

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI UROLOGICZNEJ PROF. GUYON'a W PARYŻU.

O raku gruczołu krokowego na podstawie badań anatomo - patologicznych i klinicznych.

Napisali

Bolesław Motz
(Paryż).

Feliks Majewski
(Warszawa).

Pomyślne wyniki operacyjnego leczenia przerostu gruczołu krokowego drogą jego wycięcia zwróciły uwagę niektórych urologów na możliwość zastosowania tego samego sposobu leczenia w złośliwych nowotworach tegoż gruczołu. Spodziewano się, że idąc tą drogą, da się osiągnąć w niektórych przypadkach radykalne wyleczenie, w innych przynajmniej znaczne przedłużenie życia chorego. W pewnej dosyć ograniczonej ilości przypadków zabieg ten istotnie został wykonany i niektórzy z urologów [Pousson, Proust, Young] sądzą, że wycięcie gruczołu krokowego, w którym rozpoznano obecność nowotworu złośliwego, może dać wynik leczniczy pomyślny.

Przy zalecaniu zabiegów chirurgicznych z powodu tej lub innej złośliwej sprawy nowotworowej, powstają pytania pierwszorzędnej wagi, wymagające, o ile tylko to jest możebnem, wyraźnego rozstrzygnięcia, a mianowicie: czy nowotwór w danym przypadku przedstawia się jeszcze jako sprawa miejscowa; względnie, jak długo takiego rodzaju sprawy nowotworowe pozostawały umiejscowione w szeregu przypadków dawniej badanych

pod względem klinicznym i anatomo - patologicznym; jakiego rodzaju przerzuty dają się najczęściej spostrzegać; a także czy pierwsze objawy chorobne występują dostatecznie wcześnie, ażeby rozpoznać cierpienie jeszcze w okresie rozwoju choroby, nadającym się do operacji.

Mając sposobność w klinice NECKER'a spostrzegania pewnej ilości przypadków raka gruczołu krokowego, postanowiliśmy się przekonać, opierając się na badaniu ich klinicznym i anatomo - patologicznym, jakich wyników możnaby się spodziewać przy zastosowaniu w tych przypadkach zabiegu operacyjnego?

Dla wyjaśnienia wzmiankowanej sprawy przytoczymy przedewszystkiem pokrótce wynik głównych prac o raku gruczołu krokowego, wykonanych dawniej, streścimy własne spostrzeżenia kliniczne, wyniki odpowiednich sekcji i własne badania mikroskopowe; przejrzymy główne objawy kliniczne, starając się określić, o ile możliwem jest wczesne rozpoznanie raka gruczołu krokowego, wreszcie przejrzymy przypadki, w których zastosowano, w celu leczenia wycięcie gruczołu krokowego.

CIVIALE ¹⁾ spostrzegał tylko kilka przypadków raka gruczołu krokowego; podług niego, cierpienie to na szczęście zdarza się rzadko; spotkał się on tylko z częściowem i bardzo ograniczonem zwyrodnieniem „*dégénérescence cérébriforme*” gruczołu. W jednym przypadku sprawą nowotworową, wychodzącą z gruczołu krokowego, zajęty był jednocześnie pęcherz.

Bardzo dokładnie opisał raka gruczołu krokowego THOMPSON ²⁾. Autor ten spostrzegał nowotwór gruczołu krokowego 13 razy: raz u dziecka [prawdopodobnie mięsak], a 12 razy u mężczyzny dorosłych. Opisuje on wygląd gruczołu, zmienionego nowotworowo, i zaznacza szerzenie się nowotworu na cewkę i pęcherz moczowy w postaci gruzelków rakowych lub wyrostków grzybowatych. W razie jeżeli nowotwór istniał już od dłuższego czasu, naczynia chłonne i gruczoły okoliczne zawsze bywały zajęte; widział on nawet naczynia żyłne w gruczole krokowym wypełnione komórkami nowotworowemi. Rozrastanie się nowotworu dokonywa się zwykle wzdłuż wielkich naczyń miednicowych, czasami zaś w kierunku okolicy pachwinowej. Przerzuty mogą powstawać w mózgu, w nerkach, w wątrobie i w żołądku. Również spostrzegał on pojawianie się ognisk nowotworowych (*dépôts encéphaloïdes*) w gruczole krokowym, znajdującym się już poprzednio w stanie przerostu, powodującego różnego rodzaju objawy zaburzeń w oddawaniu moczu.

Prócz tego THOMPSON zwraca uwagę na obecność w moczu chorych na raka gruczołu krokowego kłaczków powstałych z rozpadłych cząstek tkankowych, które, jego zdaniem, powinny być badane drobnowidzowo, ponieważ ich budowa histologiczna nieraz decyduje o rozpoznaniu.

¹⁾ CIVIALE. *Traité pratique des maladies voies urinaires* 1858.

²⁾ THOMPSON. *Traité pratique des maladies voies urinaires*. Trad. fr. 1881, p. 738—754.

Obszernie sprawę raków gruczołu krokowego opracował GUYON ¹⁾ na podstawie materiału własnego i innych autorów. Opis t. zw. raka sterczo-miednicowego daje się streścić w sposób następujący:

1) Jest to guz znacznej objętości, składający się z nowotworu zwyrodniałego gruczołu krokowego i sąsiednich gruczołów chłonnych, objętych już przerzutami i po zrastanych ze sobą.

2) Posiada wyrosty boczne w kierunku wcięć kulszowych, tylny w kierunku zagłębienia kości krzyżowej i przedni ku spojeniu łonowemu.

3) Zajęcie cewki tylnej i gruczołów chłonnych pachwinowych.

4) Bardzo rzadko występuje przejście sprawy nowotworowej na pęcherz, które, o ile się zdarza, bywa bardzo ograniczone. Nigdy nie spotykamy się z zajęciem sterczu sprawą rakową, rozwijającą się pierwotnie w pęcherzu.

5) W niektórych przypadkach bywają zajęte ściany miednicy.

RECKLINGHAUSEN ²⁾, opierając się na pięciu własnych spostrzeżeniach, zwraca uwagę na tworzenie się w przebiegu raka gruczołu krokowego przerzutów w kośćcu.

Stosunki topograficzne nacieczenia nowotworowego w gruczołach chłonnych zbadał PASTEAU ³⁾; stwierdził on, że najczęściej, bo w 87%, zajęte są gruczoły miednicowe, znacznie rzadziej gruczoły pachwinowe (36%) i lędźwiowe (27%).

Prócz wyżej wymienionych prac ważne szczegóły znajdujemy jeszcze w badaniach ALBARRAN'a i HELLÉ'go ⁴⁾ nad sprawą przerostu i raka gruczołu krokowego.

Autorowie ci, zbadawszy anatomo - patologicznie 100 gruczołów krokowych, znajdujących się w stanie przerostu i pochodzących od osób cierpiących na różnego rodzaju dolegliwości w oddawaniu moczu, charakterystyczne dla tak. zw. prostatyków, stwierdzili w 14-u przypadkach (14%) oprócz zwykłych obrazów dobrotliwego przerostu sterczu, rozrastanie się nabłonka o cechach złośliwych. Przypadki te wzmiankowani autorowie opisali pod nazwą adeno-epiteliomatów gruczołu krokowego.

Najobszerniejsze omówienie obecnego stanu wiedzy w zakresie raków gruczołu krokowego, poparte 72 spostrzeżeniami osobistymi, znajdujemy u KAUFFMANN'a ⁵⁾. HALLOPEAU ⁶⁾, studyjąc wzmiankowane cierpienia, przy-

¹⁾ GUYON. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.

²⁾ RECKLINGHAUSEN. Festschr. zur Virchow's J. Geburtstag. Berlin, 1891.

³⁾ PASTEAU. Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate. (Thèse de Paris, 1897).

⁴⁾ ALBARRAN et HALLÉ. Hypertrophie et néoplasie épithéliale de la prostate. Ann. m. org. gén. urin. 1898.

⁵⁾ KAUFFMANN. Choroby gruczołu krokowego pod red. Socin'a i BURKHARDT'a (niemieckie).

⁶⁾ HALLOPEAU. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la prostate. Thèse de Paris, 1905.

chodzi do przekonania zgodnego z innymi autorami [GUYON, MORZ i MAJEWSKI], że nadzieje, pokładane na zabieg operacyjny, niezupełnie dadzą się ziścić, ponieważ w ogromnej większości przypadków cierpienie to zostaje rozpoznane w okresie, wykluczającym radykalne usunięcie całości nowotworu. Pomimo to szczegółowe badanie opisów przypadków operowanych, przekonało go o możliwości pomyślnych wyników przy zastosowaniu zabiegu operacyjnego w przypadkach, gdzie dzięki uważnemu badaniu udało się stwierdzić ograniczone umiejscowienie sprawy chorobnej.

