

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH DRA E. FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSIEM.

BADANIA NAD CZUCIEM WIBRACYJNEM I JEGO ZNACZENIEM KLINICZNYM.

Podał

Władysław Sterling.

Historia badań nad t. zw. „czuciem wibracyjnym“ nie jest dawna: pierwszą pracę w tym kierunku ogłosił w r. 1839 RUMPF, który używał do badania czucia całego szeregu kamertonów o najróżnitszej liczbie drgań, a mianowicie od 13 do 1000 drgań na sekundę i badał, w jaki sposób rozmaite miejsca ciała zdolne są odczuwać te nieprzerwane podrażnienia. Zauważył on przytem, że zdolność różniczkowania drgań kamertonu, czyli odczuwania nieprzerwanego szmeru, jako pojedynczych drgań, jest rozmaicie rozwinięta na rozmaitych miejscach ciała. Tak np. na czole już przy 122 drganiach na minutę występuje jednolite wrażenie, podczas gdy przy mniej częstych drganiach otrzymujemy przerywany szmer. Na innych miejscach ciała, np. na końcach palców zdolność różniczkowania drgań kamertonu dochodzi od 660 aż do 1000 drgań na sekundę. RUMPF tłumaczył zjawisko to w ten sposób, że chodzi tu o podrażnienie nerwów skórnych, które w rozmaitym stopniu są zdolne różniczkować w wrażeniu czuciowym następujące po sobie w szeregu podrażnienia: mniej czułe miejsca zlewają ten szereg podrażnień, bardziej czułe różniczkują je w ogólnem wrażeniu. Już np. w jednym przypadku syringomyelii na hypestetycznych częściach ciała stwierdził TREITEL zmniejszenie tego czucia, które porównywał on ze zdolnością odczuwania prądu faradycznego na skórze [w jednym przypadku wiądu rdzenia np. stwierdził on znaczne obniżenie zdolności różniczkowania następujących po sobie podrażnień elektrycznych].

W r. 1892 TREITEL, nie znając pracy RUMPF'a, wpadł na myśl badania czucia za pomocą kamertonu, lecz nie badał on, jak RUMPF zdolności różniczko-

wania rozmaitej liczby drgań na sekundę, ale posilkował się jednym tylko kamertonem [o 128 drganiach] i badał rozmaite części ciała, po jakim czasie, t. j. po ilu sekundach chory przestaje odczuwać drganie — i na zasadzie szeregu [nielicznych wprawdzie] badań doszedł do pewnych, dość stałych liczb, a więc: na palcach 20 sekund, na grzbiecie dłoni 14—16 sek., na przedramieniu 12—14 sek., na ramieniu 7—9 sek., na brodzie 6—18 sek., na klatce piersiowej z przodu 9—11 sek., z tyłu 8—10 sek. Porównywając liczby te ze znanymi gradacjami czucia dotykowego na rozmaitych miejscach ciała, nie zdołał on u normalnego człowieka stwierdzić zbieżności tych rodzajów czucia. Również w badanych przez siebie przypadkach patologicznych [13 przypadków wiadu rdzenia, 3 — *polyneuritidis*] stwierdził TREITEL obok mniej lub więcej głębokich zaburzeń czucia wibracyjnego częstą dysocjację jego z okolicami znieczulenia dotykowego, przyczem czasem czucie dotykowe było zniesione przy zachowaniu czucia wibracyjnego i na odwrót. Wnioskował on z tego, że czucie wibracyjne jest specjalną kategorią czucia, które lokalizował w skórze; co się tyczy istoty tego czucia, to uważa on je za modyfikację czucia ucisku z tą tylko różnicą, że ucisk ten powtarza się prędko i peryodycznie, działając na podobieństwo pulsujących rur GOLZ'a.

Obie powyższe prace jednak przeszły zupełnie bez wrażenia, dopiero badania EGGER'a z kliniki DEJERINE'a zwróciły ogólną uwagę na czucie wibracyjne. Praca EGGER'a, mało krytyczna i oparta na nieznacznym klinicznym materiale, zawierająca prócz tego wiele ryzykownych i nieuzasadnionych wniosków [np. zwalczanie czuciowej teorii ataksji na zasadzie zachowanego czucia mięśniowego przy *arthritis deformans*] traktuje czucie wibracyjne jako wyłączenie i swoiście czucie kostne. EGGER odmawia skórze i częściom miękkim jakiegokolwiek znaczenia i twierdzi, że odczuwana bywa wibracja wyłącznie przez okostną, otoczki stawowe i więzy. Głównym argumentem, który według EGGER'a miał to potwierdzać, jest fakt częstej dysocjacji klinicznej pomiędzy czuciem dotykowym a wibracyjnym. Prócz tego mówi EGGER o hyperestezjach i parestezjach czucia kostnego analogicznie do hyper- i parestezyi czucia dotykowego, i dokładnem umiejscowieniu wrażenia wyłącznie w miejscu przytknięcia kamertonu [wysepki anestezyi kostnej (*tubes*), ograniczenie anestezyi kostnej do środkowej linii ciała w jednym przypadku centralnego zajęcia *n. trigemini*] i przyznaje „czuciu kostnemu“ nawet specjalne drogi anatomiczne wewnątrz istoty szarej rdzenia bez skrzyżowania, analogicznie do dróg dla czucia mięśniowego. Do wielu nieuzasadnionych wniosków EGGER'a powrócę w dalszym ciągu pracy niniejszej.

W tym samym roku wygłosił w Towarzystwie neurologicznem w Moskwie odczyt o czuciu wibracyjnym Dwojczenko, w którym, zgadzając się na zasadnicze wnioski EGGER'a, przytoczył tylko kilka odmiennie brzmiących szczegółów klinicznych, np. w jednym przypadku porażenia BROWN-SEQUARD'a czucie wibracyjne zniesione było po stronie hemianestezyi skóry, a nie po stronie porażenia, jak w przypadku EGGER'a, następnie, co specjalnie podkreślam, stwierdził autor ten w kilku przypadkach syringomyelii brak jakiegokolwiek kongruencji pomiędzy zaburzeniami czucia wibracyjnego a analgezyą i termoanestezyą.

W r. 1900 wygłosił NOISZEWSKI w Towarzystwie neuropatologów petersburskich odczyt: „O czuciu wibracyjnem TREITL'a i o czuciu kostnem EGGER'a“, uważając oczywiście obie te kategorye czucia za coś odrębnego, przy czem czucie wibracyjne skórne uważa on za identyczne z wykrytem przez siebie „czuciem włoskowatym“, czucie zaś kostne czyni zależnem od pobudzenia pni nerwowych. Bezpodstawność tych twierdzeń zanadto jest widoczna, ażeby wymagała jakiejś polemiki.

Dopiero w r. 1903 ukazała się praca RYDLA i SEIFFER'a, która na dużym materiale klinicznym w sposób krytyczny oświetla zajmującą nas kwestyę. Oto wyniki tej pracy w krótkim streszczeniu. Nie ulega wątpliwości, że istnieje odrębny rodzaj „czucia wibracyjnego“, który nie jest identyczny z innymi kategoryami czucia i który autorowie określają nazwą *pallestezy* i (od *πάλλω* = drżeć). Faktem jest także, że przy najrozmaitszych cierpieniach układu nerwowego czucie to może być zniesione, a zaburzenia jego częściowo idą ręką w rękę z zaburzeniami innych kategoryi czucia, częściowo zaś zasadniczo od nich się różnią. Czucie wibracyjne w warunkach normalnych istnieje zawsze, w warunkach zaś patologicznych często bywa osłabione lub zupełnie zniesione: zarówno przy centralnych, jak i przy obwodowych cierpieniach spotykamy często kongruencyę pomiędzy rozległością zmian czucia skórniego z jednej strony, a czucia wibracyjnego z drugiej strony, często jednakże współbieżności tej nie możemy stwierdzić w całości, lecz dotyczy ona tylko jakiejś pojedynczej części ciała. Przy cierpieniach mózgowych, stwierdzane wraz z ruchowemi i czuciowemi zaburzeniami zmiany wibracyjne, kończą się na linii środkowej ciała; przy syringomyelii czucie wibracyjne, wbrew danym Dwojczenki, idzie według autorów tych równolegle do czucia skórniego, przytem częściej do czucia bólu i temperatury aniżeli do czucia dotyku. Wszystkie dane powyższe nie dorzucają nic klinicznie nowego do tego, co stwierdzili poprzedzający badacze. Najważniejsze jednak wnioski autorów dotyczą 22 badanych przez nich przypadków wiađu rdzenia, w których stwierdzono wielokrotnie brak zbieżności pomiędzy zaburzeniami czucia skórniego z jednej, a wibracyjnem z drugiej strony, natomiast wyraźną kongruencyę pomiędzy ataksyą i zaburzeniami czucia mięśniowego z jednej strony, a zaburzeniami czucia wibracyjnego z drugiej: „tam gdzie silna ataksya, tam znajdujemy zawsze zaburzenia czucia wibracyjnego“ — mówią RYDEL i SEIFFER i odwrotnie. Uważają oni nawet zaburzenia wibracyjne za zwiastuny zjawisk ataktycznych. Przekonany się później, że ta najbardziej interesująca część pracy RYDLA i SEIFFER'a nie znajduje potwierdzenia w badaniach moich. W rezultacie przyznają autorowie badaniu czucia wibracyjnego niewątpliwe znaczenie kliniczne, gdyż chodzi tu o badanie czucia głębokiego, którego dokonywamy zapomocą metody, przewyższającej obiektywnością i prostotą dotychczasowe sposoby badania czucia. Metodę cyfrowo-optyczną GRADENI'ego, wprowadzoną do kliniki nerwowej przez RYDL'a i SEIFFER'a, opiszę przy streszczeniu własnych badań.

W roku ubiegłym ukazała się jeszcze w tym przedmiocie praca SZCZERBAKA, który co do lokalizacyi czucia wibracyjnego zupełnie podziela zapa-

trywania EGGER'a [okostna, stawy, otoczki stawowe i t. d.]; pozostawia on skórze tylko rolę przewodnika, a podskórnym częściom miękkim rolę przytłumacza drgań.

W roku bieżącym dokonał MINOR całego szeregu badań przy chirurgicznych cierpieniach kości, ażeby przekonać się, czy istotnie substancja kostna odgrywa wyłączną rolę w odczuwaniu wibracji. Jego wnioski, natury przeważnie negatywnej, są następujące. Całość kości nie jest bynajmniej niezbędnym warunkiem dla normalnego odczuwania wibracji—nawet przy bardzo ciężkich złamaniach z dyzlokacją, ze strzaskaniem, przy dużej odległości złamanych końców i t. d. może czucie to pozostać normalne. Daleko wybitniejszy wpływ, jak się zdaje, posiada obrzęk części miękkich, pokrywających złamanie. Również doskonale zachowane bywa czucie wibracyjne na takich fragmentach złamanych kości, które z jednej strony ograniczone są przez miejsce złamania, z drugiej zaś przez silnie zmieniony staw. Zdaje się więc, że przeprowadzanie wibracji do najbliższego stawu nie jest potrzebne do powstawania czucia wibracyjnego. Następnie *periostitis*, *caries*, zgrubienia kości nie wywołują żadnego wpływu na powstawanie czucia wibracyjnego; również bez wpływu pozostają najgłębsze cierpienia stawów ze zrostami, przetokami, zgrubieniami i t. d.; również wyraźnie odczuwana bywa wibracja przez obnażone kości z okostną lub bez niej, przez zamierające części kostne, a nawet przez sekwestry. W przypadkach zaś, gdzie jednocześnie z kością uległ obrażeniu i nerw obwodowy, spotykamy najczęściej zniesienie czucia wibracyjnego; z drugiej strony—znaczne obniżenie czucia wibracyjnego spotykamy na bliższej kostnej. MINOR odmawia badaniu czucia wibracyjnego wyraźnego znaczenia klinicznego raz dlatego, że mamy tu do czynienia nie z pojedynczym podrażnieniem, lecz z sumą następujących po sobie podrażnień, po drugie zaś dlatego, że według jego zdania nie możemy ściśle umiejscowić uczucia drgań.

