

# GAZETA LEKARSKA

## I. O ORGANICZNYCH CIERPIENIACH UKŁADU NERWOWEGO NA TLE TRYPROWEM,

Rzecz, czytana na Posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lek. w dniu 5 kwietnia,

podał

**Jan Koelichen.**

Od dawna już znane są spostrzeżenia, przemawiające za związkiem przyczynowym pomiędzy tryprem cewki moczowej a organicznymi cierpieniami układu nerwowego. Od dawna już bowiem zauważono, że w przebiegu wielu cierpień dróg moczowych, zwłaszcza na tle tryprowem, występują porażenia kończyn, którym nawet nadawano miano porażień moczowych: „*paraplegiae urinariae*“. Objawy te, zależnie od panujących w danej chwili w patologii poglądów, starano się wyjaśnić w różny sposób. Do najdawniejszych należy przypuszczenie, według którego porażenia w przebiegu cierpień dróg moczowych występują w skutek odruchowego działania hamującego na ośrodki rdzeniowe podrażnień, umiejscowionych w drogach moczowych. Myśl tę wypowiedzieli po raz pierwszy WHYTT i PROHASMA, oni też wprowadzili do nauki nazwę porażień odruchowych: „*paraplegies reflexes*“ „*Reflexlähmungen*“; STANLEY i GRAVES rozwijali dalej tę teorię. BROWN - SEQUARD zmienił nieco ich poglądy, wyrażając przypuszczenie, że podrażnienie nerwów obwodowych w drogach moczowych wywołuje skurcz naczyń krwionośnych w rdzeniu, wskutek czego następuje zaburzenie w jego czynności, wywołane przez niedostateczny dopływ krwi. Innego zdania byli VULPIAN i CHARCOT. Przypuszczali bowiem, że porażenia w przebiegu trypra występują jedynie w tryprowem cierpieniu stawów. Według ich mniemania podrażnienie stawowych zakończeń nerwów obwodowych przenosi się wzdłuż tych nerwów na rdzeń i wywołuje zmiany w komórkach nerwowych przednich rogów istoty szarej. TINIER wreszcie, w tezie traktującej o komplikacjach trypra cewki moczowej, stara się wszystkie komplikacje wyjaśnić zapomocą powstającej w organizmie diatezy tryprowej, którą porównywa do diatezy artrytycznej.

Dopiero w ostatnich czasach, wraz z rozwojem poglądów na zakażenie i zatrucie, zaczęto przypuszczać, że związek trypra z cierpieniami układu nerwowego może być bardziej bezpośrednim, a mianowicie, że zmiany w układzie



nerwowym powstawać mogą drogą przeniesienia się zarazków, lub toksyn, przez nie wytwarzanych. Od tej też chwili zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na związek etyologiczny pomiędzy różnymi cierpieniami układu nerwowego a tryprem cewki moczowej. Przekonano się też niebawem, że w przebiegu trypra występować może cały szereg różniących się od siebie pod względem klinicznym zaburzeń w czynności układu nerwowego.

Do najłżejszych i najczęściej bodaj spotykanych należą neuralgie tryprowe. Po raz pierwszy zwrócił na nie uwagę FOURNIER, zajmowali się nimi następnie: PETER, THIER, CROSS i EULENBURG; LESSER na IV-ym Kongresie dermatologów poświęcił im odczyt specjalny. Z obserwacji dotychczasowych okazuje się, że bóle neuralgiczne w tryprze umiejscowione bywają najczęściej na przebiegu *n. ischiadici* lub *n. cruralis*, wszystkie jednak wogóle nerwy, wychodzące ze spłotu lędźwiowo-krzyżowego, bywają dość często siedliskiem bólów neuralgicznych. W rzadszych przypadkach, jak wskazują obserwacje EULENBURG'a, zdarzają się neuralgie nerwów ramieniowych i przedramiennych. Neuralgie te występować mogą zarówno w ostrym okresie trypra, jak i w tryprze przewlekłym i ustępują zazwyczaj wraz z wyleczeniem miejscowego cierpienia dróg moczowych.

Cięższem i poważniejszym co do skutków cierpieniem bywają występujące w przebiegu trypra zaniki mięśniowe. Są one jednak komplikacją, zdarzającą się jedynie w tryprowym cierpieniu stawów. Zanik zjawia się zazwyczaj w mięśniach bezpośrednio sąsiadujących z zajęтым stawem, nieraz jednak przenosi się i na odpowiednie mięśnie po drugiej stronie ciała, a nawet, jak wskazują obserwacje HAYEM'a i PARMENTIER, CHARCOT'a, RAYMOND'a, ERASMA d'AMARAL i wielu innych, zanik mięśni może być bardzo rozległy i dotyczyć wszystkich prawie mięśni tułowia oraz kończyn. Rozległość zaników pozostaje zazwyczaj w stosunku prostym do rozległości tryprowego cierpienia stawów. Obraz kliniczny przypomina nieraz dystrofię mięśniową, gdyż w zanikających mięśniach nie znajdujemy ani drgań włókienkowych, ani zmian jakościowych pobudliwości elektrycznej, częściej jednak zbliżonym bywa do obrazu amiotroficznej sklerozy bocznej, gdyż jednocześnie z zanikiem mięśni występuje wzmoczenie odruchów ścięgnowych, czasem nawet, jak widzimy z obserwacji CHARCOT'a i EULENBURG'a, w zanikających mięśniach dają się zauważyć drgania włókienkowe i jakościowe zmiany pobudliwości elektrycznej. Zanik mięśni rozwija się wogóle powoli i trwa nieraz na równi z cierpieniami stawowymi miesiące całe, a nawet lata. Wraz z ustaniem cierpienia stawów poprawia się zazwyczaj i stan mięśni, niezawsze jednak powraca do normy i nieraz pewien stopień zaniku i osłabienia pozostaje na stałe.

Do rzędu rzadszych komplikacji ze strony układu nerwowego w tryprze cewki moczowej należy zapalenie nerwów obwodowych. W literaturze znalazłem bowiem tylko kilka odnośnych obserwacji, opisanych przez PETER'a, RAYNAUE'a oraz RAYMOND'a wspólnie z CESTAN'em. W trzech z pomiędzy tych przypadków cierpienie ograniczało się do nerwów kończyn dolnych. W obrazie klinicznym występowały na pierwszy plan bóle na przebiegu *n.*



*ischiadici*, parestezye w kończynach dolnych, mniej lub więcej wyrażone osłabienie i zanik mięśni kończyn wraz ze zniesieniem lub znacznem osłabieniem odruchów ścięgnowych, znaczna bolesność przy ucisku pni nerwowych i mięśni, nadto w przypadku PETER'a wystąpiło zaburzenie czucia na obwodowych odcinkach kończyn dolnych. W jednym z przypadków, opisanych przez RAYMOND'a i CESTAN'a, cierpienie przybrało postać ostrego wstępującego paraliżu LANDRY'ego. Zaczęło się ono od bólów i parestezyi w kończynach dolnych, w których wkrótce wystąpiło porażenie mięśni, następnie zjawilo się porażenie mięśni tułowia, a wreszcie mięśni kończyn górnych i nerwów twarzowych. Wszystkie odruchy ścięgnowe były zniesione lub znacznie osłabione, zaburzeń czucia nie było, pnie nerwowe i mięśnie były bolesne przy ucisku, czynność pęcherza i odbytnicy była stale prawidłową. Zarówno w tym przypadku, jak i w poprzednio wspomnianych nastąpiło stopniowo zupełne wyzdrowienie. Oprócz powyższych przypadków, w których cierpienie umiejscowionem było wyłącznie albo przeważnie w kończynach dolnych, istnieje przypadek, opisany przez NUERNBERGER'a, w którym przy ostrym tryprze wystąpiło porażenie mięśni łopatek, jak sądzi autor, wskutek *neuritis gonorrhoeica*; LAZARUS opisał przy tryprze porażenie *postici*, które zmusiło aż do tracheotomii, przypuszczalnie również na tle zapalenia *n. laryngei inferioris ex origine gonorrhoeica*. Wreszcie KOZERSKI obserwował w przebiegu trypra porażenie *n. facialis*.

Pozostaje nam rozpatrzeć jeszcze najpoważniejszą komplikację ze strony układu nerwowego w tryprze cewki moczowej, mianowicie zapalenie rdzenia i jego opon. Komplikacja ta, jak się okazuje z przeglądu literatury odnośnej, nie należy do najrzadszych, gdyż dotychczas obserwowano i opisano 16 podobnych przypadków. W większości przypadków cierpienie umiejscowione bywało w rdzeniu grzbietowym. Jako objawy występowały więc: porażenie ruchowe dolnych kończyn i mięśni dolnego odcinka tułowia, wzmożenie odruchów ścięgnowych, częstokroć objawy spastyczne w postaci przykurzeń i drgawek w mięśniach kończyn dolnych, osłabienie lub zupełne zniesienie czucia na dolnych kończynach i dolnej części tułowia, bóle opasujące, zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy oraz odleżyny. Rzadziej objawy wskazywały na umiejscowienie cierpienia w rdzeniu lędźwiowym. Pomimo tak groźnych objawów w wielu przypadkach nastąpiła stopniowo znaczna poprawa, a w jednym nawet zupełne wyleczenie; w dwóch, obserwowanych przez STANLEY'a i TRAPESNIKOWA, przy powtórnem zarażeniu tryprem nastąpiła recydywa objawów rdzeniowych. Wreszcie 8 z pomiędzy obserwowanych dotychczas przypadków zakończyło się zejściem śmiertelnem, przytem jeden z nich wskutek przypadkowego cierpienia, mianowicie cholery. W opisanych przez DUFOUR'a i ULLMAN'a przypadkach zakończonych śmiercią, cierpienie przybrało charakter wstępujący, przechodząc stopniowo na tułów i górne kończyny i wreszcie na jądra nerwów opuszkowych. Na rozległe zmiany anatomiczne w rdzeniu wskazywały również objawy kliniczne w przypadku, obserwowanym przez kol. MAJEWSKIEGO na oddziale dra JAKOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus; przebieg tego przypadku w krótkości przytoczę.



Chorą Z. G., lat 16, przywieziono do szpitala d. 13 listopada 1900 roku w stanie gorączkowym z zupełną paraplegią dolnych kończyn i parezą prawej kończyny górnej. Z wywiadów dowiedziano się, że chora przed 3-ma dniami położyła się do łóżka zupełnie zdrową, a nazajutrz rano obudziła się z silnymi bólami w kręgosłupie i porażeniem dolnych kończyn. Badanie chorej dało wyniki następujące. W czynności nerwów czaszkowych żadnych zaburzeń nie znaleziono. W lewej kończynie górnej zdolność ruchowa zachowana, w prawej bardzo ograniczona, przyczem siła mięśniowa w kończynie tej znacznie osłabiona. Odruchy ścięgnowe w kończynach górnych żywe. Czucie bólowe na prawej dłoni i na zewnętrznej stronie prawego przedramienia nieco osłabione. Chora skarży się na silne bóle w prawym stawie barkowym. Mięśnie oddechowe działają prawidłowo, mięśnie dolnego odcinka tułowia osłabione tak, że podnieść się z pozycyi leżącej i usiąść na łóżku chora nie jest w stanie. Czucie bólowe i temperatury na dolnej części tułowia poniżej pępka zniesione, dotykowe zachowane. Kończyny dolne zupełnie nieruchome, mięśnie ich wiotkie, odruchy ścięgnowe słabe. Czucie dotykowe na dolnych kończynach zachowane, bólowe i temperatury zniesione. Mocz i kał od trzech dni zatrzymany. Lekkie stłumienie odgłosu opukowego i wydłużenie szmeru oddechowego nad szczytem lewego płucu; poza tem jednak organy wewnętrzne bez zmian widocznych. Zewnętrzne organy płciowe, mocno zaczerwienione, wydzielają obficie gęstą, żółtą ropę, w której przy badaniu drobnowidzem wykryto gonokoki.