I. Badanie anatomo - patologiczne.

Materiał, który posiadaliśmy w rękach naszych dla badań nad omawianą sprawą, był następujący: okazy makro - i mikroskopowe 26 przypadków raka gruczołu krokowego, rozpoznanego klinicznie, i 30 przypadków, w których rozpoznanie sprawy nowotworowej dokonaniem zostało dopiero przy badaniu anatomo-patologicznem po sekcji; jednocześnie 60 klinicznych spostrzeżeń przebiegu choroby. Wyniki otrzymane przy badaniu tego materiału pozwoliły nam uzupełnić w niektórych szczegółach dzisiejszy stan wiedzy o raku gruczołu krokowego.

A) *Badanie makroskopowe.*

W opisie obrazów makroskopowych uwzględnialiśmy głównie przypadki, w których rak gruczołu krokowego rozpoznany był, jako taki, klinicznie.

Rozmiary gruczołu krokowego rakowato zwyrodniałego. THOMPSON wypowiedział przypuszczenie, że w okresach początkowych powiększanie się nowotworu odbywa się bardzo powolnie. Z chwilą jednak, kiedy nowotwór osiągnął pewne rozmiary, wzrost jego postępuje potem bardzo szybko. Według GUYON'a „gruczoł krokowy, dotknięty sprawą nowotworową, jest prawie zawsze znacznie powiększony. Często nawet niepodobna przy badaniu dwuręcznym dotrzeć do tylnó - górnej granicy gruczołu”. Wyjątkowo daje się spostrzegać tylko częściowe zwiększenie objętości gruczołu w jednym z jego płatów.

JOLLY przytacza trzy przypadki raka gruczołu krokowego, w których gruczoł ten zachował rozmiary prawidłowe, FRISCH zaś ogłosił przypadek, w którym stercz ze zmianami rakowymi okazał się nawet mniejszym, niż w stanie fizyologicznym. Nasze badania gruczołów, nowotworowo zmienionych, przekonały nas, że istnieje wielka różnica pomiędzy wynikami badania gruczołu przez odbytnicę i jego stanem rzeczywistym, czyli pomiędzy wynikami badania klinicznego i anatomo - patologicznego. Na 26 przypadków, rozpoznanych klinicznie, — w 8-u, a więc w 30%, wyniki obydwóch wyżej wzmiankowanych rodzajów badań wyraźnie się pomiędzy sobą różniły. Najwięcej omyłek dokonano w przypadkach, w których przy bada-

niu klinicznym stwierdzono obecność gruczolu znacznie powiększonego, albowiem na 16 tego rodzaju przypadków aż 7 razy wyniki badania klinicznego różniły się od stosunków, wykazanych na sekcji. Trudność dokładnego określenia rozmiarów nowotworowo zmienionego gruczolu zależy jest najczęściej od przeszkód, jakie napotykamy przy wyczuwaniu jego brzegów. Masy nowotworowe, rozwijające się w otoczeniu gruczolu, często są z nim tak bardzo ściśle zrosnięte, że dają się rozdzielić dokładnie dopiero przy preparowaniu sekcynem.

Mieliśmy sposobność stwierdzić na naszym materiale, że znacznie powiększony gruczoł spotyka się w takich razach bardzo rzadko [dwa przypadki]; przeważnie ma się tu do czynienia z gruczolem, powiększonym umiarkowanie [17 przypadków]; 4 razy stwierdziliśmy objętość gruczolu prawidłową i 3 razy okazała się ona mniejszą od tej ostatniej. Należy również nadmienić, żeśmy niemogli wykazać zależności pomiędzy rozmiarami nowotworowo zmienionego gruczolu a wielkością zmian, zachodzących w otaczających gruczoł tkankach oraz w odpowiednich naczyniach i gruczołach limfatycznych; spostrzegaliśmy bowiem przypadki, w których, obok małego gruczolu krokowego, można było stwierdzić znaczne zajęcie odpowiedniego systemu naczyń i gruczołów chłonnych i równocześnie powstawanie olbrzymich mas nowotworowych, wzdłuż przedniej powierzchni kolumny pancerzowej, w sąsiedztwie wielkich naczyń.

Konsystencja. Dokładny opis konsystencji raków gruczolu krokowego dokonany został przez THOMPSON'a i GUYON'a. THOMPSON powiada, że chory gruczoł krokowy posiada powierzchnię nierówną; znajdujemy na niej wypukłości o niejednakowej konsystencji; niektóre z nich są twarde o powierzchni napiętej — jak gdyby mocno opięte przez torebkę; części gruczolu, najsilniej wypukłone, okazują się często miękkimi i pokrytymi wyrostami.

GUYON wykazuje, że konsystencja gruczolu krokowego w raku gruczolu krokowego może być zupełnie równomierną. Otrzymujemy wówczas przy badaniu wrażenie twardej tkanki chrząstkowej lub zbitowłóknistej — co się zdarza szczególnie w początkowym okresie choroby. W razach, w których znajdujemy chory gruczoł znacznie powiększonym, wyczuwamy przez odbytnicę na jego powierzchni miejsca o twardości chrząstkowatej, inne znowu miękkie lub prawie chleboczące. Tam, gdzie znajdujemy powierzchnię powiększonego gruczolu zupełnie gładką, taką, jaką bywa w stanie prawidłowym, należy podejrzewać raczej zwykły przerost sterczu, niż jego rak.

Wyżej opisane nierówności na powierzchni i części sterczu o twardej konsystencji pozwalają rozpoznać z łatwością sprawę chorobną w tym okresie rozwoju. Niejednakowe wyczuwanie gruczolu pod względem konsystencji występuje dzięki odczynowemu rozrastaniu się tkanki łącz-

nej wokoło ogniska nowotworowego. Wskutek tego powstają w takich miejscach gruczołu krokowego szerokie pasma tkanki włóknistej o twardej konsystencji, których zadaniem miało być stworzenie przegrody ochronnej pomiędzy częściami zdrowymi, a ogniskami nowotworowymi. Ta dążność ustroju do stawienia przeszkód miejscowemu rozrostowi nowotworu tłumaczy nam, dlaczego w ogromnej ilości przypadków raka gruczołu krokowego, sam gruczoł bywa tylko umiarkowanie powiększony. Wysiłki te ustroju są jednak niedostateczne, ażeby odciąć nowotworowi zupełny dostęp do tkanek otaczających, do których sprawa nowotworowa dochodzi drogami limfatycznymi i buja w nich już bez przeszkody.

Dla celów rozpoznawczych byłoby rzeczą bardzo pożądaną wiedzieć, w jakim okresie rozwoju choroby wytwarzają się wyżej wzmiankowane zmiany w konsystencji i o ile są one zjawiskiem stałym. Jeśli jednak zważymy na to, że pierwsze objawy chorobne [o czem niżej], zmuszające chorego do szukania porady lekarskiej, występują w bardzo późnym okresie rozwoju choroby, należy przypuścić, że nigdy prawie nie uda się nam uchwycić chwili pojawiania się pierwszych zmian konsystencji w gruczole, dotkniętym sprawą rakową. Prócz tego pojawianie się wrębów, wyczuwających się chrząstkowato, nie jest objawem stałym, tak iż należy przyznać, że pewna dosyć znaczna część nowotworów gruczołu krokowego jest pozbawioną tego ważnego dla ich rozpoznania objawu i rozpoznana być nie może. Dowody na to znajdujemy w pracy ALBARRAN'a i HALLÉ'go, którzy pomiędzy stu przypadkami klinicznie rozpoznanego przerostu sterczu w 14-u przypadkach drobnowidzowo wykazali obecność zmian nowotworowych, nie rozpoznanych ani klinicznie, ani nawet makroskopowo przy badaniu sekcyjnym. Od czasu pojawienia się wzmiankowanej tylko co pracy, myśmy obserwowali dosyć znaczną ilość przypadków analogicznych. Szczególnie przy badaniu nacieczeń guzowatych pęcherza jedcn z nas stwierdził na całym szeregu przypadków, że nowotwór pęcherza rozwija się często wtórnie ze źródła, pierwotnie znajdującego się w gruczole krokowym, które jednak nie zostało rozpoznane z braku odpowiednich objawów charakterystycznych, otrzymywanych przy badaniu gruczołu przez odbytnicę. Należy więc pamiętać, że istnieje spora ilość przypadków, w których rozpoznanie nowotworu w sterczu jest nietylko trudnem, ale nawet niemożliwem.

Szerzenie się nowotworu. Zważywszy na blizkie sąsiedztwo cewki tylnej z pierwotnymi ogniskami nowotworowymi można by było przypuszczać, że prawie we wszystkich przypadkach okaże się ona zajęta przez sprawę nowotworową. W istocie rzecz się ma zupełnie odwrotnie: Z 26-u przypadków — cewka okazała się zajęta tylko 7 razy [27%]. W razie zajęcia cewki, obejmującego również i błonę śluzową, na powierzchni jej widzimy albo małe wyrosty albo mniej lub mniej głębokie owrzodzenia. W tym ostatnim przypadku proces destrukcyjny może objąć część cewki, przebie-

gającą w gruczole, i część błonia stą—może nawet wywołać infekcję moczową, jak o tem w swoim czasie pisali MOTZ i BARTRINA ¹⁾.