Wreszcie ostatnia praca GOLDSCHIEDER'a, która się w tej kwestyi ukazała, przyznaje czuciu wibracyjnemu poważne znaczenia kliniczne, lecz odmawia mu odrębności i samoistności, uważając je tylko za modyfikację czucia dotykowego. Do ciekawych doświadczeń i argumentów GOLDSCHIEDER'a będę miał sposobność jeszcze powrócić.

Zanim przejdę do krótkiego streszczenia moich badań, powiem kilka słów o samej technice badania. Badać czucie wibracyjne możemy w dwojaki sposób: albo badamy, w jaki sposób rozmaite części ciała zdolne są do różniczkowania drgań kamertonu o rozmaitej liczbie drgań na sekundę [metoda RUMPF'a, albo też badamy, jak długo dane miejsce zdolne jest odczuwać drganie kamertonu o jednej określonej liczbie drgań na sekundę [metoda stosowana przez TREITL'a i RYDLA i SEIFFER'a]. Rzecz prosta, że pierwszy sposób badania jest bardziej ścisły i naukowy, lecz nastrocza on takie trudności techniczne [przystępowanie do chorego z całym szeregiem kamertonów o rozmaitej liczbie drgań] i zabiera tyle czasu, że o praktycznym zastosowaniu go w klinice nie może być mowy. Co się tyczy drugiego sposobu, który ogólnie jest dzisiaj praktykowany, to i tutaj nastroczają się pewne odmiany. Tak więc początkowo przykładano kamer-

ton podstawą do badanego miejsca i kazano choremu wskazać chwilę, kiedy przestaje on odczuwać „szmer i buczenie“, które jest subiektywnym wykazem czucia wibracyjnego; w tej samej chwili przykładamy kamerton do symetrycznej części ciała i jeżeli chory tu drżenie jeszcze odczuwa, to oczywiście na poprzednio badanym miejscu jest ono skrócone; oczywiście przy zaburzeniach obustronnych zmuszeni jesteśmy posługiwać się osobnikiem zdrowym dla kontroli. Łatwo zrozumieć, jak niedokładna jest ta metoda i jak niepewne wyniki otrzymamy przy jej pomocy. MINOR upraszcza sobie badanie w ten sposób, że oblicza na sekundy czas, przez który chory w danym miejscu odczuwa wibrację [tak samo postępuje OPPENHEIM], sposób ten jednak nie wydaje mi się dokładnym, gdyż zależy on od pierwotnej siły, z jaką wprowadzimy w drganie gałąź kamertonu, nie mamy zaś sposobu obiektywnego miarkowania tej siły.



RYDEL i SEIFFER wprowadzili do kliniki nerwowej metodę cyfrowo-optyczną GRADEN'ego, od dawna stosowaną w praktyce otyatrycznej. Metoda, ta, którą posługiwałem się przy badaniach, polega na zasadach następujących.

Przykręcone do obu gałęzi kamertonu kluby mają na sobie przyklejony rysunek jakiegokolwiek figury geometrycznej, najlepiej wysokiego czarnego trójkąta. Wysokość trójkąta jest podzielona na kilka równych części. Jeżeli tego rodzaju kamerton wprowadzić w drżenie, to kontury tego trójkąta zacierają się, natomiast na jego miejscu powstają dwa nowe położone tuż obok siebie trójkąty. Wraz ze zmniejszaniem się amplitudy drgań, *resp.* ze zmniejszaniem się natężenia czucia wibracyjnego zlewają się powoli te dwa trójkąty w jeden, który leży w pośrodku między tymi rozplyniętymi trójkątami i który wraz ze zmniejszaniem się amplitudy drgań staje się coraz wyższy, czyli dosięga wierzchołkiem swoim coraz to wyższych podziałek poprzecznych trójkąta. Dopiero, gdy kamerton zupełnie przestaje drzeć, widzimy kompletnie ostro zarysowane kontury pierwotnego trójkąta. Według GRADEN'ego, zachowują się wartości czasowe, w których trójkąt od jednej podziałki poprzecznej przechodzi do drugiej, jak $n^2: n^3: n^4: n^5$. Jeżeli więc pojedyncze podziałki oznaczmy przez liczby, będziemy mogli zapomocą liczb tych określać długość trwania wrażenia, jednym słowem—odczytamy wprost na podziałce zdolność wibracyjną danego miejsca ciała.

Kamerton RYDLA i SEIFFER'a, sporządzony przez „*Medicinisches Waarenhaus*“ w Berlinie, którym posługiwałem się przy badaniach—przy zaśrubowanych na odpowiednim miejscu gałęzi klubach wydaje 64 drgania na sekundę, co odpowiada dźwiękowo wysokiemu C. Figura optyczna stanowi trójkąt, podzielony przez 8 podziałek; waży on w całości 100 grm., ma 23 cm. długości, podstawa zaś jego wykonana jest z rogu dla wykluczenia wpływu temperatury. O podanych zapomocą tej metody liczbach normalnych dla rozmaitych miejsc ciała i o zarzutach, jakie można uczynić tej metodzie, będę mówił przy ocenie wyników własnych badań.

TABES DORSALIS.

Przypadek Nr. I. Abr. Cuk., lat 43. Od roku bóle rwące w nogach i uczucie ściągania w kolanach. *Insomnia. Laes negatur. St. praes:* lewa źrenica zupełnie nieruchoma, kontury nieprawidłowe. W prawej leniwe oddziaływanie. Prawy AR = 0, lewy bardzo słaby. Prawy PR słabszy od lewego ¹⁾.

Czucie mięśniowe = normalne.

Na goleni i na stopach odczuwa ukłucie, lecz bardzo słabo. Prawie zawsze odczuwa dotknięcie na miejscu poprzedzającego ukłucia, jako ukłucie.

Zmiany wibracji. Upośledzenie czucia wibracyjnego na obu goleniach, wybitne osłabienie na *metatarsum* oraz na palcach, na lewym biodrze na nieznacznej przestrzeni ponad kolanem wazki pasek hypestezyi wibracyjnej z przodu. Wogóle zmiany wibracji przewyższają zaburzenia innych kategorii czucia; topografia mniej więcej jednakowa. Podczas jednak, gdy zmiany czucia dotykowego i bólowego rozsiane są na całym terytorium równomiernie, hypestezye wibracyjne występują znacznie silniej na stopach i w okolicach stawów palców, aniżeli na goleniach. Specjalnie zaznaczyć należy stosunkowo niskie liczby wibracyjne w okolicy stawów palcowych wobec zupełnie zachowanego czucia mięśniowego w najdrobniejszych nawet stawach. Na kręgosłupie nie spotykamy zmian wibracji.

Przypadek II. Mor. Ep. lat 54. Od 15 lat bóle w nogach przy złej pogodzie, od 14 lat znikła *potentio virilis*. Od 4—6 tygodni znaczne nasilenie bólów w nogach, co 3 tygodnie napady ziewania [kryzy?], po napadzie silne bóle w nogach. Zaziębienie, alkoholizm.

St. Praes. Lewa źrenica węższa od prawej, obie nie reagują na światło. Lekka dewiacja języka na lewo przy wysuwaniu. Hypotonia mięśniowa. W lędźwiowej części kręgosłupa kifoskolioza [wypukłość na prawo]. Lekki objaw ROMBERG'a. Brak ataksyi. Lewy odruch z cremastera = 0, oba AR i PR = 0, lewy odruch podeszwowy = 0.

Czucie mięśniowe = norma.

Lekka hypalgezya na goleniach [minimalna].

Zmiany wibracji przewyższają znacznie natężeniem i rozległością inne zaburzenia czuciowe; zajmują one terytorium od stóp do linii, przeprowadzonej przez obie *spinae ilei anteriores superiores*, nasilniejsze są one na stopach i w okolicach stawów palcowych, z wyjątkiem piątych palców na obu stopach, gdzie są bardzo nieznaczne. Na lewym biodrze, prócz wyraźnej hypestezyi wibracyjnej ponad stawem kolanowym—stosunki normalne, na prawym biodrze prócz tego znaczne osłabienie wibracji na górnej trzeciej części kości biodrowej. Prócz tego wyraźne osłabienie czucia wibracyjnego na prawem *os ilei*.

¹⁾ AR=odruch ACHILLESA.
PR=odruch kolanowy.

Na kręgach = norma. Wyraźne ugrupowanie zaburzeń wibracyjnych w okolicach stawowych [palce stopy, stawy kolanowe, staw biodrowy prawy].

[C. d. n.].

II. Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza.

Napisał

dr Adam Grelński [Lwów].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

Morz¹⁾ na Kongresie urologicznym w r. 1899 podaje zebranych 58 przypadków, w większości operowanych przez GUYON'a i ALBARRAN'a bądź to w klinice, bądź to w prywatnej praktyce. Na tych 58 przypadków od roku 1892—1899 było 38 śmierci i 20 przeżyć. Histologicznie *papilloma* 18 przypadków, z czego 5 śmierci i 5 nawrotów, *epithelioma* 31 przypadków, z czego 26 śmierci, 1 *adenoma* wyleczone, 1 *fibro-myoma*, zgon zaraz po zabiegu i 7 bez badania drobnowidzem.

Aby jednak ocenić słusznie wyniki zabiegu, zajmuje się autor tylko przypadkami po koniec roku 1896, t. j. tymi, w których od zabiegu do chwili ogłoszenia upłynęło 3 lata. Z takiego obliczania wynika, że na 35 operowanych 10 zabieg przeżyło. Na 18 *epithelioma* 1 przypadek, na 9 *papilloma* 7 przypadków przeżycia, z czego jednak 4 z nawrotami. Pomimo tych złych wyników zabiegu w nowotworach złośliwych, „w większości przypadków“, mówi dr Morz naciek nowotworowy nie zajął ani szypuły guza, ani błony podśluzowej pęcherza*.

Liczby te oczywiście nie zachęcają do wykonywania jakiegokolwiek zabiegu w nowotworach złośliwych. Już Pousson w wyżej wspomnianem miejscu mówi: „W rzeczywistości zważając na powolny rozwój nowotworów pęcherzowych, który trwać może 10, 15 i 20 lat, a nawet dłużej i tolerancję narządu moczowego podczas tego długiego okresu, ogólna zasada chirurgii nowotworów, wymagająca wykonania wycięcia jak najszybciej, traci tutaj na swej wartości“. Autor ten pierwszy zwraca uwagę, że chorzy nieoperowani żyją dłużej niż operowani.

¹⁾ Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs vésicales. Congrès d'urologie de 1899. Clermont 1900.

Zapatrywanie MOTZA jest identyczne. „Byłem uderzony, mówi on, szybkością, z jaką następuje śmierć u chorych nowotworowych operowanych: większość wyżej wspomnianych zgonów wydarzyła się w kilka tygodni lub miesięcy po zabiegu”.

Czemu należy to przypisać? Zdaje mi się, że bardzo ważnym jest sposób wydalania nowotworów. Jak to wskazywaliśmy wyżej, nowotwory pęcherza rozszerzają się głównie w powierzchownych warstwach błony śluzowej; nawet te, które uległy zwyrodnieniu — przypominamy tu przytoczone zdanie ALBARRAN'a, — mają szypułkę nietkniętą. To samo wykazuje MOTZ. Tymczasem wycinano dotychczas raczej głęboko, niż szeroko, robiono nawet częściową rezekcję ściany pęcherza. ALBARRAN mówi że, „nawet w przypadkach najprostszyc zabieg należy wykonać szerzej, niż go się zwykle robi i wierzę, że trzeba zabierać nie całą grubość ściany pęcherza, a raczej cały okrąg błony śluzowej, mający styczność z guzem”. Taką samą uwagę robi MOTZ: „Zbadanie anatomo-patologiczne wyciętych guzów każe mi myśleć, że operując, należy starać się robić rezekcyę pęcherza raczej szerokie, niż głębokie”.

