

Pub. № 10

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACJI I WETERYNARYI

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie (III-cie) z działalności lekarskiej szpitala św. Antoniego w Włocławku za rok 1875 i 1876. Przez Dra Mieczysława Gruela. — Rozprawy naukowe. O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości. Przez Dra Władysława Strawińskiego (Dalszy ciąg). — O ośrodkowym pochodzeniu duszniczy bolesnej (angina pectoris). Przez Dra F. Richtera. — Kronika zagraniczna. O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym. Przez Prof. Leberta (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. O mechanicznym leczeniu chorób skórnych. — Dodatek. Anatomii chirurgicznej ark. 53. Chorób z zaburzeń w odżywianiu ark. 30, 31 i 32. Ogł. farm. lekars.

Sprawozdanie (III-cie) z działalności lekarskiej szpitala św. Antoniego w Włocławku za rok 1875 i 1876.

Przez Dra Mieczysława Gruela

W r. 1875 odbyło całkowitą kuracyę w powyższym szpitalu chorych 484, którzy przebyli dni szpitalnych 14105; pobyt zatem jednego chorego wynosił przecięciowo dni 29,1. Średnia ilość chorych dziennie 38,7. Odpowiednie cyfry z r. 1876 były 442; 13440; 30,4, 35,8.

W liczbie 926 chorych, leczonych w ciągu dwóch lat, było:

a) Co do zatrudnienia.

| | W r. 1875. | W r. 1876. |
|---|-------------|-------------|
| 1) Służących, wyrobników i włościan . . . | 269 = 55,6% | 264 = 60,0% |
| 2) Wojskowych i straży granicznej niższych stopni . . . | 131 = 27,1% | 105 = 23,7% |
| 3) Rzemieślników i ich żon . . . | 47 = 9,7% | 37 = 8,4% |
| 4) Urzędników i innych osób średniej klasy . . . | 5 = 1,0% | 1 = 0,2% |
| 5) Prostytutek . . . | 32 = 6,6% | 35 = 7,7% |

b) Co do wieku.

c) Co do płci.

| | W r. 1875. | | | W r. 1876. | | |
|------------------------|------------|---------|--------|------------|---------|--------|
| | Mężcz. | Kobiet. | Razem. | Mężcz. | Kobiet. | Razem. |
| Od 0 — 9 lat włącznie | 2 | — | 2 | 5 | — | 5 |
| " 10 — 19 " " | 22 | 13 | 45 | 31 | 27 | 58 |
| " 20 — 29 " " | 147 | 49 | 196 | 138 | 41 | 179 |
| " 30 — 39 " " | 60 | 29 | 89 | 37 | 26 | 63 |
| " 40 — 49 " " | 38 | 27 | 65 | 38 | 18 | 56 |
| " 50 — 59 " " | 36 | 13 | 49 | 13 | 19 | 32 |
| " 60 — 69 " " | 20 | 10 | 30 | 22 | 11 | 33 |
| " 70 do najpóźn. wieku | 9 | 9 | 18 | 9 | 7 | 16 |
| | 334 | 150 | 484 | 293 | 149 | 442 |

Pierwsza z tych tablic pokazuje, iż w latach 1875 i 1876 największy kontyngens chorych dostarczała szpitalowi klasa wyrobnicza. Jeżeli od ogólnej liczby chorych potrącimy wojskowych, jako nie należących do miejscowej ludności, to zobaczymy, że na 100 chorych wstępujących do szpitala z ludności miejscowej, dostarczyła w roku 1875 klasa wyrobnicza 76,2 proc., klasa rzemieślnicza 13,3 pr., klasa urzędnicza 1,4 pr., wreszcie prostytutki 9,1 pr. W r. 1876 odpowiednie cyfry procentowe były prawie także same, a mianowicie: 78,3, 11,0, 0,3 i 10,4 proc.

Ten sam prawie stosunek zachodził i w latach poprzednich.

Z drugiej tablicy widać, iż mężczyźni leczono się w obu latach więcej niż kobiety. Na 100 chorych w ogóle było:

w r. 1875 mężczyźni 69 pr., kobiety 31 pr.,

a w r. 1876 mężczyźni 66 pr., kobiety 34 pr.

Jeżeli z ogólnej cyfry mężczyźni potrącimy wojskowych, to przekonamy się że nawet z miejscowej ludności leczono się w szpitalu więcej mężczyzn niż kobiety, a mianowicie: w r. 1875 leczono się mężczyzn 203, a kobiet tylko 150. W r. 1876 mężczyźni 188, kobiet 149. I ten stosunek utrzymuje się w szpitalu naszym dosyć stale, bo i w r. 1874 leczono się mężczyzn cywilnych 180, a kobiet 157.

Znaczna przewaga chorych mężczyzn 20 — 29 letnich stąd pochodzi, że prawie wszyscy wojskowi w tym właśnie znajdują się wieku i w tej jednej rubryce są pomieszczeni.

Rezultaty leczenia. Śmiertelność. W r. 1875 na 484 chorych w szpitalu naszym leczonych wyzdrowiało zupełnie 328 osób, a polepszenia doznało 68, czyli cel pomieszczenia chorych w zakładzie osiągnięty został w 396 wypadkach, co stanowi 81,8 proc. ogólnej liczby chorych. Bez polepszenia wypisano osób 24 (5,0 pr.); umarło chorych 63 (13,2 pr.).

Rok 1876 był nieco pomyslniejszym: bowiem na 442 chorych wyzdrowiało zupełnie 325, a polepszenia doznało 44, czyli że rezultat mniej więcej dodatni osiągnięto w 369 wypadkach, t. j. 83,5 proc., bez polepszenia wypisano chorych 19 (4,4 pr.), umarło 54 (12,1 pr.).

Śmiertelność powyżej wykazana mogłaby być znacznie mniejszą, gdyby nie powody, o których mówiłem już w poprzednich moich sprawozdaniach; tu tylko nadmienię, iż samych konających, którzy nie dłużej nad dobę w szpitalu przeżyli, przywieziono do szpitala w ciągu dwóch lat aż 14.

Rozpatrzmy teraz stosunki śmiertelności odpowiednio do stanu, wieku i płci.

Co się tyczy stanu, rozróżniamy chorych tylko na 2 główne grupy: wojskowych i cywilnych, ponieważ różnica w śmiertelności między nimi jest uderzająca; i tak:

W r. 1875 ze 131 wojskowych umarło 3 (śmiertelność 2,3 proc.),
z 353 cywilnych umarło 61 (17,2 pr.).
W r. 1876 z 105 wojskow. umarło 3 (2,8 pr.).
z 337 cywilnych umarło 51 (15,1 pr.).

Z wyjaśnieniem przyczyn tak znacznej przewagi śmiertelności ludności cywilnej nad śmiertelnością wojskowych zesaść się muszę na ostatnie moje sprawozdanie (Gaz. Lek. T. XIX. Nr. 22. str. 343).