Wśród siedmiu przypadków zajęcia nowotworem cewki, spostrzeganych przez nas, w dwóch stwierdziliśmy tylko obecność małych brodawkowatych wyrostów, w 4-ch cewka tylna posiadała głębokie owrzodzenia i w jednym była zupełnie zniszczona. Ciało gąbczaste cewki okazało się zajętem w trzech przypadkach, w których naciek nowotworowy czy to sięgał do opuszki, czy też nawet obejmował ją i ciała jamiste prącia. ENGELBOCH, JULIEN et TAILHEFER opisali już przed nami podobnego rodzaju propagację raka na ciała jamiste. Rzadko względnie spotyka się rozrastanie się nowotworu w kierunku międzykrocz; daje się ono spostrzegać przeważnie w razie zajęcia przez nowotwór opuszki i gruczołów COWPER'a: myśmy mieli sposobność spostrzegać tylko jeden taki przypadek.

Szerzenie się na pęcherz. Sprawa wzajemnego stosunku nowotworów gruczołu krokowego i nowotworów pęcherza była ostatnimi czasy dość żywo omawiana. Już dawniej KLEBS wypowiedział zdanie, że wszystkie nowotwory pęcherza, występujące w kształcie nowotworów, infiltrujących ściany pęcherza, pochodzą z gruczołu krokowego. Pogląd ten został ogólnie odrzucony, gdyż aczkolwiek zawierał w sobie część prawdy, był jednak wypowiedziany w znaczeniu nazbyt ogólnem. Jeden z nas ²⁾, badając z tego punktu widzenia 38 nacieczeń nowotworowych pęcherza, stwierdził, że w $\frac{2}{3}$ przypadków, nowotwory te pochodziły z gruczołu krokowego. MONFORT ³⁾ doszedł również do przekonania, że źródło nacieczeń nowotworowych pęcherza bardzo często leży w sterzu. Potwierdzenie tego poglądu znajdujemy wreszcie w wielu innych pracach. ALBARRAN oświadcza, że w przypadkach raka gruczołu krokowego, pęcherz bywa zajęty bardzo często. Th. WALKER z dośróđ 10 sekcyjnych przypadków raka sterzu w 8-u wykazał przejście nowotworu z gruczołu krokowego na pęcherz. Pomiędzy 22 przypadkami KAUFFMANN'a znajdujemy 14, w których pęcherz był również nowotworowo zmieniony. Jeśli się wreszcie przypatrzemy spostrzeżeniom, znajdującym się w pracy HALLOPEAU'a ⁴⁾, znajdziemy, że na 27 odpowiednich sekcyi pęcherz okazał się zajęty 19 razy.

Myśmy ⁵⁾ stwierdzili zajęcie pęcherza 20 razy z 26 przypadków raka gruczołu krokowego, rozpoznanego klinicznie.

Pomimo to, niektórzy autorowie stoją na stanowisku wręcz przeciwnem.

1) MOTZ i BARTRINA. Contribution à l'étude des abcès périurinaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale. Annales org. gen. urin. 1903.

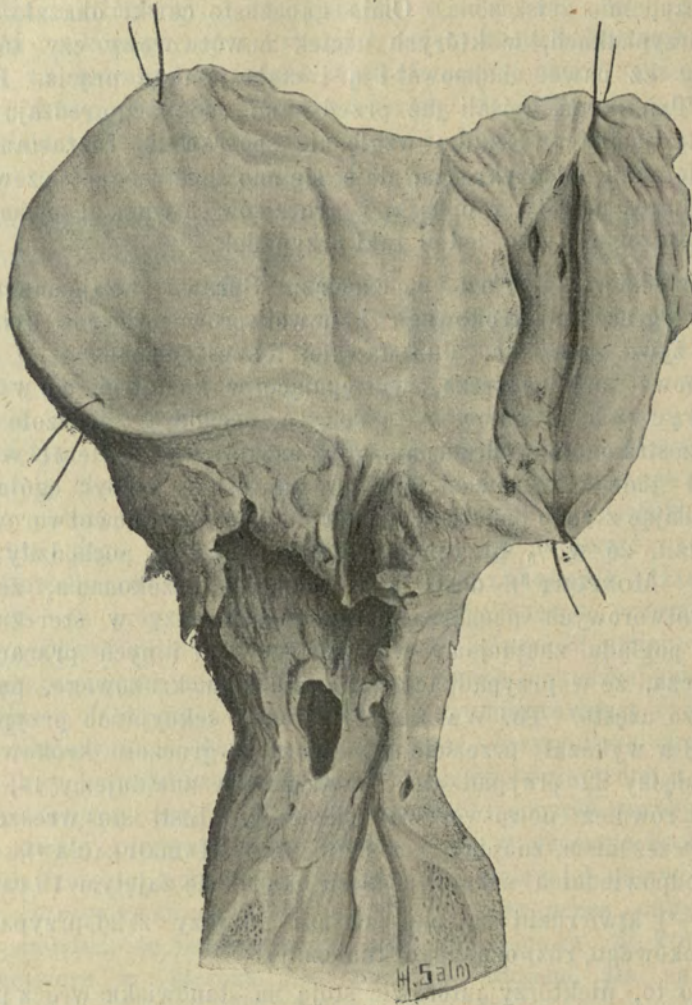
2) MOTZ. Origines de certaines tumeurs vésicales. Ass. franç. d'Urol. 1901.

3) MONFORT. Du rôle de la prostate dans la production des tumeurs épithéliales infiltrées de la vessie. Thèse de Paris, 1933.

4) ALBARRAN. Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, p. 684.

5) MOTZ et MAJEWSKI. Contribution à l'étude des cancers épithéliaux de la prostate Académie des sciences, 1906.

Pousson ¹⁾ np. pisze: „szerzenie się raka gruczołu krokowego do pęcherza, jest wprawdzie faktem, nie dającym się zaprzeczyć, ale rzadkim, wobec czego nie sędzę, ażeby badania drobnowidzowe Morz'a, a także świeżo ogło-



Rys. 1. Rak sterczu. Zniszczenie częściowe tarczowej części cewki. Całkowite zniszczenie części błoniastej cewki (ropień krocz).
100

szone badania MONFORT'a mogły w czemkolwiek bądź zmienić moje wnioski, jeszcze dawniej wypowiedziane w sprawie nowotworów pęcherza, że nowo-

¹⁾ POUSSON. Cure radicale du cancer de la prostate. Ann. des org. g. ur., 1904.

twory pęcherza i gruczołu krokowego powstają w większości przypadków niezależnie jedno od drugich”.

Bez względu na nieprzejednane stanowisko niektórych autorów, opierając się na badaniach własnych i innych autorów, wyżej wzmiankowanych,

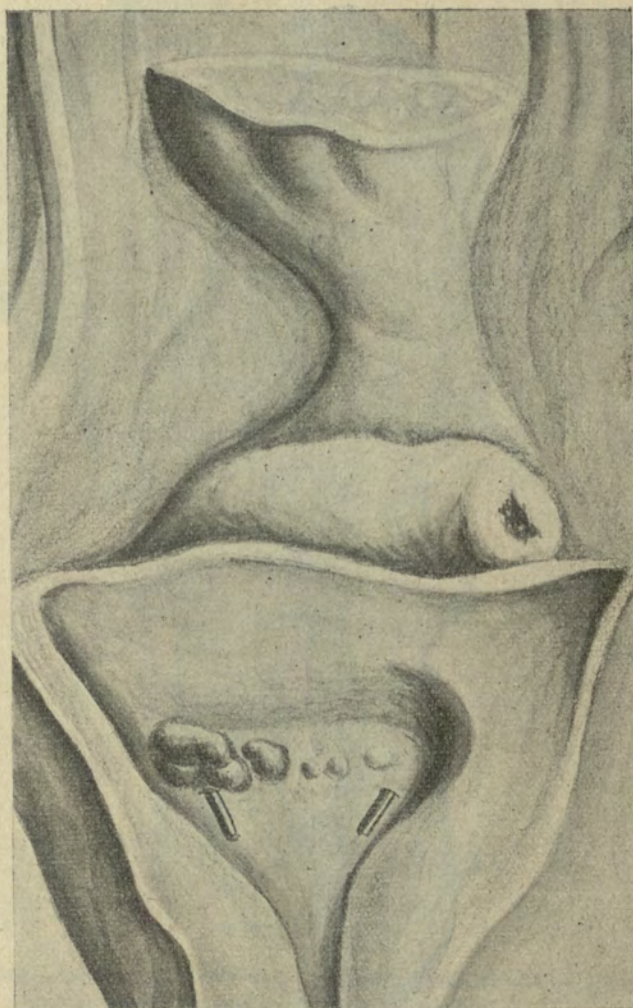


Rys. 2. Rak sterczu. Zajęcie cewki tylnej. Zgorzel cewki przedniej. Nacieczenie moczowe.

sądzimy, że obecnie sprawa szerzenia się raka gruczołu krokowego na pęcherz jest kwestyą rozstrzygniętą w myśl następującego oświadczenia: szerzenie się raka gruczołu krokowego na pęcherz jest zjawiskiem bardzo

częstem, a znaczna ilość nacieczeń nowotworowych pęcherza jest pochodzenia sterczowego.