W czasie pobytu chorej w szpitalu stan jej ulegał następującym zmianom. Wkrótce po przybyciu wystąpiło nietrzymanie moczu i kału, na pośladkach poczęła się szybko tworzyć odleżyna, odruchy ścięgnowe dolnych kończyn stały się nader żywymi, wystąpił *clonus* stopy. Osłabienie siły mięśniowej i znaczne ograniczenie zdolności ruchowej zjawiało się również w lewej kończynie górnej, jednakże po pewnym czasie nastąpiła dosyć znaczna poprawa zdolności ruchowej w obydwóch kończynach górnych. Następnie chora przechodziła ostre wysiękowe zapalenie prawej opłucnej, gorączka stale trzymała się na cyfrach dosyć wysokich ze znacznymi rannymi remisjami. Odleżyny znacznie się rozszerzyły i pogłębiły, zajęły okolicę obydwóch *trochanteres i malleoli externi*. Wreszcie wystąpiły objawy ostrego ropnego zapalenia pęcherza. 12-go stycznia 1901 r., w 2 miesiące po wystąpieniu objawów cierpienia rdzenia, chora zmarła.

Badanie pośmiertne wykazało nieznaczne zmiany gruzlicze w wierzchołku lewego płuca, zapalenie ropne miedniczek nerkowych i dyfterytyczne zapalenie pęcherza. Oględziny rdzenia i jego opon żadnych zmian widocznych nie wykazały, tem niemniej rdzeń został utrwalony w formalinie i płynie MUELLER'a do dalszego badania drobnowidzowego. Badanie to wykryło w całym rdzeniu znaczne zmiany anatomiczne. Zanim jednak przystąpię do ich opisu, postaram się rozpatrzyć podstawę anatomiczną i patogenezę wszystkich wogóle komplikacji ze strony układu nerwowego, występujących w przebiegu trypra.

Zaraz na wstępie zaznaczyć przytem muszę, że wiadomości nasze w tym względzie są bardzo dorywcze i niezupełne. Podstawa anatomiczna neuralgii



tryprowych, jak wogóle wszelkich bólów neuralgicznych, zupełnie nie jest znana, możemy jedynie przypuszczać, że powstają one wskutek podrażnienia nerwów obwodowych przez gonotoksyny. Nie wiele więcej wiadomości posiadamy co do podstaw anatomicznych i patogenetyki zaników mięśniowych, powstających w tryprowym cierpieniu stawów. To jedno zdaje się być co do nich pewnem, że nie stoją one w bezpośrednim związku przyczynowym z zakażeniem tryprowym, gdyż podobne zaniki mięśniowe powstają i w innych długotrwałych cierpieniach stawowych, rozwijających się na tle reumatycznym, artrytycznym oraz w osteoartropatyach pierwotnych. Przypuszczać zatem należy, że zanik mięśni nie zależy od rodzaju cierpienia stawów, a jedynie od zachodzących w nich zmian patologicznych. Dotychczas jednak nie zdołano wyjaśnić, w jaki sposób zmiany patologiczne w stawach oddziałują na układ nerwowy, powodując rozległe zaniki mięśni i wzmocnienie odruchów ścięgniowych. Istnieje przypuszczenie, według którego podrażnienie zakończeń stawowych nerwów przenosi się wzdłuż pni nerwowych na rdzeń i powoduje zmiany anatomiczne w komórkach przednich rogów istoty szarej rdzenia, będące przyczyną zaniku mięśni. Starano się nawet przypuszczenie to sprawdzić na drodze doświadczalnej. TIESLER, FEINBERG, HAYEM, GUDDEN i wielu innych badaczy przecinali *n. ischiadicus* u zwierząt i badali zmiany, zachodzące w rdzeniu wskutek podrażnienia odcinka tego nerwu. Jedni znajdowali przytem zmiany zapalne w odpowiednim odcinku rdzenia, inni zanik komórek nerwowych przednich rogów. Zarzucono jednak tym doświadczeniom, że były wykonywane bez zachowania aseptyki i że przy zachowaniu wszelkich ostrożności żadnych zmian w rdzeniu odkryć nie można. Wobec tego kwestyę patogenetyki artropatycznych zaników mięśniowych należy uważać dotychczas za otwartą.

Zapalenie nerwów obwodowych stanowi, jak już wspominałem, w tryprze komplikację, obserwowaną dotychczas nader rzadko, żaden przytem z obserwowanych przypadków nie został zbadany anatomicznie. Wobec tego trudno jest powiedzieć cośkolwiek o anatomii patologicznej tego cierpienia. Prawdopodobnie na podobieństwo innych neurytów, powstających na tle zakażenia lub zatrucia, zachodzą przytem w pniach nerwowych zmiany śródmiąższowe i miąższowe, które po ustaniu sprawy zapalnej wyrównują się drogą regeneracji nerwów. Bardziej zawiłą jest sprawa etyologii i patogenetyki tych zapaleń, kwestya, jakie czynniki szkodliwe działają w tryprze bezpośrednio na nerwy, wywołując w nich stan zapalny i jaką drogą czynniki te dostają się do nerwów. Kwestyi tych dotknijemy, omawiając patogenetykę tryprowego zapalenia rdzenia i jego opon, obecnie zaś zwrócimy się do rozpatrzenia istniejącego materiału anatomo-patologicznego, dotyczącego tego rodzaju przypadków. Materiał ten, nie jest zbyt obfity, gdyż, jak wspominałem, z 16-u zuanych dotychczas przypadków zapalenia rdzenia na tle tryprowym, 8 tylko zakończyło się zejściem śmiertelnem. Wiele z pomiędzy tych ostatnich przypadków wcale nie poddano badaniu pośmiertnemu, inne zaś zbadane były jedynie makroskopowo lub też zbadane drobnowidzowo tylko bardzo pobieżnie. Do takich należą przypadki, opisane przez STANLEY'a i GULL'a. Pierwszy znalazł przy oględzinach pośmiertnych jedynie znaczne przekrwienie rdzenia lędźwiowego i jego



opon, drugi rozmięczenie dolnego odcinka rdzenia, dochodzące aż do połowy rdzenia grzbietowego bez zmian widocznych w oponach; badanie drobnowidzowe kawałków rozmięczonego rdzenia bez uprzedniego utrwalenia i zabarwienia pozwoliło mu jedynie stwierdzić obecność komórek ziarnistych, wskazujących na rozpad myeliny. Mało dokładnem było również badanie histologiczne w przypadku, opisanym przez DUFOUR'a. Przy oględzinach znalazł on rozmięczenie całego rdzenia, zwłaszcza w okolicy szyjowej; w tejże okolicy znalezione były złogi błonek (*pseudomembranae*) na oponach miękkich. Badaniu histologicznemu poddany był jedynie odcinek rdzenia grzbietowego, w którym stwierdzono zwyrodnienie bocznych dróg piramidalnych. Bardzo interesującym był wynik badania w przypadku, opisanym przez ULLMAN'a, stwierdził on bowiem obecność ropy w oponach miękkich rdzenia oraz dwa ropnie w samym rdzeniu: jeden w okolicy szyjowej, drugi na granicy okolicy szyjowej i grzbietowej. W przypadku, obserwowanym przez LEYDEN'a, przy braku zmian widocznych gołem okiem, badanie drobnowidzowe odkryło jednak wyraźne zmiany zapalne w oponach dolnego odcinka rdzenia oraz zmiany zapalne w słupach tylnych istoty białej i w tylnym odcinku słupów bocznych. Wreszcie w przypadku BARRIÉ'go rdzeń lędźwiowy przy oględzinach wydawał się rozmięczonym, opony jego były przekrwione, badanie zaś drobnowidzowe wykryło wprawdzie przekrwienie i nacieczenie drobnokomórkowe opon miękkich rdzenia lędźwiowego, w samej jednak istocie rdzenia żadnych zmian widocznych nie znaleziono. Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że dokonane w nim badanie bakteriologiczne płynu mózgodzeniowego odkryło obecność koków, przy których hodowaniu okazało się, że należą do gatunku *staphylococcus pyogenes albus*. [D. n.].

## II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O NOWOTWORACH ZŁOŚLIWYCH MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH.

Napisał

Władysław Wróblewski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30].

Dr DOMBROWSKI <sup>1)</sup> z Petersburga przytacza przypadek u młodej dziewczyny, która zachorowała w grudniu 1894 r. na *angina phlegmonosa dextra*. Przy nacięciu ropy nie było. Nacieczenie pozostało, rana po przecięciu zabiłniła się dopiero w lipcu 1895 r. Wkrótce migdałek zaczął się bardzo powiększać; po przecięciu nożem galwanokaustycznym wypłynęło dużo ropy. Wpływ ropy

<sup>1)</sup> Revue de Laryngologie etc. 1899 r. Tom II, str. 776.



trwał do kwietnia 1896 r., guz jednak nie zmniejszał się i doszedł do wielkości jaja kurzego, zajmując migdałek prawy i część podniebienia miękkiego. Po operacji radykalnej chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidzowe wykazało: mięsak okrągło-i wrzecionowato-komórkowy.

W przypadku dra ARTHURA G. ROOT'a <sup>1)</sup> mężczyzna 23 lat wieku mający, zaziębił się, dostał kaszlu i bólu przy łykaniu, który powiększał się coraz bardziej. Migdał lewy znacznie powiększony, bolesny; wewnątrz jego tworzyły się wciąż ropnie pomimo nacięć. Migdał doszedł do takiej wielkości, że łykanie płynów nawet stało się niemożliwe. Operacja radykalna. Wkrótce recydywa i śmierć w 8 miesięcy po operacji. Badanie wykazało *sarcoma fusocellulare*.

