

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYZYNEK DO NAUKI O NOWOTWORACH ZŁOŚLIWYCH MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH.

Napisał

Władysław Wróblewski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31].

Jeden taki przypadek, opisany już wyżej, przytacza DOMBROWSKI z Petersburga; w przypadku tym sprawa trwała z górą dwa lata od czasu radykalnej operacji, po której chora wyzdrowiała. I. HAMANS ¹⁾ spostrzegł u mężczyzny mięsak migdałka, operowany przez faryngotomię boczną, po której w pięć miesięcy jeszcze nie było nawrotu. RAYMOND JOHNSON ²⁾ u kobiety 53-letniej, chorej od 6-u miesięcy, operował limfosarkomat migdałka przez cięcie zewnętrzne, podwiązanie *carotidis externae*, wyluszczenie gruczołów i migdałka. Nawrót w małym stopniu w gruczołach. Po powtórnej operacji w ciągu 8-u miesięcy niema recydywy przy stanie ogólnym dużo lepszym. CLINTON WAGNER ³⁾ spostrzegł guz prawego migdałka, u kobiety 89-letniej, zajmujący całą prawą połowę gardzieli aż do języczka, podniebienie miękkie odsunięte do góry i do tyłu, aż do nasady języka; kolor guza ciemno-czerwony. Operacja zapomocą pętlicy galwanokaustycznej. Mikroskop stwierdził *sarcoma*. W 10 tygodni po operacji nawrotu niema. CHARLES MC. BURNEY ⁴⁾ operował metodą MIKULICZA migdał bardzo obrzmiały i owrzodzony wraz z dużem zaczerwienieniem i obrzmieniem otaczających go tkanek z twardymi wielkości kurzego jaja gruczołami pod szczęką. Badanie wykazało *carcinoma*. Od czasu operacji w 2 lata i 4 miesiące pacjent zdrow. Autor ten ma dużo szczęścia, gdyż w tejże pracy opisuje przypadek mięsak jamy noso-gardzielowej u 20-letniego mężczyzny, trzykrotnie operowany i będący obecnie 5 lat bez nawrotu. Autor

¹⁾ Centralblatt f. Laryng. 1892 r. str. 23.

²⁾ RAYMOND JOHNSON. Centralblatt 1894 r. str. 243.

³⁾ CLINTON WAGNER. Centralblatt 1894—1895 r. str. 176. Nr. 7. Med. Record. 1894 r.

⁴⁾ CHARLES MC. BURNEY. Centralblatt 1896 r. str. 489. Nr. 7. Med. Record 1896 r.

ten jest stanowczym zwolennikiem doszczętnego i powtarzanego leczenia operacyjnego przy nowotworach złośliwych.

Dr NEWMAN ¹⁾ z Glasgowa opisuje epitheliomat u 55-letniego mężczyzny w górnej części lewego migdałka z nacieczeniem tylnego łuku. Operacja od strony ust. 5¹/₂ lat bez nawrotu. Drugi przypadek tegoż autora dotyczy kobiety 55-letniej z rakowatym owrzodzeniem lewego migdałka, przedniego łuku i podniebienia. Tracheotomia, doszczętne wypalenie owrzodzeń. 4 lata bez recydywy.

Trzeci przypadek NEWMAN'a ²⁾: u mężczyzny, 54 lat mającego, guz wielkości gołębiego jaja na migdale lewym, guz twardy, owrzodzony, usiany krwawymi ogniskami, przechodzący na tylny łuk i nasadę języka. Gruczoły nie zajęte. Mikroskopowo epitheliomat. Faryngotomia boczna z rezecką szczęki dolnej. Po upływie 7-u miesięcy od operacji niema żadnej recydywy.

C. MARTON ³⁾: u mężczyzny 55-letniego wycięcie migdałka, dna jamy ustnej, połowy drugiego migdałka — zajętych rakiem, zapomocą faryngotomii bocznej; dobry przebieg pooperacyjny. 5 miesięcy po operacji bez nawrotu.

A. FRAENKEL ⁴⁾ z Wiednia opisuje 2 przypadki raka gardzieli, operowanego ze strony jamy ust. Oba wyleczone. Radzi możliwe uproszczenie techniki operacyjnej, unikanie rezeckiej szczęki dolnej, tracheotomii etc., a natomiast tylko podwiązanie *carotidis externae*.

A. CARREL ⁵⁾: rak migdałka, łuku i podniebienia miękkiego, nasady języka i szczęki przy niezajętych gruczołach. Doszczętna operacja z rezecką dolnej szczęki. Wyleczenie.

G. A. SYME ⁶⁾ z Melbourne. Mięsak migdałka u 39-letniej kobiety z jednoczesnym zajęciem gruczołów, usunięty przez operację zewnętrzną z rezecką szczęki. Od 6-u miesięcy bez nawrotu.

MACKENZIE JOHNSTON ⁷⁾. *Sarcoma globocellulare* u mężczyzny 28-letniego, u którego DAVID WALLACE dokonał operacji zewnętrznej z czasową rezecką szczęki dolnej; usunął bardzo powiększony migdał wraz z 2 powiększonymi gruczołami. Od 6-u miesięcy niema nawrotu.

RICHARDSON ⁸⁾ operował mięsaka migdałka u kobiety 60-letniej przez cięcie zewnętrzne. 7 miesięcy bez nawrotu.

SALIS COHEN ⁹⁾ przytacza przypadek, gdzie wcześniej wycięto migdał, zajęty pierwotnym mięsakiem; pacjent zdrow już 3¹/₂ lat, do chwili dyskusji.

1) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1896 r. str. 501. Glasgow Med. Journal. 1896 r.

2) Revue de Laryngol. etc. 1897 r. str. 1141. Lancet 1896 r. Nr. 28.

3) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1898 rok str. 24. British. Med. Journal 1897 r.

4) Zur Technik der Operation des Mandelkrebses. Wiener klin. Wochenschr. 1898 r. Nr. 12.

5) Centralblatt f. Laryng. 1900 str. 291.

6) Centralblatt f. Laryng. 1901 r. str. 514.

7) Centralblatt f. Laryng. 1902 r. str. 187.

8) Revue de Laryngol. 1888 rok str. 548.

9) Revue de Laryngologie 1889. rok str. 91. Kongres lekarzy amerykańsk. w Waszyngtonie 1899 roku.

M. MACINTYRE ¹⁾). Mężczyzna 61 lat wieku, badany 18. IX. 1891 roku. Ból z prawej strony w gardle, strzelający do ucha. Ogólny stan dobry. Mały guzik na dolnej części łuku przedniego prawego. Łuk ten zrosnięty z migdałkiem skutkiem dawniejszych zapaleń, nacieczenie dolnej części migdałka i fałdy łączącej nasadę języka z łukiem. Cały ten guz jest twardy, pokryty owrzodzeniami o również twardych brzegach. Pod uspieniem eterowem wycięto kompletnie [1. IX. 1881 r.] nożyczkami guz z migdałem, łukami i fałdą łukową. Badanie mikroskopowe wykazało epiteliomat. Do czerwca 1893 roku nawrotu niema.

M. WOLFENDEN ²⁾) w czerwcu 1889 r. usunął migdał zapomocą pętlicy galwanokaustycznej. Badanie wykazało *sarcoma globocellulare*. W 1891 r. u teje chorej migdał zaczął się znowu powiększać wraz z gruczołami pod kątem szczęki. 30. VII. 1891 r. usunięto górną część migdała zimną pętlicą. Autor był przekonany, że chora wkrótce umrze, lecz ze zdziwieniem dowiedział się, że w 4 lata potem żyje i uważa się za zdrową. Gruczoły nie były operowane, uważano bowiem przypadek za stracony.

Z przytoczonych tutaj 18-u przypadków znajdujemy 9 mięsaków i 9 raków, niema więc przewagi na korzyść jednego lub drugiego z najczęściej spotykanych nowotworów. Na 18 wyleczeń nowotworów złośliwych migdałków 14 opisali anglicy lub amerykanie, 1 przypadek DOMBROWSKI z Petersburga, dwa A. FRAENKEL z Wiednia i I. CARREL z Lugdunn.

Wyleczone przypadki dotyczyły 7 razy kobiet i 7 razy mężczyźnu, w innych nie znalazłem oznaczonej płci. Płeć więc również nie gra żadnej roli w rokowaniu.

Z przytoczonych tu przypadków w pięciu tylko wyleczenie trwało więcej niż dwa lata, w innych zaś od 2 do 8 miesięcy do chwili ogłoszenia drukiem danego przypadku, nie są więc one bynajmniej przekonywające. Widzieliśmy już wyżej, że w przypadku STEWART'a i SCHIFFERS'a sprawy mięsakowe wlokły się po kilka lat, dając dłuższe wrzekome wyleczenia po operacjach, kończyły się jednak śmiercią, np. pacjent SCHIFFERS'a zmarł na ogólną sarkomatozę po 7-u latach trwania. Sporo znam z literatury przypadków, gdzie po dokonanej operacji występowały recydywy bardzo szybko, bo już po 4-ch do 12-u tygodniach i to zwykle w jeszcze złośliwszej postaci, niż poprzednio, np. przypadki KUEMMEL'a ³⁾), CHEREER'a ⁴⁾), WOCHER'a ⁵⁾) i wielu innych.

W każdym razie i takie wyniki operacyjne należy uważać za dodatnie przy tak złośliwych sprawach, jak nowotwory, jeżeli bowiem nie jesteśmy w stanie ocalić życia choremu, to powinniśmy się starać wszelkimi środkami, na jakie nam obecny stan nauki pozwala, choć o przedłużenie życia, choć o ulgę w cierpieniach.

¹⁾ Revue de Laryng. 1894 r. Posiedz. angielskich laryngol. 30 czerwca 1893 r.

²⁾ Revue de Laryng. 1894 rok.

³⁾ Centralblatt 1890 r. str. 60.

⁴⁾ Centralblatt 1890 r. str. 400.

⁵⁾ Centralblatt 1884—1885 r. str. 24.

W opisanych przeze mnie przypadkach wyniki zawsze były złe, w jednym tylko VI było wskazanie do radykalnej operacji, którą wykonał kol. KRAJEWSKI. Nastąpiło zagojenie rany i sprawa miejscowa pozostała bez nawrotu, chory zmarł jednak w pół roku później skutkiem przerzutów w wewnętrznych narządach.

W innych moich spostrzeżeniach były wskazania do zabiegów chirurgicznych li tylko paliatywnych: w II tracheotomia, przez kol. KRAJEWSKIEGO wykonana; w X usunięcie guza migdałka przez prof. MIKULICZA i w XI tracheotomia, przez kol. KIJEWSKIEGO wykonana. Ostatnie trzy przypadki były ściśle od początku do końca spostrzegane i odrazu nie było wskazań do operacji radykalnych. Pomimo to jednak powinniśmy zawsze starać się dobrze rozważyć, kiedy jest wskazanym zabieg chirurgiczny i możliwie szybko przystępować do jego wykonania, w sprawach tych bowiem każdy dzień niemal opóźnienia może mieć wpływ rozstrzygający na dalszy przebieg choroby. Gdy guzy są ograniczone, gdy gruczoły chłonne mało są zajęte, wtedy należy się zawsze decydować na radykalną i możliwie szeroką operację. Gdy zaś guzy złośliwe odrazu występują w postaci rozlanej, zajmując nie tylko migdałki, lecz na dalekiej przestrzeni i całe ich otoczenie, gdy nadto występuje jednocześnie duże obrzmienie gruczołów, a zwłaszcza otaczających wielkie pnie naczyńowe, wtedy próżne już będą nasze usiłowania i zmuszeni będziemy ograniczyć się tylko do zabiegów ułatwiających łykanie i oddychanie, np. *tonsillotomia* i *tracheotomia*.