Czy pęcherz jednak znosi dobrze takie rozległe zniszczenie błony śluzowej? ALBARRAN tak się wyraża o tem: „Rozległe to wycięcie błony śluzowej nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa”. Radzi zaszyć, jeśli można; jeśli nie, pozostawić bujaniu ziarniny. „Rzeczywiście, doświadczenie dowodzi, mówi dalej ALBARRAN, że błona śluzowa regeneruje, gdy ją wydalono, a to powinno nas na zawsze zachęcić do wycinania szeroko części podejrzanych”.

Czy owo wycięcie należy wykonać nożem, czy niszczyć raczej termo- lub galwano-kauterem miejsca zajęte? GUYON poleca zawsze przyżegać; a choć KÜSTER temu się sprzeciwia, mówiąc, że powoduje to potem długotrwałe zapalenie pęcherza, zdaje mi się, że właśnie w ten sposób tylko można najdokładniej, najlepiej i wreszcie technicznie najłatwiej zniszczyć wszystkie podejrzane miejsca błony śluzowej. Przeciwnie, dotychczas wycinano raczej głęboko i niszczone zaporę, jaką organizm starał się wytworzyć przeciwko bujaniu nowotworu, otwierając tem samem szeroko drogę rozprzestrzenianiu się choroby, tem bardziej, gdy wycinano lub łyżeczkowano, a nie wypalano. W powyższy sposób wykonany zabieg, mógłby liczyć na pomyślny wynik i poprawić choć w części tak niepomyślnie dotychczas dane statystyczne.

Oprócz kwestyi techniki operacyjnej powód tak opłakanych wyników leży bez wątpienia także w tem, że zapoznano pochodzenie raków, które, jak to wyżej mówiliśmy, w 73%, według obliczenia MOTZA, pochodzą z gruczolu krokowego.

Gdy przy badaniu chorego ciągle będzie się pamiętać o tem, z pewnością oszczędzi się wiele zabiegów bezcelowych, a szkodliwych wprost dla chorego. Gdzie gruczol krokowy wykazuje zmiany, gdzie je klinicznie stwierdzić można, tam do zabiegu doszczętnego dziś nie często przystąpić możemy. Trzebaby w tym celu wydalić nie tylko sam guz, ale i gruczol krokowy i pęcherz i pęcherzyki nasienne. Że jest to niemożliwe, dowodzi np. przypadek z kilkoletnim pomyślnym wynikiem, z którego zdał sprawę HOGGE w Société med. chir. de

Liège ¹⁾ [2 dec. 1897]. Zabieg ten wykonał profesor von WINIWARTER z powodu ogromnego *papillome épithéliomateux*²⁾. Wydalono pęcherz, gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne, cewkę, prącie i mosznę wraz z jądrami. Że w przyszłości jeszcze radykalnej postępować się będzie i wydalać także gruczoły pozaostrzewne, wierzy SCHUCHARDT ²⁾. Zabieg taki jednak będzie zawsze tylko wyjątkowym tak z powodu niepewności zniesienia go przez chorego, jak i z powodu obawy chorych przed każdym wielkim zabiegiem. W przypadkach zatem raków, gdzie gruczoł krokowy wykazuje zmiany nowotworowe, należy raczej zabiegu poniechać. Zmusić do niego mogą krwotoki i bóle, jakich chorzy nieraz doznają. Po zabiegu bóle te i krwotoki w większości przypadków ustają. Ale i wtedy, zdaje mi się, należy zabieg ile możności ograniczyć. „Samo otwarcie pęcherza, mówi POUSSON, wystarcza najczęściej do położenia kresu brakom i hematuryi“ ³⁾. Założeniem zatem stałej przetoki wówczas udałoby się zapobiedz objawom, które nas do działania zmuszają, bez naruszenia nowotworu, o którego doszczętnem zniszczeniu myśleć nie możemy, a którego naruszenie przyspiesza tylko fatalny koniec. Przeciwnie, w przypadkach, gdzie gruczoł krokowy zmian nie wykazuje, należy jak najwcześniej, jeśli innych przeciwwskazań niema, wykonać *sectio alta* i po wydaleniu nowotworu zniszczyć szeroko zapomocą kauteru okolicę, przyległą nowotworowi, jakoteż wszystkie podejrzane miejsca. Jakkolwiek wtedy z pewnością także pewna liczba nowotworów będzie pochodzić z gruczołu krokowego i ta zła da wyniki, to jednak, tak postępując, nie usuniemy tych, które powstają pierwotnie w pęcherzu, przez co uzyskamy w tych przypadkach trwałe wyleczenie, co jest zupełnie możliwem. Jeden taki przypadek, w którym chory miał się dobrze w 4 lata po zabiegu, jest w statystyce MOTZA.

Pozostają jeszcze ze złośliwych nowotworów te, które wywołują rozległe nacieki ścian, do których w pierwszym rzędzie należy kankroid. W tych przypadkach li tylko wczesne wydalenie całego pęcherza mogłoby sprowadzić trwałe wyleczenie, gdyż widziano już nieraz kankroidy, rozszerzające się na gruczoł krokowy. Wydalenie pęcherza obrał BENZA za przedmiot swej pracy doktor-skiej ⁴⁾ tam też znaleźć można uzasadnienie możliwości tegoż zabiegu. Pierwszy w roku 1887 wykonał go BARDENHEUER, za nim GUSSENBAUER, PAWLIK, KÜSTER, KÜMMEL, KOŚCIŃSKI, ALBARRAN, TUFFIER, WINIWARTER i inni. Zabieg ten z pewnością w przyszłości z udoskonaleniem techniki znajdzie szersze zastosowanie i lepszymi wynikami się wykaże.

Omówić teraz mamy leczenie licznego działu nowotworów łagodnych, których głównym przedstawicielem jest *papilloma*. Czy wobec tych nowotworów mamy zwrócić się znów do *sectio alta*, czy też operować *per vias naturales* zapomocą cystoskopu operacyjnego NITZE'go? *Per vias naturales* operował już CIVIALE ⁵⁾, czyto zakładając podwiązkę zapomocą swego *trilabe*, czy też przez

¹⁾ Annales des malad. des org. gén. urin. 1898. P. 838.

²⁾ Ueber gutartige und krebssige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen ueber operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkrebsse. v. Langenbeck's Archiv. T. LII Z. 1.

³⁾ 9.ème Congrès de Chirurgie. Paris 1895.

⁴⁾ De l'extirpation totale de la vessie pour cancer. Thèse de Paris 1896.

⁵⁾ Traité sur le mal. des org. gén.-urin. T. III. Paris 1842.

torsyę, wykonaną tem samym narzędziem, czy też przez zgniecenie litotryptorem.

ALBARRAN uznaje użyteczność zabiegu NITZE'go tylko, gdy chodzi o wydalenie małego kawałka do zbadania drobnowidzowego, lub „dla leczenia paliatywnego nawrotów nowotworów, niedoszczętnie operowanych”. „Ale—mówi on—dla wydalenia leczniczego nowotworów pęcherza wydają mi się te sposoby stanowczo niedostateczne. Nie mówiąc już o trudności zabiegów, twierdzą zasadniczo, że wydalenie nie będzie nigdy mogło być tak dokładnem, jak przez *taille*“. Dalej znów tenże autor powiada: „Nigdy cystoskopia nie pozwoli nam na szerokie zabiegi, które są potrzebne i ku którym dąży coraz więcej chirurgia przyszłości“. CLADO tak samo twierdzi: „Wykonywanie operacji, zw. endoskopowemi, drogami naturalnymi zdaje mi się należy również zaniechać“. A jako powody tego twierdzenia podaje trudność zabiegów, krwotoki, niemożność wydalenia doszczętnego, przez co wydaje mu się „*une recidive plus que probable*“, i wreszcie możliwość zakażenia przez wielokrotne wprowadzenie narzędzi.

Zajmijmy się teraz statystyką, jaką podaje sam NITZE¹⁾. Dotychczas ogłosił on 31 przypadków, na co 30 *papilloma* i 1 *carcinoma*. W 9-ciu przypadkach nie zbadano wcale lub jeszcze nie zbadano wyniku. W jednym nastąpiła śmierć wskutek gruźlicy płuc; w 5-u przypadkach występowały podczas leczenia małe uporeczywe krwotoki, a w 3-ch z nich wystąpił raz większy; dwa przypadki pozostawały w chwili ogłoszenia w leczeniu. Raz tylko, w rok po ostatniem posiedzeniu znaleziono miejsce podejrzane tuż poza dawnym przyczepem. W innych badanie w rok po zabiegu nie wykazało żadnych zmian. Przypadku raka nie badano; później wystąpiły liczne krwotoki. Doliczywszy zatem przypadki nie badane lub w leczeniu się znajdujące wraz z przypadkiem raka i zaprzestania leczenia wskutek postępującego złego stanu chorej, która wkrótce uległa gruźlicy płuc, otrzymamy, że na 18 przypadków wystąpił 1 nawrót. POLAK²⁾ w pracy doktorskiej przytacza list NITZE'go z d. 10 listopada 1901 r. Do tego czasu operował 84-y razy. Z tych w 4-ch przypadkach zaprzestano posiedzeń wskutek stwierdzenia raka, bez złych skutków dla chorych. Za wyleczonych uważa tych, u których po silnej kauteryzacyi i wydaleniu strupów miejsce przyczepu szypuły ma rozmiary normalne. Nawrotów znalazł 7, czy 8 przypadków, z których jednak w 4-ch guz wtórny powstał w miejscu ogromnie oddalonem od pierwotnego, w miejscu uznanem przedtem za zdrowe; w trzech innych zaś guzy wtórne były wielokrotne, i te wydalono. Zejścia śmiertelnego nie było ani jednego tak wskutek zabiegu, jak i nowotworu, naturalnie z wyjątkiem raków, w których leczenia zaprzestano.

Liczba posiedzeń, w poprzedniej pracy przez NITZE'go podana, wahała się między 1—15 i więcej. Z powikłań w czasie trwania leczenia, oprócz krwotoków zdarza się kataralne zapalenie pęcherza, które nieraz może być znacznego stopnia. NITZE przytacza jeden przypadek, w którym *cystitis* wskutek wyjazdu chorego i zaprzestania leczenia rozszerzyła się na moczowody i miedniczki,

¹⁾ Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centrbl. für Harn. u. Sex. Org. VIII, T. 1896, p. 377, 469.

²⁾ Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vesicales. Thèse de Paris 1901.

w innych przypadkach ustępuje ona szybko przy zwyczajnem miejscowem leczeniu. Wszystkie inne powikłania, o których mówi NITZE, jak podrażnienie nerek, zapalenie miedniczek, gruczołu krokowego i przyjądrza, zdarzają się tylko wyjątkowo; w swoich przypadkach spostrzegł NITZE raz tylko podniesienie się nieznaczne ciepłoty.