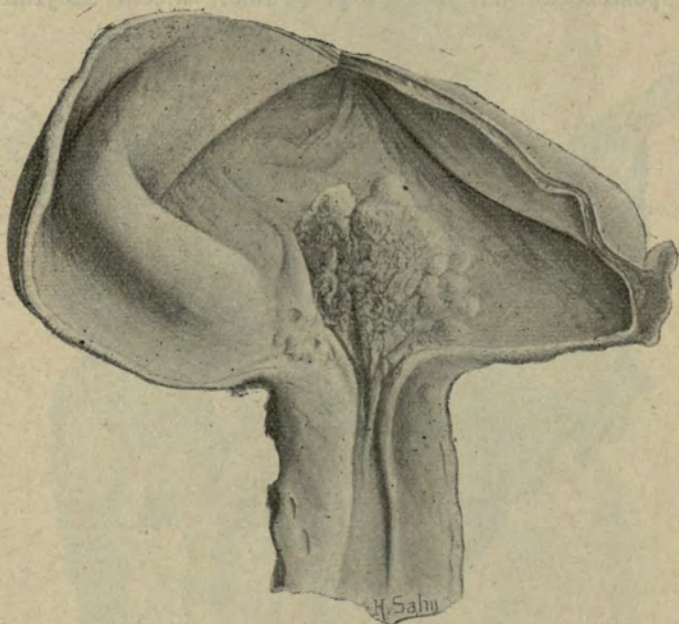
Szerzenie się takich nowotworów może istnieć w formie ukrytej, daje się wówczas stwierdzić tylko w skrawkach ze ściany pęcherzowej przy



Rys. 3. Rak sterczo-pęcherzowy. Nacieczenie gruczołów.

badaniu drobnowidzowem. W przypadkach znaczniejszego nacieczenia nowotworowego znajdujemy w ścianach pęcherzowych dobrze widoczne mniejsze lub większe ogniska nowotworowe, które, wypuklając się w kierunku światła pęcherza, unoszą ponad sobą błonę śluzową, nie wywołując jednak

na niej owrzodzeń. W innych znowu przypadkach, błona śluzowa jest również zajęta; znajdujemy wówczas bądź to vegetacye brodawkowe, bądź to mniejsze lub większe guzki i guzy, dochodzące czasem do rozmiaru wielkich grudkowatych nowotworów i zajmujących cały trójkąt LIETAUD'a a czasem nawet uchylek pęcherza pozasterczowy. W okresach końcowych, najbardziej rozwiniętych, znajdujemy ściany pęcherzowe całkowicie zajęte i owrzodzone.



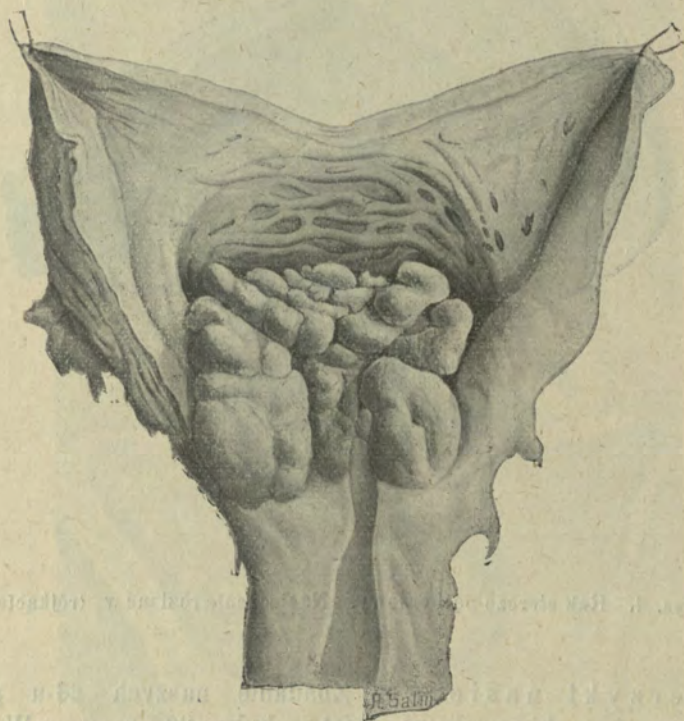
Rys. 4. Rak sterczo-pęcherzowy. Nacieczenie rozlane w trójkącie.

Pęcherzyki nasienne. Zbadanie naszych 26-u przypadków okazało, że pęcherzyki nasienne zajęte były 20 razy. W niektórych przypadkach nowotwór rozrasta się w przestrzeni pozapęcherzowej, szczególnie wzdłuż części bocznych pęcherza, uciskając na pęcherzyki nasienne i przesuując je ku gruczołowi krokowemu. W innych przypadkach masy nowotworowe, rozwijając się w tkance łącznej, otaczającej pęcherzyki, obrastają je wokoło; przytem dzięki wywieranemu przez nie uciskowi, występuje zanik pewnej części kanalików pęcherzyka nasiennego, ich błona śluzowa często przez dłuższy czas opiera się zniszczeniu przez nowotwór. Zajęcie przez nowotwór pęcherzyków nasiennych zwykle daje się spostrześć po obu stronach; pomimo to pewnego rodzaju osobliwością jest znacznie większy rozwój mas nowotworowych po stronie lewej. Wybitna różnica pod tym względem spostrzegana była przez nas w 8-u przypadkach, w których

po stronie prawego pęcherzyka nacieczenia nowotworowego albo wcale nie było, lub też było bardzo nieznaczne. W dwóch jednak przypadkach przeciwnie masy nowotworowe, otaczające prawy pęcherzyk, były większe.

G r u c z o ł y. Gruczolę chłonne okazały się zajęte we wszystkich prawie przypadkach. Tylko w jednym przypadku poszukiwania, czynione w tym kierunku, nie wykazały zajęcia gruczolów chłonnych.

O d b y t n i c a. Okolicznością godną uwagi jest stosunek odbytnicy do otaczających ją mas nowotworowych, która pomimo tego, że często bywa przez nie całkowicie otoczona, sama, jako taka, pozostaje przez nie nietkniętą. Myśmy nie spostrzegali ani jednego przypadku zajęcia odbytnicy przez ra-

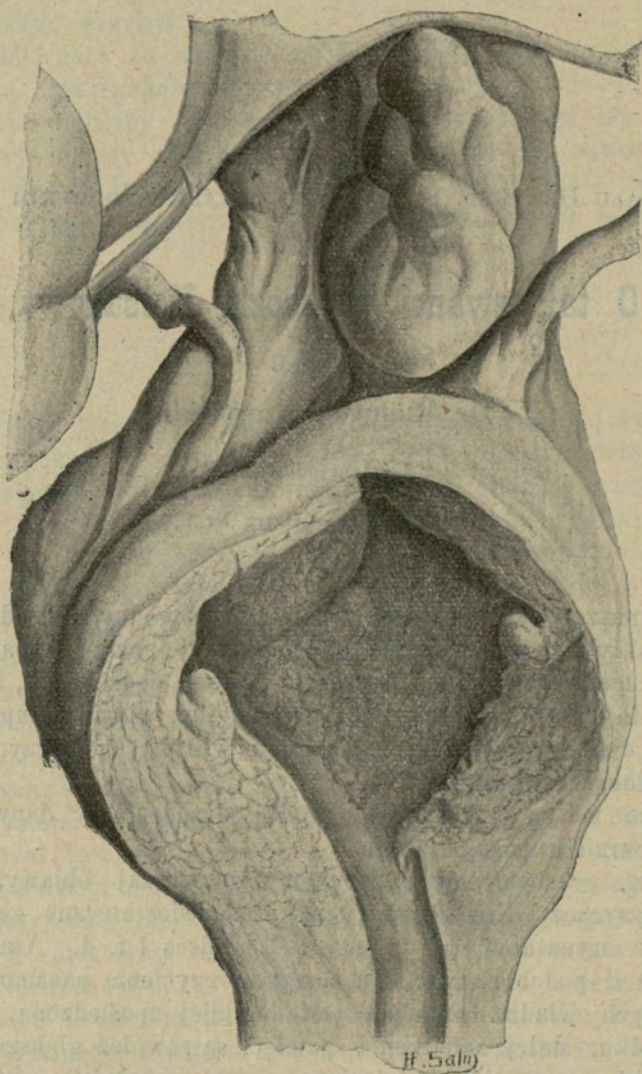


Rys. 5. Wielki guz pęcherza pochodzenia sterczowego.

ka sterczu. Spostrzeżenie to zgadza się zresztą z doświadczeniem klinicznym. W literaturze znane są trzy tylko przypadki, zajęcia odbytnicy przez raka gruczolu krokowego — jeden DANIELA MOLLIÈRE'a i dwa WALNER'a. Taka wyjątkowa rzadkość przechodzenia raka sterczu na odbytnicę przemawia przeciwko obecności naczyń chłonnych sterczo-prostniczych, usilnie podtrzymywanej przez niektórych autorów. Trzy razy spostrzegaliśmy zajęcia otrzewnej. W jednym z nich, w uchyłku pomiędzy pęcherzem

a odbytnicą, stwierdziliśmy obecność kilku wyrostków nowotworowych o kształcie grzybowatym.