Zasługuje również na uwagę spostrzeżenie, opisane przez HANSZEL'a <sup>2)</sup> dotyczące dziecka czteroletniego, które od 4-ch tygodni miało bóle prawej połowy twarzy, wybitne obrzmienie pod szczęką dolną i utrudnione połykanie. Rozpoznano ropień okołomigdałkowy; nacięcie nie wykazało ropy. Następnym dni wystąpiła gorączka, której poprzednio zupełnie nie było. Ponawiano cięcia i w końcu otrzymano nieco płynu surowiczego-ropnego, zawierającego gronkowce i paciorkowce. Gorączka powiększyła się i jednocześnie zjawił się obfity ropny wypływ z ucha, co zdawało się wskazywać, że ropień okołomigdałkowy tamte dy znalazł ujście. Po tygodniu wszystko wróciło do normy, migdałek miał wygląd normalny, naokoło niego nie było już żadnego obrzmienia, zastało tylko powiększenie gruczołu podszczękowego. W miesiąc potem znaleziono przy badaniu wielkie nacieczenie migdałka i tkanek otaczających, robiące od razu wrażenie guza złośliwego. Wkrótce dziecko zmarło i na sekcji znaleziono sarkomat jamy nosogardzielowej, nosa, jamy szczękowej i gardzieli. Autor wydatnia chwilowe zniknięcie guza pod wpływem zakażenia ropnego, co już dawniej było spostrzegane i na czem opierano nawet próżne nadzieje wyleczania nowotworów złośliwych, szczepiąc sztucznie bakterye ropotwórcze. HANSZEL sądzi, że wpływ dodatni wywiera w tych razach gorączka bez względu na to jakiego jest pochodzenia [róża, tyfus wysypkowy etc.].

W żadnym opisie nie spotkałem jednak blonicy jako początku nowotworu złośliwego, we wszystkich zaś przytoczonych wyżej była *angina phlegmonosa* lub *pseudophlegmonosa*. W opisanym przeze mnie powyżej spostrzeżeniu IV-ym *lymphosarcoma* rozpoczęła się od ostrego nieżyłowego zapalenia migdałków.

Drugim momentem, na który chciałbym zwrócić uwagę, był nadzwyczajnie szybki przebieg w II, X i XI z moich przypadków, szczegółowo wyżej opisanych i ściśle bądź przeze mnie, bądź przez kolegów spostrzeganych od pierwszych przejawów chorobowych aż do zejścia śmiertelnego. We wszystkich trzech cała sprawa chorobowa rozegrała się w ciągu 4—5 miesięcy, wtrącając do grobu ludzi dotąd zdrowych, dobrze zbudowanych i odżywionych. Zaakcentowania tak

1) Revue de Laryng. etc. 1902 r. Tom II str. 139.

2) Involution passagère d'un sarcome de l'amygdale par une infection staphylo-streptococcique. Revue de Laryng. 1903 r. str. 430 Tom I.



szybkiego przebiegu, zwłaszcza mięsaków, w literaturze za mało się spotyka. Wyjątek stanowi tu spostrzenie dra E. LAUPHEAR'a <sup>1)</sup> w którym mężczyzna, 63 lat wieku mający, zauważył obrzmienie migdałka prawego 1-go kwietnia 1891 r. Badanie wykazało *sarcoma fusocellulare*. Operacya przez usta; szybki nawrót. Śmierć na jesieni 1891 roku.

Znane są również przypadki o niezwykle długiem trwaniu sprawy. W. R. H. STEWART <sup>2)</sup> z Londynu obserwował 23-letniego palacza fabrycznego, u którego w listopadzie 1890 roku i lutym 1891 r. wycinano gruczoly z prawej strony szyi, dotknięte mięsakiem. We wrześniu 1891 r. wycięto dużo guzów z jamy nosogardzielowej. Nerwoból w migdałkach w postaci twardych, dużych guzów. Wycięcie obu migdałków. W listopadzie 1892 roku guz wielki, kulisty, elastyczny w okolicy migdałka i podniebienia z lewej strony; na środku tego guza owrządzenie o twardych, wyniosłych brzegach. W okolicy prawego migdałka mniejsze także obrzmienie. Później znowu recydywa w jamie nosogardzielowej, masy nowotworowe idą aż do lig. *glossoepiglotticum sinistrum*, gruczoly z lewej strony szyi powiększone. W styczniu 1893 r. nowotwory porosły większe, oddychanie przez nos niemożliwe, pacjent nieco głuchy. W kwietniu jeszcze wieksze obrznięcia i owrządzenia, pod prawą szczęką twardy guz, znaczne krwawienie i wyniszczenie ogólne. Badania drobnowidzowe wykazywały *sarcoma*, o typowym utkanui.

M. SCHIFFERS <sup>3)</sup> opisał przypadek, gdzie guz, ograniczony do migdałka, usunięto doszczętnie przez usta. Dwa nawroty również operowano. Zmarł na ogólną sarkomatozę. Sprawa wlokła się 7 lat, według autora, zawdzięczając tylko operacyom endofaryngealnym, które gorąco poleca. Badanie wykazało *sarcoma globocellulare*.

Często spotykałem orzeczenia, że niemożliwe jest oznaczenie początku sprawy nowotworowej, gdyż dane osobniki cierpiały od dawna bądź na przerost migdałków, bądź też na przewlekłe zapalenia tychże i niepostrzeżenie jeden z migdałków zaczął obrzmiewać szybko, co w rezultacie okazywało się nowotworem złośliwym. Toż samo widzieliśmy w opisanem przeze mnie spostrzeżeniu dziecięciem.

Może więc ma rację J. DUNN <sup>4)</sup>, który uważa za prawdopodobne, że nowotwory nigdy nie powstają w zupełnie zdrowej tkance migdała, lecz że tkanki te zawsze przedtem bywają w stanie zapalnym. Temu twierdzeniu zdawałby się przeczyć X z moich przypadków, który miałem sposobność badać po raz pierwszy wtedy, gdy migdały pod żadnym względem uwagi na siebie nie zwracały, ani też klinicznie żadnych podejrzeń nie budziły.

W XI z moich spostrzeżeń było dość niezwykle zjawiskiem szybkie rozpadanie się mięsaka, który w ostatnich miesiącach oddzielał się sporymi kawał-

1) Revue de Laryngol. 1896 rok.

2) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1894 rok str. 65.

3) M. SCHIFFERS. Presentation de préparations microscopiques de sarcome de l'amygdale. Société de laryngologie etc. 17. VI. 1894 r. Revue 1894 r. str. 778.

4) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1894 r. str. 506.



kami, na których miejscu narastały coraz to nowe masy. Punkt ten spotykam również zaakcentowanym, jako niezwykle w wyżej przytoczonym przypadku J. DUNN'a.

Badanie drobnowidzowe w tymże XI przypadku było również niezwykle trudne, gdyż nie dało typowego obrazu mięsaka, dopiero powtórzone parokrotnie i poparte przebiegiem klinicznym, pozwoliło na rozpoznanie niewątpliwego mięsaka.

Takież utrudnione badanie spotykamy i w przypadku VII, które wpłynęło nawet na zmianę postępowania leczniczego.

Na tę ostatnią okoliczność zwraca uwagę wielu autorów. Najsubtelniejsze badania mikroskopowe, wykonane przez bardzo doświadczonych anatomo-patologów, często nie są w stanie orzec natury nowotworowej, jak to było np. w przypadku Luc'a <sup>1)</sup>, przytoczonym na zebraniu rocznem laryngologów paryskich 1892 r.

Mężczyzna, wieku lat 50 mający, zgłosił się do Luc'a z kolosalnie powiększonym i owrzodzonym migdałkiem. Wygląd kliniczny przemawiał za nowotworem złośliwym, badanie jednak wyciętych kawałków, dokonane przez dwóch najdoświadczeńszych histologów paryskich, w różnym czasie, wykazało tylko przerost migdałka z niezwykle obfitością limfoidalnych komórek w siatce migdałka. W pół roku później dopiero, kiedy nowotwór rozrósł się do takich rozmiarów, że o operacji mowy być nie mogło, ponowne badanie wyciętego kawałka, dokonane przez dra GOMBAUT, wykazało *sarcoma fusocellulare*, zbliżone do *lymphosarcoma*; BRYSON DELAVAN <sup>2)</sup> opisuje znowu odwrotny przypadek, gdzie pacjent zupełnie wyzdrowiał po *kali iodatum* pomimo braku danych anamnestycznych na syfilis i pomimo stanowczego orzeczenia jednego histologa, że jest mięsak, czemu przeczył inny doświadczony histolog, dr HADEPYL.

Trudności rozpoznawcze mikroskopowe bądź co bądź należy zaliczyć do wyjątków w porównaniu z dyagnozą kliniczną, o czem wie każdy doświadczony laryngolog. Mam tu naturalnie na myśli pierwsze okresy chorobowe, gdyż sprawy dalej posunięte są nader łatwe do rozpoznania. Jak widzieliśmy w przytoczonych wyżej przypadkach, które rozpoczynały się ostremi zapaleniami, niepodobieństwem było rozpoznać od razu początek nowotworu złośliwego z braku jakichkolwiek danych wytycznych w tym kierunku. Sprawy ostre zapalne gardzieli należą do najczęstszych wogóle chorób, gdy znowu nowotwory złośliwe do najrzadszych i z tego powodu skrętu nie w literaturze całego świata notowanych i gromadzonych wciąż, jako materiały w celu mających się może kiedyś wyprowadzić pozytywnych wniosków. A więc gdy spotykamy ostrą sprawę gardzieli, to ostatniem jej następstwem, jakie nam wogóle na myśl przyjsć może będzie nowotwór złośliwy. Gdy sprawa przedłuża się, gdy rozpoczynają się nacieki, guz, owrzodzenia i obrzmienia gruczołów, jednym słowem, gdy uwaga nasza

<sup>1)</sup> Revue de Laryngol. 1892 r. str. 350. Sarcome de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique.

<sup>2)</sup> Revue de Laryngol. etc. 1897 r. str. 1141.



zostaje w tym kierunku zwrócona, to i wtedy mamy dużo trudności rozpoznawczych do zwalczenia. W pierwszym rzędzie powinniśmy zawsze mieć na uwadze syfilis, który przejawia się w tak bardzo różnorodnych postaciach, że pod żaden szablon podciągnięty być nie może. Dlatego też wszyscy autorowie jednogłośnie zalecają podawanie chorym jodku potasu, który w bardzo wielu przypadkach sprowadza wyzdrowienie pomimo, że wywiady stanowczo przeczą cierpieniu przymiotowemu. Jeden taki przypadek opisałem w 1895 r. w *Gazecie Lekarskiej*; chora cierpiała na pierwotny wrzód syfilityczny migdałka lewego, który w dalszym przebiegu nastroczał poważne wątpliwości co do rozpoznania różniczkowego pomiędzy syfilisem a nowotworem złośliwym. Na różniczkową dyagnozę pomiędzy szankrem twardym migdałka a nowotworem złośliwym szczególniejszą zwraca uwagę w swojej znakomitej pracy prof. MIKULICZ <sup>1)</sup>. Podobne przypadki opisywali HALLOPEAU <sup>2)</sup>, WYATT WINGRAVE <sup>3)</sup>, gdzie u syfilityka nacieczenie migdałka i owrzodzenie zagoiło się po jodzie; później zaczęło się znowu obrzmiewanie, określone przy ponownem badaniu mikroskopem jako rak. PLICQUE <sup>4)</sup> radzi również zawsze pamiętać o syfilisie przy rozpoznawaniu guzów migdałka. Tu również przypomnieć należy wyżej cytowany przypadek BRYSON DELAVAN'a. Z tego należy wyprowadzić wniosek, że przy sprawach podejrzanym jako nowotwory złośliwe gardzieli, każdemu pacjentowi należy zalecać jod, wychodząc z założenia, że przy nowotworze złośliwym nic nie zaszkodzi, przy cierpieniu syfilitycznem przyczyni się do wyzdrowienia, a wogóle posłuży jako cenny środek dla dyagnozy różniczkowej. Gdy więc w przebiegu sprawy chorobowej minie okres początkowy, w którym, jak wyżej widzieliśmy, nowotwory zaczynają się angina lub nawet ropieniem, gdy po podaniu dużych dawek jodu w ciągu 2—3 tygodni możemy wykluczyć przymiot i musimy zatrzymać się na rozpoznaniu nowotworu złośliwego, powinniśmy się zastanowić, z jakim mianowicie nowotworem mamy do czynienia. Nie należy jednak zapominać, że niekiedy po jodzie spostrzegać się daje oczyszczenie się owrzodzeń i zmniejszenie objawów zapalnych nawet i przy nowotworach złośliwych, co trwa jednak bardzo krótko. Aczkolwiek istnieją pewne cechy kliniczne, odróżniające raki od mięsaków, limfomatów lub limfosarkomatów, najpewniejsze wyniki jednak daje wycięcie kawałka i zbadanie mikroskopowe. Z zabiegiem tym nie należy zbyt długo czekać, aby nie opóźniać możliwości operacyi, o ile tylko uznamy ją za wskazaną. Tego rodzaju badania w żadnym odnośnym przypadku nie wolno nigdy zaniedbywać, aczkolwiek w tym kierunku dość sceptycznie wyraża się tak wielki znawca tych spraw, jak MIKULICZ <sup>5)</sup>. Wycięcie kawałka do zbadania, powiada ten autor, nie daje często pe-

---

<sup>1)</sup> Prof. I. MIKULICZ. Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraumes. Handbuch der Laryngologie etc. P. Heymann. Tom II str. 393.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. Laryng. 1892 str. 477.

