

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI

O NOWOTWORACH ZŁOŚLIWYCH MIGDAŁKÓW PODNIEBIENNYCH.

Napisał

Władysław Wróblewski.

Nowotwory złośliwe migdałków podniebiennych nie spotykają się codziennie, dlatego też każdy odnośny przypadek bywa skrzętnie notowany w piśmiennictwie. Najwięcej spostrzeżeń takich znajdujemy w Anglii i Ameryce, dużo mniej w Niemczech i Francji; od czego takt ten zależy, trudno orzec. Gdym zaczął przerzucać notowane przeze mnie historye chorób z praktyki prywatnej, znalazłem na 15,000 opisów 20 przypadków nowotworów złośliwych migdałków podniebiennych, co stanowi drobną zaledwie część w porównaniu z zanotowanymi tamże nowotworami krtani, a nawet jamy nosogardzielowej. Poniżej przytaczam tylko 11 spostrzeżeń, które uważam za zupełnie pewne bądź przez typowy przebieg i wygląd kliniczny, bądź poparte badaniami drobnowidzowymi. Dużo więcej takich przypadków spotykałem w praktyce szpitalnej ambulatoryjnej, gdzie jednak z powodu zbyt wielkiej liczby pacjentów i braku odpowiedniego pomieszczenia nie jestem w stanie prowadzić szczegółowych historii chorób. Po przytoczeniu moich spostrzeżeń w końcu pracy niniejszej postaram się wyprowadzić odpowiednie wnioski, poparte danymi z piśmiennictwa, a głównie na zasadzie własnego doświadczenia.

I. Pan Dr., lat 45 mający, zgłosił się do mnie 14 września 1887 r. ze skargą na ból w gardle przy polykaniu z lewej strony. Choruje na gardło już od 1 1/2 roku; od czasu do czasu bywają nasilenia bólu. Przed 15-u laty miał syfilis. Do szukania porady zmusiło go obecne nasilenie bólu, trwające od trzech tygodni a zwłaszcza nieznośnem mu jest zasychanie gardła w nocy. Przy badaniu znajduję stan ogólny pacjenta dobry. W gardzieli strona prawa normalna, lewy migdałek czerwony, powiększony, na dotyk bolesny, twardy, a zwłaszcza na dolnej części, która jest czerwono-szklista. Na nasadzie języka głębokie, nieprawidłowe owrzodzenie o brzegach rogowo-twardych, bardzo czerwone; na dnie tego owrzodzenia wiele wystających guzików. W owrzodzeniu tem zbierają

się resztki pokarmów. Nagłośnia zgrubiała, nachylona tak, że zakrywa zupełnie krtani, jest ona również barwy czerwonoszklistej. Gruczoły szyi bardzo nie wybitnie powiększone. Leczenie jodem i miejscowe penzlowanie sublimatem sprowadziły znaczną poprawę co do polykania, nie miały jednak wpływu na przebieg nowotworu, który wciąż postępował. Wycięte przeze mnie kawałki z migdałka i z nasady języka zostały łaskawie zbadane przez kol. ELZENBERGA, który określił sprawę jako *carcinoma keratodes*. Wobec powolnego przebiegu nowotworu, wobec bardzo nieznacznego zajęcia gruczołów i względnie dobrego stanu ogólnego pacyenta uważałem operację radykalną za wskazaną i w tym celu poradziłem mu udanie się na oddział chirurgiczny. O dalszych losach tego chorego nie mogłem się dowiedzieć.

Następujący przypadek raka migdałka, w którym zejście śmiertelne nastąpiło w ciągu 4-ch miesięcy, spostrzegałem od pierwszych niemal objawów aż do samego końca.

II. Pana Sz., wieku lat 70 mającego, widziałem po raz pierwszy 10 stycznia 1891 roku. Skarży się na lekki ból w gardle przy łykaniu trwający od 6-u tygodni. Syfilis przechodził przed 50-u laty. Kaszel ma od dawna, poza tem jednak uważał się za zdrowego; dobrze zbudowany i odżywiony. Na szyi rzuca się w oczy duży pakiet powiększonych gruczołów chłonnych pod szczęką prawą, są one na dotyk twarde. W płucach rozedma i mały stopień nieżyty oskrzeli, serce bez wybitnych zmian, niewielkie stwardnienie naczyń krwionośnych. W nosie zmian niema. W gardzieli rozległe owrzodzenie na migdale prawym, idące w dół po *lig. glossopharyngeum*. Nagłośnia czerwona, obrzmiała, głównie po stronie prawej, zakrywa ona całe wnętrze krtani. Głos nie zmieniony. Leczenie swoiste jodem i rtęcią nie sprowadziło żadnej poprawy. Sprawa postępowała bardzo szybko, tak że już 30 stycznia nastąpiło wielkie osłabienie i zupełny upadek łąknienia. W gardzieli ogromne nacieczenie łuków prawych, zwłaszcza tylnego, owrzodzenie głębokie migdałka, ogromne nacieczenie nasady języka i nagłośni i olbrzymie powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych prawych. 28.II. zniszczona przez owrzodzenia cała prawa ściana gardzieli, nasada języka i nagłośnia; nowotwór przechodzi szybko i na lewą stronę gardzieli. Bóle strzelające do uszu głównie z prawej strony. Odór z ust niesłychanie cuchnący. Od 3-ch dni tak wielkie napady duszności, że 1.III. kol. KRAJEWSKI wykonał krikotracheotomię. Ku końcowi marca powiększenie gruczołów z obu stron szyi doszło do kolosalnych rozmiarów, powodując zupełne zniepodobnienie tejże. W gardzieli rozpad owrzodzeń z jednoczesnem bujaniem nowych guzów tak, że już zupełnie nie można było rozpoznać zarysów oddzielnych części. Upadek sił i odżywiania zupełny. Odór z ust nie do wytrzymania. Wreszcie w dniu 31-ym marca zapalenie płuc położyło kres cierpieniom pacyenta. Jest to książkowotypowy przebieg raka gardzieli.