Śmiertelność samej ludności cywilnej według wieku, za dwa lata razem, tak się przedstawia:

| | | | | |
|-----------------------------|--------------|-----|--------|-------------|
| W wieku od 0—9 lat włącznie | było chorych | 7, | umarło | 2 |
| " 10—19 | " " | 93 | " | 7(7,5 p.) |
| " 20—29 | " " | 169 | " | 9(5,3 p.) |
| " 30—39 | " " | 125 | " | 21(16,8 p.) |
| " 40—49 | " " | 118 | " | 22(18,6 p.) |
| " 50—59 | " " | 81 | " | 18(22,2 p.) |
| " 60—69 | " " | 63 | " | 20(31,7 p.) |
| " 70 do najpóźniejszego | " " | 34 | " | 13(38,2 p.) |

Pomijając w tym wykazie pierwszą pozycję, jako przedstawiającą zbyt małe cyfry do obliczenia śmiertelności w odsetkach, widzimy, że w drugim i w trzecim dziesiątku życia, śmiertelność trzyma się dość nisko; zaś po latach 30 nagle się podnosi i rośnie w stosunku z wiekiem.

Nareszcie co się tyczy płci, to:

W r. 1875 z 203 mężczyzn cywilnych umarło 39 (19,2 pr.).
z 150 kobiet " 22 (14,6 pr.).
W r. 1876 ze 188 mężczyzn cywilnych " 30 (16,0 pr.).
z 149 kobiet " 21 (14,1 pr.).

W obu więc tych latach śmiertelność mężczyzn była większą od śmiertelności kobiet.

Chorzy leczeni w roku 1875 i 1876 według rodzaju chorób grupują się w sposób następujący:

| Wyszczególnienie. | W roku 1875 | | | | | W roku 1876 | | | | |
|---------------------------|-------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------|-------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------|
| | Było | Wyzdro- wiało. | Wyszło z polep. | Wyszło b. polep. | Umarło | Było | Wyzdro- wiało. | Wyszło z polep. | Wyszło b. polep. | Umarło. |
| Z chorobami wewnętrznymi | 205 | 88 | 52 | 15 | 50 | 198 | 110 | 39 | 8 | 41 |
| " zewnątrznymi | 200 | 166 | 12 | 9 | 13 | 176 | 153 | 1 | 9 | 13 |
| " wenerycznymi | 62 | 61 | — | — | 1 | 57 | 57 | — | — | — |
| " umysłowemi | 5 | 1 | 4 | — | — | 6 | — | 4 | 2 | — |
| Na obserwacyi i rekonwal. | 12 | 12 | — | — | — | 5 | 5 | — | — | — |
| | 205 | 328 | 68 | 24 | 64 | 442 | 325 | 44 | 19 | 54 |

Zatem na 100 chorych, którzy w r. 1875 kuracyę w szpitalu odbyli dotkniętych było: chorobami wewnętrznymi 42,4, chorobami zewnętrznymi 41,3, chorobami wenerycznymi 12,8, chorobami umysłowemi 1,0, wreszcie na obserwacyi pozostawało 3,4.

Cyfry z r. 1876 bardzo mało się od powyższych różnią, a mianowicie: ilość chorych wewnętrznych wynosiła 44,8 pr., chorych zewnętrznych 40,0 pr., wenerycznych 12,8 pr., umysłowych 1,3 pr., wreszcie na obserwacyi będących 1,1 proc.

Śmiertelność z chorób wewnętrznych była znacznie większą aniżeli z chorób zewnętrznych. Pierwsza wynosiła w 1875 r. 24,4 proc., a w 1876 roku 20,7 pr.; druga w 1875 r. 6,5 pr., a w r. następnym 7,4 pr.

Rozpatrzmy teraz każdą z podanych tu grup po szczególe, przytaczając, o ile można najtreściwiej, ważniejsze przypadki z kazuistyki szpitalnej.

I. Choroby wewnętrzne.

Odpowiednio do narządów dotkniętych chorobą, wszystkie przypadki chorobne z lat dwóch rozkładają się w następujący sposób:

| Wyszczególnienie. | Było. | Wyzdrow. zupelnie. | Wyszło z polepsz. | Wyszło bez polepsz. | Umarło. |
|---|-------|-----------------------|----------------------|------------------------|---------|
| Z chorobami układu nerwowego | 32 | 5 | 16 | 4 | 7 |
| " narządu oddechania | 153 | 64 | 41 | 11 | 37 |
| " krążenia | 9 | 1 | 4 | — | 4 |
| " trawienia, wątroby i otrzew. | 66 | 50 | 7 | 2 | 7 |
| " pęcherza moczowego | 28 | 5 | 4 | 5 | 14 |
| " zakaźnymi | 24 | 15 | — | — | 9 |
| " malaryjnymi | 33 | 32 | — | — | 1 |
| " narz. ruchowego, reumat. | 32 | 18 | 14 | — | — |
| " krwi i odżywiania | 20 | 4 | 5 | 1 | 10 |
| " połogowemi | 5 | 4 | — | — | 1 |

1. Choroby układu nerwowego spotykaliśmy u 3,4 proc. ogólnej liczby chorych; śmiertelność z nich wynosiła 6 proc. ogólnej śmiertelności.

W liczbie 32 przypadków tu się odnoszących było: 4 przypadki ostrego zapalenia opon mózgowych i przypadek ograniczonego rozmięczenia mózgu, 2 przypadki zalewu krwistego mózgu (*apoplexia cerebri*). Te 7 przypadków zakończyło się śmiercią. Prócz tego spostrzegaliśmy 5 przypadków porażen ośrodkowych i porażenia obwodowego, 2 przypadki władu paciierzowego, 2—padaeczki, 5—chronicznego przekrwienia opon mózgowych, manifestującego się długotrwałym bólem głowy; 9—nerwobólów (przeważnie kulszowego) i 1 przypadek tęcza.

(Dalszy ciąg nastąpi).

O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości

(Rozprawa konkursowa Red. Gaz. Lek.).

Przez Dra Władysława Strawińskiego.

(Dalszy ciąg).

8) Przeniesienie częściowo oddzielonej okostnej daje obfitszy wytwór kostny.

9) Wytworzenia się kości w przeniesionej okostnej czoła (*pericranii*) nie udało mi się nigdy spostrzegać (Dośw. 33, 55, 57, 66).

10) Przy przeniesieniach okostnej z jednego królika na innego kość równie dobrze się rozwija, jak i przy takichże doświadczeniach na jednym i tym samym króliku.

11) Przeniesienie okostnej z królika na świnkę morską lub odwrotnie bez pożądanego skutku zostawało. (Dośw. 61, 62).

12) Okostna powierzchnia na drugi lub trzeci dzień po śmierci zwierzęcia wytwarza kość w takim samym stopniu jak przeniesiona za życia. (Dośw. 59, 63.)

13) Przeniesienie twardej opony mózgu (*dura mater*) przynosi wcale zadawalniający produkt kostny. (Dośw. 64, 65.)

14) Pozbawienie okostnej przeniesionej warstwy jej osteoblastów (*couche ostéogène* Ollier'a) osłabia mniej lub więcej zdolność ossyfikacyjną przeniesionej okostnej, stosownie do tego mniejsza lub większa ilość osteoblastów początkowo oddaloną była. (Dośw. 14.)

15) Przeniesienie okostnej obwinętej na około korka lub bzu powoduje zwykle bądź to upośledzenie rozwinięcia się kości (Dośw. 11, 21), bądź ropienie w ranie. (Dośw. 26, 27, 50.)