<sup>3)</sup> Centralblatt f. Laryng. 1899 r. str. 167.

<sup>4)</sup> Dr A. F. PLICQUE. Etude critique sur le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale et de la région périamygdalienne. Annales des mal. de l'or. 1889 r.



wnych wyników przy mięsakach. Typowe mięsaki o wrzecionowatych komórkach można łatwo przez badanie mikroskopowe rozpoznać, co zresztą i klinicznie nie jest trudnem. Lecz właśnie okrągło-komórkowe, jakie zawsze prawie występują na migdałkach, dają obraz podobny do obrazu powierzchownych warstw gumatu. Tutaj można niekiedy odróżnić syfilis po tętniczkach, w których znajduje się wówczas rozrost intymy wewnątrz naczyń i nacieczenie komórkowe zewnątrz. Z tego powodu należy brać do zbadania kawałek z głębi nowotworu, wycięty, w celu uniknięcia dużego krwawienia, galwanokauterem lub pętlą galwanokaustyczną. W każdym razie trudności te należą do wyjątków w większości przypadków drobnowidz daje nam zupełnie pewne wyniki, którymi winniśmy się kierować co do dalszego postępowania.

To wszystko nie ujmuje bynajmniej ważności badaniom klinicznym, tylko obie te metody, razem wzięte, mogą nam dać pewne wyniki dyagnostyczne.

Co do cech klinicznych <sup>1)</sup> głównie odróżniających nowotwory złośliwe migdałka, trzeba pamiętać, że w raku na pierwszy plan występują owrzodzenia i rozpady, w mięsaku zaś rozrosty guza.

W raku gruczoły chłonne wcześniej ulegają powiększeniu, rosną szybko, tworząc wielkie pakiety, guz zaś pierwotny pozostaje względnie małym. Mięsak zaś tworzy wielkie, rozlane guzy, wypełniające jamę ust; jednym słowem, guz pierwotny wysuwa się na pierwszy plan, na drugim dopiero są gruczoły. Wyjątek stanowi tu moje XI spostrzeżenie, gdzie guz migdałka i gruczoły powiększały się równomiernie. Typowi opisanemu odpowiadają wszystkie inne moje przypadki, np. II, VIII, X.

Rozrost raka idzie głębiej tkanek normalnych, rozpychając je i niszcząc; mięsaki narastają w tkankach normalnych. Mięsaki częściej ograniczają się li tylko do samego migdałka, niż raki. Wogóle mięsaki innych części gardzieli należą do wielkich rzadkości i porażają najczęściej migdałki; raki znowu przeciwnie.

W rakach zdarza się niekiedy, że wcześniej niż pierwotny nowotwór dają się zauważyć przerzuty w gruczołkach, tak że nie możemy sobie wówczas zdać sprawy, jakiego pochodzenia są obrzmiałe pakiety gruczołów, dalszy dopiero przebieg lub badanie drobnowidzowe rozwiązuje zazwyczaj tę zagadkę. Na potwierdzenie tego mogę przytoczyć przypadek, jaki widziałem 30 listopada 1903 r. Pani X. dobrze odżywiona i zbudowana, lat 29 mająca, zauważyła przed 7—8 miesiącami powiększające się gruczoły w prawej stronie szyi i jednocześnie utrudniony oddech przez nos. Skutkiem czego wycięto jej z jamy nosogardzielowej dużo mas nowotworowych, uważając je za wyrosłe adenoidalne. Po tej operacji drożność nosa została przywrócona i poprawił się stan ucha lewego, gdzie było zatkanie i szum. Od 3—4 miesięcy zaczęły się powiększać gruczoły z lewej strony szyi. W chwili badania znalazłem z obu stron szyi pomiędzy kątami dolnej szczęki a *musc. sternokleidomastoideus* bardzo duże pakiety gruczołów twardych, bolesnych, zniekształcających szyję. Mianowicie z lewej strony

<sup>1)</sup> L. c. str. 392.



był jeden duży przesuwalny gruczoł wielkości kurzego jaja, z prawej zaś tuż pod przyczepem *musc. sternocleidomastoidei* nieco mniejszy guz gruczołowy, otaczający wielkie pnie naczyniowe. Nos drożny. W jamie nosogardzielowej wał nowotwory wzdłuż *fossa Rosenmilleri*, schodzący ku dołowi po lewej stronie tylnej ściany gardzieli; grubości przeciętego ołówka.

Krtań, płuca, serce bez zmian.

Nowotwór jamy nosogardzielowej został 2/XII wycięty i przesłany do zbadania mikroskopowego, na którego zasadzie dr STEJNHAUS orzekł, że mamy do czynienia z typowym rakiem. Chorą widziało kilku chirurgów w Warszawie i za granicą i wszyscy uważali przypadek ten za nie nadający się do radykalnej operacji.

Przy mięsakach zaś gruczoły powiększają się dopiero znacznie później, a niekiedy zupełnie nie bywają zajęte.

Co do przebiegu, to raki przebiegają zazwyczaj wolniej niż mięsaki; czas ich trwania można oznaczyć od 18-u do 24-ch miesięcy. Wielką rolę gra przy raku wiek chorego: im młodszy, tem przebieg szybszy, nowotwór złośliwszy, rokowanie gorsze. I tu znowu stanowi wyjątek mój przypadek II, gdzie u starca 70-letniego cała sprawa zakończyła się w ciągu 4-ch miesięcy.

Co do rozróżnienia nowotworów złośliwych od szankra twardego na migdałku, to bywa ono niekiedy bardzo trudne, o czem wyżej wspominałem, często dopiero przebieg i wystąpienie objawów wtórnych syfilitycznych przychodzi nam w pomoc. Przy szankrze gruczoły odpowiedniej strony są bardzo powiększone, twarde i zlewają się w duże pakiety. Od objawów trzeciorzędnych syfilisu, jak i rozpadających się gumatów lub nacieków syfilitycznych odróżniamy nowotwory złośliwe po wielkiem zajęciu gruczołów chłonnych, które w późniejszych okresach przymiotu albo zupełnie nie bywają zajęte, albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Wogóle zajęcie gruczołów przy nowotworach złośliwych gardzieli ma pewien swój typ, który, raz uważnie zbadany, pozostaje na zawsze w pamięci i zaraz w odpowiednim kierunku myśl naszą zwraca.

Pamiętać tu również należy, że aczkolwiek bardzo rzadko, bywa jednakże promienica gardzieli, która w pewnych okresach może wzbudzić wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z rakiem lub prawdopodobniej z mięsakiem. Wątpliwości te usuwa łatwo badanie mikroskopowe: przy promienicy znajdujemy bowiem typowe grzybki, makroskopowo zaś widzimy w ropie typowe żółte ziarenka. Klinicznie w guzach promienicy dają się zauważyć miejsca rozmiękczone, żółto przeświecające, niekiedy przetoka i t. p. (MIKULICZ). Przypomnieć tu muszę o zawsze bardzo cennym sposobie badania zapomocą omacywania palcem. Tego nigdy zaniedbywać nie należy.

O ile raki zdarzają się zazwyczaj u osobników powyżej 40-u lat mających, o tyle mięsaki bywają w każdym wieku, a nawet jest kilka przypadków opisanych, dotyczących małych dzieci, np. spostrzeżenie dra DOBKIEWICZA z Kijowa u dziecka 5 lat wieku mającego. Wiek chorego jest zawsze brany pod uwagę przy rozpoznawaniu różniczkowem, aczkolwiek, jak widzieliśmy z moich spostrzeżeń, i pod tym względem zdarzają się wyjątki, np. VIII przypadek dotyczy raka migdałka u kobiety 26 lat wieku mającej, lub dalej opisany u damy 29-letniej *carcinoma retronsi cum adenopathia magna*.



Mięsaki przebiegają znacznie szybciej niż raki, szybko prowadzą do wyniszczenia ogólnego i kończą się śmiercią bądź skutkiem wyczerpania ustroju, bądź skutkiem krwotoku, obrzęku głośni lub przerzutów do narządów wewnętrznych, jak to wszystko spotykaliśmy w wyżej opisanych przypadkach.

Na jedną cechę kliniczną chcę tu zwrócić jeszcze uwagę, mało uwydatnioną w podręcznikach, mianowicie na bardzo przykry, swoisty odór z ust przy rozpadających się rakach, a bardzo mały, lub prawie żaden przy wrzodziejących nawet mięsakach. Toż samo mogę powiedzieć o bólach strzelających do uszu i w całej głowie, dających się dużo więcej we znaki chorym na raka niż na mięsaka.

Aczkolwiek dość wątle są granice mikroskopowe, a nawet niekiedy i kliniczne pomiędzy *sarcoma*, *lymphadenoma* i *lymphosarcoma*, są jednak pewne cechy odróżniające jedne od drugich, które tu przypomnę.

