśliwie poraz trzeci dziecko zdrowe, dotąd żyjące. Przed laty dziesięću przechodziła tyfus z dosyć łagodnym przebiegiem. W dzieciństwie jeszcze, lecz w którym mianowicie roku chora nie może określić, rodzice jej zauważyli w jamie brzusznej z lewej strony guz znaczny, twarde, nie bolesny. Lekarze, do których zwracano się po poradę, nie stanowczego orzec nie mogli. Chora pozostawała bez żadnej kuracyi, guz stopniowo powoli się powiększał. Podczas przebytych ciąży, guz, w miarę powiększania się macicy, unosił się ku górze, ku zewnątrz, pozostając bez żadnego wpływu na przebieg ciąży, a następnie i prawidłowych porodów. W początku Kwietnia 1885 r. po raz pierwszy wystąpiły objawy puchliny brzusznej, szybki wzrost której zmusił chorą do zwrócenia się o pomoc lekarską, gdy zaś środki przepisane do wewnątrz pozostały bez skutku, chora z prośbą o poradę przybyła do Warszawy.

Przy badaniu chorej okazało się: wzrost średni, budowa ciała wogóle nader wątła, odżywianie upośledzone, tkanki tłuszczowej podskórnej brak zupełny, powieki obrzęknięte, skóra blada, tętno słabe około 100. Chora uskarża się na trwający od kilku tygodni brak łaknienia, na coraz bardziej wzrastającą trudność oddechania, spowodowaną puchliną brzuszną, która z powodu swych rozmiarów utrudnia nawet ruchy chorej. Chora zasypia w położeniu prawie siedzącym. Kończyny dolne nie obrzęknięte. Badanie płuc, serca, następnie zaś narządów płciowych przez pochwę i odbytnicę, nie wykazało żadnych szczególnych zmian. Białka w moczu, ilość którego w ostatnich czasach była bardzo niewielka, nie wykryto.

Badanie narządów jamy brzusznej było niemożliwem, z powodu, jak już wzmiankowałem, ogromnej ilości nagromadzonego płynu. Objętość brzucha



w okolicy pępka, dochodziła do 120 ctm., przestrzeń od wyrostka mieczykowatego do pępka 34 ctm., od pępka do spojenia łonowego około 29.

D. 10. VI. dla ulżenia chorej, a jednocześnie w celu dokładniejszego rozpoznania, wypuściłem za pomocą zwykłego trójgrańca płyn nagromadzony w jamie brzusznej. Płyn ten był przezroczysty, koloru słomianego, w ilości 16.600 ctm. sześciennych. Chora po dokonanej operacji doznała znakomitej ulgi, bliższe zaś zbadanie narządów jamy brzusznej wykazało w okolicy podżebrzej lewej przy położeniu na wznak, guz ogromnej wielkości, wypełniający od 7-go żebra całą okolicę podżebrową, opuszczający się ku dołowi w kierunku pępka i poniżej, brzegiem dolnym zewnętrznym sięgający prawie do grzebienia kości biodrowej. Powierzchnia guza od przodu była gładką, brzeg dolny więcej wżgórkowaty, zaokrąglony, guz twardy, niepodatny, twardość ta w niektórych miejscach robiła wrażenie chrząstki. Ucisk na guz nie powodował żadnych bólów, natomiast uderzającą była ruchomość i nadzwyczaj łatwa przesuwalność guza, do tego stopnia, iż bez żadnych trudności ustawić go można było niemal poprzecznie w kierunku wątroby i zmiany te położenia bynajmniej nie były bolesne. Chora twierdzi, iż do miesiąca Kwietnia, guz nie był powodem wielkich dla niej przykrości, a na zmianę stanu zdrowia wpłynęła dopiero niespodziana i gwałtownie się powiększająca puchlina brzuszna. W narządach innych jamy brzusznej nie znaleziono nic godnego uwagi, wątroba mała. Nie ulegało wątpliwości żadnej, iż mieliśmy do czynienia z powiększoną znacznie i zwyrodnioną śledzioną, zastanawiającem było jednak i do rozstrzygnięcia trudnem, dla czego zwyrodnienie to w ciągu tak długiego szeregu lat pozostawało bez bardziej widocznego na ustrój wpływu. Przy badaniu krwi, dopełnionem przez D-ra PRZEWOSKIEGO, okazało się czerwonych krążków około 3,520,000 ctm. sześciennych, białych około 10,000 i blaszek Bizzozero około 17,000, badanie więc stwierdziło tylko uwydatnioną i bez tego zwykłą niedokrwistość.

