

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

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

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

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Przypadek afazji pochodzenia traumatycznego (*aphasia traumatica*). Podał D-r A. Menzel (z Tryestu). Ciekawy wypadek raka nabłonkowego. Podał D-r St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. Korrespondencya. Pierwsze roczne sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarzy Gubernii Płockiej. Podał D-r Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. Kronika zagraniczna. O rozwoju raków. Przez Prof. D-ra Waldeyer'a. Podał w streszczeniu D-r St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu. Wiadomości bieżące. Rozpowszechnienie gruźledek u 7 $\frac{1}{2}$  miesięcznego płodu. Sprostowanie. Dodatek. Termometrii ark. 4.

## Przypadek afazji pochodzenia traumatycznego (*aphasia traumatica*).

Podał D-r A. Menzel (z Tryestu).

Utratę mowy przy zachowaniu zupełnej świadomości siebie (*intelligentia*) a nawet zdolności ruchu mięśni, potrzebnych do składania słów (*articulatio*), nazywamy afazją (*aphasia*).

Człowiek chcący nazwać pewne przedmioty, albo pewne pojęcia wyrazić słowami, powinien mieć w pamięci: 1) wyrażenia uświęcone dla nazwy tych przedmiotów i 2) zeznanie ruchów mięśni potrzebnych do złożenia tych wyrażen (*phonatio, articulatio*).

Rozróżniamy dwa rodzaje afazji: przypadki, w których pamięć wyrazów czyli wyrażen jest utraconą, nazywamy (*aphasia amnestica*), i 2) przypadki, w których pamięć wyrazów (słów) została zachowaną, zdolność zaś do złożenia ich utraconą, chrzcimy to nazwą, (*aphasia ataktica*). Często się zdarza, że oba rodzaje tego cierpienia chodzą w parze z sobą i takie przypadki noszą nazwę afazji dokładnej, całkowitej (*aphasia totalis completa*).



Powiedzieliśmy, że przy cierpieniu o którym mowa, zdolność myślenia czyli wiadomość siebie zostaje zachowaną, ztąd to do afazy zaliczać nie będziemy tych przypadków cierpienia umysłu, w których chorzy nie mówią albo z uporu, albo skutkiem zmniejszonej siły woli, albo gdzie w następstwie porażenia mięśni (*paralysis*) mowa zgoła staje się nie możebną; również wykluczamy z działu afazy przypadki bezgłosu (*aphonia*), w których ciche mówienie czyli szeptanie zupełnie jest możliwe.

Podług Hammond'a (*a treatise on diseases of the nervous system by William A. Hammond, New-York, 1872*) już Izajasz miał napomykać o afazy: „On przemówi do twego narodu bełkocącemi ustami i innym językiem“ etc. Podobny wykład przytoczonego ustępu zdaje się być naciągany. Thucydides wspomina, że w czasie zarazy Ateńskiej wielu wyzdrowiających zapomniało imiona nie tylko swoich przyjaciół i krewnych, ale nawet własne. Pliniusz (*cap. XXXIII, 19*) w rozdziale „*memoriae exempla*“ mówiąc o zdolności mowy tak się wyraża: „w człowieku nie niema tak nieudolnego, jak zdolność mowy: choroby, upadnięcie, uderzenie, nawet przestraszenie mogą ją zmniejszyć lub zniszczyć. Rzucenie kamieniem pozbawiało pamięci alfabetu. Ciężkie upadnięcie odjęło możność poznania matki, sąsiadów i niewolników, a mówca Messala Corvinus nie mógł przypomnieć własnego imienia.“ Suetonius (*C. Suetonii Tranquilli XII, Cæsares*) opowiada, że cesarz Claudius tak stracił pamięć, że nie mógł przypomnieć słowa, które chciał wymówić.

Jeden z pierwszych przypadków afazy lepiej opisany spotykamy u Crichton'a w r. 1798 (*An inquiry into the nature and origin of mental Derangement. London, 1798, vol. 1, str. 371*). Mówi on o adwokacie wielkiej wziętości, dotkniętego słabością, na którą nasza fizyczna natura rzadko wystawiana bywa. Jakkolwiek siedemdziesięcioletni i mąż pięknej młodej żony, utrzymywał pannę, którą co wieczór odwiedzał. Venus jednak była niewdzięczną względem swego czciociela. Adwokat nagle zapadł na wielkie osłabienie i dziwne zapominanie się. Za każdym razem, gdy czegoś potrzebował, używał zawsze niedokładnego, fałszywego wysławiania się. Kiedy chciał mieć kawałek chleba, żądał zawsze butów, i gdy mu takowe przyniesiono, poznawał natychmiast, że podany przedmiot nie odpowiada jego żądaniu, był niezadowolony, pomimo to jednak, wołał wciąż o buty i t. d.

Dr. Rush (*Medical Inquiries and observations upon diseases of the mind. 4-th edition, Philadelphia, 1830. str. 274. 1-sze wydanie 1812 r.*) rozróżnia wiele gatunków zaburzeń mowy: 1) utratę pamięci imion i wyrazów; 2) przy utracie pamięci imion (własnych) i wyrazów chory używa wyrazów bezcelowych (np. but zamiast chleba); 3) może być straconą pamięć wyrazów w ojczyściej mowie, w obcych zaś językach zupełnie zachowaną, i na odwrót; 4) może być straconą pamięć dźwięku wyrazów, a ich składu alfabetycznego zachowaną: pewien ksiądz z Neuburgport nie mógł słów wymawiać, syllabizował zaś je dokładnie; 5) bywa brak zdolności do syllabizowania, albo do napisania pewnych liter; 6) zanika pamięć imion i słów, pozostaje zaś liczb: pewien mieszczanin z Filadelfii



w skutku napadu apoplektycznego zapomniał nazwiska swoich przyjaciół, pamiętał jednakże ich wiek i na każdego wołał po liczbie ich lat.

Z powyższych pisarzy żaden nietylko nie zadał sobie trudu badania siedliska zdolności mowy, ale żadnemu z nich nawet na myśl nie przyszło podejrzewać o istnieniu takowego. Dr. Gall był pierwszy, który zrobił przypuszczenie, że istnieje osobne pewne siedlisko mowy. Usadowił on je w zwojach mózgu leżących na tylnej części górnej ściany oczodołu. Oczy wystające na zewnątrz miały być dotykana wskazówką znacznego rozwoju tego organu. Gall zauważył, że ci z jego współpracowników, którzy łatwiej od niego uczyli się na pamięć, mieli wszyscy gałki oczne wystające na zewnątrz. Jeżeli zwrócimy uwagę, że wszyscy późniejsi badacze tak kliniczni, jak anatomiczni na siedlisko mowy również przeznaczali przednie zrazy mózgu (*lobi cerebri anteriores*), to nie możemy odmówić na szego uznania bystrzej postrzegawczej zdolności Galla.

Bouilland (*Traité de l'encéphalite, 1825*), polegając na 64-ch kliniczno-anatomicznych postrzeżeniach pierwszy przyjął za prawidło, że utrata mowy zależy od zmian w przednich zrazach mózgu. On tak był pewnym swego zdania, że przeznaczył 500 franków nagrody temu, kto pierwszy wynajdzie znaczne zmiany w przednich zrazach mózgu, w obec których nie istniałyby za życia chorego zaburzenia w mowie. Nie zadawałnając się patologią, czekał potwierdzenia swego zdania w doświadczeniach (*experimentum*). Doświadczenia robiono na psach 19 z nich w pierwszych dniach zdechło, 20-mu przeprowadzono zawłokę przez przednie zrazy mózgu, pies został przy życiu i rzeczywiście utracił możność szczekania.

D-r Dax w r. 1836 ogłosił 40 spostrzeżeń afazyi, przy których znaleziono chorobliwe zmiany w lewej półkuli mózgu.

Broca na zasadzie 2-ch spostrzeżeń twierdzi, że siedlisko mowy znajduje się w tylnej części 3-go lewego czołowego zagięcia mózgu.