16) Przeniesienie okostnej łącznie z pokrywającym ją mięśniem wywołuje często rozpad warstwy osteoblastów; wystąpienie dokoła okostnej mass serowatych oraz ropienie; chociaż pierwsze zawiązki tworzącej się kości pojawiają się niekiedy dość wcześnie, mianowicie w czwartym dniu po przeniesieniu. (Dośw. 40.)

17) Nowoutworzona kość najwyraźniejsze objawy resorbeyi okazywała w naroślach kostnych pochodzących od częściowo oddzielonej okostnej, zwy-

kle w obwodowych warstwach takowych: resorbeyca występowała tu czasami dosyć weześnie, bo w drugim już tygodniu po przeniesieniu okostnej (Dośw. 48, 51, 54); w związku bez wątpienia z tym objawem jest stopniowe zmniejszenie się guzików kostnych bezpośrednio z kością złączonych; nierównie już rzadziej i w mniejszych rozmiarach resorbeyę się napotyka w wytworach kostnych przy przeniesieniach okostnej w inne jakie miejsce; utworzone w tych razach blaszki kostne mogą pozostać bez zmiany przez dłuższy czas, przeszło 2 miesiące (Dośw. 2), nie tracąc bynajmniej, jak się zdaje, na swój pierwotnej objętości.

18) Powstawania właściwego kanału szpikowego w nowouworzonej kości nie miałem sposobności nigdy obserwować: w niektórych rzeczywiście razach (Dośw: 8, 58) daje się otrzymać rurkową kość; światło wszakże występującego tu kanału wypełnione jest zbitą tkanką włóknistą naczyń posiadającą. Fakt ten łatwo się objaśnia uprzednio nadmienioną już własnością oddzielonej okostnej zwijać się w sznurek, przyczem warstwa wewnętrzna okostnej zostaje obróconą na zewnątrz; gdy się potem rozwine kość z wewnętrznej tylko warstwy, część zaś zewnętrzna okostnej, leżąca w osi sznurka, pozostanie nieskośnią, otrzymamy natenczas kość w postaci rurki.

19) Odradzanie się (*regeneratio*) okostnej następuje zwykle bardzo szybko, w przeciągu kilku dni, o czem obszerniej pomówimy we właściwym miejscu; do przeniesień zaś odtworzona okostna może być użyta z powodu swjej cienkości dopiero między drugim a trzecim tygodniem po obnażeniu kości z okostnej; okostna odrodzona będąc przeniesioną zdaje się równie dobrze wytwarzać kość, jak i okostna normalna.

20) Przeniesienia osobno warstwy wewnętrznej okostnej (*couche ostéogène* Ollier'a), jako też szpiku kostnego oraz chrząstki dają nam, jakieśmy wyżej widzieli, rezultat ujemny.

21) Oddzielne kawałki kości z pokrywającą je okostną lub bez takowej przeniesione pod skórę królikom nie przedstawiały po upływie miesiąca czasu najmniejszych oznak resorbeyi. W miejsce zaś zdartej okostnej na obrażonej powierzchni kości narastała nowa włóknista błonka, mająca niejaki podobieństwo z prawdziwą okostną.

22) Kilkakrotne operacye przeniesień okostnej na jednym i tym samym króliku zdają się nie wpływać źle na rozwijanie się kości w następujących po sobie przenoszeniach.

Uwydatniwszy w powyższym streszczeniu naszych doświadczeń najstotniejsze fakta, odnoszące się do przeniesień tak okostnej, jako też szpiku, chrząstki, oraz pojedynczych kawałków całej kości, uważamy za konieczne przytoczyć tu chociażby w krótkości rezultaty podobnych doświadczeń przez innych badaczy wykonanych.

Nieocenione zasługi Ollier'a powszechnie są znane całemu światowi lekarskiemu; on pierwszy bowiem wpadł na myśl przenoszenia okostnej w miejsca oddalone, w celu udowodnienia własności osteogenicznych takowej. Późniejsze tego rodzaju obserwacye, a pomiędzy innemi i nasze są tylko po więk-

szej części sprawdzeniem licznych spostrzeżeń Ollier'a w pomnikowym jego dziele ¹⁾ zawartych. Musimy wszakże poprzestać na wymienieniu tu niektórych z ważniejszych wyników, znajdujących się w pomienionej pracy tego uczonego. I tak, przeniesienie *pericranii* u królików dały mu rezultat ujemny (Tom I, p. 81), co najzupełniej z naszymi postrzeżeniami się zgadza. Kostnienie *pericranii* Ollier otrzymał u psa, szczególnie u kota. Przeniesienia *pericranii* robione przez Buchholz'a ²⁾ na psach i królikach ani razu nie dostarczyły prawdziwej kości (p. 83). Przeciwnie, przy przeniesieniu *dura matris* (u królików młodych) Ollier zawsze prawie otrzymywał produkt kostny w *dura mater* wziętej zarówno ze sklepienia jak i podstawy czaszki. Rezultat ten potwierdzają również i nasze doświadczenia. Przenosząc pod skórę osobno *couche ostéogène* Ollier w pomyślnych razach (zwierzęta młode) otrzymał pojedyncze białe ziarna, wielkości niekiedy główki od szpilki; większa część tych ziarn okazywała zwapnienie, w niektórych jednak miejscach znać było wyraźną budowę kości (ciałko kostne); najczęściej wszakże pierwiastki przeniesionej *couche ostéogène* znikwały wkrótce w skutek wessania: co do nas, mogliśmy tylko stwierdzić to ostatnie zjawisko. Utworzenie w kości od przeniesienia okostnej powstałej kanału szpikowego (medulazacya) Ollier częściej obserwował w produktach kostnych większych i grubszych; cienkie bowiem blaszki kostne, podobnie jak i także kości normalne nie posiadały nigdy kanału szpikowego. Tworzenie się kanału szpikowego, podług Ollier'a, występowało wyraźniej i szybciej przy częściowym przeniesieniu okostnej, w ogólności zaś medulazacya zdawała się być zupełniejszą w tych razach, gdzie się początkowo więcej chrząstki wytworzyło. Jakkolwiek przy naszych doświadczeniach nie mogliśmy się doczekać utworzenia kanału szpikowego, to jednak napotykanne przez nas znaczniejsze ślady resorbeyi przy częściowym przeniesieniu okostnej, a więc tam gdzie chrząstka obficie się rozwija, czynią ostatnie zdanie Ollier'a bardzo prawdopodobnem. Z drugiej znów strony dopiero co wspomniana resorbeyia przemawiałaby prędzej za wessaniem łatwiejszem kości otrzymanej przy częściowym przeniesieniu okostnej, aniżeli takiejże kości wytworzonej w oddalonym miejscu. Doświadczenie nasze Nr. 4, gdzie po siedmiu przeszło miesiącach znaleźliśmy pod skórą czoła sznurek włóknisty z małą ilością tkanki kostnej nie uważamy za wystarczające do rozstrzygnięcia kwestyi w mowie będącej, gdyż nie wiemy na pewno czy poprzednio było tam więcej kości od tej jej ilości, jakąśmy po siedmiu miesiącach wykryli. Ollier jest innego pod tym względem zdania, sądzi bowiem, iż kość otrzymana od częściowego przeniesienia okostnej musi być trwalszą w porównaniu z kością od przeniesienia

¹⁾ Traité experimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux. 1867.