Opisywane są przypadki, w których robiono tak wielkie zabiegi chirurgiczne, że naprzód należało przypuszczać, iż żaden pacjent nie jest w stanie przeżyć podobnych operacji, a choćby nawet wypadek taki się zdarzył, to stawia się poważna kwestya, czy warta jest cośkolwiek podobna egzystencya, gdzie wycięto cały język, połowę podniebienia miękkiego i twardego, całą boczną ścianę gardzieli wraz z częścią szczęki dolnej, a niekiedy i górnej, gruczoły chłonne wraz z podwiązaniem nawet *carotidis communis*, *venae jugularis* etc. A jednak podobne opisy nie rzadko spotykamy w literaturze, niekiedy nawet z pomyślnym wynikiem, jak np: W. MEYER ¹⁾ podaje przypadek mięsaka u 34-letniego mężczyzny, operowany metodą MIKULICZA, w którym zrobiona była naprzód tracheotomia, założona rurka TRENDELENBURG'a, zrobiono cięcie łukowe od *processus mastoideus* do podbródka, rsunięto gruczoły, podwiązano *carotidem externam et maxillarem inferiorem*, rozcięto prawy migdałek, całą boczną prawą ścianę gardzieli, całą nagłośnię i cały język. Usypianie odbywało się przez rurkę tracheotomijną, która pozostała z wydętym balonem w ciągu 48-u godzin. Karmienie odbywało się przez miękki zgłębnik przełykowy, pozostawiony stale w ciągu 10 u dni, poczem pacjent sam sobie zaczął wprowadzać zgłębnik przed każdym pożywieniem. Rana wkrótce zagoiła się; chory może dobrze łykać i mówi o tyle wyraźnie, że go można zrozumieć. Pozostał tylko stale

¹⁾ W. MEYER. Centrablatt f. Laryngologie 1893 r. str. 187. New York Med. Journ. 1892 r.

krótki oddech. Na tem opis zakończony. Czy długo trwał ten stan względ- nego wyleczenia—nie wiadomo.

Przypadek M. W. MILLIGAN'a ¹⁾, przytoczony na posiedzeniu angielskich laryngologów 9. XII. 1892 r., miał zejście niepomysłne. Mężczyznę 49-letniego poddano operacji 22. I. 1791 r. z powodu raka na lewym migdałku. Tracheo- tomia, jedno cięcie wzdłuż *sterno-cleido-mastoidei*, drugie od kąta szczęki dolnej do kąta podbródka, podwiązanie *carotidis externae*, wycięcie gruczołów, całego języka, połowy podniebienia miękkiego, języczka, całej bocznej ścia- ny gardzieli wraz z migdałkiem i częścią szczęki górnej. Karmienie zgłębnikiem. Rurka tracheotomijna usunięta 1. II, dreny — 4. II. 12. II. rozpoczęły się małe krwawienia przez usta, które się wciąż powiększały, skut- kiem czego chory zmarł 18. II. Sekcją wykazała przeżarcie *carotidis*, która była w stanie zapalnym. W dyskusji nad tym przypadkiem LENNOX BROWNE powiedział, że wtórne krwotoki śmiertelne bywają dość często nawet pomimo podwiązania *carotidis*. Dr LAMBERT LACK ²⁾ doradza tylko czasową ligaturę *carotidis*, którą należy zdejmować po skończonej operacji.

Dr EMARY LANPHEAR ³⁾ opisuje przypadek mięsaka na migdałku prawym u damy 55-lat mającej. 13. IV. 1892 r. *tonsillotomia*; nawrót bezpośredni. 15. IX. 1892 r. *tracheotomia*, podczas której asfiksya; sztuczny oddech w ciągu 27 minut. 18. IX. operacja zewnętrzna, pod koniec tejże znowu oddech utrudniony, guz przeto został szybko wyszarpięty, przez co została naderwana *carotis interna*; *c. externa* została podwiązana na początku operacji. Krwotok prze- rażający, zatrzymany kleszczykami. Podwiązanie *carotidis communis*. Po skoń- czonej operacji zjawiło się tętno, lecz została nieprzytomność, *hemiplegia si- nistra*. Krążenie oboczne nie wytworzyło się. Zmarła nieprzytomna w 72 go- dziny po operacji.

Pomijam już inne podobne spostrzeżenia, aby nie przedłużać pracy niniej- szej; są one dość podobne jedne do drugich i rzadko kiedy względnie pomysl- nymi wynikami uwieńczone.

Gdy więc jedyny prawdziwie, jak dotąd przynajmniej, racjonalny sposób leczenia nowotworów złośliwych, t. j. operacyjny, daje tak bardzo wątpliwe i nie bardzo zachęcające wyniki, nie więc dziwnego, że szukano innych. Środkiem, który w niektórych przypadkach zdawał się dodatnio wpływać, jest arsenik, stosowany w możliwie wielkich dawkach wewnątrznie w postaci *sol. Fowleri*, rzadziej *sol. Pearsoni*, a najrzadziej w postaci wstrzykiwań podskórnych. Te- mu sposobowi leczenia poświęcone zostały dwa posiedzenia, 8 i 25 listopada 1895 roku, w Towarzystwie Laryngologicznem Berlińskiem ⁴⁾. Wtedy dr ALEKSANDER przedstawił chorego z guzem na podstawie czaszki, wypełniają- cym prawą połowę jamy nosogardzielowej, przyczem było porażenie nerwu twarzewego, prawostronne porażenie podniebienia, objawy ze strony nerwu

¹⁾ Revue de Laryngol. 1893 r. str. 176.

²⁾ Revue de laryng. 1901 r. Tom II, str. 294. Posiedzenie laryngologów londyńskich 4. I. 1901 r.

³⁾ Dr E. LANPHEAR z Saint Louis N. Y. med. Journ, 1895. Revue de laryng. 1896 r.

⁴⁾ Centralblatt f. Laryngologie 1896 rok str. 236 i 237.

sympatycznego i gardzielojęzykowego. Stan opisany trwał w ciągu trzech tygodni bez zmiany; po dodaniu arszeniku guz ten w ciągu 4 dni znikł prawie zupełnie. P. HEYMANN widział przypadek mięsaka gardzieli, który zupełnie znikł po arszeniku. GLUCK widział na klinice LANGENBECK'a przypadek mięsaka, który również zupełnie znikł po arszeniku; przypadkowo róża sprowadziła trwałe wyleczenie. W innym znowu przypadku pod wpływem arszeniku znikły guziki nowotworowe, powstałe w bliźnie po wycięciu rakowatej sutki. Na tychże posiedzeniach P. HEYMANN demonstrował dwóch chorych dotkniętych mięsakiem gardzieli. W jednym z nich duże, twarde obrzmienie obu migdałków, które wciąż odrastają pomimo kilkukrotnego wycinania. Badanie wykazało *sarcoma globoparvicellulare*. W dalszym przebiegu przerzuty w lewym oczodole, a więc przypadek nie nadający się do operacji radykalnej. Pod wpływem arszeniku chory ten żyje i miewa się względnie dobrze w ciągu 4 lat.

W drugim przypadku mięsak, umiejscowiony na lewej bocznej ścianie gardzieli, wciąż odrastał pomimo radykalnej operacji, dokonanej przez prof. BERGMANN'a. Po dwóch latach było już zajęcie nagłośni, więzu nagłośnionalewkowego i chrząstki nalewkowej lewej. Pod wpływem arszeniku stan ten poprawił się znacznie. HEYMANN takąż poprawę spostrzegał w trzech innych przypadkach mięsaków migdałka, zna jednak wiele przypadków, w których środek ten nie wywarł żadnego dodatniego wpływu. SCHÖRTZ znowu na tychże posiedzeniach stwierdził, iż na zasadzie swego doświadczenia nie może podzielić zdania poprzednich mówców i nigdy nie widział pożytku z podawania arszeniku.

Oprócz tylko co przytoczonej dyskusyi znajdujemy wzmianki, polecające w tych razach arszenik, w podręcznikach i oddzielnych pracach kasnistycznych.

H. ADLER¹⁾ z Wiednia podaje spostrzeżenia, dotyczące 70-letniego starca, który ma od roku guzy w okolicy obu gruczołów tarczowych, od 3-ch miesięcy obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi i karku, od 6-u tygodni chrypkę, od 3-ch tygodni guzy na podniebieniu i w gardzieli. Badanie wykazało *sarcoma parvi-globocellulare*. Przy podawaniu *sol. Fowleri* po 10 kropel dziennie guzy zaczęły się znacznie zmniejszać i zaburzenia przy łykaniu, mówieniu i oddychaniu ustępowały.

Dr BOND²⁾ spostrzegał u kobiety 71 lat mającej guzy jakby żelatynowe w obu nozdrzach i jamie noso-gardzielowej, migdały nie zajęte, łuk tylny lewy zgrubiały. Masa gruczołów z obu stron szyi. Po *sol. Fowleri*, 4 krople na raz, znikły guzy w nosie i jamie noso-gardzielowej i gruczoły na szyi, jednocześnie jednak zaczął obrzmiewać migdał lewy i rósł stale, ulegając owrzodzeniu, tak że podczas demonstracyi masa wrzodziejąca wypełniała całą gardziel. Większych dawek arszeniku chora nie znosiła.

¹⁾ H. ADLER. Sarcom der Trähendrüse, des Gaumens und Rachens in Rückbildung unter Arsenmedication. Wiener klin. Wochenschr. 1889 r.

²⁾ Posiedz. londyńskich laryngol. 9. V. 1894 r. Centralblatt 1894—1896 str. 563.

Dr HUGO MAMLOK ¹⁾ opisuje przypadek pierwotnego złośliwego limfomatu migdałka, gdzie, mówiąc nawiasowo, zaznacza wielką rzadkość tej sprawy na migdałkach, gdyż znalazł w literaturze tylko 7 odnośnych spostrzeżeń. Podawanie arseniku spowodowało wybitną poprawę, aczkolwiek krótkotrwałą. Druga kuracja arsenikiem nie osiągnęła skutku, chory zmarł.