Któreż zatem zdanie jest słuszne? Czy NITZE'go, polecające zabieg endoskopowy, czy wyżej wspomnianych autorów francuskich: ALBARRANA i CLADO? Przejdźmy po kolei zarzuty, jakie ci ostatni podnoszą. Zarzut trudności upada sam przez się, bo i każda nowa technika jest trudna i cystoskop operacyjny dla obeznanego z cystoskopem wogóle i sondowanie moczowodów nie może przedstawić trudności zbyt wielkich. Potwierdza to zapatrywanie GÖRL'a ¹⁾, że trudności techniczne przy pewnem ćwiczeniu łatwo dają się przewyciężyć. Krwotoki, jak widać z prac NITZE'go, są po większej części nieznaczne, mniejsze nawet niż te, które występują jako objaw nowotworów i nie często zdarzają się, bo NITZE przytacza ich 5 na 31 przypadków. Poleca on zachować się wobec nich biernie, a tylko w wyjątkowych razach krwotoków wielkich, należy opróżnić pęcherz z zalegających w nim skrzepów i zalecić spokój, ewentualnie w cystoskopie miejsce krwawiące zkauteryzować. Wielkie te krwotoki zdarzają się głównie wkrótce po operacji; w kilka dni po niej niema już obawy. Zakażenia uniknąć można przez staranne wyjałowienie narzędzi i oczyszczenie cewki i pęcherza przed zabiegiem. Przechodzę do głównego zarzutu, a tym zdaje się być częstość nawrotów. NITZE w ogłoszonej statystyce daje 1 na 18 t. j. 5.05%, we wspomnianym zaś liście 8 na 80, t. j. 10%, licząc nawet przypadki, w których guz wtórny powstał na zbyt oddalonym miejscu, by go uważać można ściśle za nawrót. Śmierci żadnej. Przeciwnie, ALBARRAN podaje na 48 nowotworów dobrotliwych operowanych przez „*taille*“ 9 nawrotów, a 3 śmierci, czyli nawrotów 16.75% a śmierci 6.25%. To samo u CLADO: na 62 operowanych 9 nawrotów, t. j. 14.51%, i 4 śmierci, t. j. 6.45%. Liczby, podane przez MOTZA są jeszcze niekorzystniejsze dla *sectio alta*: na 9 *papilloma* siedmiu tylko chorych żyło po trzech latach, z czego 4 przypadki z nawrotami. Statystyki te zatem, jak widzimy, mówią zupełnie co innego niż obaj uczeni francuscy i wcale nie dowodzą, że po zabiegu NITZE'go jest „*une recidive plus que probable*“, jak to twierdzi CLADO. Pamiętać przytem należy, i tem może tłumaczy się zasadnicza różnica zdań wspomnianych autorów, że profesor ALBARRAN ogłosił swoją monografię w roku 1892, a CLADO w 1895, podczas gdy NITZE statystykę swoją drukuje dopiero w 1896. Od tego czasu cystoskop operacyjny coraz bardziej i ciągle jeszcze zostaje udoskonalanym i wreszcie kazuistyka przynosi swoje dowody.

Pozostaje wreszcie ostatni zarzut, że wydalenie nie może być tak doszczętnie i dokładne i że „cystoskopia nie pozwoli nam na szerokie „zabiegi“ [ALBARRAN]. Co do pierwszej części tego zarzutu, to zdaje mi się przeciwnie, że za-

¹⁾ Zettengeschwalst der Blase. Operations-Kystoskop. Centralblatt für Harn.-u. Sex Org. 1896, T. VII.

bieg wykonany sposobem NITZE'go, może być równie doszczętnym, a nawet przewyższać pod tym względem „*taille hypogastrique*“. Operując sposobem NITZE'go, możemy najdokładniej widzieć i zniszczyć wszelkie, nawet bardzo małe guzy; przeciwnie, po otwarciu pęcherza błona śluzowa ulega przekrwieniu, co już samo wystarcza, byśmy przeoczyli małe papilomaty. Z drugiej strony kautery NITZE'go pozwalają na równie szerokie zniszczenie nacieków powierzchownych w otoczeniu guza, jak przy *sectio alta*.

Tak więc i ostatni ten zarzut nie wytrzymuje krytyki, szczególnie, że anatomia patologiczna wykazuje, jak nowotwory te powierzchownie się rozszerzają, że zatem kauteryzacja szeroka, możliwa do wykonania kauterami NITZE'go, jest właśnie wskazana.

Naturalnie, sposobu tego nie zawsze użyć można. Jako przeciwwskazania wlicza NITZE ciężką *cystitis*, mały pęcherz, skłonność do znacznych krwotoków i wreszcie nadmierną wielkość i zbytnią liczbą nowotworów. Poza tem jednak już samo rozważanie tego zabiegu odnośnie do wyników badań anatomopatologicznych, wykazuje jego bezsprzeczną wyższość w nowotworach dobrotniowych pęcherza. Przytem, gdy *sectio alta* wykazuje w tych przypadkach znaczną dość śmiertelność (6.25% u ALBARRAN'a 6.45% u CLADO), nieodłączną zresztą od wielkiego krwawego zabiegu, nawet przy największych ostrożnościach, w postępowaniu NITZE'go odsetki te równają się zeru. Liczba nawrotów, według listu wyżej wspomnianego, wynosi także przynajmniej o $\frac{1}{3}$ mniej. Oprócz tego nie należy zapominać o innych zaletach tego sposobu. Chorzy z nowotworami pęcherza zgłaszają się, gdy wystąpią krwotoki, są więc mniej lub więcej osłabieni. Zabieg NITZE'go nie wymaga leżenia i może być wykonany przy znacznem nawet osłabieniu chorego. Bolesność jest bardzo nieznaczna tak, że potrzeba narkozy zupełnie odpada. Dopiero przy wydalaniu strupów bóle się wzmagają. Leczenie zaś całe wykonywamy ambulatoryjnie, co znów przedstawia znaczne korzyści dla chorych, którzy z łatwością na nieznaczny zabieg się godzą, przez co i działanie nasze może być dokładniejsze i wsześniejsze, a tem samem doszczętniejsze.

Mimo tych zalet do dziś dnia nie wiele znaleźć można ogłoszonych przypadków. W roku 1896 GÖRL opisuje jeden przypadek własny, nazywając sposób NITZE'go „*eine Idealoperation*“; w r. 1897 w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskim KOLISCHER ¹⁾ zdaje sprawozdanie z jednego przypadku; JANET ²⁾ opisuje przypadek operowany przez NITZE'go w Paryżu, wreszcie EYNARD ³⁾ przy-

¹⁾ Blasenpapillom mit Operations-Kystoskop entfernt. Kk. Ges. d. Aerzte Wien 29 Jan. 1897 Stresz. Centrbl. f. H. u. S. Org. 1897.

²⁾ Un cas de papillome de la vessie, traité par le procédé de Nitze. Annal d. m. des org. gen. ur. novembre 1901.

³⁾ Des interventions intravesicales avec le cystoscope opératoire du Dr. Nitze Annal. des org. gen. urin. 1903.

tacza jeden, ogłoszony także wraz z innym przez de TAILLAS'a ¹⁾ w jego pracy doktorskiej. Sposób ten poleca także SCHMIDT ²⁾ dla nowotworów dobrotliwych, a EYNARD mówi: „To postępowanie operacyjne wydało nam się być tem dla papilomatów pęcherza, co litotripsya dla kamieni“.

Rozpatrzenie zatem wyników, do dziś otrzymanych w leczeniu nowotworów pęcherza z uwzględnieniem badań anatomo-patologicznych, doprowadza nas do następujących wniosków:

W nowotworach dobrotliwych pęcherza należy stosować zabieg Nitze'go o ile nie zachodzą wyżej wspomniane przeciwwskazania, z których na pierwszym miejscu należy położyć nadmierną wielkość i zbytnią liczbą guzów.

W nowotworach złośliwych z wyjątkiem konkroidów, gdzie badanie dokładne nie wykazuje żadnych zmian w gruczole krokowym, należy wykonać *sectio alta* i zniszczyć po wydaleniu nowotworu szeroko całą okolicę, zajęta przez nowotwór, zapomocą kauteru.

Przeciwnie, w nowotworach złośliwych, gdzie znajdujemy zmiany w gruczole krokowym, należy wszelkich zabiegów poniechać, zważając na wolny ich rozwój i dobre znoszenie ze strony narządu moczowego. Dopiero w razie wystąpienia znacznych krwotoków i bólów starać się założeniem stałej przetoki ulżyć chorym, nie naruszając o ile możliwości samego nowotworu.

W przypadkach kankroidów należy wydalić jak najspieszniej cały pęcherz, gdyż inne zabiegi stanowczo nie są i nie będą doszczętne wobec szybkiego rozszerzania się, rozpadu i zajmowania sąsiedztwa. Tak samo w nowotworach złośliwych z zajęciem gruczołu krokowego: jedynie wydalenie pęcherza wraz z gruczołem krokowym i pęcherzykami nasiennymi może mieć widoki stałego i trwałego wyleczenia. Gdy takiego zabiegu wykonać nie można, należy zachować, o ile możliwości, postawę wyczekującą, a do zabiegów paliatywnych przystępować tylko, gdy wzmagające się krwotoki i bóle uczynią je niezbędnymi.

¹⁾ Contribution à l'étude des papillomes de la vessie; leur traitement par la methode de Nitze. Thèse de Montpellier 1902.

²⁾ The technique and possibilities of endovesical operative procedures. Medecine. Detroit. June 1902. Stresz. Centr. f. H. n. S. Org. 1902.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

LECZENIE RAKA.

Podał

Br. Bartkiewicz.

[Ciąg dalszy.. — Patrz Nr. 34].

BRA podał w 1899 roku opis odkrytego przez się pasożyta raka oraz zasady leczenia, które rozpada się na dwa sposoby: leczenie nektryaniną, lub też leczenie toksynami grzybka guzów ludzkich.

Nektryanina jest wyciągiem z pasożyta raków roślinnych, *Nectria ditissima*, który wywołuje na drzewach owrządzenia i rozpad, w rzeczy samej uderzająco podobne do raka u ludzi.

FIESINGER stwierdził nawet, że rak ludzki częściej można napotkać w okolicach, gdzie rosną drzewa, dotknięte tą chorobą. Do leczenia guzów złośliwych BRA używał dwumiesięcznych hodowli *Nectria ditissima*, gotując je w wodnej kąpieli do $\frac{1}{3}$ objętości. Otrzymany płyn filtrował przez bibułę, porcelanę, wreszcie wyjaławiał w autoklawie przy 120° C. Nektryanina przedstawia się pod postacią przezroczystej cieczy, koloru żółto-brunatnego. Wstrzyknięta zwierzętom zdrowym w ilości 5 cm. nawet parokrotnie, żadnych objawów nie wywołuje. Przeciwnie, u ludzi i zwierząt, dotkniętych rakiem występuje już po 2–3 godzinach podwyższenie temperatury, dreszcze, przyspieszenie tętna, bóle głowy i pragnienie. Odczyn kończy się potami, obfitem wydzieleniem moczu i głębokim snem. Wpływ nektryaniny na kliniczny przebieg raka zbadali w 16-u przypadkach MONGOUR i GENTÈS [przeważnie raki macicy]. Wszystkie guzy należały do kategorii nie nadających się do operacji, w większości przypadków były silne krwotoki i bóle, nie występujące nawet przy dużych dawkach morfiny. Jak MONGOUR stwierdza, pod wpływem nektryaniny bóle uspokajały się, krwotoki ustawały; na przebieg dalszy choroby wstrzykiwania wpływu nie miały.

Swoista szczepionka rakowa (*vaccin du cancer*) BRA'y jest zupełnie podobnie przygotowanym płynem, jak nektryanina, z hodowli grzybka guzów ludzkich: *le vaccin est l'ensemble de produits solubles atténués par la chaleur du parasite du cancer humain*. Własności fizyologiczne tego wyciągu — nie toksyny, wobec bardzo małych własności trujących, — sprowadzają się do wybitnie moczopędnych własności i zdolności podwyższania temperatury o 1° , 2° — $2,5^{\circ}$. Objawy te istnieją u zdrowych i chorych, u tych ostatnich w nieco większym stopniu. U wyniszczonych osobników odczyn powyższy może być bardzo nieznaczny. Króliki, którym w ciągu trzech tygodni wstrzykiwano co dwa dni po 3 cm. sz. wyciągu, wytrzymują wstrzyknięcie wewnątrzżylne hodowli, zabijającej zwierzęta, użyte do porównania, w ciągu trzech dni. Również waga uodpornionych zwierząt zmniejsza się bardzo nieznacznie, a temperatura pozostaje bez zmiany.