²⁾ Einige Versuche über künstliche Knochenbildung. Virchow's Arch. 28 Bd: 1863. p. 78.

w miejsce oddalone, „*le tissu osseux obtenu par l'enroulement du périoste du tibia résiste mieux que celui qui produit la transplantation à distance*“ (p. 414, t. I). Wessanie mniej lub więcej zupełnie sztucznie wytworzonej kości Ollier obserwował niekiedy w końcu 3 do 4 miesiąca, czasami zaś nowoutworzoną kość, mianowicie obrączka kostna powstała skutkiem obwinięcia okostnej *tibiae* na około mięśnia nogi, nie znikła jeszcze po 3 latach blisko. Do bardziej stanowczego rezultatu doszedł Philippeaux¹⁾, który zajmując się przenoszeniem okostnej wedle metody Ollier'a miał się przekonać, iż okostna *tibiae* królika przeniesiona pod skórę brzucha, po 30 dniach wyraźnie była skostniała, poczem zaś następowało stopniowe wessanie kości, tak że na 140 dzień po przeniesieniu nie pozostawało ani śladu dawniejszej kości; przeciwnie, kość wytworzona z częściowo przeniesionej okostnej w tymże samym czasie badana zachowywała pierwotną swą wielkość nie okazując wcale jakichbądź znaków resorbcyi.

Przeniesienie okostnej pomiędzy zwierzętami różnych gatunków dawały Ollier'owi bezwarunkowo rezultat ujemny: okostna albo ulegała po pewnym czasie wessaniu, lub też wyropiała; na mocy więc tego rezultatu Ollier wnosi, iż wszelkie próby przenoszenia okostnej ze zwierząt na człowieka w celach chirurgicznych winny być całkiem zaniechane; przenoszenia zaś z jednego indywiduum na drugie tego samego gatunku uwięzione były zawsze dobrym skutkiem.

Obserwacje nasze najzupełniej stwierdzają powyższe fakta.

Nadto Ollier wykazał, iż okostna będąc przeniesioną w 24 godzin po śmierci zwierzęcia nie traci bynajmniej własności swych kościo-twórczych, a powtórnie wystawione na działanie 2^o zimna okazuje się jeszcze zdolną do wytwarzania kości. Z naszych doświadczeń widać także, iż okostna z królika przed 48 godzinami zdechłego po przeniesieniu kość wytworzyła. Nader liczne doświadczenia Ollier'a z przenoszeniem szpiku kostnego na rozmaitych zwierzętach (pies, kot, królik) dokonane, nie dowiodły kostnienia szpiku, skoro takowy przeniesionym był pod skórę; takiż sam wynik i nasze doświadczenia przedstawiają. Kostnienie jednak szpiku Ollier otrzymywał w innych warunkach, mianowicie wówczas kiedy szpik pozostawał w swój jamie kostnej: zrobiwszy amputację kości długiej Ollier pomiędzy ścianą kostną a szpikiem wkładał cienką blaszkę srebrną zwiniętą odpowiednio w rurkę. Po miesiącu blisko część właśnie szpiku objęta blaszką metalową okazywała się skostniałą: sama kość była więc gębsza.

(Dalszy ciąg nastąpi).

¹⁾ Gazet. med. de Paris. Nr. 2. 1873.

O osrodkowym pochodzeniu dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Przez Dra F. Richtera.

Z powodu wielkiej rozmaitości, zresztą mało jeszcze znanych przyczyn, z powodu niedokładnych pojęć o lokalizacji, jak również braku dostatecznych anatomo-patologicznych danych, wyczerpujące określenie choroby znanej pod nazwą *angina pectoris* jest dziś jeszcze prawie niemożliwe. Wprawdzie zaczęto już wyłączać z pod nazwy dusznicy bolesnej, w ścisłym tego słowa znaczeniu, te formy, które wadom serca towarzyszą. Uważając tym sposobem daną chorobę jako czystą nerwicę, otrzymujemy daleko prostszy obraz rzeczowego cierpienia; dotychczas jednak w całej literaturze z wyjątkiem kilku napomknień, dusznica bolesna uważa się jako nerwica obwodowego pochodzenia.

Na zasadzie historii choroby, którą najpierw przytaczam, postaram się rzucić cokolwiek światła na mało dotychczas poruszoną kwestyą istoty danej choroby.

Pan N. N., artysta malarz, lat 25 mający, dość silnie zbudowany i dotychczas zupełnie zdrowy, jest synem ojca, który często na nerwobóle i raz na bezwład jednej ręki chorował. Młody ten i utalentowany człowiek, który pomimo wczesnego wieku już parę dzieł sztuki stworzyć potrafił, udał się dwa lata temu w podróż do Włoch i tam zimę w Rzymie, a lato w Caprei spędził. Czasu tego użył nasz chory na pilne badanie sztuki i wykończanie bądź szkiców, bądź też większych obrazów. Nużąca praca skutkiem okoliczności została znacznie utrudnioną — albowiem obok pracowni malarza stawiano duży budynek z niezbędnym w takim razie hałasem — i chory wkrótce dostrzegł u siebie pewne nerwowe rozdrażnienie, które zrazu objawiało się przykrością, jaką mu sprawiała obok mieszkająca fortepianistka. Na wiosnę tegoż roku udał się on z Rzymu do Graz, aby tam wypocząć; po drodze jednak będąc już bardzo rozdrażnionym, zwiedził jako turysta pomniki sztuki w rozmaitych miastach się znajdujące. W Grazu znalazł chory najniespodziewaniej znowu ważną robotę, która mu 3 tygodnie czasu zajęła; potem przez Monachium, gdzie widok wystawy jeszcze raz go rozdrażnił, wrócił do Turynii, dokąd już bardzo osłabiony przyjechał. Zaledwie 14 dni tam przebył, dowiedział się, że obraz jego w Wejmarze, który na wystawę do Berlina był przeznaczony, nie podobał się tak, jak poprzednie jego prace. Natychmiast więc udał się do Wejmaru i tam w krótkim czasie przerobił obraz, tak że na wystawę jeszcze był gotów. Ale też i on sam rozchorował się na dobre; dostał mianowicie silnego rozdrażnienia mózgu i napadu nieopisaną trwogi, która go zmusiła do szukania porady lekarskiej. Ponieważ lekarz, radca Pfeiffer uznał, że jedynie systematyczna kuracya może przynieść pożytek, a więc odesłał chorego do mnie.

W chwili przybycia do mnie chory użalał się na silny ból i ciśnienie przeważnie w przedniej części głowy, jako też na miganie przed oczami, zawrót głowy i bezsenność. Czynności zmysłów były zresztą prawidłowe, stolec nieco zaparty, przytem chory czuł ciągle zimno w nogach. Ból w krzyżu zja-

wiał się tylko przy znacznych wysiłkach i przy ucisku na rdzeń kręgowy się nie zwiększał; w chodzie bez żadnej nieprawidłowości nie dostrzegłem.