W naszej literaturze znajduję odnośne spostrzeżenie, przez dra J. SĘDZIAKA ²⁾ podane. Wieśniak 48-letni, dobrze zbudowany, przed kilku miesiącami zauważył na lewej łydce mały guziczek, który się szybko powiększał. Wkrótce obrzękły gruczoły pachwinowe i w rozmaitych okolicach ciała na skórze zaczęły występować zupełnie podobne guziczki. Przy badaniu znalazł autor na łydce rozlany guz, wielkości pomarańczy, pokryty ciemno-fioletową skórą. Na górnych kończynach, piersiach, plecach i na twarzy liczne, podobne, choć słabiej zabarwione i mniejsze guziki. W jamie ust na miejscu prawego migdała guz wielkości kurzego jaja. Guz ten SĘDZIAK usunął pętlicę galwanokautystyczną; badany pod drobnowidzem, guz okazał się limfosarkomatem. W kilka dni później wyluszczonej został przez dra BORSUKA jeden z guzików skórnych i zbadany przez prof. BRODOWSKIEGO i PRZEWOSKIEGO wykazał *sarcoma parvi et globocellulare cutis*. Choremu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu zalecono *sol. Fowleri*, przyczem już po tygodniu zauważono stałe zmniejszanie się guzików, stwierdzone przez kol. SĘDZIAKA, BORSUKA, SAWICKIEGO i PASLAWSKIEGO. Po 7-u tygodniach guz na łydce zmniejszył się do $\frac{1}{2}$ swej wielkości, guziki zaś w innych okolicach ciała bądź to zupełnie się wessały, bądź też znacznie się zmniejszyły. W ciekawej i sumiennej swej pracy kol. SĘDZIAK przytacza następujące spostrzeżenia z literatury. KOEBNER ogłosił przypadek ogólnej sarkomatozy skóry, wyleczonej przez podskórne wstrzykiwania arseniku (*Berlin. klin. Wochenschrift 1883 r. Nr. 2*). KOEBEL ogłosił również przypadek tego cierpienia, uleczonego przez zastosowanie arseniku, gdzie po 3 $\frac{1}{2}$ latach nie było recydywy. (*Bruns Beitr. zur klin. Chir. tom II w 1887 r.*). Wreszcie ROMBERG z Lipska w pracy, ogłoszonej w *Deutsche med. Woch. 1892 r. Nr. 19* „*Zur Kenntniss der Arsenikwirkung auf das Lympho-Sarcom*“ opisał przypadek, w którym metastazy na skórze [prawdopodobny punkt wyjścia — *lympho-sarcoma mediastini*] prawie w zupełności znikły pod wpływem wewnętrznego użycia arseniku, stosowanego w ciągu 4 tygodni. Ogółem chory wyżył 500 kropel *liq. Kali arsenicosi*, czyli 0,255 *acidi arsenicosi*.

ESCAT [l. c.] powiada w kwestyi leczenia limfomatów i limfosarkomatów, że duże dawki arseniku, a zwłaszcza kakodylaty, stanowią jedyny, aczkolwiek pozostawiający dużo do życzenia, godny zalecenia sposób kuracji.

Ważnym bardzo jest pogląd prof. MIKULICZA ³⁾ na tę sprawę, który uważa arsenik za najwięcej działający czynnik przy leczeniu mięsaków. Używany

¹⁾ HUGO MAMLOK. Ein Fall von primärem malignem Lymphom. der Tonsille. Fraenkel's Archiv. f. Laryngol. 1899 r.

²⁾ Dr JAN SĘDZIAK. Niezwykły przypadek: Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae. Gazeta Lekarska 1892 r. Nr. 44.

³⁾ MIKULICZ l. c. str. 383 i 384.

w różnych postaciach, a zwłaszcza wtedy, gdy pacjenci ziośli duże dawki, sprowadzał arszenik często stałe, częściej przejściowe wyleczenia, zawsze jednak pocieszające chorych poprawy. Pacjent MIKULICZA po leczeniu arszenikiem czuł się dobrze i był zdolnym do pracy w ciągu całego roku. Dlatego też należałoby próbować, czy zabiegi chirurgiczne, stosowane jednocześnie z leczeniem arsenikalnem, nie mogłyby choć trochę wpłynąć na nieco lepsze rokowanie przy tych cierpieniach, niż dotąd. Bardzo tu jest ważną rzeczą zmiana preparatów arszeniku, często bowiem bywa idyosynkrazia tylko do jednego z preparatów; często znoszą chorzy jeden i ten sam preparat tylko w postaci pigulek, innym razem w kroplach albo w podskórnych wstrzykiwaniach. Duże dawki są bezwarunkowo potrzebne: do 20 i 25 kropel *Trae arsenicalis pro die*; tylko takie mogą prawie że cudów dokazać (*nur sie wirken manchmal halbe Wunder*).

Czy jednak limfosarkomaty mogą być zupełnie i na stałe wyleczone zapomocą arszeniku, jest to jeszcze kwestya dalszych badań. Przypadki innych mięsaków, w których nastąpiło przypadkowe lub sztuczne zaszczepienie róży lub też w których nastąpiło wyleczenie drogą szczepienia surowicy rakowej (*Krebsserum*), są jeszcze zbyt nieliczne i za krótko spostrzegane, aby się można było nad nimi poważnie zastanawiać; sposobów tych możnaby tylko próbować tam, gdzie operacya jest już zupełnie niemożliwa [MIKULICZ l. c. str. 395].

Wszystkie inne środki lecznicze niekiedy zalecane, jak: *Condurango, extr. Thujae, Chelidonium etc.* należy raczej uważać jako stosowane *ut aliquid fiat*. Pewniejszą ulgę w tych razach przynosić będą chorym narkotyki, a przede-wszystkiem morfina.

Na zakończenie muszę przytoczyć streszczenie pracy prof. KOSIŃSKIEGO, wyrażające pogląd na tę sprawę tak doświadczonego badacza i chirurga ¹⁾. Wszystkie wyłącznie terapeutyczne środki, stosowane dotąd przeciwko rakowi, chybiły celu i prof. KOSIŃSKI jest zdania, że i nadal zawsze będą celu chybiały i że tą drogą z raka nikt się nie wyleczy bez radykalnej operacyi. Wszystkie nasze środki terapeutyczne mają na celu nie tyle działanie przeciwko czynnikowi chorobowemu, ile że podtrzymują ustrój w walce z tym czynnikiem. Takie środki mogą mieć znaczenie tylko w takich chorobach, które od czasu do czasu ulecza się li tylko siłami przyrody. Rak jest jednak jedyną niemal chorobą, która nigdy się tą drogą nie ulecz. Można tylko mieć nadzieję, że może się z czasem uda wykryć patogenezę raka, i wtedy przeciwdziałać środkami higienicznymi, zapobiegawczymi rozpowszechnianiu się tej plagi. Byłbym szczęśliwy, powiada w końcu autor, gdyby przyszłość obaliła mój pogląd i gdyby terapia odniosła zwycięstwo nad chirurgią, czyniąc zbytecznymi zabiegi operacyjne, aczkolwiek bardzo wątpię, czy to się kiedykolwiek ziści.

¹⁾ Archives internationales de chirurgie. 1903 r. str. 231. Trouvera-t-on jamais un remède pour guerir le cancer? par le prof. KOSIŃSKI.

II. O ORGANICZNYCH CIERPIENIACH UKŁADU NERWOWEGO NA TLE TRYPROWEM.

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

podał

Jan Koelichen.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31]

Badanie drobnowidzowe rdzenia w przypadku, którego przebieg kliniczny powyżej w krótkości podałem, odkryło w nim zmiany nader rozległe na całej jego długości. Charakter jednak i umiejscowienie zmian patologicznych są na całej przestrzeni rdzenia mniej więcej jednakowe, różniąc się jedynie rozległością i natężeniem w oddzielnych odcinkach. Wobec tego przy ich opisie ograniczyć się mogą do nakreślenia obrazu typowego ogniska w jednym z odcinków rdzenia, zaznaczając następnie ogólnikowo wygląd ognisk w innych odcinkach. W danym przypadku najsilniej wyrażone zmiany patologiczne znaleziono w środkowej części rdzenia, w 6-ym odcinku grzbietowym. Na skrawkach z tego odcinka, zabarwionych według metody MARCHI'ego, widać ognisko, zajmujące cały prawie przebieg rdzenia z wyjątkiem wentralnej części słupów przednich, która posiada wygląd normalny. Poza tem na całej przestrzeni istoty szarej i białej widać ogromnie rozszerzone naczynia krwionośne, z których każde otoczone jest, jakby pochwą, szeregiem komórek ziarnistych. Komórki te mają przeważnie kontury niejasne i wyglądają jak cienie, kolor ich jest popielaty, jakby zadymiony; przy powiększeniu silniejszym widać, że zawierają one masę drobnych, jak pył, ziarenek rozpadłej myeliny, niektóre jednak z komórek ziarnistych posiadają wyraźne kontury i zabarwione są w intensywnie czarny kolor, który, jak się okazuje przy powiększeniu silniejszym, zależy od zawartych w nich czarnych bryłek myelinowych. Niektóre naczynia otoczone są podwójnym szeregiem takich komórek, tworzących naokoło ściany naczynia dwa koncentryczne kręgi, przyczem w szeregu wewnętrznym znajdujemy zgrupowane czarne komórki ziarniste, wypełnione bryłkami myeliny, w szeregu zaś wewnętrznym komórki o konturach niejasnych, zabarwione w kolor popielaty. Tkanka zarówno istoty białej, jak i szarej nie posiada wyraźnej budowy, znajdujemy rozsianych w niej sporo komórek ziarnistych, oraz znaczną liczbę swobodnie leżących w tkance drobnych ziarenek i większych bryłek rozpadłej myeliny. Wogóle zmiany najsilniejsze znajdujemy w środkowej części przekroju rdzenia w istocie szarej i na całej przestrzeni słupów tylnych istoty białej; w słupach przednio-bocznych zmiany są najwidoczniejsze w bezpośrednim sąsiedztwie istoty szarej i stają się ku obwodowi coraz mniej wyraźnymi, posuwają się one ku obwodowi pasmami wzdłuż naczyń, nadając ognisku postać gwiazdzistą, w której naczynia, otoczone zwałami komórek ziarnistych, grają rolę promieni. Ogólne zarysy ogniska są jeszcze wyraźniejsze na skrawkach, za-

barwionych według metody WEIGERT'a. Na skrawkach tych cała środkowa część przekroju rdzenia okazuje się bezbarwną, zarysów, tworzących znaną figurę istoty szarej, nie widać zupełnie i jedynie na obwodzie przekroju widać wązki pasek tkanki, w której otoczki myelinowe zabarwiły się normalnie, poprzecinany, jakby promieniami, pasmami tkanki bezbarwnej. Na obwodzie ogniska przy powiększeniu silniejszym widać spleźniałe, słabo zabarwione otoczki myelinowe, szaro zabarwione bryłki rozpadłej myeliny i jedynie bardzo nieliczne włókna z dobrze zabarwionymi otoczkami; sam środek ogniska nawet przy silniejszym powiększeniu okazuje się zupełnie bezbarwnym. Na skrawkach zabarwionych karminem lub według metody van GIESON'a poprzednio opisaną figurę gwiazdzistą ogniska widać również wyraźnie. Na skrawkach takich, widocznym jest w ognisku znaczne bujanie neurologii, która tworzy gęstą włóknistą siatkę o oczkach drobnych i pustych. Normalnych przekrojów, wyrostków osiowych nie widać tu wcale, naczynia rozszerzone o ściankach zgrubiałych otoczone są szeregiem komórek ziarnistych. Jedynie na obwodzie przekroju widocznym jest wązki pas tkanki, zabarwionej normalnie, poprzecinany pasmami tkanki zmienionej. Wreszcie na skrawkach, zabarwionych według metody NISSL'a, widać zupełny prawie zanik komórek nerwowych w przednich rogach istoty szarej. Większość tych komórek potraciła zupełnie wyrostki, nie posiada jasnych konturów i przedstawia się w postaci bezkształtnych tworów, które poznać można jako resztki komórek nerwowych, jedynie na podstawie obecności w nich paru ciałek NISSL'a, pośród których nie widać ani jądra, ani jąderka. Niektóre komórki zachowały jeszcze kształty normalne i kontury jądra i jąderka, nie posiadają jednak ciałek NISSL'a i cała ich protoplazma zabarwiona jest jednorodnie na kolor niebieski o wyglądzie mętnym, nieprzezroczystym. Nieznaczna tylko cząstka komórek przednich rogów posiada wygląd normalny. W tylnych rogach i kolumnach CLARK'a większość komórek przedstawia się normalnie, w niektórych jednak widać zanik ciałek NISSL'a i chromatolizę. Prócz tego na skrawkach tych widać na całej przestrzeni ogniska znaczne zwiększenie liczby jąder, zwłaszcza w okolicy naczyń krwionośnych.