Często spostrzegaliśmy zajęcie sprawą nowotworową kręgow i ścian kostnych miednicy.



Rys. 6. Rak sterczo-pęcherzowy. Zajęcie ścian uchyłka pozasterczowego pęcherza. Nacieczenie gruczołów.

Co do przerzutów mamy do zaznaczenia trzy razy przerzuty w wątrobie, dwa razy w opłucnej i płucach, jeden raz w nerce i raz w kości biodrowej.

Prócz tego w dwóch przypadkach, które nie należą do ilości 26-u, stanowiących nasz główny materiał przy badaniu zmian anatomo-patologicznych makroskopowych, stwierdziliśmy zajęcie gruczołu krokowego przez rakowca pęcherzowego — przerzuty opisał MONFORT (l. c.).

[C. d. n.].

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. FLATAUA W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

O tak zwanej psychozie Korsakowa.

Napisał

Dr Maurycy Bornstein.

Asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 33].

Nastrój naszego chorego jest przeważnie pogodny, dobroduszny, wesoły niemal. Paralityk jest albo szczęśliwy do ekstazy [postać ekspansywna], albo w głębokiej, nieumotywowanej depresji [postać depresyjna], albo wreszcie, kiedy mamy do czynienia z postacią demencyjną, widzimy zupełny brak zainteresowania dla czegokolwiek, co się dzieje wokoło; chory czyni wtedy wrażenie bezmyślne, drewniane.

Powyższe motywy skłaniają nas do odrzucenia w danym przypadku rozpoznania paraliżu postępującego.

I w t. zw. presbyofrenii napotykamy zazwyczaj objawy, charakterystyczne dla psychozy KORSAKOWA, jako to: niedostateczne zapamiętywanie wrażeń, brak orientacji co do czasu i miejsca i t. d. Atoli różnice są większe, aniżeli podobieństwo. Tu mamy do czynienia nasamprzód z ludźmi starymi, których władza sądenia jest bardziej upośledzona, aniżeli w naszym przypadku, dalej zaburzenia pamięci są również głębsze; nastrój nacechowany jest pustotą, jakąś dziecinną niemal wesołością, natomiast w naszym przypadku nastrój jest obojętny lub zabarwiony krotocwilnie; chorzy z presbyofrenią są zazwyczaj ruchliwsi, interesują się otoczeniem, odznaczają się wielką gadatliwością i t. d.

Po wyłączeniu tych dwu postaci chorobowych nie pozostaje nam nic innego, jak rozpoznać w naszym przypadku psychozę KORSAKOWA.

Co dotyczy przebiegu choroby w naszym przypadku, to zaznaczyć należy jej stopniowy początek, bez ostrego delirium, w parę miesięcy po ja-

kiejś, bliżej nie dającej się określić chorobie z wymiotami i bólem głowy, którą uważać należy prawdopodobnie za wyraz ostrej sprawy mózgowej na tle miażdżycy naczyń. Co do zejścia, nie pewnego powiedzieć nie możemy w braku dokładnych danych katamnesticznych, zaznaczyć tylko należy niewątpliwą poprawę w chwili, kiedy wychodził ze szpitala w porównaniu ze stanem, w jakim przybył.

Przypadek nasz ze względu na brak wszelkich danych co do alkoholizmu, syfilisu, jakiegokolwiek zatrucia lub urazu, a dalej na brak objawów, które pozwoliłyby przypuszczać nowotwór mózgu lub paraliż postępujący, zaliczyć należy albo do tych, gdzie zespół KORSAKOWSKI rozwinął się na skutek jakiejś choroby zakaźnej, albo też — co uważamy za prawdopodobniejsze — powiązać go z arteriosklerotyczną sprawą mózgową.

*

*

*

Powracamy jeszcze w końcu do sprawy, omawianej we wstępie, a dotyczącej samodzielności psychozy KORSAKOWA pod względem nozologicznym.

Nie możemy zgodzić się z WEHRUNG'iem (l. c.) i wszystkie powyższe wymienione czynniki etyologiczne sprowadzić do jednego mianownika — intoksykacji. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że psychozę KORSAKOWA napotkać można po urazie, po ataku apoplektycznym, wreszcie u ludzi, którym udaremniono zamach samobójczy przez powieszenie, to napotkamy w tym względzie nieprzewyciężone trudności, które WEHRUNG stara się ominąć w ten sposób, że ostatnią kategorię czynników etyologicznych sprowadza do rzędu momentów usposabiających, które natrafiają na grunt, przygotowany przez jakąś intoksykację. Uznajemy owszem całą różnorodność momentów etyologicznych, wywołujących psychozę KORSAKOWA stawiając jednak na pierwszym miejscu alkoholizm chroniczny. Atoli mimo to nie sądzimy, ażeby fakt ten miał być miarodajnym przy ocenianiu samodzielności klinicznej omawianej choroby; nie sądzimy tak dlatego, że w dzisiejszym stanie wiedzy psychiatrycznej nie można jeszcze opierać klasyfikacji wyłącznie na etyologii. Dalej, niektórzy biorą pod uwagę różnice w przebiegu i zejściu rozmaitych przypadków psychozy KORSAKOWA w zależności od tej lub innej etyologii i na tem głównie opierają twierdzenie, że choroba o tak rozmaitym przebiegu i zejściu nie może rościć pretensji do samodzielnego stanowiska nozologicznego [BONHOEFFER, KRAEPELIN, a za nimi STRAUSKY i inni]. Otóż wspominaliśmy już we wstępie, że fakty te, dotyczące rozmaitego przebiegu w zależności od momentu etyologicznego nie są jeszcze dotąd ustalone, wobec czego trudno jest orzec w tej kwestyi cośkolwiek pewnego; zresztą znamy takie jednostki nozologiczne, jak katatonia lub psychoza manjakałno-depresyjna, które mają rozmaity bardzo przebieg kliniczny, co nie pozbawia ich jednak samodzielnego stanowiska, jako odrębnych postaci klinicznych.

Co dotyczy samej symptomatologii psychozy KORSAKOWA, to, jak już zaznaczyliśmy wyżej, ma one cechy wysoce charakterystyczne i odrębne. Wybitne upośledzenie zdolności zapamiętywania [MERKFAEHIGKEIT], dezoryentacja co do czasu i miejsca, konfabulacje przy zachowanej uwadze, władzy sądenia i pewien krytycyzm w stosunku do własnej choroby — stanowią zespół tak stały i swoisty, że rozpoznanie w ogromnej większości przypadków nie przedstawia żadnych prawie trudności. Mimo to jednak fakt ten nie uprawnia nas jeszcze do uznania tego stałego i tak charakterystycznego zespołu objawów za jednostkę kliniczną zupełnie odrębną. Jeżeli łatwo będzie nam w każdym poszczególnym wypadku postawić rozpoznanie, to jednak zawsze będziemy musieli zdawać sobie sprawę z tego, że rozpoznajemy ów charakterystyczny zespół objawów psychicznych, i to jeszcze nie da nam możliwości postawienia rokowania, co w klinice psychiatrycznej zwłaszcza stanowi rzecz najbardziej zasadniczą. Rozpoznamy w każdym przypadku wiadomy zespół objawów psychicznych, ale rokowanie nasze, jeżeli wogóle będzie możliwe, zawsze zależeć będzie od podłoża, na którym zespół ten wystąpi: na podstawie samego obrazu psychicznego żadnego rokowania nie będziemy w stanie postawić, bowiem będzie ono inne np. w przypadku *lues cerebri* z zespołem KORSAKOWSKIM, inne zaś w alkoholizmie chronicznym. W wielu postaciach klinicznych psychoz, wyodrębnionych dzisiaj już dość ściśle, można prawie zawsze z dużym prawdopodobieństwem postawić rokowanie. Psychoza KORSAKOWA natomiast może dać zejścia najrozmaitsze, choć przebieg i symptomatologia będą zupełnie albo prawie identyczne, i rokowanie nasze zawsze zależeć będzie od cierpienia zasadniczego. W naszym przypadku np., gdzie niema w anamnezie danych ani na alkoholizm, ani na syfilis, nie można było po skonstatowaniu objawów psychozy KORSAKOWA postawić żadnego rokowania, natomiast te same objawy psychiczne u chronicznego alkoholika pozwoliłyby, według BONHOEFFER'a, stwierdzić, że poprawa stanu psychicznego u chorego jest wątpliwa.

Jako wnioski ogólne z powyższych rozważań, wypowiedzieć można, co następuje:

1) Etiologia zespołu objawów, stanowiących psychozę KORSAKOWA może być bardzo rozmaita. Najczęstszy moment etyologiczny — to chroniczny alkoholizm. Pozatem zespół ten zjawiać się może w paraliżu postępowym, w syfilisie mózgu, w apopleksyi mózgowej, w otruciu, po nieudanym zamachu samobójstwa za pomocą wieszania się i t. d.