Trousseau na 134 przypadki afazyi, zmiany chorobliwe znalazł 124 razy z lewej strony, Ogle na 25 przypadków widział zmiany 23 razy też z lewej strony, Jackson również obserwował zmiany 39 razy z 40-tu wypadków na lewej stronie, Lohmeyer zebrał 53 przypadki choroby, o której mowa, w obec których zmiany anatomiczne znaleziono 50 razy na lewej, 3 razy na prawej stronie; z liczby tych 50-ciu przypadków 34 razy zmiany były w zgięciu Broca. Z tego się przekonywamy, że jakkolwiek przy afazyi zdarzają się zmiany bardzo często w zgięciu Broca, nie są one jednak tak stałymi towarzyszami tego cierpienia, żeby z pewnością upoważniać mogły lekarza do użycia trepanacyi przy afazyi, chociażby takowa operacya ze względu na przyczynę choroby byłaby wskazana. Dla tego uważamy za śmiałość a nawet zuchwałość ze strony D-ra Saure, który w obec afazyi, będącej następstwem uderzenia w lewą skroń bez złamania zewnętrznej blaszki kości przystąpił do trepanacyi, w przypuszczeniu tylko, że blaszka wewnętrzna może być złamaną. Rzeczywiście w danym wypadku przypuszczenie się sprawdziło, odłam kości naciskał na tylną część czołowego zagięcia, i po wyjęciu takowego, skoro chory ze snu chloroformem wywołanego się obudził, natychmiast odzyskał możność mówienia.



Hammond zrobił spostrzeżenie, że we wszystkich przypadkach, gdzie choroba, o której mowa, powikłaną była z hemiplegią, zawsze była *aphasia atactica*, tam zaś, gdzie hemiplegii nie było, miała miejsce *aphasia amnestica*.

Jak dopiero objaśnić niezaprzeczony fakt, że w nieskończenie większej liczbie przypadków afazji, zmiany chorobliwe w mózgu znajduwane były po lewej stronie? Wiadomo powszechnie, że choroby mózgowia w ogóle, a przedewszystkiem zator (*embolia*), jedna z najczęstszych przyczyn afazji, zdarzają się na lewej stronie. D-r Moscou sądzi, że jakkolwiek organ mowy ma swe siedlisko zarówno w obydwóch przednich zrazach mózgu, jednakowoż jedna strona bywa nierównie więcej w działaniu, aniżeli druga, na podobieństwo, jak zwykle, częściej posługujemy się w życiu jednym okiem, uchem, lub ręką. Pogląd ten znajdowałyby poniekąd podstawę w postrzeżeniu Gratiolet'a, że lewa półkula mózgu wcześniej się rozwija i lepiej jest odżywiana, aniżeli prawa.

Przypadek afazji, o którym mamy mówić, dotyczy stolarza B. V. 23 lat wieku mającego. Człowiek ten był nagle i silnie uderzony dyszlem w lewą skroń, w skutku czego upadł na ziemię, stracił przytomność, krew połała mu się się nosem i ustami, wymiotów jednak nie było. W okolicy lewego górnego zewnętrznego kąta oka był silny wylew krwi, który stopniowo ku powiekom i okolicy skroniowej zmniejszał się. Pomimo kilka razy powtarzanego badania, złamania kości wykryć nie zdołaliśmy. W okolicy *eminentia occipitalis cruciata* znaleźliśmy drugi wylew krwi, prawdopodobnie powstały skutkiem uderzenia głową o twardą ziemię w czasie obalenia chorego dyszlem. W ciągu 9-ciu dni chory pozostał bez przytomności. Przez pierwsze trzy dni leżał jakby w śnie spokojnym; pił, gdy mu do ust przystawiono szklanę, oddawał mocz do nocnika po usilnych namawianiach, stolec był zaparty, tętno uderzało 50 — 60 razy na minutę, temperatura 38° C. Trzeciego dnia wstał (mimo woli i wiedzy) i udał się na ustęp sam dla oddania moczu. Czwartego dnia wystąpiły objawy podrażnienia mózgu: pokazały się silne drgawki (*subsultus*) w prawej połowie twarzy. następnie w kończynach, przeważnie prawej strony; 6 maja miał chory trzy jasne epileptyczne napady, trwające po kilkanaście minut. Każde zewnętrzne drażnienie, mianowicie zaś dokładniejsze badanie, wywoływało natychmiast rzeczzone napady; w odstępach czasu pomiędzy napadami można było dostrzedz objawy hemiplegii z prawej strony zwłaszcza na twarzy, prawa źrenica stale była rozszerzona, lewa zaś zwężona. Drgawki trwały trzy dni, poczem objawy porażenia (*paralysis*) zniknęły prędko, tak że chory 11 maja mógł ruszać ręką jakkolwiek niedokładnie, nogą zaś wykonywał ruchy zupełnie swobodne. Od 11 maja wyraz twarzy zaczął się zmieniać, głupota ustąpiła z niej; 14 maja chory rozumiał wszystko co do niego mówiono, nie mógł tylko nic mówić. Na wszelkie pytania odpowiadał wciąż *a — a — a —* na żądanie otaczających wysuwał język, siadał; znakami dawał do zrozumienia, że chce iść do domu, nareszcie błagalnie podał mi swoją kartę wizytowa do podpisu. Na nalegania moje, żeby napisał jak się czuje, napisał jeden raz „benensesino,“ następnie „benensino“ zamiast „benissimo.“ Potem na wszelkie inne pytania pisał wyrazy bez myśli, jak np. „Autenenterai;“ gdym mu coś dyktował, pisał on „Anensent.“ 19 maja na zapytanie jak się ma,



napisał: „Anna,“ imię swojej kuzynki. Uprzednie wyrazy pisane miały niejaki podobieństwo do Anna. Gdym mu pokazał zegarek i zapytał czy poznaje ten przedmiot, kiwnął głową potwierdzająco; gdy zażądałem od niego aby na tablicy napisał wyraz „zegarek,“ narysował on na niej tarczę zegarową z liczbami i wskazicielami. Gdy ja sam na tablicy napisałem jaki bądź wyraz, np. „Tavola“ i kazałem choremu to samo napisać, za każdym razem wykonywał to dokładnie patrząc na każdą literę przezemnie napisanego słowa, gdy jednak starłem z tablicy ten wyraz i kazałem choremu znowu to samo napisać, pisał on wyrazy bez sensu, które nie wspólnego z „Tavola“ nie miały. 21 maja chory mój po raz pierwszy użył wyrazu „si“ (tak), potem również „no“ (nie); innych wyrazów dotąd żadnych nie używa.

Porażenia (*paralyses*) znikły wszystkie bez śladu i chory zachowuje się względem wszystkich i wszystkiego jak człowiek zupełnie przytomny i rozumny, afazya tylko wciąż dotąd pozostaje.

W przypadku powyżej opisanym prawdopodobnie nastąpiło pęknięcie czaszki (*fissura cranii*), które, być może, sięgało aż do *basis cranii*. Nieprzytomność (*sopor*) w pierwszych dniach po wypadku spowodowaną była wstrząśnieniem mózgu (*commotio*), napady epileptyczne powstały skutkiem poczynającej się sprawy zapalnej (*reactio inflammativa*), porażenia zaś rozwinęły się w następstwie wysięku (*exsudatum*) zapaleniem wywołanego. W miarę wessania wysięku (*resorptio*) znikają objawy porażenia i wraca przytomność, pozostaje tylko afazya.

Miejsce zewnętrznego obrażenia odpowiada zupełnie trzeciemu lewemu zagięciu mózgowemu (Broca). Trzeba przypuścić, że tu mianowicie nastąpiło najsilniejsze obrażenie wewnątrzczaszkowe (wylew krwi, pęknięcie kości; może odłam wewnętrznój blaszki kostnój), ztądto i skutki najdłużej trwają. (Szkoda wielka, że nam autor nie wykonał prześwidrowania czaszki. Przyp. Red.)

Przypadek powyższy z tego jeszcze względu zasługuje na uwagę, że zdaje się być poniekąd potwierdzeniem poglądu, że siedliska organu mowy szukać należy w lewym przednim zrazie mózgowym.

Nasz przypadek powikłany był z hemiplegią, pomimo tego jednak mieliśmy do czynienia *cum aphasia amnestica*, nie zaś *atactica*, co się wbrew sprzeciwia spostrzeżeniom Hammond'a.

---

### Ciekawy wypadek raka nabłonkowego.

Podał D-r St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

W obec nie bogatęj po dziś dzień literatury raków nerkowych oraz nierozstrzygniętego dotąd pytania, w której to części tkanki nerkowej należy szukać początku raków nerkowych, wreszcie w obec niemałej wagi tego rodzaju nowotworów przy rozpoznaniu guzów brzusznych, nie od rzeczy będzie opisać tutaj szczegółowo jeden wypadek raka nabłonkowego, który miałem sposobność widzieć w klinice anatomo-patologicznój we Wrocławiu.