Co się tyczy wpływu na raki ludzkie, to BRA stwierdza bezsilność wyciągu w późniejszych okresach choroby, przy uogólnieniu się raka. W początkach raka sprowadza w większości przypadków polepszenie, mające doprowadzić do wyleczenia. Zauważono zmniejszenie się bólów, ustanie rozpadów, krwotoków, zabliznianie się owrzodzeń i zmniejszenie się guzów, jednym słowem - też same zjawiska, co i przy surowicy RICHER'a, tylko w większym stopniu. Przyznając jej niezaprzeczoną wartość w przypadkach, nie nadających się do operacji (*palliativum*) i własności lecznicze w świeżych przypadkach, BRA zaleca ją również jako środek zapobiegawczy przeciw nowotworom po wykonanej operacji.

Sposób leczenia raków i mięsaków, ogłoszony przez WŁAJEWA, zasadza się na stosowaniu surowicy ze zwierząt [gęsi i osłów], uodpornionych w ciągu roku hodowlami pasożyta guzów złośliwych, odkrytego przez WŁAJEWA (*Saccharomyces hominis*). Dawka surowicy jednorazowa wynosi 10 cm. sz. Po wstrzyknięciu zjawia się odczyn, trwający czasem 48 godzin, obrzęk bolesny guza i podniesienie temperatury. Liczba białych ciałek krwi podwaja się, krzepliwość krwi się wzmacnia; niekiedy pojawia się wysypka na skórze. Wstrzykiwania powtarzać należy co 5—8 dni. Surowicą swą WŁAJEW leczył 60-u chorych z guzami różnych narządów [sutki, warg, policzka, języka, nosa, mózgu, żołądka, płuc, wątroby, jajników, macicy i t. d.]. We wszystkich przypadkach otrzymał polepszenie stanu ogólnego, przybytek na wadze, ustąpienie dokuczliwych objawów; najwybitniejsze w najmniej posuniętych rakach

W 1902 roku, 2 kwietnia na zebraniu niemieckich chirurgów DOYEN zdał sprawę ze swych badań nad rakiem i jego leczeniem. Drobnoustrój raka, *micrococcus neoformans*, odkryty przez D., układa się w postaci łańcuszków po 6—8 indywidualów; znaleźć go można w rakach i sąsiednich gruczołach. Do leczenia DOYEN używał toksyn z hodowli sztucznych z dodatkiem chininy i kakodylu. Po wstrzyknięciach odczyn wyraźny, oraz polepszenie, zapowiadające wynik pomyślny. Przedwczesnem byłoby mówić o pewniejszych rezultatach.

L I T E R A T U R A.

Upusty krwi, zawłoki i t. d. Środki przeczyszczające, odciągające.

- BENEDICT. Fragmente aus dem Tagesbuche eines klinischen Lehrers. Breslau 1882—1883.
DIEFFENBACH. Die operative Chirurgie. Leipzig 1848.
JESPERSEN. Ztschr. f. d. gesamt Med. 17. 2. 1836.
MONTAULT. Journ. hébd. 1834. Nr. 20.
MONTGOMERY. Dublin. Jour. 1842. Januar.
TFALLIER. Du cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement Paris. 1836.
TOTT. Ueber Exstirpation der Scirrhen. Horn's Arch. 1835.

Dyeta.

- BALDAUF. Opisanie raka piersi, lewej, uleczonego podług sposobu, podanego przez dra PONS z Agien w dzienniku p. t. Journal universel des sciences medicales 1821 Nr. 61. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1844. 224.
BENEKE. Zur Behandlung des Carcinoms. Berl. kl. Woch. 1880 Nr 11.
BENEKE. Deutsche Arch. f. kl. Chir. XV. 5. 6. 538. 1875.
BOIVIN i DUGES. Traité pratique de maladies de l'uterus et de ses annexes. Paris 1833.
HULKE. Med. Times and Gaz. 1880. 3 July.
JAKUBASCH. Zur Behandlung des Krebses. Berl. kl. Woch. XXIII 50. 1886.
JUENGEN: Berl. kl. Woch. VII. 11. 12 März 1870.

- LEBERT. Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer. Paris 1851.
RICHTER. Bericht ueber Milch-Molken-und Kymyskuren. Schmidt's Jahrb. 1870. IV. 202

Conium.

- BEAUCLAIR. Rev. thér. du Midi. Août. 1853.
COHEN. Zwei Fälle von Unterleibsscirrhus mit den Sectionsresultaten.
HARLEY JOHN. Brit. med. Journ. March. 28. April 4. 11. 1861.
MEHLHOSE. Schierling gegen carcinoma uteri. Rust's Magaz. 46 t. 3 zes. 1836.
MURAWJEFF. Med. Ztg. Russ. 1854. 17.
NEUBER. Gute Wirkung des frischen Schierlingsaftes beim Scirrhus der Brust. Schmidt's Jahrb. 1836. 11. str. 18.
NICHOLLS JAMES. Lancet II. 14. 558 1860.

Sarsaparilla.

- FOLTZ. Gaz. des Hôp. 105. 1851.
JERICHE. l'Union 1852, 91, 92.

Sedum acre.

- CARIN. Traite pratique et raisonné des l'emploi de plantes médicinales indigènes. Paris 1850.

Thuja occidentalis.

- LEAMING. New York Journ. May 1855.

Lenturea benedic.

- SCHWARTZ. Die erfolge eines Geheimmittels gegen Krebs. Deutsche med. Woch. 1891.

Condurango.

- BELLOT. Cancer de l'estomac et Condurango. Journ. de Med. et. Chir. prat. 10 dec. 1896.
BURKART. Würt. Corr. Bl: XI, VI. 1876. 6.
BURKMANN. Allg. med. Centralztg. XL, VI 67. 1878.
J. VAN DIEST. Etude sur le Gonolobus Condurango. Thèse présentée à la faculté de philosophie de Bern. 1878. 8. 32 str.
DIETEEICH. Petersb. med. Woch. III. 24. 1878.
DRZEWSKI. Zur Behandlung des Gebärmutter-Krebses mit Condurango. St. Petersburger Med. Woch. 1882 Nr. 13.
ERICHSEN. Petersb. med. Ztschr. N. F. V. 3. 270. 281. 1880.
FRIEDREICH. Berl. kl. Woch. XI. 1. 1874.
HEILGENTHAL. Aerztl. Mittheil. aus Baden. XXVIII. 22. 1874.
KOFFMANN. Schweiz. Corr. Bl. VI. 52. 1876.
OBALIŃSKI. Chir. Centralbl. I. 12. 1874.
PALMESI VINZENZO. Ippocratico III. XXI. 426. 1872.
REICH. Würt. Corr. Bl. 12. 1876.
RIEGEL FRANZ. Berl. kl. Woch. XI. 35. 36 1874.
RIESS. Ueber den Werth, der Condurangorinde bei dem Symptomenbild der Magencarcinom. Berl. kl. Woch. 1887. XXIV. 10.
ROUBAIX. Presse méd. 50, 1872.
WEINBERG. Der therapeutische Werth der Cortex Condurango bei Magenkrebs. Heidelberg 1890.
WULCKON. Beitrag zur Casuistik der Nabelneubildungen. Berl. kl. Woch. XII. 39. 1875.

Chelidonium.

- ANDREWS E. Cancer inoperable et chelidoine. Journ. am. Med. ass. Chic. 1897. 657.
CHARMEIL. Chelidoine et cancer. Therap. Gaz. Detroit, 1898, 22.
Deutsche med. Ztg. 1897 Nr. 1.
DENISENKO. Wracz 1896.
DENISENKO. Ein neues Heilmittel gegen den Krebs, Ref. Centr. Bl. f. Gyn. XXI. 1896. 60.
DENISENKO. Traitement non opératoire du cancer. Intern. Med. Congr. Moscon 1896.
DENISENKO. Traitement de la carcinose par l'usage interne et les applications locales d'extrait de chelidoine. Sem. Méd. 1896 15 aout.

DUEHRSEN. Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms mit Extractum herbarum Chelidonii majoris nebst Bemerkungen ueber das sogenannte Heilsystem Gluenicke. Deutsche med. Woch, 1896, 787.

FRENDENBERG. Über die Behandlung des inoperablen Uteruskrebses mit Chelidonium majus. Centr. Bl. f. Gyn 1897, 940.

KALABIN. Zur Frage ueber die Behandlung des Krebses mit Chelid. maj. Centr. Bl. f. Gyn. XXI. 292.

MENSSATOFF. Trois cas de cancer de l'utérus inopérables traités par l'extrait de chelidonium majus. Med. Obozren. Nr. 4. 1897.

PEKOŚLAWSKI. Przypadek raka skóry twarży wyleczonego po zastosowaniu wyciągu glistnika pospolitego, czyli ziela jaskółczego (extr. chelidonii majoris). Medycyna 1897.

ROBINSON. Traitement d'un cancer ulcéré du maxille supérieur par l'extrait de chélidone. Société de Therapeutique. Séance 28 oct. 1896.

ROBINSON. Beobachtung en ueber Krebsbehandlung. Med. Rec. N. 4, 1900. 535.

WIRSZEJ. K woprosu o leczeniu raka matki i erozji na portio vaginalis posredstwem extr. chel. maj. Bolniecznaja Gaz. BOTKINA 1898, Nr. 3.

Treatment of cancer by means of chelidonium majus. The Practitioner 1899. Kwiecień.

WINTER U. SCHMIDT. Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus Centr. f. Gyn. 1897, 859.

Cynoglossum offic.

TZAKONA I POULOPOULOS. Gazette des hôp. 1899.

Eucalyptus.

LUTON. Phil. med. and surg. Report. XXXIV. 18 Apr. 1876.

COOKE ADAMS. Cancer in Australia: a comparison with other countries, together with a specific treatment for the prevention and arrest of the disease. Lancet 1904. Febr.

Arszenik wewnętrznie.

CRANE. Lancet 1839, Nr. 24.

JEITTELES. Auffallende Heilwirkung des Arsens. Oesterr. Woch. 1844, Nr. 49.

KLEINWAECHTER. Einige Worte ueber die Verwendung des Arsens in der gynäkologischen Praxis. Frauenarzt VII. 1862.

KÖBEL. Ueber die Arsenbehandlung maligner Tumoren. Beitr. z. kl. Chir. II. 1886. 219.

MASSART. Rev. de thé. méd. chir. 1860, 21.

PARSONS A. R. (Neuritis multiplex przy leczeniu raka arsenikiem). Dublin Journ. of. med. science. 2 Sept. 1895, 199.

THOLEN. Arch. f. kl. Chir. XVII. 1, 1874.

W. WALHER, M. JAEGER, J. RADIUS. Handwörterbuch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde. 1837.

Jod i sole jego.

BUCHANAN. Lond. med. Gaz. XIX. 409.

DEMARQUAY. Bull. de thé. LXXII, 399, Mai 15, 1867.

FRIESE. Ausgezeichnete Wirkung des Jodkalium gegen Brustseirrhus. Casper's Woch 1842, Nr. 17.

POMA. Gaz. di Milano Nr. 13.

WALLACE. Lancet 1836, Nr. 24.

ZIMMERMANN. Heilung eines Gebärmutterseirrhus durch den inneren und äusseren Gebrauch der Jodine. Royal Corresp. Bl. 1840 Nr. 15.

Żelazo.

BRAINARD. Amer. Journ 1852 April.

FUZET-DUPOUGET. Rév. méd. 1836. Novembre.

LÖWENSTEIN. Therapeutische Miscellen. Med. Ztg. Russl. 1851. 1. 3, 4.

MECKENHOFEN. Zur Caspistik und Vherapie des uteruscarcinoms. Deutsche klin 1865. 48, 51

RUHBAUM. Graham's Mittel gegen Scirrhus und Krebs. Med. Zeit. v. V. f. H. in Pr. 1836, N. 52.

Phytolacca decandra.

CROOK. Med. and. surg. Report. XXI. 9. 172.

Ac. comp. Reitzii.

KREBEL. Acidum compositum Reitzii gegen Cancer uteri. Med. Ztg. Russl. 1854, 5.

Aluminium.

FUSTER. Bull. de ther. T. VII.

JOUX. Gaz. des Hôp. 38, 1856.

Calcium carbonicum.

PETER HOOD. Lancet II, 15. Oct. 1867.