Podany tu obraz i umiejscowienie zmian patologicznych spotykamy na całej przestrzeni rdzenia grzbietowego, z tą tylko różnicą, że zmiany te w pojedynczych odcinkach są mniej lub więcej rozległe, wahania te jednak odbywają się w granicach bardzo niewielkich. Prócz tego w górnej części rdzenia grzbietowego na obwodzie słupów przedniobocznych widoczne się stają zmiany o charakterze wtórnego zwyrodnienia. W rdzeniu lędźwiowym zmiany patologiczne w jednej połowie przekroju stają się mniej widocznymi, w 2-gim odcinku lędźwiowym połowa ta przedstawia się już zupełnie normalnie, druga jednak połowa przekroju wykazuje znaczne zmiany aż do końca rdzenia lędźwiowego. W dolnej części rdzenia szyjowego w 8-ym odcinku ogniska w środkowej części przekroju rdzenia nie widać wcale, istota szara przedstawia się tu zupełnie normalnie, widocznym jest jedynie wtórne zwyrodnienie na całej przestrzeni pęczków GOL'a i na obwodzie słupów przednio-bocznych. W 7-ym odcinku szyjowym ognisko w istocie szarej zjawia się jednak ponownie w jednej połowie przekroju rdzenia, w 6-ym odcinku znowu zajmuje całą przestrzeń isto-

ty szarej oraz wentralną część słupów tylnych istoty białej i nie zmienia swego wyglądu, aż do 3-go odcinka szyjowego. w którym istota szara przedstawia się normalnie, natomiast widoczne są ogniska drobniejsze, rozsiane na obwodzie słupów tylnych istoty białej. Dodać przytem należy, że wtórne zwyrodnienie pęczków GOL'a i obwodowej części słupów przedniobocznych widocznem jest na całej długości rdzenia szyjowego. Zwyrodnienie to wstępuje również do mózdzku przedłużonego i prześledzić się daje aż do poziomu początku oliw, gdzie ustaje w okolicy jąder słupów tylnych. W okolicy tej zjawiają się jednak ponownie zmiany ogniskowe w jednej połowie przekroju, na całym bowiem obszarze słupów tylnych oraz jąder BURDACH'a i GOL'a widoczne są ogromnie rozszerzone naczynia i nacieczenie drobnokomórkowe zwłaszcza w okolicy naczyń. Powyżej oliw w mózdzku przedłużonym i w okolicy mostu VAROLA żadnych zmian patologicznych nie znaleziono. Opony rdzeniowe oraz wchodzące i wychodzące korzenie nerwów rdzeniowych okazały się przy badaniu niezmiennymi. W nerwach obwodowych: *ischadicus*, *cruralis*, *medianus*, oraz w mięśniach: *quadriceps cruris*, *gastrocnemius*, *flexor carpi ulnaris*, również zmian żadnych nie znaleziono.

Charakter zmian patologicznych, znalezionych w rdzeniu przy badaniu drobnowidzowem, wskazuje na to, że mamy w danym przypadku do czynienia z ostrą sprawą zapalną, przemawia bowiem zatem rozszerzenie naczyń krwionośnych, nacieczenie drobnokomórkowe, zniszczenie elementów nerwowych komórek i włókien i rozrost neuroglei. Sprawa zapalna szerzyła się wyłącznie prawie w środkowej części rdzenia, niszcząc przeważnie istotę szarą i wytwarzając w niej prawie nieprzerwane ognisko zapalne na całej długości rdzenia. Z układu zmian patologicznych widać, że z istoty szarej sprawa zapalna przechodziła na otaczającą ją istotę białą, szerząc się w słupach tylnych wzdłuż *septum medianum posticum*, w słupach zaś przedniobocznych wzdłuż naczyń krwionośnych, schodzących się na kształt promieni od obwodu rdzenia ku jego środkowi. Zarówno umiejscowienie sprawy zapalnej, jak i sposób szerzenia się jej w danym przypadku zasługuje na bliższą uwagę, zależeć bowiem muszą od warunków cyrkulacji krwi albo limfy w rdzeniu. Zarysy ogniska zapalnego zależeć muszą od układu naczyń krwionośnych albo limfatycznych. Pierwszy z tych układów jest nam dosyć dokładnie znany, wiemy bowiem, że w rdzeniu istnieją dwie niezależne od siebie okolice naczyniowe: jedna, unaczyniona przez *arteriam sulci anterioris*, do której należą przednie rogi istoty szarej oraz przylegające bezpośrednio do nich części słupów przedniobocznych, druga, unaczyniona przez tak zwaną *vasocorona*, do której należy cały pozostały obszar istoty białej oraz tylne rogi istoty szarej.

Umiejscowienie zmian zapalnych w danym przypadku nie da się pogodzić z żadną z tych okolic naczyniowych, pozostaje więc możliwem jedynie przypuszczenie, że umiejscowienie tych zmian zależy od układu naczyń limfatycznych. O układzie naczyń limfatycznych w rdzeniu wiemy dotychczas bardzo niewiele, stwierdzonem jest zaledwie istnienie przestrzeni limfatycznych wokoło naczyń krwionośnych i wokoło komórek nerwowych. W danym przypadku szerzenie się sprawy zapalnej wzdłuż całego rdzenia w środkowej części jego przekroju

zniewala nas do przypuszczenia, że wzdłuż rdzenia ciągnie się droga limfatyczna, po której rozchodzić się mogą czynniki szkodliwe w postaci bakteryi, czy też ich toksyn. Za drogę taką uważać można jedynie kanał centralny rdzenia. Jeżeli więc w danym przypadku przypuścimy, że czynnik szkodliwy, który wywołał zapalenie rdzenia, szerzył się w nim wzdłuż kanału centralnego, od razu cały układ zmian zapalnych w rdzeniu stanie się dla nas jasnym, zrozumiemy wtedy dlaczego ognisko zapalne zajmuje na całej długości środkową część rdzenia, niszcząc przeważnie przylegającą bezpośrednio do centralnego kanału istotę szarą. Sposób szerzenia się ogniska od środka rdzenia ku jego obwodowi również znajdzie wówczas łatwe wyjaśnienie. W słupach tylnych istoty białej sprawa zapalna posuwała się ku obwodowi głównie wzdłuż *septum medianum posticum*, należy więc przypuszczać, że w tej przegrodzie rdzenia przebiegają przestrzenie limfatyczne, stojące w związku z kanałem centralnym, co ze względu na związek genetyczny tego ostatniego z *septum medianum posticum* jest bardzo prawdopodobnem. W słupach przednio-bocznych szerzenie się sprawy zapalnej odbywało się wzdłuż naczyń krwionośnych, schodzących się na kształt promieni od obwodu ku środkowi rdzenia, tutaj więc rola okołonaczyniowych przestrzeni limfatycznych zupełnie jest jasna; należy jedynie przypuścić, że przestrzenie te łączą się z przestrzeniami limfatycznymi, istniejącymi w istocie szarej. Cały ten gmach dowodzeń zbudowany na przypuszczeniach, posiada dotychczas bardzo mało danych faktycznych na swoje poparcie. Głównym argumentem, przemawiającym za słusznością tych przypuszczeń, mogą być rezultaty niektórych prac doświadczalnych nad powstawaniem sprawy zapalnej w rdzeniu, pod wpływem zakażenia lub zatrucia. Znajdujemy mianowicie w pracach Носнѣ'a, który wstrzykiwał do tętnic, idących do rdzenia, hodowle drobnoustrojów i ich toksyny, obraz zmian zapalnych, zupełnie podobny do tego, jaki znaleźliśmy w naszym przypadku. U jednego z psów, poddanych doświadczeniu, znalazł on bowiem ognisko zapalne w rdzeniu grzbietowym, zależne od zatoru bakteryjnego w naczyniu krwionośnem, powyżej zaś zmiany zapalne wzdłuż całej istoty szarej aż do rdzenia szyjowego, przyczem w istocie szarej nigdzie embolii w naczyniach nie znaleziono, natomiast kanał centralny rdzenia zawierał sporo drobnoustrojów. Z faktu tego wyciąga Носнѣ wniosek, że drogę szerzenia się zakażenia stanowił w danym przypadku centralny kanał rdzenia, jako droga limfatyczna. Podobny wniosek wypowiedział już przedtem Номѣн, również na podstawie swych prac doświadczalnych. Wprawdzie Носнѣ zastrzega się, że wniosku, postawionego co do roli kanału centralnego w rdzeniu zwierząt, nie należy przenosić na rdzeń ludzki, w którym, jak wiadomo, kanał ten u dorosłych częściowo zarasta; jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę młodociany wiek chorej, od której rdzeń ten pochodził, przypuszczenie przez nas postawione wyda się wtedy możliwem.

Z przytoczonych powyżej rezultatów badań anatomopatologicznych wynika, że w przebiegu trypra powstawać mogą w rdzeniu i w jego oponach ostre sprawy zapalne, które niekiedy umiejscowione bywają na ograniczonej przestrzeni, najczęściej w dolnym odcinku rdzenia, niekiedy jednak szerzą się na całej jego długości, czasem nawet przybierają charakter sprawy ropnej. Po-