Zameżna R., mająca lat 58, radziła się Dr. Freunda lekarza w Wrocławiu po raz pierwszy w czerwcu 1870 roku. Z anamnezy, pokazało się, że u choréj pojawiła się miesiączka po raz pierwszy w jéj 17-tym roku życia; takowa pozostała ciągle prawidłową aż do 49-go roku. W 26-tym roku życia swego poszła R. za mąż, lecz nie zaszła nigdy w ciążę z powodu zupełnéj nieudolności małżonka do spółkowania. Począwszy od roku 49-go miesiączkowanie było coraz słabsze, aż w roku 52-gim ustało zupełnie. Przed laty 17-tu spadła R. ze schodów dość wysokich i stłukła się mocno w prawą stronę brzucha, wskutek czego skarżyła się długi czas na ból w prawéj okolicy lędźwiowéj, pachwinowéj i brzuchowéj; w krótcie po owem spadnięciu pokazało się moczenie krwią z przestankami trwającemi niekiedy kilka tygodni. W pół roku po owym nieszczęśliwym wypadku dostrzegła chora małe nabrzmienie pod prawym brzegiem żeber. Tym zjawiskiem zaniepokojona radziła się po kolei wielu lekarzy, z których jedni mniemali mieć do czynienia z cierpieniem nerkowem, inni stawili rozpoznanie na chorobę wątroby, inni znowu mniemali że mają przed sobą nowotwór w jajniku, tak iż nawet nie wiele co brakło do wykonania odpowiedniej w tym względzie operacji.

Stan obecny (*Status praesens*) w czerwcu 1870. Chora cierpi na niedokrewność i jest mocno wychudzoną; brzuch jéj przedstawia objętość, jaką natrafiamy mniej więcej w ósmym miesiącu ciąży. Objętość ta jest jednakże znaczniejszą nad pępkiem i w okolicy średniobrzuchowéj, aniżeli na okolicy podbrzuchowéj. Chora ma nogi lekko nabrzękłe, narzędzia zaś oddechowe zdrowe we wszystkich kierunkach; tylko żebra, mianowicie po prawéj stronie, również wyrostek mieczykowaty są dostrzegalnie wygięte na zewnątrz. Pępek znajduje się cokolwiek niżej, jak zwykle, jest nieco wypchnięty w kształcie kaptura i lekko zwrócony ku lewéj stronie. Cała prawa strona brzuch jest silniej rozwinięta, aniżeli lewa.

Przy opukiwaniu znaleziono co następuje: stłumienie wątroby rozpoczyna się między 6 — 7 żebrem i zniża się przy głębokiem wdechnięciu cokolwiek tylko ku dołowi. W kierunku linii pachowéj znajdujemy nieprzerwalne stłumienie aż do kości biodrowéj, w kierunku zaś linii sutkowéj aż do kolca kości biodrowéj; prawa okolica lędźwiowa jest również stłumiona, podczas kiedy lewa nie przedstawia nic nieprawidłowego. Pod wyrostkiem mieczykowatym na szerokość ręki znajdujemy stłumienie wątroby, poczem wyraźny dźwięk bębniasty, lecz już przed pępkiem aż ku dołowi, najwięcej trzy palce ponad spojeniem łonowem, dźwięk ten staje się znowu stłumiony. Cała lewa strona brzucha daje odgłos bębniasty.

Przy macaniu można dokładnie wysledzić ostry brzeg wątroby, przy czem, można wyczuć, że prawy brzeg takowéj spoczywa na jakimś guzie, wychodzącym z głębi jamy brzusznej. Guz ten zdaje się bardzo twardy zaledwie sprężysty, wskazuje na powierzchnii tu i owdzie lekkie wyniosłości, jest za dotknięciem nader bolesny, i daje się bardzo trudno poruszać z miejsca, w dalszym swym przebiegu ku lewéj stronie i dołowi znika zwolna zupełnie, na prawo zaś przechodzi w twardość równą aż do okolicy lędźwiowéj. Tutaj da się takowy ująć w dwie ręce kładąc jedną na okolicę lędźwiową, a drugą na przednią



ścianę brucha, przyczem można zarazem rozpoznać, że guz ten przedstawia jedną tylko skupioną masę.

Za pomocą badania przez pochwę można wykazać starym osobom właściwy uwiad pochwy, krótką nader część pochwową a usta zewnętrzne zaledwie namacalne. Macicę samą trudno ująć w obie ręce; takowa zdaje się być nieco pochylona ku przodowi i lewej stronie. Guz opisany wyżej, nie stoi jednakże w żadnem połączeniu ani z macicą, ani też w ogóle z małą miednicą.

Chora cierpi nadto na zaparcie stolea, utrudnione oddawanie moczu (*stranguria*) i wydziela bardzo często i z gwałtownem parciem jakiś szczególny mocz, zawierający w sobie massy podobne do galarety. Mocz sam jest barwy zielonawej i posiada bardzo wiele białka. Pod mikroskopem znajdujemy w takowym masy rozpadowe (*debris*), białe ciała krwi i drobne ciała czerwone, zmienione bardzo mało; wałeczków zaś nie znaleziono w moczu nigdy, za to w nader wielkiej ilości nabłonek pęcherza i moczotoków.

Rozpoznanie stawiono na nowotwór w prawej nerce.

Skutkiem zwiększającego się z dniem każdym wycieńczenia (*marasmus*) oraz z ukazaniem się znacznego obrzmienia nóg i puchliny zaskórnjej brzucha, umiera chora z wyniszczenia sił w dniu 18 lipca 1871 r.

Obdukcya dokonana dopiero czwartego dnia po śmierci wykazuje, co następuje: Trup dobrze zbudowany, mięśnie i pokład tłuszczowy dość rozwinięte; stężenia pośmiertnego nie masz. Środkowa część brzucha jest wypukła w kształcie kuli, mianowicie ku stronie prawej. Już przez skórę można przeczuć twarde guz, który wskazując pewien rodzaj chęłbotania da się nieco wtłoczyć w głąb brzucha. Po otworzeniu jamy brzusznej przedstawia się nam wielki okrągławy guz, objętości głowy dorosłego człowieka, z przodu pokryty przez otrzewną a po prawej stronie guza i po lewej stronie otoczony jelitem grubym, które doń jest przyrosłe dość silnie. Pętle jelita cienkiego leżą po większej części po lewej stronie nowotworu. Wątroba, żołądek i śledziona są wypchnięte ze swych właściwych legowisk ku górze i stronie lewej. Z prawą nerką nowotwór jest nierozzerwalnie zrosły i zdaje się z takowej wychodzić; z macicą zaś i częściami ją otaczającymi zachodzą tylko wrzekomo-więzowe (*pseudoligementa*) zrosnięcia, dające się łatwo oddzielić. Współ z prawą nerką można nowotwór dość łatwo odłączyć od części leżących po za otrzewną, w których to ostatnich nie widać żadnych zmian, na wspomnienie zasługujących. Moczotok prawy przebiega na tylnej ścianie nowotworu nieco rozszerzony, podczas kiedy lewy jest normalny.

Prawa nerka w części tylko nie została zajęta. Tkanina jej pokazuje jeszcze bardzo wyraźnie istotę korową i rdzeniową; ostatnia zawiera jeszcze 3 — 4 piramidek nerkowych. Jej moczotok uchodzi do miednicy silnie rozszerzonej i zrosłej z tylną częścią nowotworu. Z miednicy nerkowej wychodzi 5 — 6 kanałów, na 10 — 15 — 20 ctm. długich, błoną śluzową wyłożonych, które się potem rozchodzą w kształcie promieni i kończą się śpiczasto na



tylnéj ścianie nowotworu. Po bliższem rozpatrzeniu się poznajemy w kanałach tych kielichy nerkowe, rozszerzone tylko znacznie i wyciągnięte wzdłuż.