2) Początek i przebieg choroby może być również rozmaity. Twierdzenie BONHOEFFER'a, KRAEPELIN'a i innych co do charakterystycznego początku psychozy KORSAKOWA w alkoholizmie chronicznym (*delirium tremens*, *stupor alcoholicus*) nie znalazło jeszcze ostatecznej aprobaty w faktach klinicznych.

3) Objawy psychiczne są zawsze lub prawie zawsze jednakowe i niezmiernie charakterystyczne, bez względu na etiologię. Rozsiane zapalenie nerwów towarzyszy objawom psychicznym dość często.

4) Samą psychozę KORSAKOWA ze stanowiska ściśle psychiatrycznego należy uważać tylko za charakterystyczny zespół objawów psychicznych, lecz nie za odrębną jednostkę kliniczną, głównie z tego względu, że mimo identycznego przebiegu i identycznych objawów, nb. w. jednakowych warunkach [wiek, odporność organizmu i t. d.), rokowanie zależy będzie od podłoża, na którym psychoza się rozwinęła. Za jednostkę nozologiczną uważać można dzisiaj zespół KORSAKOWSKI tylko w połączeniu z rozszanym zapaleniem nerwów na tle chronicznego alkoholizmu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

77. Prof. August Bier. O wpływie wstrzykiwań krwi obcych gatunków na nowotwory złośliwe.

Już przed 7-miu laty, w pracy nad transfuzją krwi, autor zdawał sprawę z doświadczeń swoich nad działaniem wlewań podskórnych i śródżylnych krwi obcych gatunków w przypadkach nieuleczalnych spraw nowotworowych. W jednym mianowicie przypadku rozległej sarkomatozy powłok brzusznych u dziecka widział wówczas po takich wlewaniach wyraźne zmniejszenia się guzów nowotworowych. Badania powyższe autor wznowił obecnie w związku z pracą nad sztucznym wywoływaniem gorączki i zapalenia. Do wstrzykiwań używał najczęściej odwłóknionej krwi świńskiej, której działanie miejscowe u ludzi ma być najbardziej wydatne. W kilka godzin po wstrzyknięciu podskórnem 10—20 cm. sz. krwi tej, aseptycznie zebranej, powstaje w miejscu wstrzyknięcia sprawa zapalna, która dosięga szczytu po 1—3 dniach i stopniowo potem przygasa. Zazwyczaj towarzyszą temu dreszcze i gorączka. Odczyn gorączkowy i zapalny po następnych wstrzyknięciach wzmaga się, tak iż do osiągnięcia tego samego efektu gorączkowego wystarczają coraz mniejsze ilości krwi. Trwałych następstw ujemnych w swych doświadczeniach autor ani razu nie spostrzegł, i na tej zasadzie uważa wstrzykiwanie krwi obcych gatunków za najbardziej może niewinny sposób sztucznego wywoływania gorączki i zapalenia. Po wstrzyknięciu, w tkankach chorego odbywają się żywe sprawy lityczne, tak jak to stwierdzano zresztą i w próbówce. W działaniu wstrzykiwań krwi, jakie się daje tu zauważyć, niezawodnie poważną rolę odgrywają między innymi zaczyny, zawarte we krwi, których siła czynna ma być większą nawet, zdaniem autora, niż np. siła zaczynów wyciśniętych komórek wątrobnych, stosowanych podskórnie w podobnych przypadkach. Białych ciałek, których brak we krwi wstrzykiwanej, jako w odwłóknionej, dostarcza w obfitości sam ustrój chorego.

Wydaje się, że na tkanki zdrowe krew obcego gatunku nie wywiera znacniejszego wpływu. Inaczej było w przypadkach raków, które autor traktował wstrzykiwaniami krwi świńskiej bądź w miąższ tkanki nowotworowej, bądź w jej pobliżu. Niemal stale, natychmiastowo, zmniejszały się

jątrzenie i wydzielina wrzodu. Mniej już wyraźnym był wpływ wywołanego zapalenia na złagodzenie bólów. Wzrost nowotworu w przypadkach raków bliznowatych zazwyczaj postępował; w innych natomiast powstawał szybki rozpad nekrotyczny w środkowych częściach nowotworu, lub też tak szybkie cofanie się wstecz sprawy nowotworowej, że autor łądził się nadzieją zupełnego wyleczenia chorych, dopóki ponowny wzrost raka wraz badaniem drobnowidzowem nie przekonały go, że był w błędzie.

W jednym tylko przypadku wilka rakowatego, po 4-eh wstrzyknięciach a 2-ch miesiącach leczenia, nawet badanie drobnowidzowe nie stwierdziło w kawałku wyciętej tkanki komórek nabłonkowych. Autor zaznacza jednak, że chory ten był leczony poprzednio promieniami Rentgena; stąd nie wyłączonem było, że to ich działanie lecznicze ujawniło się dopiero w trakcie zastrzykiwań.

Badźcobądź w wielu przypadkach wynik był uderzający, jak to wynika z dwóch opisów, szerzej przytoczonych. W jednym z tych przypadków powstała w nowotworze potężna sprawa martwicowa, w drugim badanie drobnowidzowe stwierdziło ucisk tkanki rakowatej przez nacieczenie zapalne i nowotworzącą się tkankę łączną.

Wątpić należy, by na tej lub pokrewnej drodze udało się osiągnąć możność leczenia nowotworów. Dotychczasowe próby w każdym razie zachęcają do dalszych doświadczeń. W nowotworach łagodnych autor spostrzegał poprawę przypadłości podmiotowych w trzech przypadkach przerostu sterczu, traktowanych w powyższy sposób. W przypadkach przerostu gruczołu tarczycowego prób nie przedsiębrał.

(*Deutsche Mediz. Woch.* 1907. Nr. 29).

W. St.

78. Sauerbruch. Bezkrwawe operacye na czaszce pod zwiększonem ciśnieniu oraz przyczynki do nauki o ucisku mózgu.

Wprowadzenie sztucznej zmiany ciśnienia przy operacyach wewnątrz-piersiowych naprowadziło autora na myśl o możności zastosowania ściśnionego powietrza do tamowania krwotoku na ograniczonej przestrzeni ciała. Z odpowiednich doświadczeń (na psach) autor wywnioskował, że wspomniany czynnik nadaje się do stosowania tylko w tych miejscach, gdzie działanie jego może być ściśle zlokalizowane i gdzie niema obaw o przemieszczenie narządu, podlegającego działaniu ściśnionego powietrza. Takim miejscem jest przede wszystkim czaszka kostna. Już pierwsze doświadczenia, poczynione w tym kierunku za pomocą odpowiedniej kamery, dały wyniki wielce znamienne: oczekiwany ucisk naczyń nastąpił rzeczywiście, skórę i umięsienie można było przecinać bez znaczniejszego krwawienia, a przecięcie opony twardej i obnażenie mózgu odbyło się w najściślejsem tego wyrazu znaczeniu bezkrwawo. Atoli zwierzęta, używane do tych próbnych doświadczeń, ginęły w krótkim czasie, ponieważ nagle występowała znaczna trudność oddechu, który następnie po 2—3 minutach ustawał zupełnie; serce biło jeszcze przez kilka sekund, poczem następowała śmierć. Badania pośmiertne wyraźnie stwierdziły, jako przyczynę tych nagłych zejść, — zator powietrzny. Mechanizm tego zjawiska autor tłumaczy w następujący sposób: wysokie ciśnienie powietrza wyciska krew z jam kostnych w kierunku dośrodkowym do głębszych odcinków żył. Ponieważ opór słupa krwi żyłnej jest stosunkowo nieznaczny, a w większych naczyniach nawet ujemny, przeto powietrze dostaje się do zatok opony twardej, następnie do wielkich żył szyjnych, a wreszcie do prawego serca. Trzeba jednak zaznaczyć, że zator następował tylko w początku doświadczenia, lub też przy użyciu