wstaje wobec tego pytanie, jaka jest bezpośrednia przyczyna tych spraw zapalnych, jaki jest czynnik szkodliwy, który w przebiegu trypra dostaje się do rdzenia, wywołując w nim zmiany zapalne. Pytanie to w równej mierze stosuje się do zdarzających się w przebiegu trypra zapaleń nerwów obwodowych. Prostej i jasnej odpowiedzi na to pytanie, niestety, dotychczas udzielić nie można, ograniczyć się musimy jedynie do przypuszczeń, które mają ze sobą mniej lub więcej szans prawdopodobieństwa. Pierwszem przypuszczeniem, jakie się narzuca jest to, że zmiany zapalne w układzie nerwowym zarówno w rdzeniu, jak i w nerwach obwodowych powstają w przebiegu trypra pod bezpośrednim wpływem gonokoków. Przypuszczenie to stoi w sprzeczności z dawno utartym mniemaniem, że tryper jest cierpieniem ściśle miejscowym błony śluzowej dróg moczowych i że gonokoki rozwijać się mogą jedynie w nabłonku tej błony. Jednakże fakty, stwierdzone w innych dziedzinach patologii, dawno już zachwiały tem mniemaniem. Ogólnie przyznanem jest obecnie, że gonokoki wywołują zapalenie stawów i zapalenie osierdzia w przebiegu trypra; BUIWID stwierdził nawet ich obecność w ropniu mięśniowym. Wobec tego nie mamy żadnego powodu do przypuszczenia, ażeby układ nerwowy miał być od ich najścia zagwarantowany. Brak jednak dotychczas faktycznego stwierdzenia ich obecności w rdzeniu; być może, że winien temu brak badań bakteriologicznych rdzenia w przypadkach zapalenia. Brak ten wypełniony być może jedynie przez systematyczne badanie płynu mózgordzeniowego, wydobytego za życia przez punkcję lumbalną, gdyż badanie materiału pośmiertnego daje wyniki niepewne wobec stwierdzonego przez doświadczenia HOMEN'a i HOCHÉ'a faktu, że bakterye wogóle znikają po pewnym czasie z rdzenia. Bądź co bądź zależność cierpienia układu nerwowego od bezpośredniego działania gonokoków postawiona być musi tymczasem jedynie w rzędzie przypuszczeń. Do rzędu przypuszczeń również należy zaliczyć zależność cierpienia zapalnych układu nerwowego w tryprze od toksyn, wydzielanych przez gonokoki. Zbyt mało posiadamy dotychczas danych faktycznych o działaniu tych toksyn na układ nerwowy. Możemy tu wspomnieć jedynie o pracach MOŁCZANOWA w roku 1899. Spozstrzegał on pod wpływem działania toksyn tryprowych zmiany degeneracyjne w komórkach nerwowych istoty szarej rdzenia, zwyrodnienie tylnych słupów istoty białej, zmiany degeneracyjne w przednich i tylnych korzeniach nerwów rdzeniowych, przekrwienie istoty szarej i białej, zwyrodnienie nerwów obwodowych, w jednym przypadku rozsiane wysepki sklerozy w słupach tylnych i bocznych białej istoty rdzenia. Doświadczenia te dowodzą wprawdzie szkodliwego wpływu toksyn tryprowych na układ nerwowy, brak jednak dowodu, że w przebiegu trypra wydzielane przez gonokoki toksyny dostawać się mogą do rdzenia. Pozostaje nam rozpatrzyć jedno jeszcze przypuszczenie co do patogenезы cierpienia zapalnych układu nerwowego w przebiegu trypra, przypuszczenie, które posiada na swe poparcie obserwację faktyczną. Mamy tu bowiem na myśli zależność zapalenia rdzenia w tryprze od wtórnego zakażenia organizmu bakteryami ropnemi, potwierdzoną przez obserwację BARNIÉ'go, który z płynu mózgordzeniowego chorego, zmarłego na podobne zapalenie, otrzymał hodowlę bakteryi ropnych. Niezaprzeczony ten fakt stanowi

jednak, jak dotychczas, pojedynczą obserwacją, której uogólniać nie mamy prawa.

Jak widzimy z tego przeglądu możliwych przyczyn cierpień układu nerwowego w tryprze, kwestya patogenezy tych cierpień nie jest bynajmniej rozstrzygniętą i wymaga dalszych studyów i badań. Pozostaje jednak faktem niezaprzeczonym, że trypra cewki moczowej zaliczyć należy do rzędu tych cierpień zakaźnych, które powodować mogą poważne, a nawet śmiertelne powikłanie ze strony układu nerwowego.

L I T E R A T U R A .

- BARRIÉ. Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Paris 1894.
DUFOR. Des méningo-myélites blennorrhagiques. Thiere de Paris 1839.
EICHHORST. Ueber Muskelerkrankungen bei Hanröhrentripper. Deutsch. med. Woch. 1889.
ERASMO DO AMARAL. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris 1891.
EULENBURG. Ueber gonorrhöische Nervenerkrankungen. Deutsch. med. Woch. 1900.
HAYEM et PARMENTIER. Manifestations spinales de la blennorrhagie. Rev. de med. 1888.
LEYDEN. Ueber acute Myelitis. Deutsch. med. Woch. 1892.
LEYDEN. Ueber gonorrhöische Myelitis. Zeltschr. für klin. Med. 1892.
NUERNBERGER. Ein Fall von beiderseitiger Lähmung der Schulterblattnuskeln etc. Inaug. Diss. Erlangen 1894.
RAYMOND. Arthropaties multiples et atrophie musculaire generalisé etc. Gaz. med. de Paris 1891.
RAYMOND et CESTAN. Deux cas de polynéurite chez deux blennorrhagiques. Rev. Neurologique 1901.
SPILLMAN et HAUSHALTER. Contribution à l'étude des manif. spinales de la blenn. Rev. de med. 1891.
TISIER. Considérations sur les accidents de la blennorrhagie. Thèse de Paris 1866.
ULLMANN. Ueber Rückenmarksabscess. Zeitschr. für klin. Med. 1889.
-

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— + —

LECZENIE RAKA.

Podał

Br. Bartkiewicz.

[Ciąg dalszy.. — Patrz Nr. 31].

Równoległe z powyżej wyliczonymi głównymi przedstawicielami środków przeciwnowotworowych znajdujemy we współczesnej im literaturze długi szereg pojedynczych zaleceń, które, równie bezskuteczne, nie zyskały szerszego

rozpowszechnienia, jak np. *acidum compositum Reitzii*, preparat, składający się z kwasu azotnego, solnego, eteru siarczanego oraz boraksu. Mieszanka ta w różnych kombinacjach i rozcieńczeniach służyła do wcierań, przemyciań opatrunków i do użytku wewnętrznego. Zaliczamy tu *limaturam aluminii*, którą Joux dawał wewnątrznie w pigułkach od 0,02 do 0,13 i zewnątrznie w postaci maści do wcierań; proszek ze skorup ostryg (*calc. carbonicum*), którego wpływ korzystny PETER HOOD objaśniał zwapnieniem i zwężeniem tętnic [1867 - 1887]; kwas karbolowy, stosowany przez CLARK'a; jodoform w pigułkach od 0,015 do 3,0 2—3 razy dziennie — przez EASTLAKE, GREENHALGH'a i NUNN'a; przelewanie krwi jagnięcej [HAEHAER]; węgiel zwierzęcy [WEISE, VOISIN, BLAUD], tran w dużych ilościach [KALT, EMERY], *alumen officinale* [FUSTER]; dwusiarczyk węgla, powstrzymujący jakoby wzrost tkanki nabłonkowej i łącznej, szczególnie pożyteczny przy raku żołądka [WHITTAKER]; terpentynę w ilości 0,18 co cztery godziny w pigułkach [CLAY]. Ten ostatni środek wypróbował przy raku sutki PELZ, przy raku macicy FARNSWORTH — bez żadnego widocznego polepszenia. Leczenie kwasem octowym i jego solami zalecił CURIE. Wewnątrznie podawał chorym *calcium* lub *natrium aceticum*, zewnątrznie słabe rozczyny kwasu octowego. Chloran potasu w ilości 3 — 4,0 *pro die* przepisywał EUTHYBOULE, owrzodzenia zewnętrzne smarował stężonym rozczynem tego środka. Wreszcie niezbyt dawno bardzo pomyślne rezultaty w raku żołądka osiągnął BRISSAUD, dając chorym chloran sodu w ilości od 8,0 do 16,0 dziennie.

Wycieczony tu szereg swoistych środków przeważnie mineralnego pochodzenia nosi na sobie cechy grubego empiryzmu. Niewiele bliżej racjonalnego lecznictwa stoją, łączące się zresztą ściśle z opisanymi już tu metodami, próby leczenia raka organizowanymi elementami, drobnoustrojami i ich przetworami, czyli t. zw. bakteryoterapia.

Zastosowanie tego nowego czynnika w walce z rakiem wywołał rozwój bakterjologii w końcu XIX-go stulecia i odkrycie różnych działających toksyn. Myśl o korzystnym wpływie niektórych chorób zakaźnych na cierpienia przewlekłe nie jest nową [HIPPOKRATES, TRNKA DE KRZOWIK]. Pierwsze próby leczenia raka na tej drodze wykonali w 1851 roku ALQUIÉ, THIRY i DIDOT, przykładając na owrzodzenia rakowate ropę szankrów syfilitycznych. Taka syfilizacja lecznicza opierała się na fanastycznych hipotezach HAMEAN'a i ANZIA, uważających syfilis za przeciwstawienie [antagonistę] raka, mające w pewnych przypadkach zastępować to cierpienie [teoria substytucji]. Metodę tę oczywiście wkrótce porzuciono.

Z kolei zwrócono się do innych czynników organizowanych, mianowicie do róży. Korzystny wpływ tej zakaźnej choroby na przebieg raka pierwszy zauważył BUSCH w 1866 r. Pierwszy spostrzegany przezeń przypadek, dotyczył kobiety 43-letniej, dotkniętej licznymi mięsakami skóry. Po wycięciu jednego z nich wystąpiła róża, która objęła szybko głowę i szyję. Na miejscu rany pooperacyjnej zjawilo się ropienie, zaś wszystkie inne guzy zniknęły w ciągu miesiąca bez śladu.

Taki był początek nowej metody, dosyć zachęcający do dalszych badań. Chcąc wywołać różę u chorych, dotkniętych rakiem lub mięsakiem, BUSCH kładł ich do zarażonego łóżka (*Erysipelbett*), RICORD i DEPRÉS opatrywali owrzodzenia ropą z szankrów miękkich, TEHLEISEN robił płytkie ukłucia w skórę skalpelem zarażonym. Późniejszy sposób zarażania polegał na wcieraaniu w nacięcia czystych hodowli paciorkowca, lub na wstrzykiwaniu bulionowych hodowli w tkankę guza [COLEY]. W ostatnim przypadku wywierały wpływ na organizm nie tylko drobnoustroje, lecz i ich toksyny, rozpuszczone w bulionie. Tem można objaśnić, że odczyn po podobnem zastrzyknięciu bywał silny, choćby nawet róża typowa nie wystąpiła. Zmiany anatomo-patologiczne w leczo-

nych nowotworach polegały na rozmięczeniu tkanki [FEILCHENFELD] i wessaniu rozpadu. Owrzodzenie, ropienie pojawiało się rzadko. RINDFLEISCH, badając jeden z przypadków BUSCH'a, znalazł zwyrodnienie tłuszczowe, którym można było objaśnić zmniejszenie objętości guza; JANICKE zauważył nagromadzenie się paciorkowców dokoła gniazd raka; podobne spostrzeżenie zrobił FEILCHENFELD. Według NEELSEN'a, drobnoustroje mogą przy dłuższym działaniu wywołać rozpad tłuszczowy, względnie nekrozę. Wogóle przeważnie guzy zmniejszały się; w znacznej jednak większości przypadków po krótkim czasie pojawiała się szybka i rozległa wznowa [PUSCH, PAMARD]. Z klinicznych objawów występowały na plan pierwszy objawy róży z charakterystycznymi zmianami miejscowymi, ogólnem roz biciem, dreszczami, gorączką, dochodzą do 41°. Oczywiście siły odczynu w żadnym przypadku z góry nie można było przewidzieć. Niektórzy chorzy oddziaływali wybitnie na bardzo nieznaczne dawki, wstrzyknięte pod skórę. Również wiele znaczyła tu różna jadowitość hodowli. COLEY przeważnie wstrzykiwał 0,5 do 2,0 co 2—3 dni; odczyn występował po upływie godziny [działanie toksyn].

W miarę rozpowszechniania się metody BUSCH'a i innych jej analogicznych, zaczęły się mnożyć przypadki z wynikiem śmiertelnym, zależnym wyłącznie od róży. Opisy odnośnie podali: BUSCH, JANICKE, FEILCHENFELD, COLEY [3 przyp.], przyczem okazało się, że róża, stosowana w celu leczniczym, daje dość znaczny odsetek śmiertelności i bynajmniej nie jest obojętną dla ustroju.