Przecinając nowotwór od ściany przedniéj napotyamy najpierw mocno zgrubiałą otrzewną, potem pokład w różnych miejscach rozmaicie gruby podobny do skorupy kuli. Pokład ten przedstawia tkankę miękką, barwy biało-żółtawéj, przesiąkniętą wybroczeniami krwi i podobną do masy rdzeniowéj, we wnętrzu zaś swem kryje jamę wielkości pięści dorosłego człowieka; ściany jamy téj są nieregularne, szmatowato rozpadłe, a jama sama napełniona smrodliwym płynem podobnym do rozłożonéj gęstéj ropy. Ta gęsta masa nie przedstawia jednakże czystéj ropy, lecz najrozmaitszego rodzaju komórki znajdujące się w stanie rozpadowym. Przy pierwszem badaniu nie można dostrzedz żadnego wyraźnego przejścia nowotworu w samą nerkę; raczéj takowa zdaje się być oddzieloną od masy nowotworowéj przez pokład tkanki łącznéj.

Lewa nerka prawie w dwójnasób powiększona, bardzo twarda, blada; istota korowa słabo uwydawniona, a już gołym okiem można dostrzedz pojedyncze sznurki stłuszczonego kanalików moczowych. Nadto bardzo wyraźne skrobiowe zwyrodnienie. Te same zmiany zachodzą także w pozostałej jeszcze reszcie prawéj nerki.

Śledziona nieco powiększona, miękka, bez żadnych szczególnych zmian. Od macicy sterczą ku workowi otrzewnéj trzy guzy okrągłe, wielkości jabłka i zwapniałe zupełnie. Po przecięciu przedstawiają się takowe jako oskorupiałe podsurowicze mięsaki włókniste. W dalszym ciągu macicy znajdują się podobne nowotwory téj saméj wprawdzie budowy, ale daleko mniejsze i bardziéj miękkie.

Obydwa jajniki mocno uwiedle, budowy twardéj i jędrnéj. W lewym nieco zwiększonym znajduje się pęcherzyk wielkości orzecha laskowego, wypełniony zgęszczoną krwią.

Wątroba bardzo wielka, mianowicie jéj prawy płat, powierzchnia gładka spójność mocna, powierzchnia przekroju wskazuje lekko ziarniste wejrzzenie i znaczne stłuszczenie zrazików wątrobowych w obrębie rozgałęzień żyły wrotnéj.

Pęcherz żółciowy, wielkości normalnego pęcherza, lecz dobrze wypełnionego, tworzy ciało gładkie twarde jak kamień. Twardość ta pochodzi od masy twardéj znajdującéj się we wnętrzu pęcherza i składającéj się ze spłaszczonych kamyczków żółciowych.

Pozostałe organy brzuszne, szczególniéj kanał jelitowy, nie wskazują żadnych wspomnienia godnych zmian.

Serce samo zwiększone, lewa komórka mocno przerosła i rozszerzona. Wewnętrzna powierzchnia tętnicy głównej kaszowato zwyrodniona (*degeneratio atermolosa*). Zastawki dwukończyste pokazują dawne zgrubienia i świeże brodawkowate nawarstwienia na brzegach zastawek.

W obydwóch płucach nie ma żadnych szczególnych zmian, z wyjątkiem małego obrzęku w dolnych płatach.

Pozostałych narzędzi nie badano.

---



Do badań mikroskopicznych użyłem jużto zupełnie świeżych preparatów, już też stwardniałych, a rezultat tychże jest następujący:

Po brzegach istoty korowej widać jeszcze miejsca z kanalikami prawidłowo ułożonemi, chociaż takowe są bardzo rzadkie; większa bowiem część tychże uległa już rakowatemu zwyrodnieniu. Kanaliki moczowe są mocno zwiększone i rozszerzone tak, iż nie raz wskazują szerokość o dwa razy większą od kanalików normalnych, a w innych miejscach nawet jeszcze daleko większą. Na końcach odśrodkowych znajdujemy je w wielu miejscach do tego stopnia rozszerzone, iż w całości przedstawiają obraz flaszki z wąską szyją i szeroką podstawą. Komórki nabłonka są mętne, zwiększone, tu i owdzie jednakże można wynaleźć granicę pomiędzy pojedynczemi komórkami. Z małym tylko wyjątkiem są kanaliki moczowe zapełnione tego rodzaju komórkami, które w karminie przybierają barwę daleko czerwienią, aniżeli ich otoczenie.

Oprócz tych kanalików, jeszcze dość prawidłowo zachowanych, znajdujemy inne, w których nie można już dostrzedz żadnej stałej formy, lecz które przedstawiają się jako okrągławe utwory zaopatrzone w rozliczne kielki albo też wypuszczające na wszystkie strony wyrostki kończące się ślepo.

Nie rzadko leżą większe grupy takich zmienionych kanałów moczowych zapełnionych bujającemi komórkami nabłonka, i tworzą kłębowate sęki, które zazwyczaj składają się z podścieliska (*stroma*) i nagromadzonych mass komórek nabłonkowych. Te to bezkształtne massy nabłonkowe nie należące do żadnej prawidłowej formy nazwał Waldeyer ciałami rakowatemi. Takowe nie mają żadnych światel (*lumina*), lecz zdają się być zapełnione gęsto samemi tylko komórkami, pomiędzy którymi jednakże leży pewne podścielisko, które wyraźnem staje się dopiero po wydaleniu komórek pędzlem maczanym w wodzie.

Pomiędzy kanalikami moczowemi jako też w otoczeniu ciał rakowatych znajdujemy silne bujanie otaczającej tkanki łącznej, tak, iż nowo wytworzone ciała rakowate są zarazem otoczone młodą tkanką łączną.

Wytwarzanie się takowej doszło w niektórych miejscach do takich rozmiarów, że ciała rakowate niszczały zupełnie i znikły; na miejscu zaś ich jako też na miejscu normalnego mięszu gruczołowego spostrzegamy jędrną, tęgą włóknistą tkankę, w której wnętrzu widać gdzie nie gdzie rozrzucone komórki podłużne lub okrągłe, bardzo zaś rzadko większe ciała rakowate. Skutkiem tego żywego bujania tkanki łącznej oraz w ślad za nim idącego zaniku tejże, muszą także massy nabłonkowe. jak to już wyżej nadmienilem, uleść jakiejś zmianie, jużto w mniejszym już też większym rozmiarze. To też w preparatach naszych widać bardzo wyraźnie, jak pojedyncze kanaliki moczowe zostały na niektórych miejscach zupełnie spłaszczone i częściowo zupełnie znikły, podczas kiedy na innych tuż obok leżących miejscach rozszerzają się nagle, zaczynają w najlepsze bujać i tworzą odosobniony większy węzeł, który z kanalikiem moczowym stoi w połączeniu tylko przez pewien rodzaj wąskiej szypułki; weszcie natrafiamy na zupełnie już odcięte oddziały kanalików moczowych, które naokoło obejmuje tkanka łączna.

Na granicy między resztką tkanki nerkowej a właściwą massą nowotworu znajduje się, jak to wspomniałem już w protokóle sekeyjnym, pokład



tkanki łącznej. W pokład ten wrastają ze strony nowotworu masy nabłonkowe, a tu i owdzie widać jeszcze kanaliki moczowe dość normalnie zachowane i stojące gdzieś niegdzie w połączeniu z istotą korową.

Co się zaś tyczy głównej masy nowotworu, to składa się takowa z okrągłych, nieregularnie nagromadzonych komórek nabłonkowych, które w najrozmaitszym kształcie bujają na wszystkie strony, wysyłając w najrozmaitszych kierunkach wyrostki składające się z masy nabłonkowej. Innemi słowy właściwa masa nowotworowa składa się przeważnie z ciał rakowatych, a podścielisko w takowej jest daleko słabsze i rzadsze, aniżeli w opisanych dawniej miejscach zachowanej jeszcze istoty korowej, tak iż znajdujemy bardzo wąskie tylko miejsca zajęte tą tkanką, nieraz składające się tylko z naczyń. W właściwej massie nowotworu przeważa więc głównie bujanie nabłonka.

(Dokończenie nastąpi).

---

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### O rozwoju raków.

Przez prof. D-ra. W a l d e y e r'a.

Podał w streszczeniu Dr. St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

(Dokończenie \*).