*Lymphadenoma* i *lymphosarcoma* rozrastają się dużo prędzej w wielkie guzy niż mięsaki. Po większej części są obustronne, rozlane, mięsaki zaś zajmują migdałek i to jednostronnie. Wygląd tych guzów szarawy; są one więcej miękkie, prawie konsystencyi mózgu, o powierzchni gładkiej. Przy owrzodzeniach bywa gorączka. Obrzmiewają nie tylko gruczoły na szyi, lecz równolegle i wszystkie inne. Guzy szybko zajmują całą gardziel, podniebienie język, podstawę czaszki i t. d. ulegają szybko owrzodzeniom, dając bardzo duże krwotoki. Łykanie i oddychanie bardzo szybko staje się utrudnionem; wybitne bóle newralgiczne twarzy, szyi i karku występują na pierwszy plan. Śledziona znacznie powiększona. Badanie krwi wykazuje znaczną leukocytozę. Sprawa postępuje wciąż naprzód bez żadnych remisji. Rokowanie zawsze złe. Leczenie ogólne dużemi dawkami arszeniku, o czem poniżej jeszcze będzie mowa. Zabiegi chirurgiczne ograniczają się tylko do wycinania części guza, w celu ułatwienia łykania i oddychania lub tracheotomii; o radykalnej operacji w tych razach mowy być nie może <sup>1)</sup>. Wątle jest również granica pomiędzy *lymphosarcoma* a *pseudoleukaemia*, gdy ta ostatnia występuje w postaci gardzielowej <sup>2)</sup>. Najrzadziej przy rozpoznaniu różniczkowem nowotworów złośliwych migdałków może nastąpić wątpliwość gruźlica, chyba wtedy tylko, gdy na przerosłym od natury migdałku powstaną owrzodzenia gruźlicze, lecz badanie wydzieliny tych wrzodów wykaże nam laseczniki KOCH'a, wycięcie kawałka tkanki, gdyby badanie bakteriologiczne zawiodło, rozstrzygnie wszelkie wątpliwości. Gruczoły chłonne przy gruźlicy są powiększone w małym stopniu.

Rokowanie we wszystkich nowotworach złośliwych migdałów na zasadzie mego osobistego doświadczenia uważam za absolutnie złe. Muszę tu jednak przytoczyć statystykę W. WATSON CHEYNE'a <sup>3)</sup>, bardzo doświadczonego i wysoko cenionego chirurga angielskiego która, twierdzeniu mojemu zdaje się przeczyć, a przynajmniej co się tyczy raków jamy gardzielowej. Wszystkie

<sup>1)</sup> MIKULICZ l. c. str. 376.

<sup>2)</sup> E. ESCAT. Maladies du pharynx. 1901 rok str. 460.

<sup>3)</sup> MIKULICZ l. c. str. 383.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. Laryng. 1896 r. str. 437. British. Med. Journal 1896 r.



przypadki swoje dzieli CHEYNE na trzy grupy. Do pierwszej zalicza raki jamy gardzielowej, oparowane przez usta, z przecięciem policzka, lub bez tego, z tracheotomią lub bez niej, jednym słowem, gdzie rana zewnętrzna szyi nie komunikowała się z gardzielą. Śmiertelność w tej grupie wynosiła 8,6%, bez poprawy 30%, pomyślny wynik 52%.

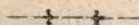
Druga grupa: zewnętrzne operacje. Tu śmiertelność wynosiła 29%, bez poprawy 54%; pomyślny wynik 17%.

W trzeciej grupie, t. j. gdzie nowotwory zajmowały gardziel i krtkań, śmiertelność 55%, bez poprawy 81%, pomyślny wynik 12%. Do pracy tej dołączone są tablice przypadków odnośnych, operowanych w całym świecie.

Do wprost przeciwnych wniosków, niż CHEYNE, wniosków potwierdzających moje twierdzenie, przychodzi SCHECH <sup>1)</sup>, uważając rokowanie za fatalne bez względu czy były operacje wykonane, czy też nie. Toż samo twierdzi ESCAT i MIKULICZ, który zresztą robi pewne omówienie, o ile nowotwór nie jest przystępny do doszczętnej operacji, co, jak nam dobrze wiadomo, w nowotworach złośliwych, jest prawie nieuchwytnym ideałem, a zwłaszcza w narządzie z taką masą naczyń i elementów limfatycznych jak gardziel. W literaturze spotyka się w prawdzie dość dużo przypadków tego rodzaju zupełnie przez operację wyleczonych, mało z nich jednak budzi zaufanie, większość bowiem autorów ogłasza jako przypadki wyleczone takie, w których rany pooperacyjne zostały zagojone, nie o dalszym przebiegu czy nawrotach nie wspominając. W imię bezstronności przytoczę poniżej kilkanaście spostrzeżeń, w których autorowie podają dokładnie czas, do którego nie było jeszcze recydywy. [D. n.]

---

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.



# LECZENIE RAKA.

Podał

Br. Bartkiewicz.

---

[Ciąg dalszy.. — Patrz Nr. 36].

### Środki lecznicze ogólnowoewnętrzne.

Rozpatrując się w chaosie środków swoistych i metod zalecanych przy leczeniu raka w ciągu dziewiętnastego stulecia, łatwo możemy dostrzedz niemiernie ścisły ich związek z równoległym rozwojem dwóch zasadniczych po-

---

<sup>1)</sup> Dr SCHECH, Ueber maligne Pharynxgeschwelste. Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1898 r. Nr. 10.



gładów na istotę cierpienia: teorii skazy rakowej ogólnej pierwotnej, oraz hipotezy o miejscowym pochodzeniu guzów złośliwych. Jak *a priori* można oczekiwać, różnice wynikających stąd metod leczniczych są znaczne do tego stopnia, że niepodobna mówić o nich, nie wspominając jednocześnie o ich logicznej genezie.

Wszelkie inne poszczególne teorie pochodzenia raka są tylko wariantami dwóch powyższych. Poza tem analogia pomiędzy pojedynczemi hipotezami, należącemi do jednego działu, idzie bardzo daleko i, doprawdy, w gruncie rzeczy, trudno się dopatrzeć wielkich różnic między fantastyczną „*atra bilis*“ GALENA a nieokreślonym bliżej „*malignic acid*“ COOKE ADAMS'a, tworzącym się w organizmie pod wpływem wielu rozlicznych chorób, a wywołującym nowotwory złośliwe w miejscach „*minoris resistentiae*“.

Takież same cechy podobne możemy odkryć we wszystkich teoriach miejscowego początku raka, bez względu na to, czy chodzi o zapalną teorię, czy o „*error loci*“ COHNHEIM'a, czy też o najświeższe pasożytnicze hipotezy.

Wśród systemów leczniczych przeciwnowotworowych dawniejszych i obecnych również możemy wyszukać wiele cech wspólnych. Chwiejna i niepewna etyologia, oparta na domysłach, sprawiła, że w wielu przypadkach dochodzono do jednakowego wyniku różnemi drogami. Poza tem w tej właśnie dziedzinie terapii więcej niż w którejkolwiek innej spotkać się możemy ze wszystkimi rodzajami dociekań leczniczych, zarówno z próbami racjonalnemi, opartemi na ścisłej logice, jak i z grubym empiryzmem oraz przesadami i szarlataneryą. Jedynie tylko, przyjmując taki punkt widzenia, możemy się zorientować w niezmiernie liczbie preparatów leczniczych i muiej więcej słusznie ocenić ich wartość.

Przewodnią myślą i zasadą postępowania w raku w pierwszej połowie dziewiętnastego stulecia było usunięcie „złych soków“ z organizmu, względnie z dotkniętego chorobą organu.

Pod tym względem teorie ówczesne żywo przypominają stare humoralne hipotezy. Spodziewano się dopiąć celu zapomocą cał go arsenału środków przeczyszczających, moczopędnych, wymiotnych i odciągających. Moksy, przyszczydła, zawłoki, noszone przez chorych latami całemi, szczególnie po operacji, gojenie rany operacyjnej *per secundam* [RUST i inni] należały do szeroko rozpowszechnionych zabiegów. TEALLIER w raku macicy radził karmienie dzieci piersią, TORR zalecał noszenie wełnianej odzieży na gołem ciele. Upusty krwi ogólne i miejscowe stosowano w szerokich rozmiarach: MONTAULT w krótkich odstępach czasu postawił na szyjce macicznej 50 pijawek, JESPERSEN w ciągu 10-u posiedzeń przyłożył do raka sutki 200. Leczenie takie usprawiedliwiała również i hipoteza o zapalnym pochodzeniu raka tak dalece, że nawet wybitniejsi chirurdzy [DIEFFENBACH] ulegali jej wpływowi, stosując w każdym przypadku, przed zdecydowaniem się na zabieg wycięcia, energiczną przeciwzapalną kurację.

Ogólno-dyetyetyczne leczenie zasadało się na używaniu roślinnych pokarmów, unikaniu ostrych przypraw, na obfitem piciu wody [TORR], używaniu ruchu, na kąpielach, wreszcie na tak zwanej dyecie głodowej. Ten ostatni sposób zaprojektował w 1821 roku PONS. Kuracja polegała na zupełnem wstrzymaniu się od pokarmów w ciągu 6—8 dni, przyczem chory nie dostawał prócz wody z odrobiną gumy arabskiej. Przypadek raka sutki, leczony tą metodą, opisał w 1844 r. w Pam. Tow. Lek. Warsz. FRANCISZEK BALDAUF. Przebieg był pomyślny, co w części tłumaczy okoliczność, że autor nie miał do czynienia z rakiem a przewlekłym ropnem zapaleniem sutki <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Dyetę głodową i zakładanie zawłok na długie lata rekomendował w 1870 r. prof. JUENGEN



LEBERT w swej obszernej pracy o „chorobach rakowych“ w rozdziale, poświęconym leczeniu ogólnodietetycznemu, radzi stosować mieszaną roślinno-mięsną dyetę, dość pożywną, z wyłączeniem wszelkich ostrych, korzennych, słonych pokarmów; za napój używać lekkiego piwa, wody VICHY wody z winem czerwonym. RICHTER zauważył pomyslny wpływ na przebieg raka diety mlecznej.

BENEKE w 1875 roku ogłosił swoje spostrzeżenia nad chemizmem przemiany materii u rakowatych. Według niego, u rakowatych można zauważyć zawsze wybitnie rozwinięty system kostny, szersze arterye oraz pierwotnie większą ilość tłuszczu. Chorzy tacy nigdy nie cierpią na oksalurję, fosfaturję, w guzach można stwierdzić dużą ilość myeliny i cholestearyny. Stąd BENEKE zaleca pokarmy ubogie w azot i sole fosforowe, wogóle ograniczenie ilości pożywienia, oraz używanie Marienbadu, Karlsbadu w celu zmniejszenia ilości żółci, której, jakoby, jest dużo u rakowatych<sup>1)</sup>.

Powyższe leczenie radzi zresztą łączyć z operacją.

Poglądy BENEKE'go zyskały dość liczne koło zwolenników [ESMARCH] i czas pewien stosowane były praktycznie, jako środek zapobiegający nawrotom.

JAKUBASCH leczył trzy przypadki raka sutki podług przepisów BENEKE'go i w jednym zaznaczył rezultat pomyslny. HULKE nie osiągnął nawet przejściowego polepszenia.

Pozornie potwierdziły je nieco później spostrzeżenia o rzekomej rzadkości raka wśród wegeteryanów, co zresztą okazało się najzupełnijszym złudzeniem.