P. HOOD. On the administration of carbonate of lime as a means of arresting the growth of cancerous tumours. Lancet 1887, 927.

Kwas karbolowy.

CLARK. Brit. med. Journ. 1869. Febr. 13, 20.

DRASHE. Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolphstiftung in Wien, 1868.

Jodoform.

GREENHALGH i NUNN. Med. Times and Gaz. Febr. 24, 1866.

Transfusio sanguinis.

HAEHNER. Die neueren Mittheilungen ueber Transfusion des Blutes, Schmidt's Jahrb. 1880, III, 81.

Węgiel zwierzęcy.

BLAUD. Schm. Jahrb. IV, 1835.

CLARUS u. RADIUS. Beiträge 1836, II.

VOISIN. Gaz. med. de Paris 1834, N. 49.

Tran.

KALT. Leberthran gegen Lupus und Krebs. Rh. Mon. Schr, 1848, II, 9.

Dwusiarczyk węgla.

WHITTAKER. Cincinnati Clinic. XI, 7, 1876.

Terpentyna.

CLAY. Lancet 1880 March 15.

PELZ. Berl. kl. Woeh. XVII, 43, 1880.

FARNSWORTH. New. York med. Rec. 1880, XVIII, 220.

Kwas octowy wewnętrznie.

CURIE. Du traitement des affections cancéreuses par l'acide acétique et les acétates. Comptes rend. LXXXIV, N. 10.

Chloran potasu wewnętrznie.

EUTHYBOULE. Etude sur le traitement du canceroid par chlorate du potasse. Tèse. Paris.

Chlorate de soude.

BRISAUD. Le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac. Mercredi med. 1893, N. 35.

Bakterye i seroterapia.

ADAMKIEWICZ. Untersuchungen ueber den Krebs und das Princip seiner Behandlung. Wien 1893.

ADAMKIEWICZ. Die Heilung des Krebses. Wien 1903.

AMAT C. Traitement du cancer par les toxines et les sérums. Bull. géner. d. thérap. 42—81, 1899.

ANGERER. Traitement du cancer par le sérum érysipélateux. Bullet. méd. 6 juin 1895.

ARLOING et COURMONT. Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome. Bull. Ac. de Méd. 1896, 537.

AUGAGEUR. Injections de serum d'âne à des caucereux et des syphilitiques. La médecine moderne 1896, 253.

- BARLERIN. Traitement du cancer par la sérumthérapie. L'indépendance médicale 1896, N. 5.
- BÉALE CL. Anticarcinomatous toxins. Brit. M. J. July 4. 1896.
- Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung vom J. 1865.
- BOLTENSTERN. Die nicht operative Behandlung der bösartigen Geschwülste. Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. II, 4, 1902.
- BOUREAU. Sérothérapie contre le cancer. Gaz. hébd. méd. 14. sept. 1895, 440.
- BRA. Le cancer et son parasitisme, action thérapeutique des produits solubles du champignon. Paris 1900.
- BROTARD. Sérothérapie dans le cancer. Poitou méd. 1 oct. 1895, 217.
- BRUMMER. Traitement des tumeurs malignes par le sérum sanguin. Méd. moderne 6 fév. 1897 r.
- CHIACERI. La caneroina nella cura del cancro. Gazz. degli Ospedali Vol. II, 145.
- CHEVON. Sérothérapie du cancer. Rev. intern. méd. et chir. prat. 25 juin 1895, 225.
- CZERNY. Entgegnung auf die Mittheilung von Emmerich und Zimmermann: Ueber einige mit Krebsserum behandelte Fälle vom Krebs und Sarkom. Deutsche med. Woch. 1895 N. 43.
- DOR L. Principes généraux devant conduire à la découverte des serums anticancéreux. Gaz. hébd. méd. Paris 232, 1900.
- DOYEN. Der micrococcus neoformans und die Behandlung des Krebses. 31 Kongres chir. niem. 1902 r.
- DUBOIS. De la transmission du cancer humain à l'animal; sérothérapie du cancer. Semaine méd. 19 août 1896.
- DUBOIS. De la sérothérapie du cancer humain. Gar. méd. Paris 29 août 1896.
- EMMERICH i SCHOLL. Kritik der Versuche des Herrn Prof. BRUNS ueber die Wirkung des Krebsserums. Deut. med. Woch. 1895, str. 22.
- EMMERICH i SCHOLL. Die Haltlosigkeit der kritischen Bemerkungen des Herrn Petersen ueber Krebsheilserumtherapie. Deut. med. Woch. 1895, N. 24.
- ESCHWEILER. Die Erysipeltoxin und Serumtherapie der bösartigen Geschwülste. Leipzig. 142 str.
- FABRE DOMERGNE. Traitement sérotherapique du cancer et par les injections modificatrices en général. Soc. Biol. et Gaz. Méd. Paris 25 mai, 1895.
- FEDOROW. Med. Obozr. 1896, 1006.
- FRAENKEL. Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Wien 1896.
- GIBIER. De la sérothérapie dans le cancer. Sem. méd. 1895, 280—281.
- HOLST A. Ein Fall von carcinoma mammae (recidiv) mittels Erysipelpimpfung behandelt. Centr. Bl. f. Bakter u. Parasitenkunde 2, III, str. 13, 1888.
- JACKSCH R. Ueber die Behandlung maligner Tumoren mit dem Erysipelserum von EMMERICH-SCHOLL. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. 1895, 3.
- JAHRICKE i NEISSER. Centrabl. f. Chir. N. 25, 1884.
- JONA. Sérothérapie du cancer. Raccoglitore M. Forli XXI, 341.
- JOSSA R. De la sérothérapie du cancer. Gazz. d. Osp. Milano, 1896, 462.
- KEFERSTEIN. Anticarcinomatöses Serum beim Magenkrebs. Allg. Med. Centralztg. 12 oct. 1895, 973.
- R. KOCH i PETRUSCHKY. Beobachtungen ueber Erysipelpimpfungen am Menschen. Ztschr. f. Hyg. u. Infectionskrank. XXIII, 3, 477, 1896.
- KOHN H. Berl. kl. Woch. N. 34.—1902.
- KUGEL. Ueber einen Fall vom Krebsheilung nach Injection vom Serum ADAMKIEWICZ. Berl. kl. Woch. XXXIX, 24, 1902.
- KUHN E. J. Primary cancer of the nosopharynx cured by injections of alcohol. New York med. Record. LI, 16, 548 1897.
- LEVCHINE L. Cancer et injections stréptococciques. Bull. méd. 3 janv. 1897.
- LOEFFLER. Eine neue Behandlungsmethode des Carcinoms. Deutsche med. Woch. XXVII 1901, 42.
- MATAGNE H. Traitement du tumeurs malignes inopérables par l'erysipele et par les toxines du Coley. Rev. de mal. canc. 5 an. 4, Paris 1900.
- MATAGNE H. Un cas de cancer du plancher de la bouche guéri par le traitement de Coley. Gaz. Méd. Liège 1896, 33.

- METS.** Anticancer serum injection in retinal glioma. Belg. M. 23 avril 1896.
- MIRO y CALVO.** Epithélioma de lèvre inférieure guéri par le sérum anticancéreux. *Revis ta de med. y Circ.* 5 dec. 1895, 620.
- MOUGOUR et GENTES.** De la nectrianine. *Bull. méd.* 1900, 18 juillet.
- MONGOUR.** Des produits solubles du champignon parasite du cancer humain et du nectria ditissima, parasite du cancer des arbres. Action physiologique et thérapeutique de la nectrianine. *Journ. de méd. de Bordeaux.* 1900, 25 févr.
- MORELLD.** Epithélioma ulcère de la vulve; infection postopératoire; traitement par le sérum antistreptococcique. *Soc. méd. chir. du Brabant* 29 déc. 1896.
- MORRIS.** 70 Jahresversamml. der Brit. med. Assoc. 25 Juli, 1902.
- MUNCH.** Le traitement des tumeurs malignes à New York. *Sem. méd.* N. 59, 1903.
- NIEDEN.** 25 Kongres oftalmologiczny 5—8 sierpień, 1896. Ueber die Anwendung des Emmerich-Scholl'schen Krebsserums und des Formols bei inoperablen Angengeschwülsten.
- PETERSEN.** Ueber die Grundlagen und die Erfolge der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste. *Beitr. Z. kl. chir.* XVII, 2, 341, 1896.
- PROCHNIK.** *Pos. Tow Lek. w Wiedniu* 1902, 10 stycz.
- REYNIER P.** *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris.* XXVI, N. 34.
- RICHET et HÉRICOURT.** Traitement et guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie. *Sem. méd.* 1895, N. 3.
- ROMEI SERAFINO.** *Gaz. degli Osped.* 1902, N. 10.
- RONCALI D. B.** Ueber die Behandlung bösartiger Tumoren durch Injection der Toxine des streptococcus erysipelatis zugleich mit dem des Bacillus prodigosus sowie der nach den Methoden von Richet und Héricourt und nach den von Emmerich und Scholl zubereiteten sogenannten anticancerösen Serumarten. *Centr. Bl. f. Bakteriöl.* XXI, 20, 782, 1897.
- RONCALI D. B.** Intorno alla cura dei tumori maligni colle iniezioni delle toxine dello streptococco dell'erysipela associate con quelle del bacillo prodigioso e colle iniezioni dei così detti sieri anticancerosi preparati coi metodi di Richet e Héricourt e con quelli di Emmerich e Scholl. *Il Policlinico* vol. IV, C. 1.
- SALVATI i GEATANO.** *Rif. med.* 1895, 495—507.
- SCHIMMELBUSCH.** Referat ueber das Buch von Adamkiewicz und Eutgegnung. *Fortschr. d. Med.* 1893.
- SCHOLL.** Mittheilungen ueber die Darstellung von Krebsserum. *Deutsche medic. Woch.* 1895 r.
- SERGI.** Morgagni 1896.
- STIMSON.** Cancer and toxines. *Ann. surg. Phil.* 1896, 53.
- STONE.** Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxine of erysipelas and bacillus prodigosus. *Med. Rec. N. Y.* 1896, 746.
- ŚWIĄTECKI.** *Przegląd chirurg.* III, 139.
- THIRY.** *Presse méd.* 50, 1851.
- TIL.** *Russ. chir.* 1896, 541.
- Treatment of cancer Toxin and Serumtherapie. *The practitioner* 1899, 109.
- ZIEMACKI.** Ueber die Resultate der Behandlung von 20 Fällen bösartiger Neubildungen mittels Injectionem von Antistreptococcenserum Petersb. *med. Woch.* XXII, 36, 1897.
- ZIEMACKI.** Kongres w Moskwie 1897.
- 38 nie podanych tu prac przytacza Eschweiler.

Środki lecznicze zewnętrzne.

Energia promienista.

Pierwszy O. V. THAYER zastosował energię promienistą do leczenia owrzodzeń o charakterze złośliwym (*ulcus rodens*) w 1879 r. Metoda THAYER'a polegała na działaniu koncentrowanych promieni słonecznych

w charakterze silnego *causticum*. Ponieważ autor nie podaje opisu przyrządu, ani liczby seansów i czasu ich trwania należy sądzić, że posługiwał się zwykłą wypukłą soczewką. Oczywiście w tych warunkach na pierwszy plan występowało działanie tych promieni, które zmieniają się w energię cieplną.

Stąd też istotną zasługą wypracowania metody leczenia światłem i określenia jej działania ze ścisłością naukową należy się FINSSEN'owi [1892]. Między najrozmaitszymi postaciami chorób skórnych, leczonych przez tego badacza, znajdowały się i r a k i s k ó r n e: już w maju 1900 roku na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Kopenhadze FINSSEN przedstawił czterech wyleczonych przez siebie chorych.