niskiego ciśnienia (10—15 mm. Hg). O ile zaś pierwsze stadium doświadczenia — otwarcie kości — przeszło bez zatoru, lub jeżeli autor odrazu zastosowywał większe ciśnienie (30—40 Hg), niebezpieczeństwo zatoru powietrznego w następstwie było wykluczone. Zaznaczona różnica wyników doświadczenia znajduje się w ścisłym związku z warunkami anatomicznymi i fizykalnymi. Zatoki śródkościa (*diploë*) posiadają ściany twarde, niepodatne, tak że wszelki ucisk zzewnątrz niema żadnego wpływu na ich pojemność i drożność; odwrotnie rzecz się ma z zatokami opony twardej, o ścianach podatnych, dających się uciskać. Zatoki opony twardej, łącząc się z jednej strony z zatokami śródkościa, a z drugiej — z żyłami tejże opony, stanowią między niemi jakgdyby rezerwoary; stąd jeżeli zostaną uciśnięte i przez to drożność ich zniknie, to przerywa się komunikacja pomiędzy obwodowo położonymi zatokami śródkościa i centralnymi odcinkami żył. A zatem i powietrze, przenikające do zatok śródkościa, nie może, dzięki uciśnieniu zatok opony twardej, przedostać się do owych żył, ewentualnie — do serca; ergo, nie może w tych warunkach powstać zator powietrzny. Uciśnięcie (we wspomnianych doświadczeniach) zatok opony twardej zależało przede wszystkim od wielkości ciśnienia oraz szybkości, z jaką się podnosiło, a również i od tego, czy czaszka była otwarta w zupełności i czy przez to zwiększone ciśnienie mogło działać na zatoki opony twardej. Jeżeli otwarte są tylko powierzchowne warstwy czaszki, to zwiększone ciśnienie nie może uciśnąć zatok opony twardej, czyli istnieje możliwość zatoru powietrznego dzięki przenikaniu ściśnionego powietrza do zatok śródkościa, otwartych przez wywiercenie kości — stąd częste zatory w początku doświadczenia. Jeżeli podczas otwierania czaszki zator nie nastąpił, to jednak nie jest wykluczonym w następstwie, o ile ciśnienie jest tylko nieznaczne, ponieważ zbyt niskie ciśnienie nie może uciśnąć ścian zatok i przerwać komunikacji z żyłami. Jeżeli zaś ciśnienie jest tak wysokie, że natychmiast następuje ucisk zatok opony twardej, to możliwość zatoru powietrznego zostaje wykluczona. Zasługuje przytem na podkreślenie fakt, że dla podtrzymania ucisku zatok wystarcza o wiele słabsze ciśnienie, niż dla pierwiastkowego wywołania ucisku: ciśnienie 10—15 mm. wystarcza, aby należycie utrzymać żyły w stanie ucisku. Na podstawie wszystkich, prowadzonych w tym kierunku, doświadczeń, autor wnioskuje, że, unikając zatoru powietrznego, dałoby się praktycznie zastosować zwiększone ciśnienie do tamowania krwotoków podczas operacji, co, oczywiście, znacznie ułatwiałoby ich przebieg. Lecz ucisk powietrzny działa tylko na nieznaczną głębokość, zaś w głębiej położonych częściach substancji mózgowej warunki cyrkulacji pozostają niezmienione. W zastosowaniu do operacji na ludziach autor uważa, że dostatecznym byłoby ciśnienie 20—30 mm: dałoby się tą drogą uniknąć często znacznych krwawień z mięśni, kości, a co najważniejsza — z zatok, nieuniknionych przy wywiercaniu czaszki [operacje na mózdzku, wyr. sutkowym]. Unikając zaś zatoru powietrznego można w sposób dwojaki, a mianowicie: Pod ciśnieniem normalnem odpreparowujemy mały, ograniczony obszar czaszki, wywiercamy ją w tem miejscu, zamykamy otwarte naczynia kostne woskiem [jak to czynią niektórzy operatorowie dla zatamowania krwotoku], a następnie poddajemy pole operacyjne działaniu ściśnionego powietrza, wskutek czego po krótkim czasie następuje tak mocny ucisk zatok opony twardej i żył, że przenikanie ściśnionego powietrza do zatok śródkościa nie może spowodować zatoru — a wówczas można już na większej przestrzeni usunąć kości czaszki. Inny sposób uniknięcia zatoru powietrznego polega na tem, że operację odrazu rozpoczyna się pod zmienionem ciśnieniem, lecz otwór w czaszce wywierca się za pomocą bardzo cienkiego nawiernika — w ten sposób udaje się umożliwić dostęp powietrza do prze-

strzeni, znajdujących się zewnątrz opony twardej (*epidurale*); powietrze uciska tutaj zatoki opony twardej i żyły, jak w przypadku poprzednim. W każdym bądź razie pierwszy z tych sposobów wydaje się pewniejszym. Poza ewentualnością praktycznego zastosowania do operacji na ludziach, doświadczenia autora posiadają, jego zdaniem, ważne znaczenie i dla patologii doświadczalnej, ponieważ pozwalają na badania ucisku mózgu w inny sposób, niż to było możliwe dotychczas.

Dawniejsze bowiem doświadczenia pozwalały obserwować tylko pośrednio zjawiska, powodowane w jamie czaszkowej przez wzmózone ciśnienie, autor zaś obserwował je bezpośrednio. Doświadczenia jego uwzględniały: 1) sprawę warunków krwiobiegu przy ucisku mózgu, 2) zachowanie się mózgu pod względem uciskalności (*Kompressibilität*) i 3) rolę cieczy mózgowo-rdzeniowej przy ucisku mózgu. Studya nad pierwszym punktem doprowadziły autora do następujących wniosków: a) zatoki żyłne opony twardej dają się bardzo łatwo i w zupełności ucisnąć, b) ucisk, wywierany zzewnątrz na oponę twardą, tworzy na niej zakłębienia, zanim nastąpią zmiany w naczyńkach; te ostatnie występują później, rozpoczynając się od uciśnienia wielkich, a następnie małych żył, c) zewnątrznacyniowemu uciskowi w czasie podlegają najpierw żyły, potem naczynia włoskowate, a przy dostatecznej wysokości ciśnienia i najdrobniejsze tętniczki; pomiędzy obu okresami dochodzi do przekrwienia zastoinowego, d) objawy ucisku mózgu dają się spostrzegać i wówczas, gdy niema żadnego niedokrwienia, e) dla ucisku tętnic mózgowych potrzeba wyższego ciśnienia, niż dla ucisku równego kalibru tętnic ciała [mięśniowych]. Aby przekonać się, czy sama substancja mózgowa da się ucisnąć, autor dokonywał odpowiednich doświadczeń przy całej i otwartej oponie twardej i wywnioskował, że: a) przy dostatecznej sile ciśnienia mózg daje się uciskać; przy nietkniętej oponie twardej potrzeba do tego mniejszego ciśnienia, niż przy oponie otwartej; b) uciśnienie substancji mózgowej przy całej oponie twardej odbywa się tylko na miejscu otworu w kości, zaś przy oponie otwartej daje się spostrzegać rozlane zmniejszenie objętości mózgu; c) objawy ucisku mózgu występują przy tej wysokości ciśnienia, przy której spostrzega się zmianę objętości; dla naczyń odpowiada to okresowi przekrwienia zastoinowego; d) wahania te objętości przy oponie całej i otwartej są niezależne od ciśnienia krwi; e) śmierć z krwotoku w obu przypadkach powoduje niepowrotne zmniejszenie objętości mózgu. Wreszcie, co do znaczenia cieczy mózgowo-rdzeniowej, to autor stwierdza doświadczalnie: a) że miejscowy i ogólny ucisk mózgu może nastąpić i bez obecności tej cieczy, b) że w tych przypadkach, gdzie istnieje nienormalne powiększenie lub napięcie cieczy, wystarcza daleko mniejsze ciśnienie zewnątrzonowe [miejscowe] do wywołania ucisku mózgu, niż w warunkach normalnych, c) że wszelkie miejscowe, t. j. zewnątrzonowe uciśnienie przestaje być miejscowym w znaczeniu fizykalnym, z chwilą zwiększenia się ilości cieczy. Ucisk miejscowy przechodzi w rozlane zwiększenie napięcia cieczy, jeżeli istnieje nienormalny stosunek między jej wytwarzaniem i wchłanianiem. — Jakkolwiek wszystkie powyższe doświadczenia nie rozszerzają zakresu zabiegów leczniczych przy ucisku mózgu, to jednak, zdaniem autora, zniewalają lekarza — praktyka do ściślejszego rozgraniczenia pojęć o miejscowym ucisku mózgu i o ucisku, zależnym od cieczy mózgowo-rdzeniowej. Przy miejscowym ucisku mózgu [szczególniej zewnątrzonowym] jedynie wskazanem jest wywiercenie kości (*trepantio*). Jakkolwiek wybór najwłaściwszej chwili do tej operacji jest dla chirurga rzeczą bardzo trudną, autor zgadza się ze zdaniem Kocher'a, że operować należy już wówczas, gdy objawy podrażnienia i porażenia bardzo ograniczonej okolicy mózgowej uprawniają nas do przypuszczenia o miejscowym

ucisku mózgu. Ważnem jest wiedzieć dla techniki operacji, że miejscowy ucisk mózgu zależy raczej od przesunięcia i uciśnienia substancji, niż od napięcia cieczy; dlatego też otwór trepanacyjny należy od razu robić dostatecznej wielkości, i to z ostatecznym, a nie czasowem usunięciem kości (jak np. przy epilepsji). Następnie, dobrze też byłoby usunąć i oponę twardą na przestrzeni rany kostnej. Leczenie ucisku od cieczy mózgowo-rdzeniowej, np. w zapaleniu opon mózgowych, jest o wiele prostsze, bo tu często wystarcza nakłucie kanału kręgowego według QUINCKE'go; nie jest jednakże jeszcze rzeczą przesadzoną, czy właśnie w zapaleniu opon wywiercenie nie jest skuteczniejszym zabiegiem od nakłucia, jak to widać z doświadczeń KUEMMEŁ'a i HINSBERG'a.