III. W dniu 29-ym marca 1897 roku raz jeden widziałem Esterę K., wieku lat 30 mającą, która od 7-u tygodni cierpi na ból gardła. Przy badaniu znajduję gruczoły chłonne podszczękowe z lewej strony kolosalnie powiększone, twarde i migdałek lewy wielkości małego jabłka, gładki, blady, lśniący. Zresztą, ni-

gdzie więcej żadnych zmian nie znajduję. Przypadek ten, aczkolwiek dłużej nie spostrzegany, uważałbym za typowy dla mięsaka.

IV. Icek P., wieku lat 40 mający, choruje od 3 ch miesięcy. Cierpienie jego zaczęło się angina kataralną. W kilka dni później nieznaczne powiększenie gruczołu pod szczęką lewą. Z dnia na dzień gruczoły powiększały się i dziś [6 maja 1897 roku] znajduję ogromny, twarde guz zlanych gruczołów na lewej stronie szyi. Po stronie prawej znacznie mniejszy pakiet gruczołów. Skóra na tych guzach nie zmieniona. W pachwinie prawej również duży guz gruczołowy. Pod pachami z obu stron gruczoły twarde, odrębne, powiększone. Syfilisu nie przechodził. Ogólnie zdrowy, dobrze odżywiony.

W nosie zgrubienie i czerwonosć muszel. W gardzieli obie boczne ściany, a przeważnie łuki ciemnoczerwone, nacieczone. Na obu łukach przednich symetryczne owrzodzenia okrągłe, wielkości 20 groszy srebrnych, płytkie, o równych brzegach, pokryte cienką warstwą szarawej wydzieliny. Owrzodzenia te miały powstać w ciągu 3 ostatnich dni.

W krtani zmian żadnych.

Przedemną widziało go już wielu lekarzy, brał już dużo jodu i arseniku.

W dniu 10.V. 1897 r. na naradzie z kol. HERYNGIEM i ELZENBERGIEM przyszliśmy do wniosku, że mamy do czynienia z limfosorkomatem i zaleciliśmy podskórne wstrzykiwania *natri arsenicosi*. Więcej chorego nie widziałem.

V. Pan Edward D., wieku lat 56 liczący, zgłosił się do mnie w dniu 1-m grudnia 1899 roku. Od 1½ roku choruje na gardło, w ciągu tego czasu schudł. Syfilisu nie przebywał. Ból w gardle umiarkowany. Gruczoły szyi nie powiększone. Nos, krtień, płuca, serce bez zmian. W gardzieli rozległe owrzodzenie na bocznej lewej ścianie, którem pokryty jest cały migdał, oba łuki, brzeg podniebienia miękkiego i lewa powierzchnia języczka. Języzek cały bardzo nacieczony, odchylony zupełnie ku stronie prawej na ukos, koniec jego przylega do migdału prawego. Barwa języczka ciemnowisniowa, owrzodzenie na języczku dochodzi do połowy jego długości, brzegi owrzodzenia ostro ścięte. Dno wszystkich owrzodzeń pokryte wysoko bujającą, grubą ziarniną barwy biało-szarej. Po raz drugi widziałem pacyenta 10 lutego 1900 r. w stanie bez porównania gorszym: upadek odżywiania, owrzodzenia znacznie głębsze i większe, gruczoły podszczękowe powiększone. O dalszym przebiegu dowiedziałem się z listu kol. DOBRUCKIEGO z Lublina, który łaskawie powiadomił mię, że no wotwór bardzo szybko powiększał się i wywoływał gwałtowne bóle, skutkiem czego chory używał dużo penzlowań kokainy. Zmarł w maju 1900 roku.

W przypadku tym badania drobnowidzowe nie zostały przeprowadzone, lecz wygląd gardzieli, przebieg choroby i zejście nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości, żeśmy mieli do czynienia z rakiem migdałka i gardzieli.