Stan ogólny chorej poprawił się znacznie, lecz polepszenie to trwało zaledwie dni kilka, po tygodniu już z łatwością wyczuć się dała znaczna ilość gromadzącego się płynu w jamie brzusznej, po dwóch zaś tygodniach ilość ta, jeżeli nie przewyższała, to bezwątpienia była taką, jak w chwili przybycia chorej do szpitala. Zawiedziona w oczekiwaniach swych, po kilkodniowem zaledwie polepszeniu, które przeszło tak szybko, wobec wzrastającego każdodziennie niebezpieczeństwa utraty życia, chora wprost domagała się pomocy operacyjnej. Z tych więc względów i nie będąc w możności ulżyć chorej na innej drodze, zdecydowałem się na wycięcie śledziony. Operację wykonałem dnia 26. IV w obecności i przy łaskawej pomocy kolegów: KRYŻEGO, KONDRATOWICZA, JASIŃSKIEGO, GARBOWSKIEGO, w sposób następujący: Po należytem przygotowaniu, ułożeniu na stole operacyjnym i zachloroformowaniu chorej, ścianę brzuszną przeciąłem na brzegu zewnętrznym mięśnia prostego lewego, od IX-go żebra w kierunku i do miejsca na cal powyżej wiązu POUPART'a.

Przed przecięciem otrzewnej wypadło podwiązać kilka krwawiących naczyń.

Po otwarciu jamy otrzewnej, wypłynęła ogromna ilość jasno żółtawego przezroczystego płynu. Badanie szczegółowe potwierdziło, iż guz był rze-



czywiście znacznie powiększoną śledzioną, ze wszech stron wolną, z wyjątkiem powierzchni górnej, na której kółko na przestrzeni około 7—8 ctm. w średnicy, ściśle przyrośniętą była do przepony. Oprócz tego w końcu guza dolnym znaleźliśmy na przestrzeni około 2—3 ctm. zrost z siecią, z którym załatwiliśmy się zaraz w początku operacji, przecinając go, po uprzednim z dwóch stron podwiązaniu. Następnie przystąpiłem do podwiązania za pomocą podwójnej jedwabnej nitki więzu żołądkowo-śledzionowego (*epiploon gastrolienale*), lecz po przecięciu go pomiędzy podwiazkami, jedna z nich zsunęła się od strony guza, co spowodowało gwałtowny i obfity krwotok i zmusiło do nałożenia szczypczyków PÉAN'a, które pozostały na miejscu do końca operacji. Na pozostałą część więzu, stanowiącą właściwie szypulkę, by zabezpieczyć się od krwotoków następnych, nałożyłem za pomocą przyrządu CINTRAT'a pętlę ze średniej grubości drutu, w celu ustalenia jej w ranie brzusznej.

Do zupełnego uwolnienia guza pozostały tylko zrosty z przeponą, ta jednak część operacji okazała się najmzobolniejszą. Guz, o ile możność dozwalała, wydobyliśmy na zewnątrz i odciąłem go dopiero po dwustronnem starannem podwiązaniu zrostu jedwabną nitką, lecz podwiązki te zsunęły się i odeszły wraz z guzem, z obnażonej zaś z otrzewnej powierzchni przepony obficie strzykała krew. Tętnice krwawiące, w liczbie trzech, zmuszony byłem podwiązywać oddzielnie; czynność ta z powodu głębokiego ich położenia była nadzwyczaj utrudnioną, podwiązki kilkakrotnie się zsuwały, z tego więc względu narażeni byliśmy na ogromną stratę czasu.