Drażliwość i brak energii w przeciwdziałaniu na nieprzyjemne dla niego wrażenia objawiała się łzami, któremi za każdą niepomyślną wiadomością się zalewał. Potrzeba przewycięzania najmniejszych trudności pozbawiała go od razu całej przytomności umysłu; nie był też zdolny zająć się jakąkolwiek pracą, wymagającą umysłowego naprężenia. Zewnętrzne badanie głowy nie wykryło nic szczególnego; punktów bolesnych na przebiegu nerwów nie było. Odrazu jednak zwróciła mą uwagę okoliczność, że twarz była ciągle silnie zaczerwienioną; przy jakimkolwiek pobudzeniu, czy to w skutek rozmowy, czy przy jedzeniu czerwonosć ta stawała się jeszcze wyraźniejszą, a głowa gorąca. Prawy policzek był zawsze czerwieńszy niż lewy. Tętno przy zupełnym spokoju uderzało 100 razy na minutę. Fala krwi w tętnicy szyjowej lewej była nieco silniejsza niż w prawej. Punktów bolesnych na przebiegu nerwu współczulnego na szyi, jako też innych nerwów okolicy piersiowej nie odkryłem. Fizykalne badanie serca dało ujemne rezultaty; jeżeli jednak chory skutkiem żywej rozmowy lub zmartwienia, cokolwiek się wzruszył natychmiast zjawiał się napad trwogi i bólu w okolicy serca. Inne przyczyny niż pobudki duchowe, których wpływ pogarszało choćby najmniejsze użycie napojów wyskokowych, podobnych napadów nie wywoływały. Chory dodawał, że w czasie napadu téj trwogi miewał uczucie, jakby mu kto piersi ścisnął. Napad rozpoczynał się silnym ciśnieniem w przedniej części głowy, poczem następowała „utrata pamięci“, co jednak nie przeszkadzało choremu odczuwać przyłączającego się do tego okresu uczucia „tętnienia w tylnej części głowy“; teraz dopiero nastawał prawdziwy napad, który się głównie bólem piersi a jeszcze więcej okolicy sercowej cechował. Za każdym razem paroksyzm postępował w jednakim porządku, t. j. od głowy; na wysokości jednak napadu chory czasami czuł jak ból rozpromieniał się z serca i przez szyję idąc, osiągał najwyższego punktu głowy, gdzie szczególne uczucie powodował. Podczas tych napadów, z których jeden dokładnie zaobserwowałem, twarz była czerwona, przeciwnie ręce i nogi, będące siedliskiem nieokreślonego i jakby kłującego bólu, stawały się zupełnie zimne, zimno ich zimniejszało się w kierunku ku tułowiowi. Po skończonym napadzie kończyny z lewej strony rozgrzewały się szybciej niż z prawej. W razie silnych napadów zjawiały się drgawkowe kurcze w kolanach, przyczem tętnica promieniowa była moeno napięta i puls dochodził do 120 a nawet 130 na minutę. Nareszcie winniem dodać, że napad, którego byłem świadkiem, udało mi się przez uspakajanie chorego, a więc przez wpływy duchowe skrócić i złagodzić.

Leczenie polegało na użyciu zimnej kuracyi, jak również słabego prądu stałego. Z początku chory używał letnich kąpeli, 25°R. mających, następnie przeszedł do letnich obwijań, trzymanych aż do ogrzania, po których coraz to zimniejszych nacierań używać kazałem; wieczorem brał chory kąpiel nasiadową do 20°R. ogrzaną. Roznaitych procedur z wodą mającą tylko 16°R., cho-

ry, jak to łatwo zrozumieć, znieść nie mógł. Użycie elektryczności polegało na zastosowywaniu słabych stałych prądów na głowę i zwoje nerwu współczulnego na szyi; przytem najusilniej zabraniałem przerywania i jakiegobądź wahania prądu ¹⁾.

Zimne nacierania i pod koniec już dość silny prąd miały za zadanie wywierać oprócz kojącego jeszcze i resorbujący wpływ. Duchowe wpływy, zupełny spokój, stosowna dyeta i górskie powietrze wspomagały dzielnie moją terapię, która też po 10 tygodniach została ukończoną; chory był zupełnie zdrow, pozostała tylko niejaka wrażliwość systematu nerwowego: przedrażnienie mózgu znikło a napady dusznicy więcej się nie powtarzały. Jako następczą kuracją zaleciłem choremu 6 tygodniowy pobyt w rodzicielskim domu, poczem sądzę, że z całym zapalem na nowo do pracy zabrać się potrafi.

Rozbierając dotychczas opisane wypadki *angina pectoris*, łatwo się przekonać, że przyczyny i umiejscowienia choroby szukano głównie w rozgałęzieniach nerwu błędnego i współczulnego. Jakoż rzeczywiście istnieją protokoły sekcyjne, w których, jak w śmiertelnie zakończonym wypadku Heine'go, znaleziono nerw sercowy wielki zgrubiał i w czarnej massie zawarty.

Lancereaux także znalazł u jednego chorego unaczynienie zwoju sercowego, przyczem powłoka była zgrubiałą a zawartość rdzenia zwyrodniona. Jako przyczynę choroby prócz ogólnych zboczeń odżywiania (bezkrwistość) podają dziedziczność, której obecność i w naszym wypadku wykazać było można. Nothnagel i Hübner szukają przyczyny dusznicy w zaziębieniu: Eulenburg ²⁾, Beau i Savalle w nadmiernem użyciu tytoniu. Przyczyną wypadku opisanego przez Cordes'a w I-szym zesz. XIV tomu tegoż archiwum (1874 roku) było maciennictwo, przyczem autor dodaje, że ponieważ napad następował zawsze w skutek duchowej pobudki, a więc i sama choroba musiała być ośrodkowego pochodzenia. Nareszcie u Traube'go znajdujemy wskazówki, że przyczyną cierpienia mogą być i zaburzenia w ośrodkach naczynioruchowych; autor ten stara się wytłumaczyć zwiększoną częstość pulsu i zmniejszenie światła tętnic, przy jednoczesnym podwyższeniu ich napięcia, za pomocą podrażnienia wzmiankowanego ośrodka w mózgu. Również przypuszczenie, że nadmierne użycie tytoniu może się stać przyczyną dusznicy bolesnej, a zaprzestanie palenia samo przez się wyleczenie sprowadza, przemawia, zdaniem moim, za ośrodkowym pochodzeniem choroby; nikotyna bowiem wywołuje zwolnienie uderzeń serca, czasami do zupełnego paraliżu, zmiany w rozmiarach źrenicy, duszność, zawrót głowy a nawet i drgawki, niewątpliwie sprowadza zaburzenia w czynnościach rdzenia przedłużonego i mostu Warola, a więc i ośrodka naczynioruchowego.

¹⁾ O teoriach kojącego działania zimnej wody i prądu, patrz mój odczyt w Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med. 1876. Nr. 26.

²⁾ Angina pectoris w Handbuch i t. d. v. Z i m s s e n'a. T. XII. cz. 2.