VI. Izaak Chaim G., 61 lat wieku mający, leczył się w czerwcu 1900 r. u kol. LUBLINERA, któremu zawdzięczam opis pierwszego badania. Chory skarżył się na nieznaczny ból gardła, trwający od kilku tygodni. Brał już bezskutecznie jodek potasu. Rozległe owrzodzenie na migdałku lewym o brzegach podminowanych. Część migdałka kol. LUBLINER odjął w celu zbadania mikroskopowego, które wykazało, że miano do czynienia z mięsakiem. U mnie

pacyent ten zjawił się 22 września 1900 r. Pochodzi z rodziny zdrowej. Sam był zdrów zawsze, dokuczalo mu tylko stale zatwardzenie. Na gardło zachorował po raz pierwszy w maju b. r. Co do syfilisu, nic pewnego nie wiadomo. Chory wzrostu małego, słabej budowy, tkanki tłuszczowej mało. Przy badaniu znalazłem płuca bez zmian, tony serca przytłumione, lecz czyste. Nos, krtań i jama nosogardzielowa bez zmian. Migdałek lewy wielkości dużej śliwki odpycha łuki ku przodowi, ku tyłowi i ku górze, lecz poza łuki nie przechodzi. Cała wolna powierzchnia migdałka owrzodzona. Języczek zgrubiał i pokryty rozszerzonymi żyłami, również jak i przednia powierzchnia łuku przedniego lewego. Pomiedzy kąty żuchwy lewej a *musc. sterno-cleidomastoideus* znajduje się twardy, niebolesny gruczoł wielkości bobu. Poniżej taki sam drugi więcej miękki. Ból przy łykaniu nieznaczny. Wobec dobrego stanu ogólnego, małego zajęcia gruczołów i ściśle ograniczonego nowotworu li tylko do migdałka, doradzałem choremu operację radykalną. Tegoż zdania był i kol. LUBLINER, o czym się później dowiedziałem. Operacji dokonał kol. KRAJEWSKI, któremu zawdzięczam poniższe szczegóły.

29.IX. 1) Tracheotomia. 2) Cięcie od lewego kąta ust łukowate aż do środka *musc. sternocleidomastoidei*. Wyluszczenie ślinianki, podwiązanie *art. facialis*; przecięcie *nerwi lingualis*; przepiłowanie żuchwy, wycięcie guza wraz z częścią podniebienia miękkiego; szew na śluzówkę, za żuchwą pozostawiono przetokę do jamy ust. Karmienie przez zgłębnik. Gojenie dość pomyślne. 13 października usunięto rurkę tracheotomijną. W 6 tygodni po operacji chory z zagojoną raną opuścił szpital.

Na wiosnę 1901 roku chory zjawił się w szpitalu z obustronnym wysiękiem krwawosurowiczym w opłucnej oraz *ascites*, prawdopodobnie skutkiem przerzutów w narządach wewnętrznych. Wkrótce chory zmarł, cała więc sprawa chorobowa trwała niespełna rok.

VII. Katz Abraham, wieku lat 50 mający, szukał u mnie porady w dniu 29 stycznia 1901 r. Choruje na gardło od 6-u miesięcy. Na migdale prawym, znacznie powiększonym znajdują owrzodzenie na górnej części, łuki nacieczone, różowe, wodniste. Krtań bez zmian. Stan ogólny dobry. Radziłem poddać się radykalnej operacji. Jak się dowiedziałem później z listu kol. ODERFELDA, chory przebywał u niego na oddziale i miał wykonaną tracheotomię, jako przedwstępną operację do faryngotomii w celu radykalnego wyluszczenia migdałka. W trakcie tym jednak kol. STEINHAUS dał odpowiedź z badania drobnowidzowego, że wycięty z migdałka kawałek nie ma cech nowotworu złośliwego, lecz jest guzem zapalnym. Wobec tego chory otrzymywał jod i był w ciągu 6-u tygodni pod obserwacją. Guz z początku znakomicie się zmniejszył, lecz potem zaczął się znowu powiększać i uległ owrzodzeniu. Wobec tego kol. ODERFELD postanowił przedsięwziąć radykalną operację, chory jednak wypisał się ze szpitala. W tym właśnie czasie raz jeden pacjenta badałem. O dalszych losach jego nie mogłem się niczego dowiedzieć.

VIII. P. Anna z Mławy, skierowana do mnie przez kol. WIELOBYCKIEGO w dniu 13 grudnia 1900 roku, choruje od kilku miesięcy. Na szyi po stronie lewej duży, twardy guz złanych gruczołów chłonnych. W gardzieli kolosalna

jama wrzodziejąca na miejscu migdała lewego, resztki tegoż migdała w postaci guza owrzodzonego odpechnięte ku dołowi, wielkości orzecha tureckiego. Brzeg wolny podniebienia miękkiego z lewej strony wyżarty na dużej przestrzeni. Podniebienie twarde z tejże strony mocno nacieczone. Odór z ust niesłychanie przykry. Nos bez zmian. Krtań, o ile ją z trudnością widzieć można, zmian nie przedstawia. Odżywienie nie najgorsze.

Z objawów klinicznych rozpoznałem *carcinoma*, nie nadające się do operacji. O zejściu dowiedzieć się nie mogłem. Zwrócić należy uwagę na młody wiek chorej, miała bowiem lat 25.