Brzegi rany brzusznej, po należytem oczyszczeniu jamy otrzewnej, zbliżyłem w sposób zwykły za pomocą kilku głębokich szwów, obejmujących otrzewną i szwów powierzchownych, szypulkę ustaliłem w przestrzeni między pierwszym i drugim szwem. Operacja i opatrunek wykonane były według zasad metody przeciwnilnej.

Chora po operacji była znacznie osłabioną, tętno około 130, ciepłota 36,5° C., wieczorem dnia tego tętno 120, ciepłota 36,2° C., w ciągu dnia wymioty powtórzyły się kilka razy.

D. 27. VI. Chora uskarża się na bóle przechodzące w okolicy rany, wymioty jeszcze się powtarzały. Tętno 120, ciepłota rano 36,8° C., wieczorem 37,8° C..

D. 28. VI. Chora w nocy spała kilka godzin, wygląd chorej nieco lepszy, wymioty dotąd nie ustały jeszcze zupełnie, brzuch zlekka wzdęty, lecz niebolesny, nawet przy mocniejszym ucisku. Tętno 110, ciepłota rano 37,2° C., wieczorem 37,6° C..

D. 29. VI. Wymioty ustały, zresztą zmiany prawie żadnej, tętno 110, ciepłota 37,8° C., wieczorem dnia tego niepokój, chwilowa czkawka, chora uskarża się na ból w okolicy prawej łopatki. Przy badaniu płuca od tyłu, w części dolnej trzeszczenie na znacznej przestrzeni. Tętno 120, ciepłota 38,8° C..

D. 30. VI. Niepokój wzrasta, przy badaniu płuc zmiany prawie żadnej. Zmieniono opatrunek, wygląd rany dobry, brzuch miękki, niebolesny. Tętno słabe 104, ciepłota rano 38,2° C., wieczorem 38,8° C..



D. 1. VII. Chora z powodu kilku wypróżnień stolca czuje się o wiele więcej osłabioną, niespokojna, uskarża się przeważnie na bezsenność, bólów nie ma żadnych, oddechanie częste, przy badaniu płuca od tyłu, oddech oskrzelowy, język suchy, obłożony. Tętno nadzwyczaj słabe 130, ciepłota rano 39,4° C., wieczorem 39,5° C.

D. 2. VII. Chora zmarła około godziny 6-ej rano.

Ogłędziny pośmiertne ze względów religijnych żadną miarą nie mogły być dopełnione; przecięto tylko szwy, brzegi rany brzusznej sklezione były dokładnie na całej przestrzeni, w jamie zaś otrzewnej w okolicy podżebrowej lewej znaleziono około łyżkę stołową bezbarwnego płynu, krwi ani śladu.

Wyciętą śledzionę, w celu dokładnego zbadania, przesłano kol. KIJEW-SKIEMU; wynik badania był następujący.

Śledziona posiada formę nadzwyczaj zmienioną, jest znacznie powiększoną we wszystkich rozmiarach, długość jej wynosi około 30 ctm. największa szerokość 18 ctm. Koniec górny, dotykający przepony, jest dosyć ostry i tworzy rodzaj wierzchołka. Na brzegu przednim znajdujemy dwa wcięcia, pierwsze w odległości 9 ctm. od wierzchołka, drugie 6 ctm. poniżej. Brzeg tylny posiada jedno dosyć głębokie wcięcie w górnej części, w odległości 6 ctm. od wierzchołka, wcięcie to zależy od nieprawidłowego rozwoju śledziony i oddziela dosyć znaczny płat, uczestniczący w utworzeniu wierzchołka. Powierzchnia wewnętrzna, na której znajduje się wnęka, przedstawia nierówności, na zewnętrznej zaś powierzchni spotykamy rowek niezbyt głęboki, przebiegający poprzecznie śledzionę. Rowek ten dzieli śledzionę na dwie nierówne części, górną mniejszą, mającą wysokości 8 ctm. i dolną objętości znacznie większej. Część górna przylegała do przepony, do której był przyrośnięty sam wierzchołek śledziony, dolna zaś zwróconą była do kiszek, na wewnętrznej jej powierzchni napotykały ślady zrostów z siecią wielką.

Torebka śledziony jest gładka, nie pomarszczona, lecz znacznie zgrubiała, zgrubienia nie są równe, w niektórych miejscach dosięgają 3 milimetrów.