Rezultaty ostateczne, dotyczące się wyleczeń, zebrał i ocenił krytycznie ESCHWEILER. W zestawionych przezeń 59 przypadkach nowotworów złośliwych znajdujemy wyleczenie, zaznaczone w 15-u; z tych siedem [BUSCH, BIEDERT, BRUNS, CZERNY, BULL, GERSTER, WYETH] odnoszą się niewątpliwie do guzów złośliwych, w sześciu okres zupełnego zdrowia trwał 2, 2, 3, 6, 7, 7 lat.

Niebezpieczeństwa, związane ze szczepieniem róży zniechęciły szybko ogół do tej metody. Zamiast żyjących hodowli róży rozpoczęto stosować rozczyzny wyjałowione, przypuszczając, że głównym działającym czynnikiem są nie drobnoustroje, a produkty ich przemiany materii — toksyny. Pierwszy myśl tę wprowadził w wykonanie LASSAR. Do leczenia guzów złośliwych i wilka używał paratygodniowych, silnie działających hodowli przefiltrowanych i wyjałowionych parą. Początkowy odczyn dość silny, przeważnie miejscowy słabł przy powiększaniu dawki.

W 1892 roku SPRONK przygotował płyn leczniczy z hodowli róży w sposób następujący: dwutygodniową kulturę paciorkowca róży dzielił na dwie części; do pierwszej dodawał 5%-ej gliceryny, wyjaławiał przez trzy godziny strumieniem pary i odparowywał do $\frac{1}{10}$ pierwotnej objętości. Po ostudzeniu mieszał płyn z pozostałą połową hodowli i filtrował pod ciśnieniem $\frac{1}{2}$ At. przez filtr porcelanowy. Tak otrzymany brunatny, kwaśny płyn zabijał królika dawką 15—20,0. Wstrzyknięty człowiekowi, wywoływał odczyn podobny do odczynu na tuberkulinę. SPRONK leczył nim osiem mięsaków i 17 raków; przyzwyczajenie do wstrzykiwań występowało szybko, wynik ostateczny był zupełnie ujemny, tak, że sam SPRONK odradzał stosowania tej metody.

Szerokim rozgłosem cieszyło się postępowanie COLEY'a, który wypróbował robione przez siebie przetwory hodowli róży na bardzo obszernym materiale. Pierwotne płyny COLEY'a były trzytygodniowymi hodowlami róży, wyjałowionymi przy 100°, lub przefiltrowanymi przez filtr KITASATO. Po odkryciu przez ROGER'a faktu, że dodanie *bacillus prodigiosus* do hodowli róży po-

większa ich jadowitość, COLEY zaczął stosować mieszaniny toksyn tych dwóch drobnoustrojów, przyczem hodowle oddzielnie filtrowane mieszano dopiero przed ich użyciem, lub też postępowano podług przepisu Buxton'a, który zalecał zasiewać *bacillus prodigiosus* na dziesięciodniowych hodowlach paciorkowca i filtrować po upływie jeszcze dwóch tygodni. Otrzymany tą drogą preparat, wywierał działanie silne, które można było spotęgować znacznie, nie filtrując hodowli, a poddając ją działaniu 58° C. w ciągu godziny. Większość leczonych przez siebie przypadków traktował COLEY płynem, przygotowanym tak właśnie; silny odczyn występował po pierwszej dawce 0,25. Osiągnięcie wysokiej temperatury, minimum 39,4° [103 F] COLEY uważał za warunek niezbędny; wstrzykiwania powtarzano codziennie, tak, aby wyraźny odczyn występował 2—3 razy tygodniowo. Leczenie przerywano, jeżeli w ciągu trzech tygodni nie było widać polepszenia.

Wpływ ogólny na organizm mieszanek COLEY'a bywał dość różny. Poza zwykłymi odczynowymi zjawiskami leczenie wpływało bardzo osłabiająco, czego lekceważyć nie można u chorych, częstokroć i tak wyniszczonych. Z ostrych powikłań w jednym przypadku zanotowano *dyspnoë*. Objętość guza zwykle zmniejszała się, zjawiał się rozpad i owrzodzenie. Pojawienie się chęłbotania wymagało nacięcia i wyskrobania, tak, że w wielu przypadkach COLEY i inni stosowanie wstrzykiwań łączyli z leczeniem chirurgicznym. Wogóle leczenie długie i szczególnie w przypadkach, obiecujących przebieg pomyślniejszy, ciągnie się miesiącami. Natomiast w niektórych razach po rozpadzie starej tkanki nowotworowej występuje szybki wzrost na obwodzie guza. W zestawieniu ESCHWEILER'a znajdujemy opis 95 przypadków, leczonych metodą LASSAR-COLEY'a przeważnie przez COLEY'a i innych [KREIDER, BURNEY, FRIEDRICH, KOCH, DE WITT, RUMBOLD, INDTON SMITH, MYNTER, ARTHUR, HOWLAND, REPIN, CZERNY]. W tej liczbie za wyleczone podano 14 przypadków, co byłoby olbrzymim odsetkiem pomyślnym, gdyby nie to, iż po bliższym rozpatrzeniu dla najrozmaitszych powodów należy wykreślić dziesięć. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę, że pomyłki dyagnostyczne zdarzały się COLEY'owi [gruźlica, *hydrops vesicae felleae*, leczone jako mięsaki] to cztery te odosobnione przypadki nasuną również poważne wątpliwości.

Tak zwaną „metodę COLEY'a“ wypróbowało bardzo wielu badaczy; ostateczne rezultaty były jeszcze gorsze od wyników COLEY'a. FRIEDRICH zaznacza w wielu bardzo przypadkach groźne objawy odczynowe: sinicę, obrzęki, upadek tętna i t. d. Wyleczeń wcale nie spostrzegał na 17 leczonych przypadków. Guzy przed leczeniem i podczas leczenia były badane pod drobno-widzem i prócz nacieczenia drobnokomórkowego oraz początków rozpadu nie można było zauważyć żadnych objawów, wskazujących na dążenie do wyleczenia. Również ujemne rezultaty otrzymali KOCH i PETERSEN. REPIN zmienił nieco sposób wstrzykiwań, stosując toksyny COLEY'a w dużym rozcieńczeniu i w miejscu oddalonym od guza, pragnąc w ten sposób dowieść swoistości metody. Tak postępując, mógł wprowadzić na dobę około 15 cm. sz. toksyn w 250 cm. wody bez pobocznych niemiłych powikłań. Rezultatów leczniczych zresztą żadnych nie otrzymał.

Bezpośrednio obok powyżej opisanych metod, stoi sposób leczenia raka EMMERICH'a i SCHOLL'a. Swoją „surowicę przeciwrakową“ (*Krebsserum*) przygotowywali z krwi owcy, której w ciągu 6—8 tygodni wstrzykiwali hodowle róży lub gorączki połogowej. Surowicę leczniczą z dodatkiem 0,4% trójkresolu wstrzykiwano w tkankę guza. Pierwsza dawka wynosiła zwykle 0,4—0,5 cm. sz., stopniowo dochodzono aż do 10 cm. dziennie. Z chwilą otrzymania wyraźnego odczynu, — do czego zresztą wystarczały mniejsze dawki, — przerywano leczenie.

nie na dni kilka dla oszczędzenia sił chorego. Ogólny odczyn przy leczeniu surowicą EMMERICH-SCHOLL'a bywał rozmaity.

EMMERICH i SCHOLL nie zauważyli żadnych groźniejszych powikłań, BRUNS przeciwnie. Gorączka [33,5°—41°] występuje stale, poza tem obrzęk guza i powiek, bóle ogólne, łamanie w kościach, przyspieszenie tętna, nieraz sinica, *dyspnoë* (LARTSCHNEIDER, PICHLER, OPITZ). Natomiast FREYMUTH, SCHUELER, REINEBOTH nie spotykali się z żadnymi cięższymi objawami. Miejscowo daje się zauważyć znaczne powiększenie guza, obrzęk i bolesność w wysokim stopniu. Anatomo-patologiczne zmiany [nacieczenie, ropień] nie różnią się od już powyżej opisanych po użyciu innych płynów pochodnych od róży [BRUNS, LARTSCHNEIDER].

Surowica KOPFSTEIN'a, przygotowywana w ogólnym zarysie podług zasad EMMERICH'a SCHOLL'a, różniła się nieco w szczegółach. KOPFSTEIN wstrzykiwał owcy 20,0 bulionu z hodowlą róży w żyłę udową. Po czterech dniach ściągał całą ilość krwi z tętnicy szyjowej; otrzymaną stąd surowicę dzielił na dwie części, z których pierwszą filtrował raz przez filtr CHAMBERLAND'a drugą zaś — i ta była słabszą w działaniu — dwa razy.

Oczywiście różnica między surowicą KOPFSTEIN'a a EMMERICH-SCHOLL'a polegała na znacznie mniejszej ilości hodowli wstrzykniętej zwierzęciu (20 ctm. zamiast 1500), na różnej metodzie wstrzykiwań, oraz na tem, iż krew ściągano już po czterech dniach. Jest bardzo jednak prawdopodobnem, że, pomimo kontroli, KOPFSTEIN używał zanieczyszczonej paciorkowcami surowicy i tem należy tłumaczyć ciężkie ogólne objawy u jego chorych.

Badania anatomo-patologiczne guzów, leczonych surowicą EMMERICH-SCHOLL'a, dość zresztą nieliczne, nie wykazały żadnego swoistego działania metody (REINEBOTH, OPITZ); kliniczne rezultaty, pomimo bardzo optymistycznych zapewnień wynalazców, nie mogą się pochwalić lepszymi rezultatami od poprzednich metod.

Do zupełnie nieudanych prób bakteryologicznych zaliczyć musimy leczenie surowicą przeciwpaciorkowczą, podobną do surowicy MARMORKA, pochodzącą z laboratorium NENCKIEGO w Petersburgu. Stosował ją ZIEMACKI w 20-u przypadkach raków i mięsaków.

W 1901 roku LÖFFLER rzucił myśl o zużytkowaniu malaryi ¹⁾ w walce z rakiem, opierając się na problematycznym spostrzeżeniu o rzadkości raka w okolicach malarycznych. Po bardzo krótkim okresie badań zaliczono i tę próbę do historii błędnych zupełnie pomysłów (SERAFINO ROMEL). [C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



53. Walter v. Brunn. Przyczynak doświadczalny do plastyki pęcherza moczowego.

B. zajął się sprawdzeniem wartości klinicznej metody BALDASSARI i FINOTTI, którzy pokrywali braki w ścianie pęcherza płatem surowiczo-mięśniowym, wyciętych ze ściany brzusznej, uważając plastykę przy pomocy sieci za niedostateczną w wielu wypadkach. Doświadczenia BRUNN'a polegały:

¹⁾ W dawniejszej literaturze znajdujemy opis raka sutki, uleczonego przez zakażenie malaryczne [TRNKA DE KRZOWIK].

1) na wszywaniu w pęcherz kwadratowego płata (i X i cm.) wyciętego na wewnętrznej stronie mięśnia prostego, raz błoną surowiczą na wewnątrz, drugi raz na zewnątrz;

2) na wszywaniu podobnego płata z postawieniem szerokiej szypuły, łączącej go z powierzchnią wewnętrzną jamy brzusznej. Błona surowicza zawsze odwrócona wewnątrz pęcherza;

3) na zasłanianiu braków w ścianie pęcherza płatem ze ściany kiszki, składającym się z warstwy surowiczej i mięśniowej gładkiej.