IX. K. Stanisław, mularz, lat 52 mający, skierowany do mnie przez kol. BABIŃSKIEGO. Od dawna zapadł na zapalenie migdałka prawego. Obecnie choroba zaczęła się we wrześniu 1901 roku. Skarży się na ból w gardle i na silne krwotoki, które powtarzały się już kilka razy. W chwili pierwszego badania 18. I. 1902 r. uderza nas bardzo przykry odór z ust. Migdał prawy kolosalnie powiększony, łuk przedni wypchnięty ku przodowi, przekrwiony, boczna powierzchnia migdała przypłaszczona, blada, w dolnej części owrzodzona, na dolnym brzegu owrzodzenia bujające strzępy ziarninowe. Pod kątem szczęki dolnej prawej guz gruczołów chłonnych wielkości gęsiego jaja. Krtań bez zmian. Odżywienie nieco podupadłe. Widziałem chorego kilka razy w dłuższych odstępach czasu i sprawa postępowała szybko, podkopując stan ogólny i powodując częste krwotoki. Wkrótce pacjent zmarł.

Ten przypadek uważałem również za typowy dla raka.

X. W dniu I. XII. 1896 roku zgłosił się do mnie pan T., wieku lat 54 mający, ze skargą na częste katary nosa i na mowę przez nos, która wystąpiła w ostatnich paru tygodniach. Ogólnie zdrowy, dobrze zbudowany i odżywiony; syfilisu nie miał. Przy badaniu znalazłem muszle nosa nieco powiększone, z błoną śluzową pulchną, różową. W jamie noso-gardzielowej błona śluzowa zgrubiała i pokryta obficie śluzoropną wydzieliną. Krtań i inne narządy bez zmian. Przepisałem mu, oprócz leczenia miejscowego, wewnątrznie jodek potasu.

W dniu 18. I. 1897 wezwał mię do tegoż pacyenta na poradę kol. SOKOŁOWSKI. Dowiedziałem się, że w początkach grudnia wystąpiły krwotoki z nosa, później cierpiał na szum w uchu prawem i ból głowy i z tego powodu leczył się u kol. GURANOWSKIEGO i SREBRNEGO przedmuchiwaniami zapomocą kateteru. Od kilku tygodni cierpi na gardło. Przy badaniu znalazłem nos dosyć drożny; w gardzieli rzuca się w oczy kolosalnie duży, czerwony guz, powstały jako powiększenie migdała lewego. Na powierzchni guza uwydatniają się rozszerzone krypty, z których sączy się nieco ropnej wydzieliny, krypty te są szarawe, przy badaniu zgłębnikiem łatwo i bardzo obficie krwawią. Guz cały gładki, nie owrzodzony, zrosnięty z *velum palatinum* i z języczkiem. W jamie noso-gardzielowej na stropie, tylnej ścianie i w *fossa Rosenmülleri dextra* znajdujemy guz rozlany, twarde, płaski, koloru białoszarawego, nie łączący się z guzem migdałka. Gruczoły szyi nie bardzo powiększone; przed 3-ma tygodniami były podobno większe.

23. I. 1897 r. chory wyjechał z kol. KOHNEM do Wrocławia, gdzie w kilka dni później prof. MIKULICZ dokonał operacji: Po ogoleniu wąsów i brody przeprowadził prof. M. cięcie od lewego kąta *rimae oris* równoległe do górnej powierzchni zębów przez policzek aż do *m. masseter*, następnie zostało przecięte podniebienie miękkie aż do języczka; podwiązanie *carotidis externae sinistrae* i usunięcie guza wraz z otaczającymi zdrowymi tkankami. Gruczoly nie zostały usunięte, jak również guz jamy nosogardzielowej, uważał bowiem prof. MIKULICZ, że jest to *casus inoperabilis*. Rany pooperacyjne goiły się dobrze, lecz podmiotowo chory czuł się wciąż źle, skarżąc się na katar i zatkanie nosa i ucha.

1. III. 1897 r. pacjent powrócił do Warszawy i wtedy widziałem go kilka razy. Nowotwór jamy nosogardzielowej wypełnia ją całkowicie; duże nacieczenie i czerwoność podniebienia miękkiego z obu stron, niedrożność nosa zupełna. Z listu prof. MIKULICZA, pisanego wówczas do mnie, dowiaduję się, że badanie drobnowidzowe guza wyciętego wykazało *sarcoma globocellulare (Rundzellensarkom)*, w niektórych tylko miejscach znajdowały się komórki wrzecionowate, w małej liczbie. Wobec wybitnej złośliwości nowotworu i tak szybkiego rozrastania się, prof. MIKULICZ uważa za przeciwwskazaną ponowną operację. Do tegoż wniosku przyszedłszy na naradzie, odbytej z prof. KOSIŃSKIM i kol. HEBYNGIEM.

Później chory zwrócił się do kol. SĘDZIAKA, którego uprzejmości zawdzięcza następujące dane. Kol. SĘDZIAK usiłował przywrócić pacjentowi możność oddychania przez nos i w tym celu usunął mu kilka kawałków nowotworu z jamy nosogardzielowej ostremi kleszczami JURASZA i łyżeczkami GOTTSTEIN'A, przy umiarkowanym krwawieniu. Podskórnie wstrzykiwał mu arsenik. Po 10 u dniach nowotwór już odrósł, wypełniając znowu całkowicie jamę nosogardzielową.