Powierzchnia rozkroju jest koloru blade-czerwonego, miejscami napotykały smugi jasne, przebiegające w różnych kierunkach. Poniżej rowka rozdzielającego śledzionę na dwie części, znajdujemy niezbyt daleko od powierzchni nieforemną zbitą tkankę, otaczającą naczynia dosyć znacznej grubości. Tkanka ta na rozkroju jest blade-żółta, brzegi zaś jej po wymacerowaniu w spirytusie posiadają szarawe zabarwienie.

Badanie drobnowidzowe wykazało następujące zmiany. Zgrubiałą torebkę tworzy włóknista tkanka łączna, która miejscami przy zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni jest zbitą, a w środkowej części posiada budowę luźniejszą i skutkiem tego czyni wrażenie, jakby się składała z wyraźnych trzech warstw. Rusztowanie łączno-tkankowe jest wszędzie mocno zgrubiałe i rozrosłe. Niektóre beleczki tego rusztowania są tak zgrubiałe, że przedstawiają się dla gołego oka w postaci białawych rozgałęziających się i przenikających śledzionę w różnych kierunkach pasemek. Wszędzie beleczki rusztowania składają się



z włóknistej tkanki łącznej, w której miejscami napotyka się pojedyncze gładkie włókna mięsne, lub też pęczki tychże włókien. Siateczka (*reticulum*) w miazdze śledziony jest również mocno zgrubiała i rozrosła. Bardzo często miejsce jej zajmuje włóknista tkanka łączna, mniej lub więcej nacieczona ciałkami limfatycznymi. W tak zmienionej miazdze nie widać już rozrzuconych czerwonych krążków krwi, które w małej ilości są w miazdze mniej zmienionej.

Wszędzie w tkance śledziony znajduje się mniej lub więcej ziarnistego żółto-brunatnego barwnika. Ten barwnik leży albo swobodnie, albo też jest zawarty w komórkach wrzecionowatych i komórkach podobnych do limfatycznych. W naczyniach krwionośnych największe zmiany dostrzegamy w błonie zewnętrznej. Wogóle jest ona mocno rozrosłą i miejscami pięć i więcej razy grubszą, aniżeli razem wzięte dwie pozostałe błony, to jest błona średnia i wewnętrzna. Zabarwienie miazgi śledzionowej naokoło naczyń jest zwykle największem. Ciałek MALPIGHI'ego na małych tętnicach odróżnić nie można, zmieniły się one także w włóknistą tkankę łączną i zlały z mocno stwardniałą, włóknisto-przerodzoną otaczającą miazgą śledzionową. Wogóle cała suma zmian drobnowidzowych jest taka sama, jaką zwykle napotykamy przy wielkich włóknistych guzach śledziony (*Tumor fibrosus lienis*).

W tych miejscach, gdzie śledziona na rozkroju jest blado-żółtą, twardszą, pod drobnowidzem składa się ona z daleko zbitszej, włóknistej tkanki łącznej, w której już nigdzie nie można dostrzedz ani śladu prawidłowej budowy śledziony. Takie zbite miejsca są również daleko mocniej zabarwione.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Luigi Manfredi. Nowy mikrokok, jako czynnik chorobotwórczy w zakaźnych nowotworach. Związek jego z zapaleniem płuc.

W dwu śmiercią zakończonych przypadkach zapalenia płuc po odrze, znalazł MANFREDI w płwocinie, oprócz FRIEDLAENDER'owskich pneumokoków, inny jeszcze mikroorganizm w postaci wielce charakterystycznego mikrokoła, który zaszczerpiony zwierzętom [pod skórę, do jam surowicznych, a także przez wziewanie] okazał się w wysokim stopniu chorobotwórczym. W następstwie przeniesienia tego mikrokoła, rozwijają się pod skórą i w narządach mięsnych limfatyczne czyli ziarninowate guziki i nacieczenia, a oprócz tego w płucach zmiany podobne do zapalnych. Choroba kończy się prawie zawsze śmiercią zwierzęcia.