W dalszym ciągu niepośledni dział w lecznictwie guzów złośliwych zajmują preparaty i środki farmaceutyczne. Wśród nich pierwsze miejsce należy się szczyłowi podług DEWEY i GUILLEMOND od 2 do 10 pigulek dziennie z ogólną zawartością 0,1 do 0,5 *seminis Conii*. Miejscowo na owrządzenia przykładał masę z *Conium*. W wydanej w 1868 roku pracy JOHN HARWEY'a również znajdujemy zaznaczenie leczniczych własności szczywołu przy traktowaniu raka, przyczem autor próbuje objaśnić przyczynę jego swoistego działania „osłabiającym i zwalniającym wpływem [Lähmung] na mięśnie w okolicach przyległych do guza“. Prócz wyciągu i liści szczywołu używano soku ze świeżej rośliny [NEUBER], oraz koniiny, zaleconej do zewnętrznego użytku przez MURAWIĘWA w 1854 roku. Jednym z ostatnich ogłoszonych przypadków leczonych szczywołem, jest spostrzeżenie JAMES NICHOLLS'a, gdzie chora po wycięciu raka

1) Dyeta przy raku podług BENEKE'go. Śniadanie: mocna herbata z cukrem, mlekiem, mało chleba, dużo masła, kartofle z masłem, kakao.

2-e śniadanie: świeże, lub gotowane owoce, szklanka piwa, parę sucharów.

Obiad: zupa owocowa, sago z winem, kartofle, nie więcej nad 50,0 mięsa (waga przed ugotowaniem), kluski, jarzyny, gotowane owoce, ryż, jabłka, sałata, wino.

Kolacja: zupa, ryż z owocami, kartofle, sardynki, śledź.



sutki dostawała trzykrotnie w ciągu dnia po 0,9 świeżego wyciągu szczwołu<sup>1)</sup> przeciw jednoczesnym objawom raka macicy.

Z współczesnych ze szczwołem, mniej głośnych przeciwrakowych preparatów roślinnych należy zaznaczyć *sarsaparillę* [FOLTZ, LERICHE], *Sedum acre*, którego świeży sok używano do opatrunku rakowatych owrzodzeń, oraz *Thuja occidentalis*, której podawaniem LEAMINS uleczył (?) raka wątroby [1855]. Do mniej znanych również należy roślina *Phytolacca decandra* i pochodne od niej *phytolaccinum*, zalecone przez O. CROOK'a z Dayton w 1869 r. Sposób użycia 3 razy dziennie po 15 kropel *tr. Phytolaccae decandrae*. W 1893 roku SCHWARTZ opisał przypadek raka *S-romanum*, leczony przez jakiegoś szarlata-  
na wywarem z mieszaniny ziół, których główną część stanowiła *Centaurea benedicta*. Przypadek ten jest bardzo interesującym ze względu na niezmiernie wolny i łagodny przebieg cierpienia, przypadkowo oczywiście połączony z użyciem niewinnego i obojętnego środka. Opisany chory był już w 1879 roku uznany przez LANGENBECK'a za nienadającego się do operacji. Śmierć nastąpiła w 18.3 r.

Nierównie większą sławą i rozpowszechnieniem cieszyła się w ciągu kilkunastu lat kora *Condurango*. Ogłoszona w 1872 roku przez VINCENZO PALMESI jako swoisty środek w raku wogóle, a w szczególności w raku żołądka, wzbudziła żywe zainteresowanie i najśmielsze nadzieje dzięki kilku początkowym pozornie pomyślnym wypadkom. Niestety, wydróbowana w wielkiej liczbie przypadków [FRIEDREICH, HEILIGENTHAL, OBALIŃSKI, RIEGEL, BURKART, REICH, BECK, BEVER, STANG, STIEGELE, ERICHSEN, HERMANN i inni] okazała się w zupełności bezskuteczną. Badania chemiczne [panna J. van DIEST] stwierdziły iż *Gonolobus Condurango* nie zawiera, prócz gorzkich bezpostaciowych substancji i aromatycznych olejków, żadnego czynnego alkaloidu; dlatego przejściowe polepszenia, jakie udaje się przy jego pomocy osiągnąć w raku żołądka, objaśnić można w części jego tonicznym działaniem i usunięciem niektórych dokuczliwych objawów fermentacji. Stosowane zewnętrznie *Condurango* działało żrąco. Zalecano je przy rakach rozpadających się do opatrunków.

Jednym z ostatnich środków roślinnych przeciwrakowych jest zalecone w 1896 roku przez DENISENKĘ *Chelidonium majus*, jaskółcze zielenie. Metoda DENISENKI polegała na dawaniu chorym wewnątrznie wyciągu jaskółczego ziela w ilości 1,5 do 5,0 *pro die* oraz na wstrzykiwaniu w tkanki sąsiadujące z guzem płynu o składzie: *Extr. Chelidonii, Aq. destillat., Glycerini aa.* Owrzodzenia autor każe opatrywać dwa razy dziennie gazą nasyoną *Extr. Chelid. Glycerini aa.*

Odkrycie DENISENKI, oparte na spostrzeżeniach medycyny ludowej, przyjęto ze zdumiewającym optymizmem. Początkowe wyniki były, jak zwykle, dość ładzące, tembardziej, że *Chelidonium* posiada w pewnym stopniu własności kojące, a chelidonina była zalecana jako *analgeticum* [BARDET]. Wypadek *ulcus rodens*, leczony z powodzeniem jaskółczym zielem, opisał PEKONIAWSKI, podobnie pomyślne rezultaty ogłosił ROBINSON. Natomiast ŚMIGIELSKI, KALABIN, BOTKIN, prócz przejściowego polepszenia, rezultatów lokalnych dodatnich nie otrzymali zgodnie z DUEHRSEN'em, który stosował w 1896 roku metodę DENISENKI w raku macicy. TILLING wypróbował bez powodzenia *Chelidonium*, w raku sutki, języka i żołądka, BEDDER i BECKMAN w raku macicy, MORITZ w przypadku raka wątroby. WANACH spostrzegł po wstrzykiwaniach silną gorączkę i pogorszenie stanu ogólnego. Z pojedynczych i nielicznych bardzo spostrzeżeń względnie pomyślnego wyniku leczenie raka wstrzykiwaniami wyciągu jaskółczego ziela, zwraca uwagę przypadek raka sutki, leczony w szpitalu św. Rocha w Warszawie<sup>1)</sup>. Przypadek ten należał do absolutnie nie

1) Udzielony mi ustnie przez kol. GABSZEWICZA.



naających się do operacji wobec zajęcia gruczołów, obrzęku kończyny, wzrostów z żebrami. Ogółem wstrzykiwań zrobiono sześć, poczem tkanka guza uległa zropnieniu, wykonano nacięcie ropnia, objawy zapalne i obrzękowe szybko ustępowały, rana zagoiła się i chora opuściła szpital w zupełnie zadowolającym stanie. W 1899 roku greccy lekarze SOKRATES TZAKONA i POULOPOULOS ogłosili za swoisty środek w raku *Cynoglossum officinale*, żywokost, który zalecili podawać chorym wewnątrznie w ilości 2,0 do 5,0 na dawkę, a także używać do opatrunków. Przepis postępowania tego odnaleźli w starym rękopisie klasztornym.

W ubiegłym roku wreszcie powtórnie wystąpił na widownię jako środek przeciwnowotworowy—*Eucalyptus*. *Eucalyptus globulus* był już zalecany przez LUTON'a. Obecnie [1904] usilnie rekomenduje go COOKE ADAMS (*Eucalyptus australiensis*) w postaci olejku — mulyptolu, wyrabianego przez firmę londyńską Australian Eucalyptus-Chemical-Company. Leczenie polega na podawaniu mulyptolu wewnątrznie w emulsji lub pigułkach żelatynowych, wzięwaniach i wciernianiach [z oliwą 1 i 4]. Owrzodzenia opatrywać radzi autor gazą mulyptolową. Postępowanie lecznicze COOKE'go opiera się na spostrzeżeniu rzadkości wielkiej raka wśród tubyleców australijskich: odporność swą pod tym względem zawdzięczają jakoby wpływowi miejscowych eukaliptusów. Pomijając wielką problematyczność podobnego rozumowania, budzącego raczej podejrzenie, że autor chce zrobić reklamę fabryce londyńskiej, której adres dokładnie podaje, pozwolimy sobie zwrócić uwagę na fantastyczność hipotez angielskiego lekarza i wynikających stąd oczywiście zaleceń leczniczych. COOKE uważa raka za szkodę konstytucjonalną lub nabytą. Pod wpływem różnych czynników, chorób konstytucjonalnych, a w pierwszej linii syfilisu, tworzy się we krwi jad swoisty, nie określony bliżej przez C. i nazwany „*malignic acid*“. Jad ów jest wyłącznie przyczyną pojawiania się guzów złośliwych w różnych okolicach ciała, przyczem drażniące czynniki [fajka, gorset, pesaria] są momentem usposabiającym.

Również z pośród nieorganicznych związków wiele bardzo cieszyło się przez czas dłuższy lub krótszy sławą swoistego działania w raku. Szczególniej chętnie stosowano preparaty jodu, arseniku i żelaza. Prąd ten w lecnictwie guzów i owrządzeń złośliwych w znacznej części można objaśnić mylnemi rozpoznaniem i łączeniem w jedną grupę z rakiem owrządzeń gruczolanych, syfilitycznych i innych [*wenerisch—scrophuloser Krebs*, *wenerisch—scorbutischer Krebs* etc]. Używano przeważnie *acid. arsenicosum* [GODELLE, MUELLER], *ferum arsenicosum* w pigułkach [WALTHER i JAEGER]. *sol. Fowleri*, *arsenic. superjodatum* [THOSEN, JEITTELES]; *sol. Pearsonii* [CANQUOIN]; *ars. chloratum* [CLEMENS]; *jodarsen* [CRANE]; *kali jodatum* [WALLACE, FRIESE]; jod w *kali hydrojodatum* [ZIMMERMANN]; jod w pigułkach *per se* [POMA]; *acid. hydrojodatum* [BUCHANAN]; *protojoduretum hydrargyri* [LOEWENSTEIN]; mieszanie chlorku złota z *kali arsenicosum* od 0,003 do 0,02 dziennie [MASSART]; *joduretum ferri* i *hydrojodas ferri* [THOMSON]. Ze związków żelaza, któremu już ZACUTUS LUSITANUS przypisywał wpływ korzystny w leczeniu guzów, zalecano tlenki różnego rodzaju [RUST], obojętny fosforan żelaza, wreszcie mleczan żelaza. Ten ostatni preparat BRAINARD dawał chorym *per os*, a także wstrzykiwał do żył, upewniwszy się doświadczeniami na psach o nieszkodliwości zabiegu. BRAINARD opisał przypadek mięsaka oczodołu, dwa razy operowanego, leczonego wreszcie wstrzykiwaniami roztworu mleczanu żelaza 10,0: 90,0, co 4 dni 3,0 — 6,0. Po sześciu tygodniach wyleczenie.

Podobnież tajny środek GRAHAM'a, znany pod nazwą *Graham's detergent powder*, *Graham's absorbent tinctura*, *Graham's alterative pills*, okazał się mieszaniną zwykłych związków żelaza: *ferum oxydatum phosphoricum*; *tinctura ferri acetici*; *ferum carbonicum*. Wszystkie te środki zazwyczaj używano w leczeniu guzów niedostępnych dla noża, w wielu zaś wypadkach w celu zapobie-



gawczym po operacji. Z późniejszych doniesień zasługują na uwagę doświadczenia KÖBEL'a, który osiągnął jakoby bardzo pomyślne rezultaty w *lympho-sarcomata* i skórnych rakach przy pomocy *sol. Fowleri*, *tr. ferri*, *tr. amara aa*, podając ją wewnątrz chorym w ilości 40 — 45 kropel dziennie. Podobnie KLEIN-WAECHTER radzi dawać po wycięciu zrakowaciałej macicy latami całemi arszemik od 0,006 do 0,01 *acid. arsenic.* dziennie. [C. d. n.]