Następnie obserwował chorego kol. A. KOHN, od którego dowiaduję się, że w pierwszych dniach kwietnia gruczoly na szyi i pod szczęką były ogromnie powiększone, dochodziły od wielkości orzecha włoskiego aż do gęsiego jaja. W gardzieli znowu wielki guz na lewym migdałku, a raczej na jego miejscu, absolutna niedrożność nosa, trudność w połykaniu, mowa zupełnie niewyraźna jak przy zebranych ropniu okołomigdałkowym; chory mógł z trudnością zaledwie przyjmować płynne pokarmy w nieznacznej ilości. Na 10 dni przed śmiercią, która nastąpiła w końcu kwietnia, wystąpił znaczny upadek sił i częściowa utrata władz umysłowych, chory poznawał niektórych tylko członków rodziny, był w najwyższym stopniu rozdrażniony. Potem wystąpił oddech stenotyczny i duszność i w tym stanie chory utracił zupełnie przytomność. Po dwóch większych napadach duszności zmarł prawdopodobnie skutkiem paraliżu serca.

Z wywiadów okazało się, że ojciec naszego pacjenta zmarł w 76-my roku życia z powodu udaru mózgowego; matka w 47-ym roku życia zmarła na gruźlicę płuc w połączeniu z wadą serca. Jedyna siostra naszego pacjenta straciła wzrok w 24-ym roku życia z powodu zaniku nerwów ocznych. Młodszy brat zmarł za granicą z powodu leukemii, przy której wszystkie gruczoly były nieco po-

większone. Pacjent ożenił się w 27-ym roku życia; miał jedyną córkę, która zmarła w 23-im roku życia skutkiem nowotworu wątroby.

Na te dane anamnestyczne zwracam szczególniejszą uwagę, gdyż nie można ich uważać li tylko za zbieg okoliczności, spotykałem bowiem w literaturze w paru przypadkach, dokładniej opisanych, tenże sam fakt, że inni członkowie rodziny pacjentów, cierpiących na raki lub mięsaki gardzieli, zapadali również na nowotwory złośliwe w innych narządach. MAC-COY ¹⁾ z Filadelfii opisuje przypadek, dotyczący 45-letniej mulatki, cierpiącej na mięsaka migdałka prawego, której babka ze strony matki i siostra zmarły na nowotwory złośliwe sutek. Dr JAMES JALBRAITH CONNAL ²⁾ przytacza przypadek raka na prawym migdałku u 60-letniej kobiety, której matka zmarła na raka sutki i brat jej, wieku lat 40 mający, zmarł skutkiem nowotworu złośliwego w lewej połowie klatki piersiowej. Jestem przekonany, że gdybyśmy w tym kierunku więcej zwracali uwagi, toby się okazało, że fakty tego rodzaju do rzadkości nie należą.

XI. W dniu 30-ym marca 1903 roku zostałem wezwany do 36-letniego Icka K., który do dnia 24-go lutego uważał się za zupełnie zdrowego. W tym dniu dopiero zaczął doznawać silnego bólu gardła i zwrócił się o pomoc do jednego z bardzo doświadczonych laryngologów, który rozpoznał: „gangrenę lewego migdałka“ z wypukleniem i obrzękiem podniebienia miękkiego, symulującym ropień peritonsylarny; przy nacięciu jednak ropy nie znalazł i uważał sprawę za obrzęk w sąsiedztwie *tonsillae gangraenosae*, a to według dokładnego brzmienia kartki, napisanej choremu jako kwalifikacyi do szpitala. Chory pozostał jednak w domu na leczeniu i w dniu 29-ym lutego wieczorem odbyła się narada lekarska, na której potwierdzono pierwotne rozpoznanie, przyczem zrobiono rokowanie jak najgorsze.

Otoczenie chorego, przerażone takim orzeczeniem, zwróciło się do mnie, nic naturalnie nie wspominając na razie o poprzednich ordynatorach ani o ich rokowaniu.

Znalazłem pacyenta w łóżku w pozycji siedzącej, o cerze blado-żółtej, odpowiadającego przytomnie na zadawane mu pytania i nie robiącego wrażenia ciężko chorego człowieka. T^o. 37, puls około 90 uderzeń na minutę. Gruczoły chłonne pod szczęką dolną lewą umiarkowanie powiększone. Język mocno obłożony białym osadem. Na migdałku lewym, znacznie nacieczonym i czerwonym, biały, gruby, błoniasty nalot; łuk przedni wolny od nalotu, dalej zaś otwór skutkiem interwencyi chirurgicznej powstały, wypełniony zupełnie, podobną do wyżej opisanych, białą błoną, która przechodzi i na wypuklenie naciekowe podniebienia miękkiego. Języczek czerwony, wodnisto nacieczony, pokryty również na powierzchni cienkim, szarobiaławym nalotem, nie łączącym się bezpośrednio z nalotem na migdałku.

Krtań, prawa strona gardzieli, nos, jak również narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian godnych zaznaczenia.