1. R a n v i e r i W. M ü l l e r mogliby powiedzieć, mówi W., że wszystkie opisane przeze mnie nowotwory nie są rakami; jeśli się takowe rozwinęły rzeczywiście z nabłonków, natenczas należy je nazwać rakowcami (epithelioma), a nie rakami (carcinoma). Różnicę zaś między rakowcem a rakiem tak opisuje R a n v i e r: „*en effet, les épithéliomes se caractérisent par la soudure de leurs cellules au moyen d'un ciment et par l'évolution incessante de ces cellules; deux conditions qui n'existent pas pour les cellules incluses dans les alvéoles du carcinoma. Rien, si ce n'est une grossière analogie, n'autorise donc à considérer les cellules du cancer ordinaire comme étant de nature épithéliale*“. W. M ü l l e r utrzymuje również, że raki i rakowce są zupełnie odrębne nowotwory. „Oba procesy należą do chorób zakaźnych, wywołanych przez działanie jakiegoś jadu (virus), który musi się zetknąć ze stosownym miejscem ciała. Jad zaś dający początek rakowi, tém się różni od jadu, który wywołuje rakowca, iż odznacza się szczególnym pociąganiem do komórkowatych pierwiastków tkanki łącznej ciała, podczas kiedy jad, skutkiem którego powstaje rakowiec, okazuje szczególny pociąg do utworów nabłonkowych ciała“. Jeśli zapatrywania te są prawdziwe, mówi W., natenczas jest wątpliwym czy „raki“ w ogóle istnieją, natenczas nie widziałem w przeciągu dziewięciu lat studyów na tém polu ani jednego raka, ponieważ wszystkie nowotwory opisane przeze mnie jako raki wskazywały jak najwyraźniej znamiona, jakie podług R a n v i e r'a są właściwe „rakowcom“. Dziwna jednakże rzecz, że wszystkie wspomniane nowotwory zostały mi nadesłane z kliniki jako raki i że większa część takowych przez szybkie tak miejscowe jak ogólne powroty okazała jak najwyraźniej, że żadnej kategorii nowotworów nie odpowiada tak dokładnie jak rakom właśnie. Zresztą nie chodzi mi tu o nazwę samą, jeśli mi tylko przyznanóm będzie, że mamy bardzo wielką klasę nowotworów, które pod względem klinicznym objawiają się jako złośliwe nowotwory, a pod względem anatomicznym składają się z naczyńkowatego podścieliska, w którym spoczywają grupy komórek pochodzące od prawdziwych nabłonków. Tego rodzaju guzy nale-

---

\*) Patrz: Nr. 9, Gaz. Lek.



ży więc koniecznie odróżnić od guzów przedstawiających się równo pod względem anatomicznym i klinicznym, ale inaczej pod względem tworzenia się.

2. K ö s t e r i V i r c h o w mogliby sądzić, mówi W., że przyjęty przezemnie nabłonkowy rozwój ciał rakowatych jest tylko pozorny, a połączenie takowych z pierwotnymi nabłonkami możnaby sobie wytłumaczyć łatwo w ten sposób, że gniazda rakowate powstałe już to ze stałych ciałek tkanki łącznej (V i r c h o w), już też śródbłonnków naczyń chłonniczych przerzynają się ku sąsiednim pokładom nabłonkowym i tym sposobem łączą się z takowemi.

Przytém można jeszcze przyjąć tak zwane zakażenie rakowate (*infectio carcinomatosa*). Podług téj teorii może istotnie pod pewnemi okolicznościami pierwsze wytworzenie komórek rakowatych powstać z pierwotnych komórek nabłonkowych i dopóki rozwój ten na tem się ogranicza, nie ma jeszcze powstawać żaden właściwy rak, a nowotwór pozostaje na stanowisku pojedynczego rakowca gruczolowego, lub brodawkowego, albo też gruczolaka (*adenoma*). Ale do tych wszystkich nowotworów może jeszcze przyłączyć się drugie bardzo ważne zjawisko, to jest nabłonkowe zakażenie, które polega na tem, iż skutkiem jakiejś zarazy, która się dostała do ciała (zaraza ta może źródło swe mieć także w komórkach nabłonkowych, nieprawidłowo rozwiniętych), komórki powstająca w otoczeniu młodego nowotworu już to z komórek tkanki łącznej, już to z komórek wędrujących, już też z śródbłonnków naczyń chłonniczych przyjmują formę nabłonkową; innemi słowy przetwarzają się w nabłonkowe komórki rakowate, zupełnie podobne do tych, jakie powstają z pierwotnych nabłonków.

Zbijając najpierw zapatrywanie się K ö s t e r'a nadmienia W., że często udało mu się znaleźć w bezpośrednim otoczeniu ciał rakowatych zupełnie nietknięte naczynia chłonicze; nadto znalazł przy wszystkich ciałach rakowatych, że masa rakowata pozostawała w tym samym stosunku do naczyń chłonniczych, w których ją natrafiamy, jaki widzimy przy jakiej wstrzykniętej massie. Massa ta dawała się zawsze bardzo łatwo oddzielić od ścian naczyniowych. Przytém nie widziano nigdy żadnego najmniejszego bujania komórek wychodzącego z powierzchni wewnętrznej tych ścian, lecz takowe były po większej części zupełnie gładkie. Przyjawszy zresztą, że K ö s t e r tak samo jest uprawniony do wniosku wyciągniętego z swych doświadczeń, jak Thiersch, Billroth i Waldeyer, natenczas trzeba jeszcze zapytać się tutaj: z kąd to pochodzi, że każdy rak błony śluzowej, albo skóry zewnętrznej wywodzi początek swój zawsze z okolicy nabłonka. Dlaczego wszystkie raki wychodzą z organów, które posiadają prawdziwy nabłonek, podczas kiedy n. p. drogi chłonicze tak samo są rozwiniętą w przeponie, błonach surowiczych i t. d. jak w pierwszych? Z kąd pochodzi, że dotąd nie dostrzeżono żadnego pewnego wypadku raka pierwotnego w śledzionie, w gruczolach chłonniczych, kościach, mięśniach? Dla czego dalej rakowate czopki w rakach skóry zewnętrznej przedstawiają gniazda płaskiego nabłonka, dlaczego w rakach nerkowych znajdujemy komórki, które zwodniczo podobne są do nabłonka kanalków moczowych, dla czego raki wychodzące z jelita posiadają nabłonek słupkowaty? Wreszcie jak wytłumaczyć sobie, że rak pokładu rogowego naskórka przerzucając się do wątroby, tamże występuje znowu z nabłonkiem płaskim, podczas kiedy rak przeniesiony tamże z żołądka, przedstawia komórki słupkowate? A przecież w obu rakach są te same naczynia chłonicze, w których się rozwija rak następczy.

Trzymając się teorii nabłonkowej znajdujemy na wszystkie powyższe pytania odpowiedź łatwą i naturalną, podczas kiedy tego niedokonamy w sposób zadawalniający podług żadnej innej hipotezy. Zwolenników zaś teorii infekcyjnej która na samych tylko hipotezach spoczywa zapytamy się: Co to za czynnik jest ów zarażający jad, z kąd takowy pochodzi? Również trudno pojąć z kąd takowy ma mieć wpływ na formę komórek nowo się wytwarzających gdyż jest to innemi słowy wprowadzać na nowo do nauki o noworoślach owe zaledwie wygnane komórki swoiste (specyficzne). Ponieważ zaś zwolennicy hipotezy infekcyjnej przyjmują pierwotne raki w kościach, śledzionie i t. d., to trzeba się zapytać jeszcze, na jakiejże drodze dostaje się zakażenie nabłonkowe? Najwięcej jednakże mówi przeciwko teorii téj ta okoliczność, że nie masz dotąd żadnego wyraźnego spostrzeżenia, któreby nas pouczało o przechodzeniu komórek wędrujących albo stałych komórek tkanki łącznej w komórki rakowate. Nowsze badania wykazały, że owe przejścia komórek tkanki łącznej w komórki nabłonkowe, wielu za wcześnie przyjęło za rzecz pewną, a dzisiaj bronią tego pojedyncze tylko głosy (Volkman). Zresztą szczególna to rzecz, że po dziś dzień nie masz jeszcze żadnego dobrego i przekonywającego obrazu takich form



przejściowych, chociaż się tak wiele mówi o takowych; nawet w najnowszych dziełach Rindfleisch'a i R. Maier'a nie masz o tem słowa.

3. Klebs, Rindfleisch, E. Neumann, R. Maier mogliby powiedzieć, że raki opisane tutaj były rzeczywiście rakami, i że takowe rozwinęły się z nabłonka, ale oprócz tego znajdują się raki, które źródło swe mają nie w nabłonku, lecz w komórkach wędrujących, w stałych ciałkach tkanki łącznej, w śródbłonkach naczyń chłonnych i t. d.