Ten mikrokok postępowych limfomatów czyli ziarniniaków ciała zwierzęcego, jak go autor nazwał, przedstawia się w postaci jajowatego, podługowatego koka, długości 0,5  $\mu$ , z zaokrąglonymi końcami, który często występuje jako *diplococcus* lub też [w świeżych hodowlach] przedstawia formy dłuższe [do 1,0  $\mu$ ], podobne do laseczników z 2—3 przewężeniami. Barwić go można wodnemi roztworami zwykłych barwników anilinowych<sup>1)</sup>. Rozwija się on mniej lub więcej szybko prawie we wszystkich zwy-

<sup>1)</sup> Do barwienia w tkankach zaleca autor: 1) słaby wodny roztwór błękitu metylenowego. Skrawki narządów stwardzonych w wysoku pozostają w błękitie przez czas dłuższy; opłukane wodą po podziałaniu wyskokiem i terpentyną, przechowane zostają w balsamie kanadyjskim.



kłych ośrodkach odżywczych, najlepiej w ciepłocie między 18° i 37° C.; rośnie szybko w przystępie powietrza, bardzo powolnie zaś w przeciwnych warunkach. Na stałej żelatynie wydaje typowe kolonie, nie rozpuszczające żelatyny, w postaci blaszek, czy miseczek delikatnych, sinawych właszcza na obwodzie, które następnie grubieją i stają się perłowo-szaremi, o brzegach zatokowatych, z odbłyskiem lekkim perłowej masy. Znaczne nawet rozcieńczenie płynnego gruntu odżywczego nie sprzeciwia się rozwojowi mikrokoła, o którym mowa. Doświadczenia z różnemi stopniami ciepłoty, jako też z wysuszaniem, przekonały, że w tych warunkach wytwarzają się w starszych kilkodniowych hodowlach w znacznej ilości postaci obumierające [słabo barwiące się barwnikami anilinowemi], oraz w mniejszej ilości formy trwałe, które nie tracą żywotności przez wysuszenie.

Chorobotwórcze działanie mikrokołów guzów zakaźnych okazało się po zaszczepieniu u psa, królika, świnki morskiej, myszy domowych i ptaków [wróbli]. Z wyjątkiem ptaków [które umierały wskutek zakażenia krwi], u pozostałych zwierząt powstają typowe zmiany patologiczne, które najwybitniej występują u królika i świnki morskiej. Z liczby 80 doświadczeń tylko cztery razy zwierzęta wracały do zdrowia, *resp.* okazały się odpornemi. Jadowitość pasorzyta utrzymuje się trwale, bez względu na czas, oraz pewien stopień wysuszenia, gdyż zarówno kilkomiesięczne hodowle objawiały swoiste działanie, jak i wysuszone serowate guziki, będące następstwem działania opisywanego mikrokoła. Zaraźliwość również nie zmienia się co do siły, mimo przeprowadzenia sery szczepień u różnych zwierząt.

Zwierzęta szczepione umierają przecięciowo w 7—12 dni po zarażeniu, wśród wysokiej gorączki, a charakterystyczne zmiany patologiczne polegają na ogromnem powiększeniu narządów mięszoowych [śledziony, gruczołów limfatycznych i wątroby], w których wytwarzają się olbrzymie często ilości szarawych i szaro-żółtawych guzików w rozmaitej wielkości. W płucach, oprócz guzików, nadających narządowi zupełnie podobieństwo do zakażenia gruźliczego, występują zmiany, cechujące mniej lub więcej silnie zapalenie, aż do zwątrobienia i to mianowicie, gdy zwierzętom szczepiono zarazek pod skórę.

Guziki wytwarzające się wskutek działania mikrokoła w mowie będącego, przedstawiają budowę ziarniniaków, czyli zakaźnych nowotworów ziarninowych. Są to ogniska nowowytworzonych drobnych komórek, nieunaczynione, w postaci guzików różnej wielkości, oddzielnych lub zlanych w grupy. Zwykle zejściem jest zserowacenie, które zaczynając się od środka guzika i bardzo szybko szerzy się ku jego obwodowi. Pośród serowatych mas znajdują się liczne swoiste mikrokoła, które żywotność i zaraźliwość zachowują w całej sile. Zwykle napotykamy mikrokoła wewnątrz komórek, rzadziej na zewnątrz tychże, najrzadziej w naczyńiach krwionośnych. Zmiany, występujące pod wpływem pasorzytów, polegają na zaburzeniu odżywiania i zmianie chemizmu komórek, które pod działaniem mikrokołów ulegają zserowaceniu i obumarciu.