Odór z ust nieprzyjemny, lecz nie tak typowy, jak zwykle bywa w zgórzelu. Na zasadzie przytoczonych danych, a głównie nalotu na języczku rozpo-

¹⁾ Revue de Laryngologie etc. str. 91 z roku 1889.

²⁾ Revue de Laryng. etc. 1899 rok. Tom I, str. 532.

znałem błonicę. Po zastrzyknięciu 2000 jednostek surowicy antydyfterytycznej w ciągu 6-u dni wszystkie naloty zeszyły, gruczoly podszczękowe zmniejszyły się i chory w ciągu następnych dwóch tygodni czuł się dobrze, powrócił do zwykłych swoich zajęć. Po tej sprawie chorobowej pozostało nie duże nacieczenie i dość żywa czerwonosc lewej ściany gardzieli, języczek zaś powrócił do normy. Około 20-go kwietnia nacieczenie migdałka lewego i podniebienia miękkiego z tejże strony zaczęło się coraz bardziej powiększać, stawało się twardem i czerwonom. Na podniebieniu miękkim z lewej strony nacieczenie to wypuklało się szybko w postaci ostrokręgu, niezwykle na dotyk twardego. Otwór po nacięciu, zrobionem w początku choroby, pozostaje *in statu quo*. Jest on formy owalnej, długości $\frac{3}{4}$ ctm., szerokości $\frac{1}{3}$ ctm., o brzegach ogojonych. W tym okresie choroby, t. j. około 30-go kwietnia, pacjent był przedstawiony na posiedzeniu laryngologicznem.

Wkrótce potem zaczęły się bardzo szybko powiększać gruczoly chłonne pod kątem lewej szczęki. Z otworu, wyżej opisanego wytworzyła się przetoka, z której wypływa rzadka, szaro-żółta ropa w niewielkiej ilości, zawierająca jakby drobne grudki. Badanie ropy, dokonane przez kol. KŁEWSKIEGO, z którym przez cały czas wspólnie obserwowałem pacyenta, wykazało, oprócz zwykłych ropnych drobnoustrojów, jak *strepto-et staphylococci*, znaczną liczbę włoskowców, sklejonych w grudki nieco podobnych do promienicy, grzybków jednak promienicy, pomimo wielokrotnych poszukiwań nie znaleziono.

W tym czasie chory dostawał jodek potasu i wcierania szaruchy, lecz środki te nie miały najmniejszego dodatniego wpływu na sprawę chorobową. Miejscowo stosowane były płukania antyseptyczne, penzlowania sublimatem, pyoktaniną i t. p. również bezskutecznie. Wówczas został wycięty kawałek guza z migdałka w celu zbadania drobnowidzowego.

Badanie mikroskopowe dokonane zostało przez prof. PRZEWOSKIEGO i kol. KŁEWSKIEGO. Obraz drobnowidzowy przedstawiał rozległe nacieczenie drobnymi, okrągłymi komórkami, najwięcej podobne do nacieczenia, jakie spotykamy przy zapaleniach, typowej jednak budowy limfomatu lub limfo-sarkomatu nie można było stwierdzić na zasadzie tego badania. Biorąc jednak pod uwagę zajęcie gruczolów podszczękowych, rozegłość samej sprawy w gardzieli, wzmożoną spoistość migdałka, więcej było danych, iż mamy do czynienia z nowotworem niż z guzem zapalnego pochodzenia. Już wtedy powiększone i stwardniałe gruczoly chłonne na szyi obejmowały grube puie naczyń szyjowych. Operację radykalną tego guza uważaliśmy za przeciwwskazaną, należałoby bowiem podwiązać *arteriam carotidem et venam jugularem communem*, wyciąć całą masę gruczolów na szyi, usunąć lewy migdałek wraz z łukami, połowę podniebienia miękkiego i część twardego z lewej strony. Na tak rozległą operację, której wynik ze względu na szybkość wzrostu guza nie dawał żadnej rękojmi uniknięcia szybkiego nawrotu nowotworu, chorego zaś zbyt narażał, nie mogliśmy go namawiać. Tegoż samego przekonania byli i inni chirurdzy, u których pacjent szukał pomocy.

Jakoż w połowie maja guz ten, ograniczony do lewej strony gardzieli, zaczął raptownie przybierać tak wielkie rozmiary, że przechodził już znacznie

poza linię środkową, utrudniał polykanie i oddychanie w takim stopniu, że okazała się niezbędną tracheotomia, którą wykonał kol. Kłjewski w szpitalu Wolskim w dniu 23 maja 1903 r.

Od tego czasu guz ten powiększał się nad wyraz szybko jednocześnie w gardzieli, wypełniając całą niemal jej jamę i na szyi jako pakiet gruczołów bardzo twardych, powodując olbrzymie zniekształcenie. Jednocześnie w gardzieli zaczął ulegać rozpadowi i pokrywać się szaro-żółtym nalotem, nie mającym jednak żadnego zapachu.