Przytoczona powyżej przezemnie historia choroby dostatecznie popiera te pojedyncze domysły i może służyć za dowód, że *angina pectoris* czasami wywołaną być może pierwotnie i jedynie zaburzeniami w mógu swe siedlisko mającemi. Chory dotychczas zdrów i niecierpiący wcale na wadę serca lub jakąś chorobę naczyń, nagle w skutek przeciwności dostaje przedrażnienia mózgu wraz z uczuciem ciśnienia w głowie. Według zdania Runge'go, który w 3 zes. VI t. Archiwu dla psychiatrii i chorób nerwowych (*Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten*) „uczucie ciśnienia w głowie“ rozbiera, podobny objaw zawsze ma za podstawę nieprawidłową czynność naczyń. Zaburzenia w krążeniu i zastoje krwi są przyczyną zwolnionego krwiobiegu w naczyniach włoskowatych; jednocześnie w doprowadzających naczyniach może istnieć bezkrwistość lub nawał, rozszerzenie lub zwężenie światła. Zaburzenia w dotkniętej części (w naszym wypadku w istocie korowej mózgu) mogą być następstwem nadmiaru czynności i podrażnienia, które, jak wiadomo, sprowadzają napływy krwi; następstwem zaś tego ostatniego stanu, jak również zmian cząsteczkowych przez sam bodziec wywołanych, może być niedostateczne naczynioruchowe unerwienie (*Innervation*). Zmiany przy nowotworach mózgu spotykane uczą nas, że zaburzenia w krążeniu krwi w rozmaitych jego miejscowościach powstawać mogą. Natura cierpienia u naszego chorego wskazuje, że pierwotnego siedliska jej szukać należy w istocie szarej dużej półkul mózgowych; najbliższą bowiem przyczyną jej powstawania było przedrażnienie okolic będących siedliskiem duchowej pracy, t. j. właśnie istoty szarej półkul. Jeżeli zatem przyjmniemy podobny punkt wyjścia dla objawów chorobnych w naszym wypadku, w takim razie pozostaje nam rozwiązać następujące pytanie: w jaki sposób ograniczone zaburzenie w istocie szarej półkul mózgowych może powodować objawy duszniczy bolesnej?

Choroba rzeczona jest mieszaną czuciuruchową nerwicą. Wiadomo, że zarówno nerwobóle jak i porażenia mogą powstawać w skutek patologicznych zmian w ośrodkach nerwowych, przyczem ośrodkowe drogi dla przeprowadzania i przyjmowania wrażeń, jak również ośrodki ruchowe i naczynioruchowe zaburzeniom ulegają. Tak więc nie ma zasady, dla której mielibyśmy przeczyć, że pewne ośrodkowe porażenia mogą dotyczyć te ruchowe i czuciowe centra, od których objawy duszniczy bolesnej zależą, wywołując tym sposobem rzeczoną chorobę bez równoczesnego zajęcia obwodowych zakończeń nerwów. Pod temi ostatniemi prócz n. błędnego, od którego pewne zboczenia w działalności serca przy duszniczy bolesnej zależeć mogą, rozumiemy głównie nerw współczulny (*sympaticus*). Nerw błędny (*n. vagus*) od wyjścia swego z rdzenia przedłużonego aż do rozgałęzień w sercu na całej przestrzeni dostępny est dla badania; inaczéj jednak się rzecz ma z gałęziami sercowemi od nerwu współczulnego pochodzącemi. Kiedy bowiem jedno z nich przebiegają w samym pniu tego nerwu, to inne przeciwnie, wyszedłszy z mózgu udają się do szyjowej i górnej grzbietowej części rdzenia kręgowego i ztamtąd dopiero przez zwój szyjowy dolny i piersiowy do serca się dostają (v. Bezold). Gałązki sercowe, które w nerwie współczulnym przebiegają, zostają pod zwierzech-

nietwem mózgu i od niego pobudzenia otrzymują, tak więc zarówno n. błędny i współczulny zostają w ścisłym stosunku z ośrodkami nerwowymi i mogą być przez duchowe pobudzenia podrażnionemi. Przyjąwszy zatem jako pierwotne siedlisko danej choroby substancją korową, możemy wtórny jej punkt wyjścia umieścić albo w ośrodku naczynioruchowym wyższych oddziałów mózgu, o którym zresztą mało co wiemy ¹⁾, albo też wypadnie nam zwrócić się do rdzenia przedłużonego, który, jak wiadomo, powszechnie za miejsce rzeczonego ośrodka uważanym bywa. A zatem dla naszego wypadku musimy przyjąć dwa odrębne przyczynowe momenta: po pierwsze, przedrażnienie mózgu, charakteru stałego, które następczo zaburzenia w krążeniu krwi sprowadza i po drugie, wtórne podrażnienie ośrodkowych okolic naczynioruchowych, które już więcej charakter obostrzenia i czasowości na sobie noszą. Że zaś szkodliwe wpływy na półkule mózgowe działające, mogą sprowadzić zaburzenia w czynnościach rdzenia przedłużonego, o tem przekonywają nas doświadczenia robione w celu wyświetlenia istoty padaczki.

(Dokończenie nastąpi).

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

O raku żołądka pod względem etiologicznym i patogenetycznym.

Przez Prof. Leberta.

(Dalszy ciąg).

D z i e d z i c z n o ś ć. Przy tak częstej chorobie jak rak żołądka już samo przez się staje trudnem określenie, kiedy zachodzi związek genetyczny pomiędzy dwoma wypadkami tegoż samego cierpienia w jednej rodzinie, a kiedy nie. Jeszcze trudniejszem jest często skonstatowanie dziedziczności tam, gdzie ona zdaje się być przynajmniej prawdopodobną; albowiem samo wypytywanie chorego rzadko daje pod tym względem absolutną pewność i nadto kwestyę tę bardzo utrudza ta okoliczność, że cierpienie to pojawia się dopiero w drugiej połowie życia, a często w późnej starości, t. j. że rodzice udzielają tę chorobę dziecku jeszcze przedtem nim sami jej ulegli. Ojciec więc i matka przy poczęciu udzielają synowi lub córce zarodek choroby, która u rodziców dopiero po wielu latach od poczęcia występuje, a u dziecka może się pojawić dopiero w 7 i 9 dziesięcioleciu życia.

Jakkolwiek więc niemożliwem jest dojść do ścisłych danych liczbowych w sprawie dziedziczności raka żołądka i jakkolwiek panuje zupełny mrok nad sposobem w ja-

¹⁾ Benedikt w *Nervenpathologie und Elektrotherapie* 1876. cz. 2, s. 527 i t. d. dowodzi, że przy obrażeniach mózgu zaburzenia naczynioruchowe w rozmaitych jego częściach powstać mogą. Z ośrodków czynnościowych dla nerwów wzrokowych może wyjść podrażnienie ośrodków naczynioruchowych tychże nerwów. Ponieważ procesa zapalne i wylewy krwi w odnogach mózgu psychiczne objawy powodować mogą, a więc możnaby przyjąć, że w nich znajdują się wspólne naczynioruchowe ośrodki dla ogólnej cyrkulacji półkul mózgowych. Te i inne przez autora cytowane dowody pokazują, że istnieje ścisły związek pomiędzy naczynioruchowemi ośrodkami całego mózgu, które anatomia i fizjologia dopiero poznawać zaczęła, a których istnienie dla klinicy jest niewątpliwe.

ki się ona odbywa, to jednak nie ulega żadnej wątpliwości nie rzadki fakt wielokrotnego i dziedzicznego pojawiania się tej choroby w pojedynczych rodzinach i to najczęściej za pomocą spadkowego przechodzenia z rodziców na dzieci. Wiadomo, że rak żołądka, któremu uległ Napoleon I, pojawiał się w dwóch pokoleniach jego rodziny, a jedna z jego siostr także w skutek tej choroby umarła. Zresztą każdy starszy doświadczony lekarz w praktyce prywatnej, w której często przez wiele lat śledzi za zdrowiem całych rodzin, spostrzegał niewątpliwie wypadki dziedziczności.