Jeżeli rzeczywiście znajdują się guzy, o czym W. wątpi, które wskazują budowę rakowatą i które, jak to można na pewno dowieść, wywodzą początek od śródbłonka naczyń chłonnych *resp.* tkanki łącznej, natenczas byłoby daleko stosowniejszem nowotwory tego rodzaju choć podobne pod względem formy do raków odłączyć od takowych i uważać jako osobne guzy, zwłaszcza, że i tak już wielką liczbę mamy raków rozwijających się z nabłonka. Ale i tego nawet nie potrzeba; wszystkie bowiem nowotwory (mówi W.) jakie dotąd badałem, można było policzyć do jednej lub drugiej kategorii nowotworów, określonych jak najdokładniej mianowicie przez Virchow'a. Dla tych nowotworów, które podług dzisiejszego stanu nauki musimy nazwać rakami, w większej części wypadków można było dowieść początek nabłonkowy, połączenie z pierwotnymi nabłonkami; co zaś do nowotworów tego rodzaju, dla których nie można było dokładnie oznaczyć początku, nie dało się także wynaleść żadnego innego sposobu rozwoju.

Tak rzecz rozebrawszy trzeba mimowolnie, mówi W., zgodzić się na przyjęcie rozwoju nabłonkowego raków jako jedynie prawidłowego, a raka uważać jako bezforemny (*atypisch*) nowotwór nabłonkowy. Za zatrzymaniem zaś nazwy raka (*carcinoma*), a nie podług Robin'a rakowca (*epithelioma*) jest W. z tego powodu, że nazwa „rakowca“ jest za ogólna i oznacza podług obecnej terminologii „nowotwór nabłonkowy“, których prócz raka, jak wiadomo, mamy jeszcze więcej.

W dalszym ciągu swój rozprawę nadmieniam W., że zwykły dzielić narośle nabłonkowe na rakowce powierzchowne (*epitheliom. superf.*) i na głębokie czyli mięszsowe (*epith. profunda s. parenchymatosa*). Do ostatnich należy rak (*carcinoma*). Zatem przechodzi do porównania raka z mięsakiem (*sarcoma*) i takowy przedstawia jako bezkształtną narośl tk. łącznej, odznaczającą się przez powstawanie bez granic komórek tkanki łącznej, których formy tak samo są najróżniejsze i tak samo wychodzą z granic, jak komórki nabłonkowe raka, ale nie tracą przytem bynajmniej swego znamienia głównego, to jest tkanki łącznej. Chociaż w ogóle łatwo rozróżnić raka od mięsaka, to zachodzą jednakże wypadki które wymagają bardzo gruntownego zastanowienia, żeby dopatrzeć różnicy, tak mianowicie przy mięsaku przegródkowatym (*sarcoma alveolare*) i naczyńkowatym (*angiosarcoma*) a). Dla raka jest najlepszym i niekiedy jedynie rozstrzygającym znamieniem dowód, że komórki przegródkowate stoją w połączeniu z nabłonkiem pierwotnego stanowiska. To też w wypadkach, w których nam chodzi o dokładne rozpoznanie, trzeba przedewszystkiem dowieść to ważne znamie b). U raka komórki przegródkowate nie łączą się nigdy organicznie przez wyrostki, chociaż takowych dostrzedz można w pojedynczych komórkach; komórki są przez pewien rodzaj lepiszcza tylko spojone z sobą, ale nie zrosłe, chociaż spojenie to może niekiedy być bardzo ściśle. Znamie to stanowi jak najwyraźniejszy charakter komórek rakowych. Komórki zaś mięsaków są zawsze tak z sobą zrosłe, jak z istotą międzykomórkową, którą wytwarzają; innemi słowy nie masz przy mięsakach dwojakię tkaniny t. j. podścieliska i zawartości, jak to widać przy rakach, ale jedno i drugie, pozorne podścielisko i komórki są ściśle zrosłe.

Dalój zwraca W. uwagę jeszcze na kilka bardzo ważnych zjawisk w rozwoju raków. Najpierw należy nadmienić, że większa część komórek rakowatych pod względem formy i wielkości nie trzyma się niewolniczo komórek macierzystych t. j. komórek nabłonkowych swego pierwotnego stanowiska. Okoliczność ta jednakże zachodzi przy wszystkich nowotworach, jak n. p. przy chrząstniaku (*enchondroma*) gruczolaku (*adenoma*) mięsaku i tp., których pierwiastki komórkowate wskazują rozmaitego rodzaju zmiany pod względem kształtu i wielkości, nie tracąc przytem bynajmniej swego głównego charakteru.

Co do etiologii raków wypada tutaj nadmienić zmiany występujące w tkance łącznej tych organów, w których się rak rozwija; zmiany te przypominają nam zupełnie processa zapalne. W przebiegu więcej ostrym, jak mianowicie przy raku brodawkowatym (*carcinoma granulosum*) znajdujemy na granicy raka i tkanki zdrowej silny rozwój naczyń (*vascularisatio*) w podścielisku, które dochodzą aż do nabłonka, n. p. aż do pokładu rogowej części pochwowęj macicy; potem wytwarzają się obficie komórki wędrujące, które się wsuwa-



ją między nabłonki wszystkich miejsc. Skutkiem tego silniejszego wytworzenia się naczyń organy odpowiednie otrzymują więcej materiału pożywnego i być bardzo może, że właśnie dla tego zaczynają nabłonki także bujać w sposób nieprawidłowy. Dalej wnikają pętle naczyń jako też komórki wędrujące w pokład nabłonkowy, otaczają tym sposobem komórki nabłonkowe w mniejszym lub większym stopniu, przez co takowe ulegają rozsądzeniu i tworzą małe nieregularne grupy. W przebiegu zaś więcej przewlekłym, odpowiadającym mniej więcej rozwojowi raka włóknatego (*scirrhus*), przychodzi między nabłonkami do nieprawidłowego wytworzenia niekiedy bardzo jędrnej i twardej tkanki łącznej, tak, iż tkanka otaczająca sąsiednie raki pierwotne w wątrobie n. p. może przybrać charakter nieodgraniczzonego przewlekłego zapalenia (*hepatitis chron. diffusa*). Rak więc odznacza się szczególną skłonnością do wywoływania processów zapalnych w organach, które zajmuje.

Również uwagi godna jest różnica między rakami pierwotnymi, a następczemi. Rak pierwotne przedstawiają zawsze niezależnie od miejsca, w którym się rozwijają, obraz guza nieodgraniczzonego albo raczej nacieczonego (*infiltratio*). Rak więc nie objawia się nigdy jako guz ograniczony, wzniesiony nieco nad poziom, lecz jako rozlane stwardnienie, albo węzeł nieodgraniczony ostro od części zdrowych i z takowemi zrosły. To też daleko stosowniej jest mówić przy raku pierwotnym o zwyrodnieniu rakowatym dotyczącego organu, aniżeli o guzie rakowatym. — Rak zaś następcze przedstawiają zawsze guzy mniejsze lub większe i wyraźnie odgraniczone, przez co dowodzą, że nie rozwijają się z tkaniny, na której się znajdują, lecz z zaszczipionych cząsteczek, które zostają w tym samym stosunku do otoczenia, jak obce masy pasożytowe i rosna samodzielnie. Rozszerzając się niszczą około siebie tkankę w której się znajdują bez względu na to, czy takowa jest natury nabłonkowej, czy też tkanki łącznej. Nowo zaś wytworzona naokoło bujającego węzła następczego, tkanka brodawkowata rozwija się zupełnie jak naokoło ciała obcego albo węgrowca i t. d. To bujające brodawkowanie wytwarza przy raku podścielisko, które powoli zapełniają komórki rakowate. Różnica ta między rakowatym węzłem pierwotnym, a następczym przemawia jak najsilniej za teorią nabłonkową.

Dalej należy zwrócić uwagę na owo ogólne bujanie mass rakowatych ku drogom chłoniczym, co się niekiedy rozpoczyna już bardzo wczesnie. Naokoło gronek gruczolowych znajdują się przestrzenie, które należy uważać za przestrzenie chłonicze. Ztąd nie trudno pojąć, że nabłonek bujając w nadmiarze musi dostać się do dróg chłoniczych. To wniesienie zaś do dróg chłoniczych zachodzi w tak wielkim rozmiarze, że możnaby się zapytać tutaj, czy narodził nabłonek nie staje się dopiero od tej chwili rakowatą, skoro jej nabłonki bujając, przedostają się do naczyń chłoniczych. W razie takim wpływałyby drogi chłonicze przeważnie na ukształtowanie się ciał rakowatych. Ale z drugiej strony nie można tego uważać za jedyny sposób przybierania kształtów, o ciałach bowiem rakowych znajdujących się w poprzecznie przążkowanych włóknach mięśniowych, w kawałeczkach kości lub chrząstek nie można powiedzieć, że leżą wewnątrz dróg chłoniczych; z resztą nie widać naokoło tychże ani śladu jakiej sciany. Bez wątpienia więc mamy wielką ilość ciał rakowatych, które sobie same kopiają gniazda i nie leżą w drogach już poprzednio utworzonych.