8-go czerwca chory wypisał się ze szpitala, pozostał jednak pod naszą wspólną obserwacją. Guzy na szyi szybko się powiększały, przeszły nawet na prawą stronę szyi, objęły całą raną tracheotomijną. Wewnątrz jamy ustnej rozpad był znaczny, duże odcinki guza ulegały mortyfikacji i wypadały. We wrześniu powstały dość znaczne krwawienia z miejsc uległych zgorzeli, co znacznie pogorszało stan ogólny chorego i tak nadmiernie wyniszczonego samą sprawą chorobową. Wkrótce też po kilku takich krwawieniach nastąpiła śmierć przy objawach zupełnego wyniszczenia.

Zestawiając tylko co przytoczone spostrzeżenia, widzimy, iż na 11 przypadków nowotworów złośliwych migdałków było kobiet 2, a mężczyzn 9. Tutaj muszę zwrócić uwagę na pewną niedokładność w moich opisach, mianowicie: nie notowałem nigdzie kwestyi palenia tytoniu. Wielu autorów zaznacza fakt nadużywania tytoniu, jako moment etyologiczny i wiąże z tem bez porównania częstsze występowanie nowotworów złośliwych w jamie ust u mężczyzn niż u kobiet. Sprawozdanie tego faktu polecam przyszłym badaczom. Toż samo dotyczy nadużycia alkoholu. Co do narodowości to na 11 przypadków było 6 żydów a 5 polaków.

Co do pozycyi socyalnej, to tylko 3-ch moich pacjentów [II, V i X] należało do sfer zamożniejszych, inni zaś byli to ludzie biedni, żyjący w warunkach niehygienicznych.

Co do gatunku nowotworów, to znajdujemy 4 przypadki mięsaków i 1 *lymphosarcomatis*, przyczem wszystkie one dotyczą żydów; 6 przypadków raka, z których 5-u polaków a 1 tylko u żyda. Z kobiet 1 żydówka cierpiała na mięsaka a 1 polka na raka migdałka. Jest to również fakt nadający się do dalszych badań, czy istotnie na wielkiej liczbie przypadków sprawdzi się, że rasa żydowska skłonniejsza jest do mięsaków niż do raków.

Co się tyczy umiejscowienia, to na 11 przypadków 7 razy uległ cierpieniu migdałek lewy, a tylko 4 razy prawy. Na tę okoliczność zwraca uwagę prof. MIKULICZ. Starałem się fakt ten sprawdzić w literaturze, lecz niestety na 90 zebranych przeze mnie przypadków w 56-u zupełnie nie oznaczona jest strona cierpienia, w 18-u zajęty był migdałek lewy a w 16-u prawy. Na badania w tym kierunku należałoby w przyszłości zwrócić również więcej uwagi.

Co do wieku moich chorych, to tylko kobiety były młodsze: jedna miała 26 lat (*carcinoma*), druga 30 lat (*sarcoma*). Mężczyźni: 36 lat (*sarcoma*), 40 lat (*lymphosarcoma*), 45 lat (*carcinoma keratodes*), 52 lata (*carcinoma*), 54 lata (*sarcoma*), 56 lat (*carcinoma*) i 70 lat (*carcinoma*). Co do czasu trwania choroby, to tylko w 5-u przypadkach byłem w stanie go oznaczyć. W spostrzeżeniu II rak u 70-

letniego mężczyzny przebiegał w ciągu 4 miesięcy, w X i XI *sarcoma* około 5-u miesięcy, w V około 2 lat *carcinoma*, w VI *sarcoma* niespełna rok.

Zwróć uwagę na poszczególne właściwości niektórych moich przypadków.

W przypadku XI zasługuje na uwagę ostry początek choroby. Sprawa zaczęła się od błonicy, która wystąpiła zupełnie przypadkowo i przebiegała z tak burzliwymi objawami, że przez lekarzy bardzo doświadczonych przyjmowana była za zgorzel migdałka. Przypuściwszy nawet, że przed tem ostrem zachowaniem mogły być już w migdałku zaczątki nowotworu, to w każdym razie nie dawały się one we znaki choremu pod żadnym względem, zajmował się bowiem ciężką pracą ulicznego handlarza i uważał się za zupełnie zdrowego. Błonica więc sama przez się posłużyła w danym razie jako przyczyna drażniąca i powodująca nadmierny wzrost wrzekomo utajonej sprawy nowotworowej w migdale. Podobnych przypadków, gdzie nowotwory złośliwe gardzieli rozpoczęły się od ostrych spraw zapalnych, spotykamy w piśmiennictwie dosyć dużo. Przytoczę niektóre z nich. Dr A. W. WATSON ¹⁾ z Filadelfii spostrzegł u kobiety, 53 lat wieku mającej, mięsaka na lewym migdałku. Sprawa rozpoczęła się na Nowy Rok 1893 ostrem zapaleniem gardzieli, poczem wywiązał się ropień, który sam pękł, wylało się z niego nieco ropy, co przyniosło chwilową ulgę, pozostały jednak silne bóle strzelające do ucha. Przy badaniu znalazł autor lekkie obrzmienie migdałka lewego, przyrośniętego do łuku przedniego. Nacieków w sąsiednich tkankach nie było. Mały gruczoł pod szczęką. Głębokie naciecie migdałka nie dało ropy, lecz duże krwawienie. Łykanie wciąż bolesne. Wycięto kawałek do zbadania, które wykazało *sarcoma globocellulare*. Migdałek cały usunięto wraz z łukiem zapomocą noża galwanokaustycznego.