Według spostrzeżeń dziedziczy się nie tylko wprost rak żołądka, ale częściej zdarza się, że w poprzednim pokoleniu istniał rak inny, a mianowicie u matek rak macicy albo sutek. A zatem przy dziedziczeniu rak żołądka nie następuje jedynie po raku żołądka, ale także po rakach innych miejscowości. W moich spostrzeżeniach napotykam 7% wypadków dziedzicznych. Zwykle rak dziedziczny w następnym pokoleniu wcześniej się pojawia aniżeli w poprzedzającym. W moich wypadkach z praktyki szpitalnej i prywatnej, w poprzedzającym pokoleniu istniał albo rak żołądka, albo też rak jakiej innej okolicy. Gdy chorobie podlega kilku z braterstwa, rzadko więcej aniżeli 2, wówczas dziedziczność jest bardzo prawdopodobną, jakkolwiek w kilku znanych mi wypadkach nie była ona dowiedziona. W każdym więc razie dziedziczność należy do wyjątkowych tylko przyczyn powstawania tej choroby; ale przemawia ona za diatezą, za charakterem ogólnym tego cierpienia.

Trwałe umysł pognębiające wpływy były uważane przez wielu za przyczynę raka żołądka, wówczas gdy jeszcze niedostatecznie odróżniano go od uporeczywych form kataru żołądka i od wrzodu żołądka. Przy zajmującej nas chorobie czynnik psychiczny ledwie że jaką rolę odegrywa. Tylko w niewielu wypadkach widziałem raka żołądka, który wystąpił podczas przygnębionego stanu umysłu pod wpływem zgrzyzot i zmartwienia; w ogromnej zaś większości wypadków stwierdziłem nieobecność tego momentu. Zresztą w wieku, w którym rak zwykły występować wrażliwość psychiczna jest znacznie zmniejszona, a nadto zwierzęta, głównie zaś psy, również cierpią na raka jak człowiek, chociaż w tym razie nie można brać pod uwagę wpływu usposobienia duszy.

Wpływ ustania odpływów miesięcznych często bywa podawany. Zejście się jednak jest w danym razie tylko przypadkowe, gdyż rak żołądka często się już zdarza przed czasem ustania miesiączki i tylko po tym czasie dosięga swęj największej częstości.

Osobnicze usposobienie całego ustroju w szczególności zaś żołądka, podawane zwykle za moment przyczynowy raka jest tylko dzwięcznym frazesem nie nie objaśniającym.

Nieco o patogenii raka żołądka. Aby kwestyą patogenii raka żołądka tak ciemną w wielu punktach uczynić zrozumiałą, koniecznem jest podać w krótkości ogólny przegląd moich patogenetycznych pojęć o raku. Po bliższe szczegóły odsyłam do mojej świeżo przerobionej patologii ogólnej *).

Zgodnie z najnowszymi badaczami zapatruję się na raka, jako na nowotwór nabłonkowy biorący swój początek z typu nabłonkowego i odznaczający się wyraźną dążnością do miejscowego i ogólnego rozprzestrzenia się.

Poprzednio odróżniłem nowotwory nabłonkowe od raka i złośliwe formy pierwszych opisałem pod nazwiskiem rakowców. Jakkolwiek względy praktyczne i histologiczne bardzo zezwalają na oddzielenie rakowca od raka, to jednak obydwaj, według nowszych poglądów Thierscha i Waldeyra, do których się przyłączam, są gruppami tegoż samego nowotworu nabłonkowego, prawdopodobnie nawet odrosłami tych części listków zarodkowych, które zacząwszy od swego rozwoju przez całe życie daje początek jedynie tylko utworom nabłonkowym. Czy jednak wszystkie raki i nabłonzaki (*epitheliome*) w taki sposób się tworzą, trudno mi dzisiaj rozstrzygnąć, jakkolwiek zdaje się to prawdopodobnem. Chociaż zdarzają się wypadki, w których trudno powiedzieć, czy się ma do czynienia z rakowcowym nabłonzakiem czy też z nabłon-

*) Lebert, Handbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie. 2 Auflage. Tübingen 1876.

kowym rakiem (*epithelioides carcinom*), to jednak obydwie stanowią oddzielne typy, które nawet posiadają mało skłonności do tworzenia form mieszanych. Fakt przezemnie ustanowiony, że nawet najbardziej niewinne rogi skórne, keratomy zmieniają się później w $\frac{1}{3}$ wypadków przy podstawie swój na złośliwe rakowce, życie ukrócające nabłoneczaki, fakt ten dowodzi między innymi, że przebieg złośliwy nie może dawać pod tym względem żadnej miary. Z drugiej strony w nauce znana jest z dawnych i nowszych czasów znaczna ilość uleczonych rakowców nabłonkowych, podczas gdy ciągle musimy pozostawać w przekonaniu o nieuleczalności właściwego raka.

Jakkolwiek złośliwe nabłoneczaki mogą zakażać cały ustroj i dać powód do przerzutów, co także nie rzadko się spostrzega przy fibroplastomie (mięśaku), to jednak ja sam nie spostrzegalem tej ogólnej, daleko przerzucającej się infekcyi w 22 sekcyach zrobionych przezemnie przy rakowcach, chociaż nie rzadko się przy nich spostrzega rozprzestrzenianie miejscowe na mięśnie, kości i gruczoły limfatyczne. Jednakże ogólne zakażenie rakowcowe spostrzegali P a g e t, V i r e h o w i inni: nie cheę więc im zaprzeczać. Przy raku zaś naodwrot, bardzo wyraźną jest dążność do obszernej zarówno blisko jak i daleko przerzucającej się infekcyi, i zdarza się ona bardzo często; przy raku żołądka np., według najnowszych mych badań, spotyka się ona w trzech czwartych wszystkich wypadków.

Podczas gdy znamy cały szereg niewinnych nowotworów nabłonkowych, które oznaczam mianem *epithelioma simplex benignum*, to w tymże czasie inne posiadające taką samą budowę odznaczają się wyraźną dążnością rakowcową. Różnicy tej w przebiegu nie może objaśnić ani budowa anatomiczna, ani też nie zawsze histologia. Obecnie zamierzamy przejrzeć w krótkości formy rakowca.