W końcu rozprawy swój wspomina W. jeszcze o kilku praktycznych wnioskach, które wyprowadził z badań swych nad rozwojem raków.

Najpierw należy starannie uważać na stany przewlekło-zapalne, szczególnie na drobne owrzodzenia, mianowicie kiedy się takowe znajdują w miejscach, gdzie bardzo chętnie powstają raki, jak n. p. w części pochwowój macicy. Wiadomą jest rzeczą, że raki mogą się rozwinąć z przetok (*Billroth*); niedawno zaś temu ogłosili *Fischer* i *Waldeyer* (*Archiv für klin. Chir. Bd. XII*) wypadek raka, który powstał z kaszaka (*atheroma*).

Co zaś do operowania raków, to zaleca W. wczesne wykonanie takowego. Ponieważ następcze węzły rakowate rosna samodzielnie, przeto trzeba każdą operację uważać za bezskuteczną, kiedy najbliższe gruczoły chłonicze są już obrzmiałe i takowych nie można także usunąć.

Jeżeli zaś nie ma nadziei operowania w częściach zdrowych, natenczas najlepiej nie operować wcale. Podług natury rzeczy udają się najlepiej amputacje lub wyluszczenia (*enucleatio*), skoro tylko gruczoły są jeszcze nietknięte. Z tego też powodu są tak niepomysłne w skutkach operacje wykonywane na części pochwowój macicy lub odbytnicy, po-



nieważ tutaj z przyczyn anatomicznych nie można operować na pewno w częściach zdrowych. Zupełnie zaś jest fałszywem wykonywać wykrój (*excisio*) raków w wypadkach, gdzie można amputować albo przy amputacjach oszczędzać kawałki członków. To też n. p. amputacye zawsze wykonywałbym, mówi W., ponad zdrowym stawem, ponieważ zadziwiającem jest, jak daleko w tkance rozciągają się ciała rakowate, mimo, że makroskopicznie to nie da się wykazać.

Co do pytania wreszcie, jak operować, to zaleca W. zawsze, gdzie tylko można użyć podwiązanie (*acute Ligatur*) lub galwanokaustyki, nigdy zaś noża. Nie możemy bowiem mieć żadnej rękojmi, że operując nie natniemy na jednym lub drugim miejscu narośli i takowej przy dalszem operowaniu w ten sposób nie zaszczepimy dalej. To samo może także nastąpić łatwo przy podwiązywaniu zbroczonemi rękoma lub narzędziami.

## KORRESPONDENCYA.

### Pierwsze roczne sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarzy Gubernii Płockiej.

Podał D-r Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku,  
Członek Sekretarz Towarzystwa.

Nikt zapewne nie wątpi, że kilku ludzi połączonemi siłami więcej zdziałać może, jak jeden człowiek. Fakt ten do tyla jest oczywisty, że już od dawna specjaliści w pewnych gałęziach nauk grupowali się w kółka, by związani w jedną o ile możności jednolitą całość mogli dojść do pewnych rezultatów i przyłożyć tym sposobem chociaż małą cegielkę do wspólnego wielkiego gmachu wiedzy. W gronie jednak specjalistów tak prawników jak naturalistów i lekarzy byli ludzie, którzy pierwsi dawali pobudkę do wspólnego zgromadzenia się w pewnych odstępach czasu, by każdy mógł zdać sprawę z prac przez siebie podjętych lub nowo dostrzeżonych faktów. Dostyc tu wspomnieć choćby znakomitego Hufeland'a lub nieśmiertelnych Oken'a i Humboldt'a, założycieli Towarzystwa lekarzy i naturalistów niemieckich. Ile stowarzyszenia w mowie będące przyniosły korzyści nauce, tego byłoby zbyt cieżkiem dowodzić; są one śmiało rzec można kontrolą pojedynczych ludzi, ile takowi wychodząc z wyższych zakładów naukowych dotrzymują przyrzeczenia jeżeli nie zdobywać nowych wiadomości to przynajmniej śledzić za postępem nauki.

Lekarze gubernii płockiej zrozumieli także doniosłość wspólnego łączenia się ze sobą i na wniosek kol. Ehrlicha postanowili ukonstytuować się w Towarzystwo. Obecni na zebraniu koledzy: Brzozowski, Bućkiewicz, Dąbrowski, Drużyłowski, Kurowski, Łaski, Lisicki, Nieznański, Nowak, i Wyczalowski z zapalem zgodzili się na podany przez kol. Ehrlicha projekt i postanowili zawezwać wszystkich lekarzy, weterynarzy i aptekarzy w gubernii płockiej zamieszkałych a także w sąsiednich guberniach przebywających, by wspólnie przystąpili do zawiązania Towarzystwa. Za podstawę wzięto zatwierdzoną przez JW. Ministra spraw wewnętrznych w d. 2 (14) Lipca 1869 r. „Normalną ustawę Towarzystw Lekarskich Gubernialnych.“ Ówczesny gubernator płocki chętną przyłożył rękę do założenia Towarzystwa.

Odezwy zostały rozesłane przez kolegę Brzozowskiego i następne zebranie naznaczono na dzień 31 Stycznia 1872 roku, w którymto dniu miało się ostatecznie ukonstytuować Towarzystwo. Na zebraniu tem znajdowali się następujący koledzy: Brzozowski, Cwierczakiewicz, Dąbrowski, Drużyłowski, Ehrlich, Gurbcki, Krasowski, Kurowski, Markiewicz, Mieczkowski, Nieznański, Nowak, Piotrowski (z Płońska), Stempniewski i Wyczalkowski; weterynarz Zaleski; aptekarze: Jędrzejewski, Libchen, Strupczewski i Wróblewski. Wszyscy oni zapisali się na członków zawiązującego się Towarzystwa a nadto następujący członkowie ciała lekarskiego listownie objawili chęć należenia do Towarzystwa a mianowicie lekarze: Ruśkiewicz (z Płocka), Bućkiewicz (z Mławy), Chmieliński (z Przasnysza), Gensz (z Drobiną), Gumowski (z Lipna), Guskowski (z Zakroczy-



nia), Jędrzejewicz (z Płońska), Kastorski (z Dobrzynia), Kiernożycki (z Przasnysza), Łaski (z Płocka), Majewski (z Ciechanowa), Piotrowski (z Bieźunia), Stromfeld (z Mławy), Wokulski (z Lipna); aptekarze: Borowski (z Mławy), Nejmann (z Lipna), Nejmann (z Bieźunia), Wojewódzki (z Dobrzynia) i Szwer (z Przasnysza). Zapisało się więc w ogóle na członków Towarzystwa osób 42.

Posiedzenie stosowną przemową zagał kol. Dąbrowski, poczem przystąpiono do obioru Praesidium Towarzystwa. Jednogłośnie Prezesem obrano kol. Ehrlicha, Vice-Prezesem kol. Dąbrowskiego, a Sekretarzem kol. Brzozowskiego. Następnie przystąpiono do ustanowienia wysokości składki, jaką jednorazowo a następnie corocznie mają wnosić członkowie do kassy Towarzystwa i zgodzono się, jakie mianowicie zaprenumerować pisma. Pism w językach: ruskim, polskim, niemieckim i francuzkim, zaprenumerowano w ogóle 17, a mianowicie: ruskich 2, polskich 3, niemieckich 11, francuzkie 1. Na tem ukończyło się pierwsze, rzec można przygotowawcze zebranie.

Chodziło tylko teraz o to by władza uświęciła istnienie Towarzystwa. W tym celu kol. Ehrlich w d. 20 Stycznia (9 Lutego) 1872 roku na ręce JW. Naczelnika Gubernii złożył stosowne przedstawienie do JW. Ministra Spraw Wewnętrznych, który w dniu 10 (22) Lutego 1872 r. raczył zezwolić na istnienie Towarzystwa w mowie będącego.