Drogą, na której mikrokoła opisywane działają jest przeważnie układ limfatyczny; układ ten stanowi wrota przeniknięcia zarazka i jest też najpomysłniejszym gruntem rozwoju. Po zaszczepieniu w tkankę łączną pod-

2) Metodę GRAM'a, z zachowaniem ostrożności przy odbarwianiu wyskokiem; granicę stanowi fioletowe zabarwienie ognisk wśród odbarwionego tła.

3) Barwienie safraniną według CORNILL'a i BABES'a: Do wodnego roztworu safraniny przygotowanego na ciepło, dodaje się 5% ol. anilinowego, klóci mocno i cedzi przez zwieszony filtr. Skrawki pozostają w tym płynie przez kilka godzin, lub ¼ godz. w ciepłocie 60° C.. Następnie poddaje się je działaniu płynu LUGOL'a, wyskoku, terpentyny i przechowuje w balsamie kauadyjskim.



skórną [czy to hodowli, czy cząstki świeżych, a nawet wysuszonych guzików] wytwarza się w miejscu zaszczepienia guzików, który, szybko powiększając się i rozszerzając płasko, dojsz może ogromnych stosunkowo rozmiarów i złożonym jest z plastycznego wysięku, który następnie serowacieje. Guzik staje się ogniskiem silnego zapalenia; komórki limfoidne zabierają zeń koki i przenosząc do sąsiednich naczyń limfatycznych, dając początek rozsiały guzikom w przebiegu tychże; następnie zarażenie przenosi się na gruczoły limfatyczne pachwinowe, dalej pachowe, wreszcie po pewnym czasie do śledziony, gruczołów limfatycznych, głębokich brzusznych [kręzkowych], oraz do wątroby. W innych narządach zmiany występują niestale [guziki w istocie korowej nerek, w neuroglii mózgu, pod oponą miękką].

Co się tyczy związku opisanego mikrokokka z zapaleniem płuc u człowieka, to w obec małej liczby dotychczas postrzeganych przypadków, mianowicie dwóch, w których prócz tego sekcya nie mogła być wykonaną, autor wstrzymuje się od wszelkiego sądu, lecz skłonny jest uważać zapalenie płuc następowe za zakażenie mieszane. W każdym razie, znaleziony mikroorganizm stanowi bardzo interesujący przedmiot ze stanowiska patologii doświadczalnej.

(*Fortschritte der Medicin*, 1886. N. 22).

W. Mayzel.

Posiedzenie wyborcze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we wtorek dnia 4 Stycznia 1887 r. o godzinie 6 $\frac{1}{2}$  wieczorem.

- 1) Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1887.
- 2) Wybory członków do różnych komitetów.
- 3) Wybory na członków czynnych Towarzystwa: HEWELKE OTTON, HOENE JAN, STRZESZEWSKI JÓZEF i ZWEIGBAUM MAKSYMILJAN.

Na członka korespondenta: SZADEK KAROL z Kijowa.

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Wiadomości lekarskie. Zeszyt 6.* K. RUMSZEWICZ. Zatrucie ezerynem przy wkraplaniu roztworu tegoż do worka spojówkowego. — TYMOWSKI [San-Remo]. Przyczynek do teoryi zakażenia się wstecznego przymiotem matki od płodu. — STACHEWICZ. Antifebrin (*Phenil-acetamid*) przeciw gorączce w gruźlicy płuc,

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

## Ogłoszenia.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—7



# FRANCISZKA JÓZEFA

## WODA GORZKA.

Dyrekcya w Buda-Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

**Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.**

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos 31.92 „ i 0.79 „

— Friedrichshall 11.20 „

*Stuttgart w Marcu 1882.*

10—10

Radea Tajny von Fehling.

## Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-jej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

**WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.**

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

napisał

**Maryjan Jakowski,**

*b. asystent kliniki dyjagnostycznej.*

Dzieło to zawiera 13½ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.



# „RUSSKAJA MEDICINA“

w r. 1887

wychodzić będzie w tym samym formacie rozmiarze i terminie jak poprzednio, przy współpracownictwie wielu profesorów i lekarzy, pod redakcją

**Prof. N. P. Iwanowskiego i D-ra P. A. Ilińskiego.**

Prócz samodzielnych spostrzeżeń i kazuistyki w każdym numerze pomieszczane są artykuły z następujących działów: postępy medycyny (referaty tak z rosyjskiej jako też i z zagranicznej literatury) oceny bibliograficzne i krytyczne, sprawozdania z towarzystw lekarskich, wiadomości bieżące z życia ogólnego i korporacji lekarskiej. Dział: od redakcyi i korespondencyi poświęcony jest prawie wyłącznie kwestyjom zawodowym. Wiadomości o wakansach i postanowieniach urzędowych. Cena prenumeracyjna za rok 8 rub. z przesyłką lub odnośnieniem. Prenumerować można w redakcyi „Russkoj Medycyny“ Petersburg, Iwanowska, 12. 3—2

## St. Petersburger

# MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

będzie wychodzić w r. 1887 według dotychczasowego programu i pod obecną redakcją. Ma ono za zadanie być organem dla lekarzy praktyków i obznajmiać ich przez pomieszczenie **prac oryginalnych** oraz **streszczeń i ocen** pojawiających się dzieł z postępy medycyny współczesnej. Szczególniejszą uwagę zwraca na **literaturę lekarską rosyjską i polską** by czytelników nie posiadających tych języków zaznajomić z pracami w nich drukowanymi.

**Cena prenumeracyjna** wynosi: w **Rosyi** z przesyłką 8 rubli rocznie, 4 ruble półrocznie; w **innych krajach** 16 marek rocznie, 8 półrocznie. Prenumeratę nadsyłać można do księgarni C. Rikker'a w St. Petersburgu. Newski Prospekt № 14, **rękopisy** zaś i wszelką korespondencyję redakcyjną do Redaktora D-ra Gustawa Tilling'a (Kiraznaja 39). — Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie centralny kantor ogłoszeń Fr. Petrick'a, Newski Prospekt № 8. 2—2

## TRZECI ROK WYDAWNICTWA

## PISMO MIESIĘCZNE

# „CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w r 1887 według dotychczasowego programu i w takiej samej jak dotychczas objętości i zawiera: I. Oryginalne artykuły z całego zakresu chirurgii. II. Korespondencyje. III. Krytyki i bibliografije. IV. Referaty i drobne wiadomości. V. Ogłoszenia.

Prace nadsyłać należy pod adresem redaktora **Mikołaja Aleksandrowicza Welijaminowa** (S. Petersburg Iwanowska 13).

Prenumeratę przyjmuje kantor redakcyi (S.-Petersburg Iwanowska 13 mieszk. 2.) codziennie od 11—1 i od 4—5 oraz wszystkie większe księgarnie. (Uprasza się prenumeratorów zamiejsowych o nadsyłanie prenumeraty wyłącznie do redakcyi). Ogłoszenia po kop. 40 za wiersz petitu  
Cena z przesyłką za rok 7 rub., za pół roku 3 rub. 50 kop.



# PAMIĘTNIK: TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących przeszło 40 arkuszy druku. Pomieszcza prace oryginalne z różnych działów medycyny w obszerniejszym zakresie oraz protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego. Cena prenumeracyjna 3 ruble rocznie wraz z przesyłką. Prenumeratę wnosić można do redakcyj wszystkich czasopism lekarskich wychodzących w Warszawie, najlepiej zaś do Redakcyi Pamiętnika pod adresem:

0—1

D-r Jawdyński  
Warszawa, Chłodna 8.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

## PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,  
oryginalnie napisana przez

**D-ra Med. Rohego**

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

## CHOROBY SERCA

**D-ra OSKARA WIDMANA**

*prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.*

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

## FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0—1