Do doświadczeń użyto psów i kotów. Okazało się, że dobre rezultaty kliniczne przy zastosowaniu płatów surowiczo-mięśniowych (prążkowanycy) z nóżką, lub bez, należy kłaść wyłącznie na karb ochronnego działania sieci, która obrasta miejsce operowane. Sam płat, użyty do plastyki, ulegał zawsze zgorzeli, rozpadowi i wessaniu, często z wytworzeniem braku na nowo. Zjawiska te występowały nieco później, jeżeli użyto płatu z mostkiem, w każdym razie potwierdziły raz jeszcze wyniki badań GLUCK'a, MAGNUS'a i HELFERICH'a, że tkanka mięśniowa prążkowana nie wgaja się w ranę, a ulega wessaniu i zastąpieniu przez tkankę łączną. W pęcherzu z powodu działania moczu, proces nie dochodzi i do tego. Technika plastyki pęcherza przy pomocy płata z kiszki polegała na wycięciu kawałka ściany kiszki cienkiej, bez naruszenia słuzówki z pozostawieniem mostka i na pokryciu nim braku surowiczą błoną na zewnątrz. Brak w kiszce pokrywano szwem. Płaty takie wgajały się pomyślnie z zachowaniem większej części włókien mięśniowych gładkich. Na tej podstawie B. uważa ten właśnie zabieg za usprawiedliwiony w odpowiednich wypadkach.

(*Deutsche Ztschr. f. Chir.* 1904. Maj).

B. Bartkiewicz.

54. M. W. Herman. O rozszczepieniu nerki.

Sprawozdanie z szeregu doświadczeń, podjętych wyłącznie na psach, których nerki pod względem budowy są więcej zbliżone do ludzkich i nie wytwarzają tak łatwo kamieni, jak nerki trawożerców (króliki). Próby polegały na rozszczepieniu nerki podłużnym, lub poprzecznym, jednostronnym i obustronnym. Technika zwykła — chloroform, cięcie brzuszne lub lędźwiowe. Krwawienie miąższowe, bardzo znaczne, tamowano uciskiem na doprowadzające naczynia, później szew katgutowy powierzchowny i trzy głębokie przez miąższ nerki. Zwierzęta utrzymywano przy życiu od 91 do 172 dni.

Okazało się, że cięcie podłużne nerki wywołuje zanik jej częściowy, mianowicie połowy tylnej.

Cięcie poprzeczne znacznie mniej szkodliwie wpływa na nerkę, niż cięcie podłużne. Przy cięciu obustronnym podłużnym, zwierzęta ginęły prawie zawsze, szanse utrzymania zwierzęcia przy życiu zwiększają się przy cięciu obustronnym poprzecznym.

Zjawiska drobnowidzowe w pierwszym okresie po zabiegu polegały na wytworzeniu się pasa rozpadowego przy linii cięcia, otoczonego drobnokomórkowym nacieczeniem i rozszerzonymi naczyniami. Tu i owdzie wśród zdrowego miąższu również dostrzedz można było ogniska rozpadowe i zawały, tudzież kanaliki napełnione nabłonkiem i czerwonymi krążkami krwi. Obraz w okresie późniejszym przedstawiał zanik części nerki, wytworzenie tkanki łącznej. W połowie zanikłej ani śladu kanalików, tylko resztki kłębków MALPIGIEGO. H. stanowczo odmawia nabłonkowi nerek własności regeneracji.

Przenosząc wyniki badań swych na ludzi, H. dochodzi do wniosków:

1) Rozszczepienie nerki podłużne nie jest bynajmniej obojętnym zabiegiem. Trzeba liczyć się z tem, że można utracić połowę miąższu nerki.

2) Obustronne podłużne rozszczepienie nerki jest niebezpiecznym bardzo zabiegiem. Wykonywając je na człowieku, nie należy zaszywać rany ne-

rek, lecz wysłać ją gazą jałową, ażeby uniknąć ucisku na tkankę nerki przez skrzep krwi, tworzący się w miedniczce.

3) Do użytku klinicznego jest odpowiedniejszem cięcie poprzeczne, obustronne, które może zadość uczynić wymaganiom wskazań.

(*Deutsche Ztschr. f. Chir.* 1904. Maj).

B. Bartkiewicz.

55. Mori. Praca doświadczalna nad pochodzeniem perityphlitis.

Przedmiotem poszukiwań M. było zbadanie warunków powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego na drodze krwionośnej. Jak wiadomo, *appendicitis* tego rodzaju przyłącza się niekiedy do zapalenia i ropienia w odległych okolicach organizmu. Doświadczenia wykonał M. na królikach, materyale mało odpowiednim wobec tego, że uacznienie wyrostka u królika jest znacznie większe niż u człowieka.

Polegały one na wstrzykiwaniu do *arteria appendicularis* lub *art. mesenterica sup.* buljonowych hodowli *bact. coli*, *streptococcus*, *staphylococcus aureus* i *proteus*, oraz świeżej rozcieńczonej ropy, której zawartość jakościową na drobnoustroje badano za każdym razem. Technika wstrzykiwania do *art. appendicularis* jest nadzwyczaj trudna, często występowały wynacznienia na miejscu ułknięcia, tak że autor zwrócił się wkrótce tej metody. Natomiast wstrzykiwanie do *art. mesent. sup.* posiada, prócz łatwości technicznej, i tę dobrą stronę, że pozwala zbadać, czy wyrostek robaczkowy jest więcej skłonny do zapalenia, niż inne odcinki kiszki.

Wynik doświadczeń był względnie bardzo ubogi. Znaczna część zwierząt zginęła wskutek ogólnego zakażenia, część absolutnie żadnych zaburzeń nie wykazała; u niektórych jedynie wstrzykiwania wywołały zmiany w ślepej kiszce i wyrostku, równoległe zresztą z takimiż zmianami w innych częściach kiszki. Przeważnie były to wylewy krwawe, rzadziej znacznie zgorzel.

Jak się wydaje, postać kiszkowa *appendicitidis* (zakażenie i przyczyna z kanału trawiennego) u człowieka również znacznie jest pospolitszą, niż postać, związana przyczynowo z krwiobiegiem.

(*Deutsche Ztschr. f. Chir.* Maj 1904).

B. Bartkiewicz.

56. Lohr. Przypadek ostrego otrucia chromem połączonego z cukromoczem, wyleczony zapomocą przepłukiwania żołądka azotanem srebra metodą Laksch'a.

42-letnia kobieta zażyła w celu otrucia się 2—3 łyżek płynu, przeznaczanego do napełnienia maszyny elektrycznej. Był to dwuchromek potasu, z którego wykryształizowała już część soli. Niebawem nastąpiły wymioty i bóle. Chorej przepłukano żołądek natychmiast po przywiezieniu jej do kliniki 40-u litrami wody destylowanej, następnie zaś 3-ma litrami 0,1%-ego roztworu azotanu srebra. Po kilku dniach chora wyzdrowiała w zupełności. Przypadki otrucia cieczą, używaną do maszyny elektrycznej, a zawierającą sole i kwas chromny, są zazwyczaj bardzo ciężkie i kończą się śmiercią. Wynik zadowolający w danym przypadku przypisuje autor wyłącznie płukaniu azotanem srebra, który osadza chrom jako chromek srebra z wszelkich związków chromowych. Duże znaczenie ma też niewątpliwe przepłukiwanie żołądka dużą ilością wody destylowanej. Szczególnem w danym przypadku było pojawienie się cukromoczu. Wogóle cukromocz powstaje nieraz przy zatruciach i zdaje się być w związku ze stopniem otrucia.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* N. 28. 1904).

Andrzej Ciechomski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— DEB —

31. Stockum. Pierwszy opatrunek na polu bitwy.

Statystyka wyników leczenia ran na polu bitwy wykazuje ogromne różnice od czasu wprowadzenia antyseptycznych opatrunków. Jednakże zachowanie ścisłych przepisów antyseptyki jest w czasie bitwy bądź utrudnione, bądź zupełnie niemożliwe. Autor na swym oddziale szpitalnym w Rotterdamie, stosował pewną metodę, którą usilnie poleca na pole walki, a która wykazuje tylko 4,5% przypadków ropienia przy ranach postrzałowych i ciętych. Metoda polega na tem, że na ranę, niewymywaną żadnymi środkami antyseptycznymi, nalewa się dużą ilość balsamu peruwiańskiego i nakłada uciskowy opatrunek z materyi łatwo wsiąkającej; przy złamaniach nakłada się prócz tego gips i unieruchomia. Opatrunek taki należy zostawić około 20-u dni. Metoda ta wykazuje następujące dodatnie strony:

- 1) Niepotrzeba rany ani oczyszczać, ani dezynfekować.
- 2) Chirurg, lub pomocnik jego, który nakłada opatrunek, nie potrzebuje oczyszczać i dezynfekować swych rąk.
- 3) Wyjałowiony opatrunek nie jest niezbędny, przeciwnie — można użyć każdego materiału łatwo wsiąkającego, np. koszuli, wełnianej kołdry — nawet siana.
- 4) Opatrunek może postać około 20 dni, co znakomicie ułatwia przewóz chorych.
- 5) Pierwszy opatrunek może być nałożony zupełnie nieumiejętnymi rękami.

Rany postrzałowe o małych odtworach wejścia i wyjścia kuli należy koniecznie przestrzykiwać balsamem peruwiańskim zapomocą wyjałowionej szprycy. Możliwem byłoby zbudowanie puszek, napełnionej balsamem i zakończonej rurką, zapomocą której możnaby balsam wlewać do ran.

Autor dołącza tablice statystyczne swoje i czerpane z literatury zagranicznej.

(Centr. f. Chirurg. Nr. 26).

Andrzej Ciechomski.

32. Lotheissen. Zastosowanie euguformu w chirurgii.

Od dłuższego czasu używano do leczenia gruźlicy nie tylko jodoformu, lecz i gwajakolu. Ten ostatni wywierał jednak, prócz zbawiennych wyników specjalnych, szkodliwy wpływ na cały organizm. Obecnie pojawił się euguform, nowy środek, który autor stosował z bardzo dobrymi wynikami. Jest to acetylenowany metylen digwajakol, który powstaje wskutek zgęszczenia gwajakolu z formaldehydem, rozpuszczenia tej mieszaniny w esencji octowej i skryształizowania w zimnej wodzie.

Euguform jest to szaro-bronзовый, mialki, prawie bezwonny proszek, rozpuszczający się łatwo w acetonie, z trudnością w alkoholu.

Działanie polega na tem, że soki w organizmie rozkładają euguform na jego części składowe: gwajakol i formaldehyd; ten ostatni odnajdujemy w moczu już po 24-ch godzinach od zastosowania lekarstwa.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że euguform zabija w przeciągu czasu 3 razy dłuższym niż jodoform. Należy go stosować ostrożnie, gdyż za-

strzyknięty w dużych dawkach pod skórę, może wywołać zgorzel. Jako *maximum*, można zastrzykiwać 0,05 pro kilo wagi ciała.

Wrzody gołeni, smarowane wasełiną z euguformem, zaciągały się skórą nawet u osób, które nie pozostawały w spoczynku.

Euguform działa również odwaniająco. Zastosowany do leczenia ropni spoczynkowych, zmniejszał wydzielinę, pochłaniał woń i przyspieszał gojenie. Preparat ten usuwa również przykrą woń raka macicy.