## Przegląd bibliograficzny.

FRANCISZEK KIJEWSKI. **O wycinaniu płuc** (*de pneumectomia*). [Odbitka z Pamiętnika Lekarskiego, 1903 r. 265 stron z 4-ma tablicami litograf.].

Monografie naukowe w naszym piśmiennictwie lekarskiem stanowią zjawisko o ile bardzo pożądane, o tyle rzadko się uwydatniające. To też tem skwapliwiej witamy każdą nowo się ukazującą, tem większą uczuwamy przyjemność po przeczytaniu, stwierdziwszy w niej pracę poważną, opartą na badaniach sumiennych i dorzucającą swą cegiełkę do gmachu naszego dorobku naukowego. Temi właśnie cechami odznacza się praca KIJEWSKIEGO o wycinaniu płuc, będąca wynikiem kilkoletnich badań doświadczalnych na zwierzętach. Dziedzina cierpień płucnych, na których teren chirurgia wkracza coraz śmielej, przedstawia zarówno pod względem wskazań operacyjnych, jak i techniki wiele jeszcze stron ciemnych, domagających się dokładniejszego wyjaśnienia i rozstrzygnięcia. Z szeregu tych zagadnień autor postawił sobie za zadanie opracowanie pytania, jak wielką część płuc usunąć można, jaką drogą i przy zastosowaniu jakiej techniki, jakie są bezpośrednie następstwa operacji, wreszcie jakie zmiany występują zarówno w pozostałej części płuca, jako też w drugim płucu nieoperowanym. Sprawom tym poświęcona jest pierwsza, główna część pracy, gdzie autor przedstawia obraz ogromnej liczby 120 swych doświadczeń na psach, kotach, królikach i gołębiach, które wykonał w pracowni anatomii patologicznej prof. PRZEWOSKIEGO. Oddzielnie omawia autor technikę operacyjną, którą stopniowo doskonalił i wielokrotnie modyfikował, stosownie do rodzaju doświadczenia i zwierzęcia, użytego przy tem. Nadto notował skrzętnie wszystkie zjawiska, jakie występowały podczas operacji i po niej ze strony narządu krążenia i oddychania, zjawiska, będące nie bez wartości i z punktu widzenia klinicznego.

Otrzymane wyniki potwierdzają dowodnie dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne chirurgów co do możliwości usuwania części płuca i wykazują, iż u zwierząt dojść można do usunięcia nawet całej jednej połowy. Jeżeli zwierzę operowane przetrzyma bezpośrednie następstwa operacji, jeżeli nie zginie wskutek posocznicy, to ustrój jego stopniowo przyzwyczaja się do nowych warunków oddychania i krążenia, i zwierzę rośnie, rozwija się, a nawet się mnoży. Jama, powstała w klatce piersiowej po wycięciu płuca jednostronnem, zostaje zniesioną przez zapadnięcie klatki piersiowej do wewnątrz, przez podniesienie się przepony i przyrośnięcie jej do ściany wewnętrznej tej klatki, oraz przez przesunięcie się zrazów drugiego, nieoperowanego płuca.



Wycięcie płuca odbija się zawsze na narządach oddychania i krążenia, zarówno jak wpływa na ciepłotę i wagę zwierzęcia, wywołując zmiany, zależnie od różnych okresów czasu po operacji. Największe zmiany występują, rzecz prosta, ze strony obydwóch płuc — po stronie operowanej i zdrowej. Zarówno w pozostałej części płuca operowanego, jak i w drugim rzekomo zdrowym, rozwija się rozedma, niekiedy bardzo szybko, niekiedy zaś zwolna i stopień jej w większości przypadków zależy bywa od wielkości wyciętego odcinka płuca i przeciągu czasu od operacji.

Ciekawem bardzo jest stwierdzenie przez autora faktu, iż po usunięciu części, a nawet całego płuca z jednej strony, w pozostałym nigdy nie powstaje przerost wyrównawczy, jak możnaby sądzić według analogii z innymi narządami, jak np. nerki. Zmiany ze strony krążenia znajdują swój wyraz w przeroście całego serca, będącym następstwem wzmózonej pracy wskutek zmniejszonej powierzchni krążenia z jednej strony, z drugiej zaś w zależności od rozedmy; jeżeli z czasem siła serca okazuje się niedostateczną, to występuje rozszerzenie serca. Badanie mikroskopowe mięśnia sercowego nie wykazywało nigdy poza przerostem zmian chorobowych.

Jak goją się rany płuca, jakie zachodzą przytem w tkankach procesy mikroskopowe — bada autor i przedstawia w drugiej części swej pracy. Podobnie, jak w innych tkankach, nastąpić tu może zagojenie doraźne lub też powolne zablźnienie przez ziarnienie. Podczas sprawy gojenia się powstają w miejscu wskazanem komórki olbrzymie, które odgrywają tu rolę nekrofagów, pomagających do usuwania cząsteczek obumarłych z tkanek i po skończeniu swych czynności giną. Obszernie zastanawia się autor nad genezą tych tworów komórkowych, mających w patologii obszerną już dotychczas literaturę. Na zasadzie krytycznego rozpatrzenia zdań dotychczasowych badaczy i własnych badań histologicznych, przychodzi autor do przekonania, że źródłem komórek olbrzymich nie jest ani neblonek, ani śródblonek, ani białe krwinki, lecz zawsze tylko komórki tkanki łącznej; co zaś się tyczy sposobu powstawania ich, to, zdaniem jego, przyjąc tu należy zarówno drogę mitozy, jak i podziału bezpośrednio jąder, jak wreszcie zlanie się protoplazmy kilku lub więcej komórek (*syncytium*). Jeszcze jedno ciekawe spostrzeżenie stwierdza autor na zasadzie swych badań, a jest niem zdolność tkanki płucnej do odradzania się po zniszczeniu. Zdolność ta doprowadza do wytworzenia pełnych wypustek nabłonkowych, a nawet do wytworzenia niewielkiej liczby pęcherzyków, spełniających funkcję oddychania. Wzrost jednak nowej tkanki płucnej jest hamowany przez nadmierny wzrost tkanki łącznej.

Uzupełnienie tej pięknej pracy stanowi zamieszczony na wstępie rys historyczny rozwoju operacji pneumektomii, jako też omówienie wskazań do operacji i jej strony klinicznej na podstawie skrzętnie zebranych z piśmiennictwa ogłoszonych dotychczas przypadków.

Tak przedstawia się w najogólniejszych zarysach monografia KIJEWSKIEGO. Możliwość dyskutować z autorem co do niektórych twierdzeń, kwestionować pewne szczegóły i zapatrywania się, co jest rzeczą zrozumiałą i nawet konieczną w poszukiwaniach naukowych, dotyczących kwestyi tak jeszcze nowych, rozwijających się, jak opracowana przez autora, ale zaznaczyć należy niezaprzeczoną wartość jej wyników, otrzymanych drogą wielkiego nakładu pracy, sumiennych i umiejętnych badań, dzięki którym zajmie ona poczesne miejsce w piśmiennictwie przedmiotu. Nadto z prawdziwą przyjemnością po dzieńś muszę dobrą polszczyzną, prawie bez zarzutu w całej książce — zaletę, ja-



ką autorzy we współczesnem naszym piśmiennictwie lekarskiem niezawsze pochlubić się mogą.

*Prof. L. Kryński.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 43. E. Neisser. Próbné przekłócie czaszki.

Już 50 lat temu MODDELDORFF zrobił 2 razy próbné przekłócie czaszki; od tego czasu różni badacze tą kwestyą się zajmowali, jednak zabieg ten nie wszedł do powszechnego użycia. Autor wprowadził nową technikę: przekłówa miękkie części i kość wiertnikiem elektrycznym, dwumilimetrowej średnicy; przy pewnej wprawie wyraźnie się wyczuwa przejście wiertnika przez wewnętrzną blaszkę kości; ten ostatni moment jest najbardziej przykry, gdyż ma się wrażenie, że wiertnik wpadł do jamy czaszkowej, a właśnie w tym momencie należy wiertnik odrazu zatrzymać. Następnie wprowadzić należy igłę do próbnej punkcyi; głębiej niż 4—5 ctm. nigdy nie należy igły wprowadzać. Zabieg był zawsze robiony bez uspienia, bez kokainy, co najwyżej—znieczulano chlorkiem etylu. Autor przy punkcyach w 30 przypadkach posługiwał się topograficznymi rysunkami mózgu. Tym sposobem autor wydostawał „starą krew,” w przypadkach po traumie, płyn zasklepiiony w jednym miejscu mózgu, torbiel mózgową, nekrotyczne części mózgu, pochodzące z gruźelka zserowaciałego. W przypadkach dużego wodogłowia przynowotworach i t. d., częste wypuszczanie płynu jest, podług autora, bardzo korzystne. Autor nie miał sposobności stosować swojej metody w ropniach mózgowych, jednak uważa, że w tych przypadkach próbné przekłócie oddać może olbrzymie usługi. Pomimo otrzymanych dobrych rezultatów, autor sam uznaje, że nie należy tego sposobu nadużywać, a stosować tylko przy wyraźnych wskazaniach.

*(Die Therapie der Gegenwart, Maj. 1904.)*

*M. Hirsch.*

### 44. Potocki i Lacasse. Zmiany krwi w gorączce połogowej. Ich znaczenie dla prognozy i leczenia.

Badając systematycznie krew u chorych na gorączkę połogową, autorzy znajdowali: W formach lekkich: 1) hyperleukocytozę, liczba białych ciałek krwi była najczęściej około 15000; 2) polynukleozę, liczba białych ciałek wielojądrowych dochodzi najwyżej do 85%; nakoniec 3) zmniejszenie liczby ciałek eozynofilowych, które może dojść do 1%.

W formach dosyć ciężkich, które jednak zawsze kończyły się szczęśliwie, znajdowali: 1) zmniejszenie liczby czerwonych krążków krwi; 2) leukocytozę, 10,000 do 30,000 białych ciałek krwi; 3) polynukleozę, 75 do 90% białych ciałek wielojądrowych; 4) zmniejszenie liczby eozynofilów, które jednak nigdy nie znikają zupełnie.

W formach ciężkich leukocytoza i polynukleoza jeszcze powiększa się, a liczba eozynofilów zmniejsza się i nakoniec znika zupełnie.

Z wyżej przytoczonych danych widzimy, że badanie krwi [przy gorączce połogowej może nam pomódz w postawieniu prognozy i już na zasadzie samego



badania krwi możemy przyjąć dwie formy gorączki połogowej: lekką i ciężką. W formie lekkiej leukocytoza waha się najczęściej pomiędzy 8,000 a 10,000, dochodzi czasami do 15,000 i wyżej, lecz nie wpływa to źle na prognozę, jeżeli liczba wielojądrowych ciałek nie zwiększa się również i nie przenosi 80% lub najwyżej 85%. Ważne jest także, że w formach lekkich eozynofile nie znikają nigdy zupełnie.