Oprócz energii promienistej, pochodzącej z łuku Volty, stosowano i inne postaci tego czynnika. Szczególniej wielkiem upodobaniem cieszą się w leczeniu raków powierzchownych promienie X [ROENTGEN'a]. W ostatnich czasach również rozpoczęto próby z promieniami *radium*. 26 czerwca 1903 r. EXNER przedstawił w wied. Towarz. lek. 2 przypadki guzów złośliwych skóry, leczonych pod wpływem *radium*.

Działanie na żywą tkankę.

Nadzwyczaj wiele cech wspólnych fizycznych pozwala nam rozpatrywać razem rezultat działania zarówno światła łuku Volty, jak i promieni X. Różnicą zasadniczą jest o d m i e n n a d ł u g o ś ć f a l tych pojedynczych gatunków energii, rozstrzygająca o ich sile czynnej. Właśność rozróżnionych środowisk zatrzymywania promieni o pewnej długości fal pozwala nam filtrować i oddzielać krótkie od długich i badać oddzielnie ich własności. Poza tem zjawiska, powstające w tkankach pod wpływem różnych gatunków energii promienistej, nie różnią się prawie między sobą. To samo można powiedzieć o klinicznym przebiegu owrzodzenia rakowatego, poddanego działaniu powyżej wymienionych metod.

Wogóle dotąd niewiele posiadamy prac doświadczalnych w tym kierunku i dlatego nie jest bynajmniej ustaloną istotą procesów, zachodzących zarówno w zdrowej skórze, jak i w tkance raka, poddanych wpływowi energii promienistej. Do 1900 roku nie ogłoszono ani jednej pracy histologiczno-doświadczalnej o działaniu światła łuku Volty. Kwestya ta doczekała się częściowego wyjaśnienia w badaniach MOLLER'a, FREUND'a, STREBEL'a, i WALSBAM'a [1900—1902].

Wpływ metody FINSSEN'a na skórę, dotkniętą *ulcus rodens*, był przedmiotem poszukiwań GERSZUNIEGO ogłoszonych w 1002 r. Materiał do badań autor zdobywał, wycinając kawałki tkanki chorym leczonym, metodą FINSSEN'a w instytucie petersburskim.

Zjawiska, zachodzące w *ulcus rodens* przy systematycznym oświetlaniu, można podzielić na parę grup. Przedewszystkiem występują ostre objawy reakcyi ze strony tkanki. Grupę drugą stanowią zmiany, mające miejsce zaledwie po pewnej liczbie posiedzeń; wreszcie w dziale ostatnim autor mieści stałe, trwałe zmiany tkanki, które są ostatecznym wynikiem leczenia.

Początkowe objawy reakcyi należą do kategorii zwykłych zjawisk zapalnych. Okres ten cechuje nacieczenie drobnokomórkowe *cutis*, rozszerzenie naczyń krwionośnych i przestrzeni limfatycznych oraz nieznaczna wakuolizacya komórek warstwy MALPIG'ego. Również zauważono rozrost komórek nabłonkowych gruczołów potowych i łojowych, bez jakichkolwiek zmian morfologicznych tych elementów.

W dalszym ciągu, po 6-u mniej więcej seansach, z chwilą zwolnienia objawów zapalnych G. zauważył pojawienie się wśród nacieczeń *cutis* komórek wrzecionowatych z wyrostkami, mających skłonność do przechodzenia we włóknistą tkankę łączną. Warstwa nabłonkowa w tym okresie jest zgrubiała, ko-

mórki jej podlegają wakuolizacji, jądra się marszczą. Wreszcie, jako ostateczny rezultat, następuje wytworzenie się trwałej blizny. Elementy nabłonkowe ulegają zanikowi, prawdopodobnie wskutek niedostatecznego odżywiania, nie zaś specyficznego zwyrodnienia. Kanały gruczołów potowych są rozszerzone z powodu ucisku wyprowadzających przewodów; dokola elementów mięśniowych (*arrectores pilorum*) nacieczenie drobnokomórkowe jako ślad ostatni niewygasłego jeszcze procesu zapalnego.

Promienie X wkrótce po odkryciu ich przez RÖNTGEN'a zwróciły na siebie uwagę swym wybitnym wpływem na organizm. Makroskopowe zmiany polegają na zaczerwienieniu skóry z objawami zapalnymi [ból, pęcherze] oraz na wypadaniu włosów. Charakterystycznym jest, że efekt taki występuje nagle po parodniowych posiedzeniach leczniczych [własność kumulacyjna promieni X].

Zmiany drobnowidzowe w nabłonku chorym i zdrowym, w tkance raka, zachodzące pod wpływem promieni RÖNTGEN'a, nie są bynajmniej ustalone. BECK określa je jako przewlekłe zapalenie z zanikiem nabłonkowych elementów wskutek niedostatecznego odżywiania. Przy długim prześwietlaniu obserwował objawy nekrotyczne. SCHOLTZ zauważył zwyrodnienie zarówno normalnych, jak i rakowych elementów nabłonkowych. Uważa przytem za bardzo trudne wyosobnienie zjawisk, zależnych od wpływu promieni, od zwykłych wstecznych procesów. PORTHES, przeciwnie, widział wyraźną różnicę w odczynie komórek zdrowych i zrakowaciałych. Nabłonek ulega zwyrodnieniu, protoplazma komórek zlewa się i granice występują niejasno. Jądra barwią się słabo, nacieczenie białymi ciałkami krwi i „Plasmazellen“ wyraźne. Z kolei elementy rakowe znikają, na miejscu ich pojawia się tkanka bliznowata.

SCHATTOCK'a badania doprowadziły natomiast do wręcz przeciwnych rezultatów. Autor ten nie zdołał zauważyć zupełnie zwyrodnienia komórek, zaś nacieczenie drobnokomórkowe [limfocyty, „Mastzellen“, „Plasmazellen“] właściwie nie różniło się od podobnych obrazów w zupełnie nie leczonych rakach.

Wpływ *radium* na żywe tkanki pod pewnymi względami różni się od światła elektrycznego i promieni X. Według DANYSZA, siła czynna chlorku radium jest 500,000 razy większa od energii soli uranowych i uranu metalicznego. Przyłożone do skóry na 24 godzin radium niszczy zupełnie tkankę naskórka i skóry, wszelako głębiej zniszczenie się nie posuwa. Błony surowicze i śluzowe są prawie zupełnie niewrażliwe na emanację radium. Pierwiastek ten, trzymany w jamie otrzewnej morskiej świnki przez 4-y miesiące nie wywołał żadnych zmian. Natomiast system nerwowy oddziaływa bardzo wybitnie: osłabienia ruchowe, drgawki, nawet śmierć. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



58. Maks Buch. O bólach brzusznych na tle zwapnienia naczyń trzewowych.

Cierpienie powyższe dotąd znalazło bardzo małe uwzględnienie w literaturze odpowiedniej; ani patogeneza, ani symptomatologia nie były nam prawie znane. Dopiero przed 2—3 laty na chorobę tę zwróciły uwagę opisy kilku odpowiednich przypadków klinicznych, ogłoszone przez MORITZ'a, v. ENGELHARDT'a,

KAUFFMAN'a, NEUSSER'a i inn. Z zestawienia krytycznego tych właśnie opisów, jak również na zasadzie 25 własnych spostrzeżeń usiłuje autor podać obraz kliniczny, pozwalający, zdaniem jego, na ścisłe rozpoznanie tej postaci chorobowej.

Wspólną cechą wszystkich przypadków są n a p a d o w e bóle brzuszne. Zależnie od towarzyszących im objawów, zauważyć się tutaj dają dwa wogóle zasadnicze typy: 1) pospolity napad bólu brzuszego w zależności od zwapnienia naczyń trzewowych i 2) t. zw. gastralgią, jako współobjaw prawdziwej duszniczy bolesnej.

Postać pierwsza należy do częstych, jakkolwiek nieraz bywa zapoznawana. U ludzi przeważnie starszych [poza 40 rokiem] występują zwykle nagle, bez wszelkich zwiastunów bóle brzucha, umiejscowione częścią w okolicy pępka, częścią poniżej niego, częścią zaś nad spojeniem łonowem; posiadają one charakter to pieczenia, to kolek, to wreszcie silnego ucisku, trwają zwykle niedługo, kilka minut, rzadziej pół godziny lub dłużej; napady powyższe powtarzają się zwykle często, nieraz kilkanaście razy przez dzień. Najczęściej sprowadza je wysiłek fizyczny, szczególnie wchodzenie na schody, dźwiganie ciężarów i t. p., choć w $\frac{1}{5}$ przypadków zdarzają się one i przy zachowaniu zupełnego spokoju, nawet podczas leżenia; rzadziej już widywano je po wzruszeniach psychicznych, które, bądź co bądź, niepoślednią tu rolę odgrywają. Jak stąd widać, wywołują je te same przyczyny, którym i powstawanie ataków duszniczy bolesnej powszechnie się przypisuje.

Stałym, znamionym objawem jest ból na dotyk aorty brzusznej i jej okolic bocznych, t. j. splotów nerwu sympatycznego. Specyficznym jest poniekąd kojące działanie diuretyny (*Theobrominum natriosalicylicum* 3,0—4,0 *pro die*) lub strofantu (*Trae Straphanti* 5—8 kropeł 3 razy dziennie); znoszą one napady bólu po kilku godzinach, lub najpóźniej dniach, a stąd w przypadkach wątpliwych same mogą rozstrzygać o rodzaju cierpienia (rozpoznanie *ex juvantibus*). To szczególne działanie diuretyny i strofantu nie daje się zauważyć, zdaniem autora, w żadnej innej postaci bólów brzusznych.

Nieraz powyżej opisanym napadom bólów brzusznych towarzyszą i ataki duszniczy bolesnej, niema tu jednakże wspólnej zależności, a zachodzi jedynie zbieg dwóch objawów chorobowych jednej sprawy patologicznej, t. j. miażdżycy naczyń o różnym umiejscowieniu. W przypadkach grupy II rzecz się ma nieco inaczej; tutaj ból w nadbrzuszu pozostaje w bezpośrednim związku z dusznicą. Albo sprowadza on atak tej ostatniej, albo też ból dusznicowy rozpręstrzenia się na nadbrzusze, albo wreszcie ból nadbrzuszy, dzięki towarzyszącemu mu uczuciu strachu, zwolnieniu lub przyspieszeniu tętna, wreszcie tępowemu dla duszniczy promieniowaniu bólu do głowy, ramion lub łopatek, w wysokim stopniu imituje prawdziwą dusznicę bolesną.

We wszystkich przypadkach powyższej grupy spostrzegano ogólne zwapnienie naczyń, tak obwodowych, jak tętnicy głównej i serca. Najwybitniejszym zmianom ulega przedewszystkiem tętnica brzuszna; jest ona zwykle znacznie powiększona, przemieszczona na bok, łatwo przesuwalna, chociaż, dodać trzeba, zmiany te nie pozostają w prostym stosunku do nasilenia objawów klinicznych. Gdy w przypadkach pierwszej grupy kompensata jest prawie kompletna, tutaj często występują: duszność, obrzęki kończyn, powiększenie wątroby i t. p. Podobnie jak tam, teobromina i strofant działają tu skutecznie i szybko. W znakomitej większości przypadków niema związku między napadem bólów a jakością lub ilością spożytego pokarmu, chociaż notowano w literaturze pojedyncze przypadki, gdzie bóle te występowały po jedzeniu. W każdym razie, zdaje się, jakość pokarmu nie odgrywa tu żadnej roli.

W czynności przewodu pokarmowego niema zwykle zaburzeń; apetyt dobry, wypróżnienia normalne, choroby zwykle wyglądają zdrowo; zdarzają się i zaparcia stolca, lub też rozwolnienia, lecz w słabym stopniu. Funkcja wydzielnicza, jak i ruchowa żołądka najczęściej prawidłowa; czasami spostrzegano bębnięć w pewnych odcinkach kiszek. Jakkolwiek niewątpliwie bardzo nawet wybitna miażdżycza tętnic trzewowych w wielu razach nie pociąga za sobą żadnych objawów chorobowych, to jednakże, pamiętać należy, że bóle brzuszne na tle miażdżycy należą do częstszych u ludzi starszych i że uwzględniane być winny przy różniczkowaniu cierpień jamy brzusznej.