Forma kosmkowata najbardziej jeszcze dozwala na przejście od brodawczaka (*papilloma*) niewinnego do złośliwego. Zewnętrzna jednak forma sama w sobie tem mniej posiada prognostycznego znaczenia, ponieważ nierzadko i prawdziwy rak nabłonkowy przedstawia się zewnętrznie w typie kosmkowatym, jakkolwiek z dosyć znacznymi różnicami histologicznymi. Złośliwy przebieg brodawczaka spowodowany jest po części przez wrastanie w głąb komórek nabłonkowych w kształcie zatyczek i przez zajęcie samych mięśni i kości przy jednoczesnem zagłębianiu się do naczyń limfatycznych, a z tych do sąsiednich gruczołów limfatycznych. W tych głębokich ciałach rakowcowych znajdują się nie tylko typowe komórki nabłonkowe wraz z opisanymi poraz pierwszy przezemnie wielkimi warstwaniami ciałami kulistymi (*Zellenkugeln*), ale także wobec komórek bardziej prawdziwego nabłonka płaskiego, komórki wielojądrowe podobne do komórek raka nabłonkowego. Gromady komórek rozrastające się w głąbi i dostrzegalne tylko za pomocą mikroskopu objaśniają zdolność do powrotów nawet po obszer-nych i głęboko sięgających operacyach. Zarówno jak rakowiec pierwotny, tak samo i wtórne gruczołów limfatycznych mogą ulegać przerodzeniu tłuszczowemu i rozpadając się tworzyć owrzodzenia z dnem rakowcowym. Sposokowacenie, miejscowe zakażenie, przeróżne zaburzenia funkcjonalne, niekiedy zakażenie septyczne sprowadzają śmierć, jeżeli było niemożliwe zupełnie dokładne wyluszczenie, w następstwie którego nieraz spostrzegalem kompletne i trwałe uleczenie.

Rakowiec płaski wrzodziejący, który opisałem jako *ulcus rodens* z dnem rakowcowym, może przedstawić obraz złożony z powodu zwyczajnego małokomórkowego rozrostu ziarniny, która wraz z białymi ciałkami krwi (*leucocyten*) otacza zatyczki nabłonkowe i owrzodziła ich część końcową. W taki sposób może się on stać podobnym do wrzodziejącego wilka (*lupus*). Jednakże nawet najzłośliwsze formy i wypadki mają daleko wolniejszy i bardziej umiejscowiony przebieg aniżeli rak właściwy. Oczywiście zniszczenia mogą niekiedy stać się bardzo obszernymi szczególnie na twarzy. Na szyjce macicznej spostrzegają się wszystkie formy przejściowe zaczawszy od grup zatyczek, wysoko do samego ciała macicy sięgających, a skończywszy na owych żrących powierzchownych wrzodach, w których nie można nawet znaleźć dna nabłonkowego.

Przez głęboko sięgające rozrosty powstaje r a k o w i e c n a c i e c z o n y, którego powierzchnia może być gładką lub nierówną, albo też więcej wyżartą lub owrzodziłą. Najgorsze formy zdarzają się na języku i przełyku. Rakowiec nacieczony macicy jest także bardzo złośliwy.

Teraz dochodzimy do raka właściwego.

Cała historia rakowca i raka wykazuje, że pomimo wspomnianych różnic istnieje

pomiędzy niemi wielki związek, na który przedewszystkiem wskazuje wspólne ich powstawanie z warstw nabłonka i przewodów gruczołowych. Wprawdzie to wspólne pochodzenie nie objaśnia różnicy w przebiegu ich, która często jest tak wydatną. Dla czego z tego samego nabłonka gruczołu piersiowego w jednym razie powstaje tylko zwyczajny nieszkodliwy przerost, a w drugim razie złośliwy, do śmierci doprowadzający, rak?

Rak kosmkowaty (*Zottenkrebs*) pęcherza powstaje, według *Waldeyra*, którego się w tem miejscu trzymamy, z warstwy młodego nabłonka, z której wznoszą się i drzewiasto rozrastają sople posiadające ośrodek złożony z tkanki łącznej. Jeżeli zaś naodwrot sople nabłonkowe rozrastają się bardziej w głąb, to powstaje rak pęcherza nacieczony.

Początek raków błony śluzowej kanału pokarmowego daje się po największej części odszukać w przewodach gruczołowych, lecz nie zawsze jest to możebnem. Często w rakach żołądka lub kiszki odszukujemy komórki nabłonkowe typu stożkowego. Później jeszcze raz powrócimy do genezy gruczołowej raka żołądka.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— **Auspitz.** O mechanicznem leczeniu chorób skórnych (*Vierteljahrsschrift f. Dermatologie*, zeszyt 4. 1876). Autor tej pracy rozbiera różne mechaniczne sposoby leczenia chorób skórnych i krytycznie ich wartość ocenia. Wszystkie te środki, stasownie do sposobu ich użycia, dają się podzielić na środki pokrywające i ochraniające (jak proszki do posypywania, nieprzepuszczalne tkaniny), środki za pomocą których nacieramy skórę (woda, mydło, piasek), wreszcie drapiące lub raniące, jak np. nacięcia skórne. Co do ich skuteczności autor powiada, że przy *ekcemacie* w okresie przekrwienia tętniczego stosować należy proszki do posypywania; w okresie zaś zastoju żylnego lekkie skrobanie za pomocą stalowej łopatki i pędzlowanie dziegiem. Przy *przewlekłym ekcemacie*, któremu znaczne nacieczenie tkanek towarzyszy, autor po zmięczeniu powierzchni oliwą radzi używać wcierań z mydła, a następnie czerwoną i błyszczącą powierzchnię smarować *ol. cadini* albo *ol. rusci* raz lub dwa razy dziennie. Od skrobań żadnej w tych wypadkach nie widział korzyści. Przy *łuszczycy (psoriasis)* autor nie radzi używać zalecanego przez *Hebrę* i *Bardenhevera* drapania; zresztą wspomnieni uczeni często przy podobnem leczeniu recydywy widzieli; natomiast dobre rezultaty dawały nacierania piaskiem i pędzlowanie roztworem półtorachlorku żelaza. Nakłuwanie pozostają bez skutku. Przy *prurigo* nacierania piaskiem obok mydła, dziegciu i siarki dobrze robią. Przy *wilku* ostra łopatka jest wyborym środkiem przeciw nacieczeniu, a nakłucia przeciw przekrwieniu; w świeżych jednak wypadkach środków zrączych zaniedbywać nie należy. Autor u swej łopatki kazał sobie zrobić igłę, którą nakłuwają guziczki wilka i następnie pędzluje roztworem (1:20). Przy *trądziku (acne simplex)* autor używa swej igielki; nacierania piaskiem zalecane przez *Ellingera* zarzucone być winny. Przy *sicosis* zaleca codzienne golenie, skrobanie i wcieranie maści dyachilowej. Przy *lupus erythematoses* drapanie wyborne oddaje usługi. Przy *acne rosacea* przecięcie rozszerzonych naczyń i smarowanie roztworem półtorachlorkiem żelaza. Oprócz tego ostra łopatka może jeszcze znaleźć zastosowanie przy nowotworach nabłonkowych, brodawkach, rozszerzeniach naczyń (*Hebra*), parchu (*Bardenhever*), owrzodzeniach skóry i błony śluzowej nosa, *pharyngitis granulosa* i t. d.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krużka N 9. Доводило Цевуурою, Варшава 25 Августа (6 Сентября) 1877