Niezbyt wybujałe owrzodzenia gruźlicze goją się doskonale pod działaniem euguformu; przyspiesza on również gojenie *per secundam* po operacjach, w przypadkach gruźlicy po wyłyżeczkowaniu ognisk głębszych, które zalewano euguformem z gliceryną.

Euguform zastrzykiwano również z dobrym wynikiem do zimnych ropni. Nie należy zastrzykiwać więcej niż 75 g. 5%-ego roztworu oleistego z obawy o zgorzel tkanek.

Trzeba również postępować ostrożnie przy przysypywaniu ziarniny proszki euguformu, gdyż wywiera on działanie drażniące, które opóźnia tworzenie się blizny. Dlatego też lepiej stosować masę 10%-ą. Pomyślne skutki dawało wdmuchiwanie euguformu do krtani w owrzodzeniach gruźliczych.

W 2-gim stopniu odmrożeń i sparzeń należy stosować masę, w trzecim proszek euguformu; części zmartwiałe odpadają, nie wywołując zakażenia.

W podobny sposób jak jodoformową, można przygotować i euguformową gazę.

Autor nie uważa euguformu za środek, mogący wyrugować jodoform, lecz jedynie jako istniejący z nim współrzędnie.

(*Centrabl. f. Chirurgie Nr. 28. 1904.*)

Andrzej Ciechomski.

Wiadomości bieżące.

— Od lat wielu CHIPAULT, chirurg francuski, nosił się z myślą przedstawienia obecnego stanu chirurgii narządu nerwowego; dzięki powołaniu do wspólnej pracy lekarzy poszczególnych narodów, myśl ta przybrała kształty realne i oto dzisiaj mamy przed sobą 3 tomy dzieła pod tytułem: „*L'etat actuel de la chirurgie nerveuse*“, wydanego w Paryżu. Pierwszy tom ukazał się w 1902 r., a następnie w 1903 r. Całość przedstawia się imponująco; blisko na 3000 stronicach czytelnik znajdzie wszystko, co dotychczas uczyniono na polu chirurgii nerwowej. CHIPAULT, inicjator i kierownik tego dzieła, w krótkiej przedmowie zaznacza, że w chwili obecnej nie wystarczy już zadowalać się postępami tej nauki we Francji, Anglii i Niemczech, lecz że dla dokładnego odtworzenia obrazu należy poznać stan tej nauki i u innych narodów, których języki nie są tak rozpowszechnione. Dzieło to rozpoczyna wstępny artykuł prof. LABORD'a pod tytułem „*Fizjologia i eksperyment w chirurgii, szczególnie w chirurgii nerwowej*“. Lwią część 1-go tomu wypełnia skreślenie stanu chirurgii nerwowej we Francji przez samego CHIPAULT'a. Poza tem w tym tomie mamy przedstawiony stan tej nauki w Belgii, Szwajcaryi, Hollandyi, Hiszpanii i Portugalii.

W drugim tomie na 130 stronicach znajdujemy sprawozdanie ze stanu chirurgii narządu nerwowego w Polsce, dokonane przez kolegę BRONISŁAWA SAWICKIEGO; pracę jego poprzedza rzut oka na rozwój chirurgii u nas i na tych lekarzy, którzy znacniejszą rolę dla jej rozwoju naukowego odegrali. Koledze SAWICKIEMU należy się uznanie za te mozolne trudy, jakie podjął dla dokonania swej pracy; nie zadowolił się on pracami ogłoszonymi drukiem, ale dla pełności obrazu skrzętnie zbierał od kolegów i te spostrzeżenia ciekawsze, które nie były jeszcze drukowane. W wykazie prac, drukowanych w języku polskim, korekta mało co pozostawia do życzenia. W tym samym tomie, znajdujemy skreślony stan chirurgii nerwowej w Rosyi [na 70-u stronicach], w Państwach Skandynawskich, w Anglii [na 200 stronicach], w Niemczech [na 104 stronicach], Austrii, Czechach, Węgrzech, Kroacyi, Bośni, Serbii, Bułgarii, Turcyi, Grecyi i Egipcie. Przeważną część 3-go tomu wypełnia obraz chirurgii nerwowej we Włoszech; poza tem znajdujemy sprawozdanie ze Stanów Zjednoczonych [na 150 stronicach], z Rumunii, Japonii [na 5 stronach], z Australii, z rzeszpospolitych amerykańskich, nawet nie pominiętą zostają rzeszpospolita Haiti.

Wydanie ozdobne. Cena 3 tomów 85 franków.

— Rada Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego zawiadamia, że lokal na Muzeum higieniczne ludowe w Częstochowie już wynajęto od 1 czerwca r. b. Oddanie muzeum do użytku publicznego zależy tylko od tego, jak prędko uda się zebrać dostateczną liczbę odpowiednich okazów. Dla powodzenia tej niezmiernie doniosłej sprawy konieczna jest pomoc członków Towarzystwa Hygienicznego. Pożądane są mianowicie fotografie, plany, a zwłaszcza modele chat wiejskich z różnego materiału budowlanego, i to nie tylko wyróżniających się pewnemi zaletami, ale nawet i tych, które rażą swemi wadami. Tak samo pożądane są fotografie, plany, a zwłaszcza modele szkół, ochron, sal zajęć, studzien i zabudowań gospodarskich, a wreszcie okazy sprzętów domowych i gospodarskich, czy to zasługujących na potępienie, czy na polecenie. Odwołując się do Szanownych Członków Towarzystwa o poparcie dobrej sprawy, Rada Towarzystwa uprasza Ich o nadsyłanie wyżej wymienionych i im podobnych okazów do kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego [Kra-kowskie Przedmieście 66] lub do Inżyniera OPMANA w Częstochowie — Biuro Oddziału Dr. Ż. W.-W., oraz o uprzednie zawiadomienie o większych okazach, mających być ofiarowanymi, a to celem uniknięcia kosztów przesyłki, gdyby takowa była już zbyt późną.

— Instrukcja Muzeum higienicznego ludowego w Częstochowie.

1) Stosownie do art. 2 Ustawy Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego i art. 3 zatwierdzonej przez Głównego Naczelnika kraju Instrukcyi dla oddziału Częstochowskiego tegoż Towarzystwa, urządzone zostaje w m. Częstochowie Muzeum higieniczne.

2) Cel Muzeum polega na przedstawieniu pogładowem, zapomocą rysunków, modeli w naturze różnych przedmiotów odnoszących się do higieny, a mianowicie:

a) próbek pożytecznych i szkodliwych materiałów do budowania domów mieszkalnych, b) planów i modeli mieszkań i wzorów oddzielnych części budynków, na przykład okien prawidłowo zrobionych z uwzględnieniem przewietrzania, warstw izolacyjnych, zabezpieczających od wilgoci i t. p.; urządzeń wzorowych do zaopatrzenia w wodę, rysunków i modeli łaźni i zakładów kąpielowych, c) sprzętów i naczyń, mających szczególne dla zdrowia znaczenie, jako to: prostych i dogodnych przyrządów do mycia się, grzebienia, szcetek do czesania i do czyszczenia odzieży, śmietników, sprzętów do prawidłowego usuwania nieczystości i odpadków, d) okazów modeli i rysunków dobrze i źle wypieczonego chleba, żyta zawierającego sporysz, grzybów jadalnych i trujących, modeli mięsa zakażonego włośniami, węgarami i innymi zarodkami chorób, chorych kartofli i innych produktów surowych, e) okazów zafałszowania produktów spożywczych i innych artykułów codziennego użytku, na przykład herbaty używanej i wysuszonej, surogatów jej, mąki zafałszowanej, mydła za-

wierającego obce, bezużyteczne domieszki, *f*) okazów produktów spożywczych i tkanin zabarwionych szkodliwymi farbami, odzieży i obuwiu prawidłowych, *g*) okazów, modeli i rysunków pasożytów i drobnoustrojów, wywołujących choroby zakaźne, *h*) przyrządów, zwłaszcza najprostszych, do rozpoznawania niektórych powyżej wymienionych zafałszowań i szkodliwości, *i*) modeli i rysunków budowli szpitalnych, zwłaszcza najprostszych, mebli i sprzętów dla chorych, rysunków, odnoszących się do ratownictwa i urządzania ochron dla dzieci, *j*) modeli i rysunków budowli szkolnych, zwłaszcza najprostszych, wzory sprzętów szkolnych; okazów przedmiotów, odnoszących się wychowania dzieci i pielęgnowania niemowląt, *k*) tablic poglądowych, ilustrujących różne nieszczęsne skutki pijaństwa, nadmiernego palenia tytoniu, zaniedbania szczepienia ospy i innych zabiegów higienicznych.

Uwaga. Każdy okaz oznaczony być winien numerem lub napisem w języku rosyjskim i polskim.

3. Muzeum znajduje się pod opieką i nadzorem miejscowego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego pod bezpośrednim zarządem dozorczy, mianowanego przez tenże Oddział.

4. Zwiedzającym udzielane być mogą krótkie wyjaśnienia o znaczeniu okazów.

5. Zarząd Oddziału winien utrzymywać katalog okazów w językach rosyjskim i polskim. W razie wydania katalogu drukowanego, zawierać on musi koniecznie tekst w języku rosyjskim z polskim przekładem.

6. Muzeum utrzymuje się z funduszków Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego stosownie do art. 11 Ustawy Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego, według budżetów rocznych, układanych i zatwierdzonych w myśl art. 15 i 25 Ustawy Towarzystwa, jak również z opłaty, pobieranej od zwiedzających.

— Rada Towarzystwa Hygienicznego podaje do wiadomości, o wakującym od d. 1 stycznia r. 1905 stanowisku redaktora „Zdrowia“ z powodu zrzeczenia się dra Władysława Janowskiego. Wybór Redaktora odbędzie się we wrześniu roku bieżącego. Kandydatury zgłaszać należy do Rady Towarzystwa do 10 września r. b.

— Według dat statystycznych departamentu Lekarskiego, Państwo Rosyjskie liczy 21827 lekarzy [21090 mężczyzn, 737 kobiet]. Z tej liczby na Rosyję Europejską przypada 19168. W Petersburgu praktykuje 2272, w Moskwie 1518, w Kijowie 689, w Odessie 615. W Warszawie liczba lekarzy wynosi według źródeł urzędowych 1034.

— V Kongres dermatologiczny odbędzie się pomiędzy 12—17 września r. b. w Berlinie. Komitet organizacyjny podał tematy następujące: 1) „Przymiot narządu krwionośnego“ [referenci v. DÜERING, v. HAUSMANN, JULLIEN, LANG, RENVERS, THOMSON, WALTER]; 2) „Choroby skóry w następstwie zaburzeń w przemianie materii“ [referenci: DUNCAN BULKLEY, RADDIFF, CROCKES, JADASSOHN, v. NOORDEN, PICK]; 3) „Nabłoniaki i ich leczenie“ [ref. DARIER, FORDYCE, LANDERER, MITELLI, RIEHL, RONA, UNNA]. Główny referat w sprawie trądu powierzony został NEISSER'owi.

— Prof. A. v. EISELSBERG, dyrektor 1-ej kliniki chirurgicznej w „Allgemeines Krankenhaus“ w Wiedniu, nie przyjął ofiarowanej mu katedry w Berlinie po König'u, który przeszedł w stan spoczynku.