Wszyscy klinicyści, jacy postać tę chorobową opisywali, podają, jako objaw stały, patognomiczny, ból na ucisk tętnicy brzusznej. Gdy jedni przyczynę zjawiska tego upatrują w stanie zapalnym ścianki aorty (*aortite abdominale*), inni bolesność tę tłumaczą nadczułością zwojów nerwu współczulnego, które tu właśnie do naczyńia tego przylegają. Idąc za faktami, zdobytymi własnym doświadczeniem, autor podziela zdanie tych ostatnich mniema on, że bóle brzuszne przy miażdżycy tętnicy brzusznej są wyrazem nerwobólu splotu współczulnego lędźwio-aortycznego.

Jaki zachodzić może związek między tym nerwobólem, a miażdżycą tętnic, wyjaśniły prace ostatniej doby. Bardzo liczne badania ustaliły fakt, że przy wrzodziejącej postaci miażdżycy tętnic, co właśnie najczęściej zdarza się w aorcie brzusznej, błona zewnętrzna (*tunica adventitia*) zawsze jest w stanie zapalnym. Należy stąd słusznie przypuszczać, że splot aortyczny brzuszny (*plexus aorticus abdominalis*), jak również i część splotu słońcowego (*plexus solaris*), które wszak tak ściśle do aorty brzusznej przylegają, temuż zapaleniu ulegać muszą; a warunki te należyćie tłumaczą umiejscowienie omawianych bólów brzusznych właśnie w nadbrzuszu i w okolicy pępka. Jeżeli zwrócimy tu uwagę jeszcze i na częstą miażdżycę tętnic samych nerwów i na stąd płynące zmiany w krążeniu zastoina, wzmoczone ciśnieniu w łożysku trzewowym, zrozumieemy cały obraz kliniczny omawianej postaci chorobowej.

(*St. Petersburger med. Wochenschrift* N. 27 1904).

I. L.

59. P. Krause. Dwa przypadki zakażenia gonokokami ze stwierdzeniem gonokoków we krwi za życia chorych.

Zaczyna się upowszechniać przekonanie, że ogólne zachorowanie przy tryprze nie jest rzadkie. Najczęściej bywają zajęte narządy krążenia krwi i to dotyczy przedewszystkiem serca.

Wielokrotnie opisywano zapalenie błon sercowych (*endo-, myo- i pericardium*), spowodowane gonokokami i te bakterye były znajdowane w wyżej wymienionych miejscach przy badaniu zwłok pośmiertnem. Nawet we krwi, żyjących osobników znajdowano gonokoki. Do tych nielicznych wyników dołącza KRAUSE dwa swoje: 1) 28-letniemu mężczyźnie w 14 dni po zarażeniu się trypre, obrzmiały niektóre stawy dolnych kończyn, zjawily się bóle krzyża, piersi i pleców, a następnie bóle głowy i dreszcze. Przytem rozwinęły się objawy ze strony błon serca, opłucnej i płuc. Choremu 2 razy zapomocą nakłucia żyły (*venae-punctio*) wypuszczono 20 cm. sz. krwi i zasiano na glicerynagarze i agarze. Po 44godzinach wyrosły kolonie gonokokowe. Chory w 37 dni po zjawieniu się zapalenia zmarł. Rozbiór pośmiertny zwłok wykazał: *Pericarditis fibrinosa; dilatio et hypertrophia ventriculi utriusque; endocarditis ulcerosa valvul. aortae, degeneratio adiposa myocardii. Infarctus lienis. Pleuritis exsudativa. Pneumonia lobi infer. pulmon. utriusque. Haemorrhagia ventriculi et intestini. Degeneratio adiposa hyperthoph. hepatis. Ascites.* Naloty z zastawek aorty i z osierdzia, zasiane na podłożach, nie wykazały gonokoków.

2-gi przypadek ogólnego gonokokowego zakażenia dotyczył kobiety, która po porodzie przechodziła dyfterytyczne zajęcie rany. Podczas tego nastą-

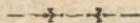
piło zejście lekkie prawego kolana, następnie nagłe podniesienie temperatury do 40,8°C i zjawily się bóle w żebrach z prawej strony, powiększona śledziona, *pyosalpinx gonorrh. duplex* i wysięk w miednicy. Z zasianej na podłożach krwi wyrosły kolonie gonokokowe. Po blisko 4-ch miesięcznym leczeniu chora wyzdrowiała. Autor przytacza jeszcze 3-ci przypadek ogólnego zakażenia gonokokami, w którym nie robiono bakteriologicznych poszukiwań we krwi. Ten chory w końcowym okresie trypra dostał obok zajęcia obu stawów kolanowych i prawego skokowego, prawostronną *iridocyclitis* ze zmętnieniem ciała szklistego i z wtórną *neuritis optica*.

Autor dochodzi do wniosku, że w każdym przypadku ogólnego zakażenia gonokokami, można znaleźć we krwi te bakterye, trzeba tylko agar ochłodzić mniej więcej do 40—41°, ponieważ gonokoki są nadzwyczaj wrażliwe na gorąco.

(*Berlin klin. Woch. N. 19, 1904*).

Feliks Malinowski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W N. 32 na str. 783, kolega MALINOWSKI zapytuje się: „jak się zapatrywać na notatkę WIŚNIEWSKIEGO, wliczającego 3 przypadki *pemphigus syphiliticus* u dzieci? ...przeciwko specyficzności przemawia wiek dzieci“.

Otóż mogę odpowiedzieć, że dzieci miały pęcherzycę, to nie ulega wątpliwości, że zaś miały pęcherzycę specyficzną, chociaż późniejszy ich wiek (1,10,22-miesięczny) przemawia przeciwko specyficzności, utwierdzają mię w tem mniemaniu: 1) u dziecka miesięcznego rodzice notowali, że w 7 dni po urodzeniu zjawily się pęcherze, 2) specyficzna kuracya, która u dziecka 22-miesięcznego dała dobry rezultat, 3) wywiady, zebrane od rodziców, z których albo oboje albo jedno napewno chorowało na *lues*.

Co zaś do wzmianki o zębach Hutchinsonowskich, zamieszczonej w tymże artykule, to zgodziwszy się, że cechy Hutchinsonowskie spotykamy na stałych zębach, nie mogłem nie wspomnieć o przypadku, w którym obserwowałem wyraźne, zupełnie, dosyć głębokie brózdki na dwóch górnych siekaczach, na zębach niestałych u dziecka rocznego.

Łączę wyrazy głębokiego poważania, *J. Wiśniewski.*

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Dr GRAD (z New-Yorku) zaleca wstrzykiwanie ergotyny w celu zapobiegania wymiotom po uspieniu chloroformem. W tym celu przed uspieniem należy wstrzyknąć 0,65 grm. ergotyny i tyleż po przebudzeniu. Jeżeli operacya trwa długo, to podczas niej trzeba wstrzyknąć jeszcze trzecią dawkę. Wymioty i nudności potem, jeżeli nawet występują, są niewielkie i nie tak przykre. Wrazie wyjątkowej skłonności do wymiotów można wstrzyknąć nawet czwartą dawkę w 2 godziny po operacyi.

(*Sem. med. N. 30, 1904*).

— M. GUILLOZ poleca wraze zapaści chloroformowej działać na ruchy przepony zapomocą tłoczenia ku niej trzew brzusznych. W tym celu, gdy jedna osoba przy wykonywaniu sztucznego oddechu ciśnie na klatkę piersiową, druga jednocześnie

obiema rękami naciska brzuch, tłocząc raptownie trzewa ku przeponi. W jednym przypadku ciężkiej zapaści, gdzie zwyczajnie wykonywany sztuczny oddech był bez wyniku, dopiero po takim naciskaniu brzucha oddychanie powróciło.

(*Sem. med.* N. 30, 1904).

— Prof. FRIEDRICH [z Gryfii] powziął myśl urządzania takiego roztworu, który możnaby wprowadzać podskórnie, jako odżywkę, w przypadkach nietolerancji żołądka i kiszek [np. przy rozlanem zapaleniu otrzewnej]. W tym celu początkowo z dobrym wynikiem wprowadzał pod skórę roztwór cukru gronowego i oliwę tak, by dostarczyć choremu na dobę 1200 kaloryi. Brał mianowicie roztwór soli kuchennej 2 pro m. i cukru gronowego 30—35 pro m. [chemicznie czysty cukier Мельк'а z Darmstadt]. Roztwór taki gotował 10 minut, i następnie ciepły zapomocą irygatora i kaniuli wprowadzał kilka razy dziennie pod skórę w ilości 500—2000 na raz. Poza tem oddzielnie wprowadzał pod skórę sterylizowaną i do ciepłoty ciała ogrzaną oliwę w ilości 20—100 grm. na raz. Wyniki były dobre. Ponieważ jednakże tłuszcze i węglowodany nie są w stanie zastąpić białka, prof. F. rozpoczął próby w tym kierunku. W końcu udało mu się przezwyciężyć trudności i przyrządzić płyn, który można sterylizować i który nadaje się do użycia, jako odżywka. W tym celu użył on białka pod postacią t. zw. *pepsin-fibrin-peptonu*, otrzymanego przez prof. SIEGFRIED'a [kierownika oddziału chemicznego w Instytucie fizyologicznym w Lipsku]. Na 1000 cm. sz. wody F. bierze 2,0 NaCl+35,0 cukru gronowego+15,0 *pepsin-fibrin-peptonu* i wstrzykuje to zrana. Wieczorem wstrzykuje tyleż roztworu z taką ilością soli i cukru oraz z 5—10 gr. wspomnianego peptonu. Pomiędzy temi iniekcjami wprowadza podskórnie 20—50—100 grm. sterylizowanej oliwy.

(*Arch. f. klin. chir.* R. 73, s. 507).

— Dr FITTIG podaje wyniki leczenia nowotworów złośliwych promieniami ROENTGEN'a, otrzymane w klinice prof. MIKULICZA. Leczone 37 przypadków wyłącznie raka; z tego 18 przypadków dotyczyło raka skóry, 2 — jamy ustnej, 1—gruczolów chłonnych szyi, 11 — gruczolę piersiowego i 5 — przelyku; stosowano możliwie miękkie rurki z niewielką odległością przedmiotu oświetlanego [2 cm. przy rakach skóry]; pojedyncze posiedzenia trwały przeciętnie około 20 minut. Liczba posiedzeń bywała znaczna. Wyniki ostateczne można tak streścić: działanie promieni występowało o tyle słabiej, o ile głębiej sięgał lub leżał guz i o ile on był złośliwszy, t. j. o ile więcej miał on skłonności do rozrastania się i przechodzenia na gruczolę chłonne. Najlepsze wyniki otrzymano w rakach skóry (*ulcus rodens, canceroid*), o ile nie były zajęte gruczolę. Blizny w tych razach otrzymano lepsze, mniej szpecące, niż po operacji. W razie zajęcia gruczolów chłonnych otrzymać można wyleczenie, należy jednakże gruczolę usunąć operacyjnie. W przypadkach raków skórnych nieoperacyjnych można zapomocą promieni X lub też zapomocą tychże promieni w połączeniu z operacją otrzymać znaczne polepszenie, być może nawet wyleczenie.

Natomiast raki piersi nie nadają się do takiego leczenia zupełnie; możnaby je stosować tylko w przypadkach nieoperacyjnych. Toż samo da się powiedzieć o rakach przelyku i innych organów; co najwyżej możnaby takie leczenie stosować w przypadkach raka ust lub innych otworów.

(*Beitr. z. klin. Chir.* T. 42, s. 505).

Sprostowanie. W Nr. 32 Gaz. Lek. w artykule F. MALINOWSKIEGO „Syfilis dziedziczny wczesny“ zamiast *Madier, Champverneil*, powinno być *Madier-Champvermeil*; zamiast *urticaria scrophulos*, powinno być *urticaria, strophulus*.