(*Mitttel. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. — Gedenkb. f. Mikulicz.*)

Wacław Dobrowolski.

79. Schulz. Atropina przy niedrożności jelit.

Na zasadzie osobistego doświadczenia, opartego na całym szeregu przypadków [34], autor przyszedł do przeświadczenia, że w niedrożności jelit atropina wywiera dodatnie działanie, które polega na uregulowaniu krwioobiegu, uśmierzeniu bólów, skurczu i wymiotów, jak również na rozejściu się (*resolutio*) miejscowej sprawy zapalnej— wobec tego atropinę należy stosować *larga manu*, jej użycie powinno być pierwszą myślą każdego lekarza przy ostrej niedrożności jelit. Ponieważ nawet silne objawy zatrucia, występujące po zastosowaniu atropiny, głównie w postaci bredzenia, nie stanowią nic groźnego, można takim chorym naznaczać dawki, które przewyższają normalną maksymalną dawkę dwu- i trzykrotnie. Zresztą, stosowanie wysokich dawek jest stanowczo pożądane dla zubożenia szkodliwego wpływu ptomain, które wytwarzają się w jelitach. Z chwilą rozpoznania, lub nawet tylko przypuszczenia ostrej niedrożności jelit, należy natychmiast choremu zastrzyknąć atropinę [dorosłemu 0,002, dzieciom 0,0005] bez uciekania się do przetworów makowca, zwykle używanych w tych razach. Sam autor przed zastrzyknięciem atropiny, dla zabezpieczenia mózgu, zwykle zastrzykuje swym chorym morfinę, sądzi jednak, że możnaby obejść się bez tej prezerwatywy. Jeżeli pierwsze zastrzyknięcie pozostało bez rezultatu, lub jeżeli podziało dodatnio na ogólny stan chorego, lecz nie spowodowało odejścia wiatrów i kału, to trzeba zastrzyknięcia powtarzać systematycznie, jak tylko dostatecznie przeminie działanie ogólne poprzedniego zastrzyknięcia. Jednocześnie trzeba stosować fizykalne metody lecznicze, jak przepłukiwanie żołądka, ławatywy oleiste, butelki z gorącą wodą, etc., lecz ani kąpeli, ani masażu. Pomimo takich zabiegów operacja może stać się nieodzowną. Z drugiej jednak strony nie należy zbyt szybko z wykonaniem operacji, ponieważ atropina ujawnia swe dobroczynne działanie nawet w przypadkach bardzo zaniedbanych, a że przytem odsetka wyzdrowień po leczeniu operacyjnem pozostaje bez zmiany, przeto operację można dokonać na 3-ci dzień lub nawet w 2-im tygodniu od początku choroby. Jeżeli atropina została zastrzyknięta w ciągu pierwszych 24-ch godzin od początku choroby, działa ona szybciej i pewniej; jeżeli zaś w ciągu 24—36 godzin nie nastąpiło wypróżnienie, to chory powinien być przygotowany do operacji, jakkolwiek wciąż jeszcze nie jest wykluczonem, czy działanie atropiny nie zacznie się ujawniać przed operacją. W rozpaczliwie zaniedbanych przypadkach, gdzie przystępuje się do operacji, mając minimalne widoki powodzenia, trzeba mimo to zastrzyknąć atropinę, aby podnieść działalność serca, poprawić krwioobieg, zatrzymać wymioty i pobudzić tak ko-

nieczną w okresie pooperacyjnym perystaltykę. Jeżeli po zastrzyknięciu atropiny występują silne objawy zatrucia, należy w charakterze odtrutki zastosować morfinę. Jeżeli nastąpiło wypróżnienie, to nie można jeszcze uważać chorego za wyleczonego zupełnie, lecz trzeba go jeszcze czas pewien obserwować i zaleźnie od przyczyny, która wywołała niedrożność jelit, zalecić odpowiednie leczenie i dietę; nie należy nigdy zapominać o tem, że wskutek długotrwałego upośledzenia odżywiania może nastąpić przedziurawienie jelita. Tak czy owak, nie można wymagać od atropiny czegoś niemożliwego i zwać na nią bezkrytycznie winę ewentualnego niepowodzenia.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb, d. Med. u. Chir., T. 17, z. 5*).

W. Dobrowolski.

Wiadomości bieżące.

— W ciągu ostatnich tygodni w Warszawie zjawiała się znaczna liczba zachorowań na dyzenterję i ostre zaburzenia żołądkowo - kiszkowe. Wiadomo, że tego rodzaju sprawy poprzedzać mogą cholere. To też należałoby w tych razach przeprowadzać badania bakteryologiczne, zwłaszcza w szpitalach.

— Towarzystwo lekarskie w Wiedniu ogłosiło konkurs na nagrodę im. dra MORITZA GOLDBERGA [2000 kor.] na temat: Przyczynki doświadczalne do sprawy wzajemnego oddziaływania układów narządów i czynności narządów, w stanach normalnych i patologicznych. O nagrodę ubiegać się mogą lekarze z Austro-Węgier i Niemiec. Termin nadsyłania prac 15-go maja 1909 r. przy zachowaniu zwykłych warunków konkursowych.

— Na miejsce BIERA powołano prof. GARRÉ'go na członka akademii dla medycyny praktycznej i prof. chirurgii w Kolonii.

— Od 1-go października r. b. zawakuje w szpitalu Żydowskim w Warszawie posada asystenta - interna oddziału psychiatrycznego. Warunki: pensya roczna—669 rb., mieszkanie, opał i światło. Pożądaną jest pewna znajomość neuropatologii. Adres dla ofert: Dr WIZEL, starszy ordynator oddziału psychiatrycznego, Warszawa, Nowo-Sienna 1c.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Salif

Płynny związek salicylowy. Tani, szybko działający środek do wcierania we wszelkiego rodzaju chorobach pochodzenia goścowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stnie nierozcieńczonym. Nie posiada działania ubocznego na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden“ przetwór gwajakolu nie trujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Novargan

Rozpuszczalny białkan srebra. Stosuje się w rzeżączce, zwłaszcza w okresach ostrych. Nie wywiera działania żrącego na błony śluzowe i znosi się dobrze w rozczyinach stężonych.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Heroin

hydrochloric.

Heroina

hydrochloric.

Uznana za doskonały środek
zamiast Kodeiny i Morfiny

bez szkodliwego wpływu na ogólny stan i na czynność żołądka i kiszek.

SEDATIVUM przy wszystkich chorobach dróg oddechowych, jak również w Asthma bronchiale, Phthisis (Haemoptoe), Pertussis.

Anaestheticum w Laryngologii i Ginekologii. **ANAPHRODISIACUM** w Urologii.

Dawka dla dorosłych: 0,003 — 0,005 g. 2 — 4 razy dziennie.

„ „ dzieci: 0,0005 (1/2 mg.) — 0,0025 g. 2 — 4 razy dziennie.

również do zastrzykiwań podskórnych.

WYDAWNICTWA GAZETY LEKARSKIEJ w Warszawie.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rossbach'a*. Cena Rb. 6, z przesyłką Rb. 6 kop. 50 (wyczerpane).
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi, Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofercie złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne.. Cena Rb. 1 kop. 80. z przesyłką Rb. 2.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami w tekście. Cena Rb. 1 kop. 50, z przesyłką Rb. 2 kop. 75 (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof *F. A. Hoffman'a*. Cena rb. 4 z przesyłką rb. 4 kop. 50 (wyczerpane)
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rejchmana*, Cena Rb. 1, z przesyłką Rb. 1 kop. 50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50. (wyczerpane).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego* chirurga szpitala dla dzieci w Warszawie. Cena Rb. 3, z przesyłką Rb. 3 kop. 50.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie. Wydanie drugie opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autora opracowane i powiększone dodatkiem części pierwszej „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego*, ordynatora szpitala Św. Ducha w Warszawie. Cena Rb. 5 kop. 50. (wyczerpane).
11. **Histerya** — *Gilles de la Tourette* — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena Rb. 2 kop. 70, z przesyłką Rb. 3.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*.
Tom pierwszy. Cena Rb. 4 kop. —, z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
Tom drugi. Cena. „ 4 „ 50, „ „ 5 „ —
13. **Wykłady chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena Rb. 2 kop. 40. Cena w oprawie Rb. 2 kop. 80. Przes. k. 40.
II. **Choroby płuc**. Cena Rb. 3. w oprawie 3 kop. 50. Przes. kop. 50.
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**.
Cena Rb. 5, w oprawie Rb. 5 kop. 60. Przesyłka kop. 60.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prokuratora Uniwers. Warszawskiego Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena Rb. 3, na papierze kredowanym Rb. 4. Przesyłka kop. 50.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskiem *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena Rb. 4 z przesyłką Rb. 4 kop. 50.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez *D-ra T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena Rb. 4 z przesyłką Rb. 4 kop. 50.