W formach ciężkich, przeciwnie, leukocytoza jest znaczna, dochodzi do 25,000 i wyżej, liczba wielojądrowych ciałek dochodzi do 95%, eozynofile znikają zupełnie.

Badając więc krew przy gorączce połogowej, należy głównie zwracać uwagę na liczbę białych ciałek krwi, stosunek białych ciałek wielojądrowych i eozynofiliów.

Co do wskazań do leczenia, to w formach ciężkich należy użyć środków bardziej energicznych, których nie stosujemy w formach lżejszych. Jeżeli w formach lekkich zadowalamy się skrobaniem i wstrzykiwaniem wewnątrzmacicznym, to w formach ciężkich, gdy eozynofile zupełnie znikają, należy przystępować do laparotomii, połączonej w razie potrzeby z wycięciem macicy, chociaż zabiegi te dotychczas dają bardzo słabe wyniki.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Juin 1904 r.*). *Balbina Weisberg.*

#### 45. A. Dürrsen. Zapobieganie komplikacyom przy porodzie po *vaginifixatio*.

Autor odpiera zarzuty jakoby *vaginifixatio* bywała przyczyną ciężkich porodów, poronień i powodowała często bezpłodność. Przeciwnie, twierdzi, opierając się na statystyce 78-u operowanych przez siebie przypadków, że chore po wykonanym zabiegu operacyjnym zachodziły w ciążę i że porody wogóle były łatwe. U chorych wieloródek porody po operacyi były łatwiejsze, niż poprzednie. Położenia poprzecznego, które jakoby często ma się zdarzać po *vaginifixatio*, D. nigdy nie widział.

Co do sposobu w jaki należy wykonywać dany zabieg operacyjny, to autor utrzymuje, że nigdy nie należy przyszywać całej przedniej ściany macicy, a nakłada tylko jeden szew z silkwormu, w pobliżu górnej granicy macicy. Idzie mianowicie o to, żeby nie wywoływać dużych zrostów, a tylko słabe zrosty pomiędzy błoną surowiczą macicy a pęcherza. Zrosty te łatwo się rozciągają w czasie ciąży, nie tworzą żadnych przeszkód przy porodzie, a po przebyciu jego kureją się i powracają do poprzedniego stanu. Otwór w otrzewnej należy starannie zeszyć, co ułatwimy sobie, odseparowując przednią część otrzewnej od pęcherza. Szew z silkwormu zdejmujemy się po sześciu tygodniach.

(*Berl. klin. Woch. 1903*).

*Balbina Weisberg.*

#### 46. Lejars. Leczenie rozlanego zakaźnego zapalenia otrzewnej zapomocą wysokiego ułożenia tułowia.

Doktorzy G. i R. FOWLEROWIE, chirurdzy szpitala niemieckiego w Brooklynie, zastosowali wysokie ułożenie tułowia i głowy chorych w przypadkach rozlanego septycznego zapalenia otrzewnej. W roku 1900 ogłoszono dziewięć takich przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, spowodowanego przedziurawieniem wyrostka robaczkowego; wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Obecnie statystyka wspomnianych chirurgów wynosi 98 przypadków z 65 wyzdrowieniami. Całe postępowanie w tych przypadkach było następujące: laparotomia zapomocą możliwie krótkiego cięcia, opróżnienie głównego ogniska ropnego, wycięcie wyrostka robaczkowego, wyszukanie i otworzenie ognisk wtórnych pod wątrobą, w miednicy, pomiędzy kiszkami; potem idzie przemycie jamy otrzewnej mieszaniną w różnych częściach wody utlenionej i nasyconego roztworu sody, a następnie wodą słoną, ogrzaną do 43° C. Przemycanie



wodą słoną odbywa się aż do końca zaszywania jamy brzusznej. Przytem FOWLEROWIE stale unikają wydobywania znacznej ilości trzew na zewnątrz (*evisceratio*). Przez dolny koniec rany wprowadzają do jamy brzusznej szklany sączek dziurkowany, w który wkładają knot ssący. Takież knoty wokoło sączka głównego wprowadzają do wtórnych ognisk ropnych. U kobiet często wprowadzają sączek do pochwy przez tylne sklepienie. Natychmiast po operacji chory bywa ułożony z mocno-podniesionym tułowiem. W tym celu podnoszą wezgiłowie łóżka, podkładają pod tylne nogi taburety lub specjalne podpórki. Wogóle tył łóżka winien być podniesiony nie mniej, niż na 33 lub 35 centymetrów. Ażeby się chory nie zsuwał, podkładają mu pod zgięte uda dużą, na dwoje złożoną poduszkę, która po obu stronach zostaje przymocowana zapomocą pasa do wezgiłowia łóżka. Tym sposobem substancje zakaźne spływają w kierunku do miednicy i łatwiej mogą być wydalone. Poza tem i otrzewna pod przeponą ma być podatniejsza do wsysania; natomiast otrzewna dolnej części brzucha wsysa nie tak łatwo i zakażenie nie szerzy się z taką szybkością. Referując pracę FOWLERÓW, LEJARS dodaje, że wespół z HERBÉCOURT'em wykonał szereg doświadczeń na trupach, które wykazały, że przy leżeniu na wznak miednica nie opróżnia się dostatecznie przez sączek, wprowadzony do dołu DOUGLAS'a. Dopiero po uniesieniu tułowia do góry, opróżnienie odbywa się w sposób dostateczny. Wobec tego LEJARS zachęca do dalszych prób w kierunku pracy FOWLERÓW.

(Sem. med. Nr. 24—1904).

B. S.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Instytut rządowy szczepienia ospy ochronnej, założony w r. 1824, przechodzi w tej chwili w nową fazę, najzupełniej odpowiadającą dzisiejszym wymaganiom nauki i społecznym. Przeniesiony już on został z ulicy Świętokrzyskiej na ulicę Nowogrodzką Nr. 82 i w ten sposób zakończył długoletnią tułaczkę, posiada bowiem już dom własny, kosztem około 30000 rubli na placu miejskim zbudowany. Instytut zbudowany przez p. Dziekońskiego według wskazówek dra POLAKA [dyrektora instytutu] składa się z dwóch części rozdzielonych ściśle: z laboratoryum i ambulatoryum. Pierwsza część posiada widne pomieszczenie dla cieląt, z nieprzemakalną podłogą, dobrą wentylacją etc., pokój operacyjny, dwa pokoje do przyrządzania, badania limfy i studyów naukowych oraz gabinet; ambulatoryum składa się z sieni, poczekalni pierwszej [przed zaszczepieniem], sali szczepień i poczekalni drugiej [po zaszczepieniu]. Wszystkie pomieszczenia zaopatrują się we wzorowe urządzenia do zachowania czystości, sterylizacyi i t. p. Instytut nowy już funkcjonuje zupełnie, wszakże wykończony będzie za parę tygodni.

— Konkurs na posadę ordynatora nadetatowego oddziału chorób moczopiętych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie odbędzie się 7 września r. b.

— Rozpatrywana jest w synodzie Petersburskim kwestya pozwolenia budowy krematoryów [urządzeń do palenia ciał zmarłych] w Rosyi.

— Dr KOLESOW w Moskwie zapisał na cele dobroczynne 130000 rubli.



— Dr WERNER SCHULTZ, asystent kliniki prof. MORITZ'a w Greifswaldzie, zwraca uwagę (*Deutsch. Archiv. f. klin. Med. T. 80 Z. 5 — 6*) na cierpienie zawodowe u pielących buraki, przy którym to zajęciu osoby pracujące muszą po kilka godzin kłęczący czołgać się po ziemi. Cierpienie to, jak wynika z relacji autora i innych autorów [HOFFMANN, i inni] spotyka się względnie często w Pomeranii, w miesiącach letnich i najczęściej u kobiet pracownic, które z polski przywędrowały na zarobek. Po dłuższej pracy kłęczącej występuje uczucie mrowienia, odrętwienia i innych parestezyi w kończynach dolnych, utrudnienie ruchów, palcami nóg i stopami, a więc i chodzenia. Chore chodząc, muszą nadmiernie wysoko unosić uda, inaczej bowiem pociągają stopami, końce stóp opadają mimowolnie [chód koguci]. Przy spokojnem, poziomem leżeniu stopy przybierają położenie szpotawo-końskie (*equinovarus*), a podczas ruchów czynnych z trudnością zginają stopy w kierunku grzbietowym, a nawet i podeszwowym, jeśli je biernie wyprostujemy. Badanie elektrycznością wykazuje osłabienie reakcyi elektrycznej w mięśniach osłabionych. Refleksy kolanowe niezmienione. Rzadko obiektywne zaburzenia czucia. Jednem słowem, wskutek długiego ucisku nerwów w dole podkolanowym występuje cierpienie w obrębie nerwu goleniowego (*n. tibialis*) i łydkowego (*peroneus*), zazwyczaj dwustronne. Po kilkotygodniowem leżeniu i elektryzowaniu—cierpienie kończy się pomyślnie.

— Firma K. ZEISS w Jenie wyrobiła 10000-ą sztukę obiektywu z imersyą do mikroskopów, i egzemplarz ten ofiarowała prof. KOCH'owi.

— Na dyrektora kliniki chirurgicznej w Berlinie po KÖNIG'u, który wysłużył emeryturę, powołano prof. EISELSBERG'a z Wiednia.

— Ambasador francuski w Petersburgu, BOMPARD doręczył zarządowi Towarzystwa Czerwonego Krzyża sumę 118000 franków, zebraną przez prasę francuską na ofiary wojny rosyjsko-japońskiej.

— Do rady miejskiej Paryża wniesiono 2 wnioski, które niewątpliwie zostaną przyjęte: 1) o peryodycznie mającej się odbywać dezynfekcyi szkół, a 2) o urządzeniu porad lekarskich w szpitalach wieczorem.

— Do niedawna jeszcze wszelkie wykłady i nauczanie w uniwersytetach francuskich były publiczne i odbywały się darmo, czem się uniwersytety te różniły od niemieckich. Obecnie od 2 lat coraz częściej czytamy w dziennikach lekarskich francuskich ogłoszenia o płatnych kursach z różnych gałęzi medycyny.

— Biblioteka Akademii lekarskiej w Paryżu wedle świeżo ogłoszonego sprawozdania bibliotekarza jej, dra DUREAU liczy 142048 dzieł w 202376 tomach. Nie wpisane są jednak do katalogu jeszcze dzieła, ofiarowane w ostatnich latach przez kilkunastu lekarzy.

— 23 lipca r. b. odbyło się uroczyste wręczenie pamiątkowej, rytowanej w srebrze przez A. BOUCHER'a tabliczki, znanemu specjalście chorób serca w Paryżu, HUCHARD'owi, lekarzowi szpitala Necker'a, tabliczki mającej z jednej strony portret HUCHARD'a, z drugiej napis: *In corde spes, vis et vita*.

— **Zmarł** w Lyonie dr GAYET, prof. okulistyki.

**Sprostowanie.** W № 30 str. 743 w wierszu 2 z dołu zamiast: „wyluszczenie galek“, powinno być „wytrzeszczenie galek“.—Str. 755 w wierszu 7 z góry zamiast: „penritonitis“, powinno być „peritonitis“.