W przeciągu roku ubiegłego odbyło się dwanaście posiedzeń. Każdego szczegółowo opisywać nie zamierzamy; sądzimy, iż dostatecznym będzie przytoczyć tylko te sprawozdania, które tak pod względem naukowym jak i praktycznym są większej doniosłości.

Kol. Ehrlich opierając się na statystycznych podaniach lekarzy powiatu i miast odczytywał sprawozdania co do ruchu chorych. Ze sprawozdań tych okazuje się, że w miesiącach styczniu i lutym roku ubiegłego nie było żadnych chorób epidemicznych w gubernii płockiej. W miesiącach kwietniu i maju do najczęstszych chorób należały zapalenia dróg oddechowych i zimnice, a nadto w powiecie Ciechanowskim epidemicznie panowała skarlatyna i odra, a w powiecie sierpeckim i płockim ospa naturalna.

Ospa głównie srożyła się między nieszczepionemi dziećmi, u szczepionych przebieg jej był łagodniejszym; śmiertelne zejścia zdarzały się przeważnie i nieledwie jedynie tylko u nieszczepionych. Zauważono także kilka wypadków powtórnej ospy u osobników które już raz takową przebyły; w takich wypadkach sprawa chorobowa w mowie będąca odznaczała się nader łagodnym przebiegiem.

W miesiącu czerwcu do najczęściej napotykanych chorób należały zimnice, tak, że nawet sprawy chorobowe natury nieżytowej przybierały typ przepuszczający i ustępowały najłatwiej przy podawaniu środków przeciw-typowych (*chinina*). Ospa w miesiącu o którym mowa dosyć licznie się pojawiała, głównie jednak w powiecie rypińskim. Było także kilkanaście wypadków cholery (*nostras*). Z chorób zwierząt najczęstszym był karbunkuł, pojawiający się w powiatach Ciechanowskim, Przasnyskim i Słóńskim. Zaraza pyskowa i racicowa panowała w całej gubernii.

Kol. Ehrlich podjął jeszcze dwie ważne prace, które przedstawił towarzystwu a mianowicie: o urządzeniu wychodków, śmietników i zlewników w mieście Płocku (posiedzenie 5, 6, 7.) sprawozdanie z epidemii cholery z całej gubernii (posiedzenie 8). O obydwóch tych ze wszech miar wyczerpujących pracach bliżej tutaj mówić nie będziemy, gdyż kolega Ehrlich ma je wkrótce drukiem ogłosić.

Kol. Wróblewski (posiedzenie 2) proponował aby zamiast często przepisywanych pigulek, w które wchodzi siarczan żelaza (*ferrum sulfuricum*) i węglan potażu (*kali carbonicum*) razem, obie te sole przepisywać oddzielnie i przyjmować jedną zaraz po drugiej, a wtedy w samym już żołądku wytworzy się węglan żelaza (*ferrum carbonicum*), o którym chodzi.

Kol. Dąbrowski (posiedz. 3) mówił o znaczeniu dźwięku metalicznego serca. Opierając się na własnych badaniach i innych lekarzy przychodzi do wniosku, że objaw w mowie będący, jako nie towarzyszący stale żadnej ze znanych chorób serca, a nadto dający się niekiedy postrzegać przy zupełnie zdrowym stanie tego narzędzia, jest objawem przypadkowym.

Kol. Kastorski (posiedzenie 3) odczytał sprawozdanie „o błonicy (*diphtheritis*)“ endemicznie panującej w okolicy Dobrzynia nad Wisłą już od lat czterech. Podaje on, iż w ciągu tego czasu leczył 1200 osób (głównie dzieci), zapadłych na sprawę chorobową, o której mowa. Pomijamy tutaj opis początku powstawania i przebiegu choroby, opowie-



dziane wyczerpująco przez sprawozdawcę, jako znane prawie każdemu praktycznemu lekarzowi; podany obszerniej przyczyny, zaznaczając tylko, że błonica pojawiała się we wszystkich porach roku i występowała równie ze złośliwym charakterem tak w lecie, jak na wiosnę, w jesieni i w zimie. Miasto Dobrzyń liczące 3000 ludności, z której 2000 starozakonnych znajduje się w bardzo niekorzystnych warunkach pod względem higienicznym; leży ono na górze, wystawione na ciągle ostre wiatry północne, otoczone jest od północy kanałem, do którego spływają wszelkie nieczystości z miasta, odpływ z kanału utrudniony pozwala z wszelką wygodą rozwijać się fermentacji zgniłej. Większa część ulic niebrukowana, ztąd w czasie pory dżdżystej stare domostwa, nie posiadające podwórz, kąpią się śmiało rzec można w grubym pokładzie błota. Nie więc dziwnego, że wśród takich warunków higienicznych błonica na dobre się rozpanowała i powiększyła znakomicie procent śmiertelności, szczególnie, jak to już było powiedzianem, pomiędzy dziećmi. Śmiertelność w różnych latach była rozmaita; w latach 1868 i 1869 wynosiła 20%, w r. 1870 14%, w r. 1871 zaledwie 2%. Pomniejszenie procentu śmiertelności wedle kolegi sprawozdawcy miało zależeć od tego, że wcześniej szukano porady lekarskiej, gdy w latach dawniejszych zostawiano chorego własnemu jego losowi. Kolega K a s t e r s k i zauważył, że błonica pojawiała się szczególnie w czasie silnych mrozów, przy panujących wiatrach północnych i zachodnich, oraz w lecie w czasie trwających kilkudniowych zimnych deszczy, dalej, że częściej występowała w wilgotnych domach drewnianych jak w czystych i ciepłych. Kolega sprawozdawca wygłosił w końcu swe zdanie co do natury błonicy, twierdząc stanowczo, że jest chorobą miejscową. W tym przedmiocie zawiązała się żywa dyskusja, materiał był bowiem znaczny, a wątku dostarczały obok tego głośne prace w ostatnich dziesiątkach lat dokonane przez O e r t e l'a, B u h l'a, L e t z e r i c h'a, F r e u d e l e n b u r g'a i innych.

Kol. Mieczkowski (posiedz. 9) opowiedział kilka ważnych wypadków chorób, leczonych w Ciechocinku w zeszłym sezonie kąpielowym. Pracę swą kol. sprawozdawca ogłosił w Gazecie Lekarskiej Nr. 48 i 50. T. XIII.

Na ostatniem posiedzeniu przystąpiono do obioru Prezesa, Vice-Prezesa i Sekretarza Towarzystwa. Prezesem i na rok następny obrano kol. Ehrlicha, Vice-Prezesem kol. Drużyłowskiego, Sekretarzem kol. Gurbkiego. Towarzystwo w ciągu roku powiększyło się, przybyło bowiem trzech nowych członków, mianowicie kol. Ostrowski, nowomianowany inspektor służby zdrowia Gubernii Płockiej, kol. Dickstein i kol. Perkala; Towarzystwo liczy więc obecnie Członków 45.

## Wiadomości bieżące.

— Rozpowszechnienie gruzelków u 7½ miesięcznego płodu. Dr. Charrin podaje obserwację rozpowszechnienia gruzelków u siedmio i pół miesięcznego dziecka. Kobieta lat 29 licząca została dotknięta suchotami płucnymi podczas trzeciej ciąży. W siedm miesięcy rodzi córkę, poczem wraz z dziecią umiera. Sekcja wykrywa u matki zniszczenia gruzlicze w płucach; u płodu zaś zajęte są organa położone w jamie brzusznej. Wątroba, śledziona i sieć (*omentum*) usiane gruzelkami. Autor zwraca uwagę na różnicę w umiejscowieniu sprawy chorobowej i stara się ją wytłumaczyć tem, że organa silniej pracujące więcej są usposobionemi do umiejscowień chorobowych.

Dlatego też łatwo zrozumieć dlaczego u matki sprawa jest rozwiniętą w płucach; u płodu one jeszcze nie są czynnemi, dlatego też i sprawa chorobowa rozwija się pierwiej w organach czynniejszych jakimi są wątroba, śledziona i t. d.

(Lyon Medical, 6 juillet 1873).

W Numerze 6-tym Gazety Lekarskiej zaszły następujące omyłki w druku:

na str. 93	wiersz 34	zamiast swych,	winno być innych.
na str. 93	„ 40	„ ich	„ jak
na str. 93	„ 41	„ zaporę,	„ ropę
na str. 94	„ 4	„ nie był	„ był

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

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