Dr ONODE ²⁾ z Budapesztu spostrzegł u mężczyzny, 82 lata mającego, raka na migdałku prawym, który rozpoczął się od ostrej anginy, po której migdał bezpośrednio powiększał się bez przerwy aż do wielkości kurzego jaja.

W przypadku dra GAUDIER'a ³⁾ z Lille pacjent zachorował raptownie, w ciągu kilku dni wystąpiło obrzmienie okolicy migdałka, bez ropienia i bez bólu. W niszy pomigdałkowej w ciągu dwóch tygodni powstał wielki guz mięsაკowy, z przebiegu podobny do *angina phlegmonosa*. [C. d. n.]

1) Centralblatt f. Laryngologie etc. 1894—1895 rok, str. 678.

2) Revue de Laryngologie etc. 1893 r., str. 795.

3) Revue de Laryng. etc. 1899 r. Tom II str. 719. *Sarcome de la loge amygdalienne, simulant un phlegmon de la region.*

II. Z KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH RADCY DWORU PROF. DRA
EDWARDA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

II.

PRZYPADEK CHOROBY BASEDOW'A
Z ZANIKAMI MIĘŚNI I NIEDOMOĞĄ WYDZIELNICZĄ ŻOŁĄDKA.

Opisał

dr Erwin Mięśowicz,

asystent kliniki.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 29].

Już pierwszy rzut oka na przedstawiony obraz chorobowy pozwala z wszelką pewnością rozpoznać chorobę BASEDOW'a i to postać odznaczającą się nie tylko szybkim przebiegiem, ciężkością i mnogością objawów, ale także rzadkością niektórych z nich.

Wyliczone powyżej objawy możemy podzielić na dwie grupy, a mianowicie: na ogólnie znane, kardynalne objawy choroby BASEDOW'a, t. j. wytrzeszcz gałek ocznych, powiększenie gruczołu tarczowego, zmiany w narządzie krążenia, drżenie kończyn, nadmierne poty i na objawy, które mniej lub bardziej często towarzyszą chorobie BASEDOW'a.

Co do drżenia, występującego w chorobie BASEDOW'a, to zbadał je dokładnie i opisał po raz pierwszy MARIE (1). W naszym przypadku obejmowało ono grupę mięśni wyprostnych i zginających obu przedramion, odbywało się w kierunku pionowym [jeżeli grzbiet dłoni był zwrócony ku górze], a odstępy czasu pomiędzy pojedynczemi drganiami były dość jednostajne. Zmniejszały się tylko przy przyspieszonej akcji serca czyli, że z liczbą tętna wzmagala się również liczba drgań na sekundę. Liczba drgań na sekundę wynosiła około 6-u, zgadzałyby się więc mniej więcej z liczbami podawanemi przez MARIE'go. Drżenie, które niekiedy obejmuje całe ciało, pojawia się bardzo wczesnie i często w chorobie BASEDOW'a i z tego powodu ma wybitne znaczenie dyagnostyczne. Ponieważ jednakowoż z chwilą poprawy w przebiegu choroby nie rzadko znika lub też nie w każdym czasie jest dostrzegalnem, przeto chwilami usuwa się z pod uwagi.

Do objawów grupy drugiej, mniej często się przydarzających należy: wzmożone przewodnictwo skóry dla prądu galwanicznego, niedomoga wydzielnicza żołądka, zaniki mięśniowe i t. p.

Co do przewodnictwa skóry dla prądu galwanicznego, to F. CHWOSTEK (2) i R. VIGOUROUX (3) wykazali, że przewodnictwo to jest w chorobie BASEDOW'a w znacznym stopniu wzmożone. Również i w naszym przypadku przewodnictwo skóry dla prądu stałego było wzmożone i to prawie w dwójna-

sób w porównaniu z przewodnictwem skóry u osób zdrowych. Wprawdzie KAHLER (4) obniżył badaniami swemi wartość tego objawu, twierdzi bowiem, że pojawianie się tegoż jest zależnem od większej lub mniejszej wilgotności skóry, czyli od t. zw. „*perspiratio insensibilis*”, mimo to jednakże objaw ten należy w przypadkach wątpliwych uważać za symptomat, przemawiający za chorobą BASEDOW'a.

Dalszy z wyliczonych objawów, t. j. brak kwasu solnego i obecność śluzu w zawartości żołądkowej, wydobytej bądź to na czczo, bądź też po próbie białkowej i wymiocinach, należy do tych, co do których w dostępnej mi literaturze nigdzie wzmianki nie spotkałem. Nie można już dzisiaj twierdzić, jakoby objaw ten był stałym i cechującym chorobę BASEDOW'a, w każdym jednak razie uderza to, że na 7 przypadków choroby BASEDOW'a, w których przeprowadzono w ostatnich czasach w klinice prof. E. KORCZYŃSKIEGO badanie zawartości żołądkowej, w 4-ch wykazano w teźże, na czczo i po próbie białkowej, wyraźną obecność śluzu, a we wszystkich brak kwasu solnego.

Przychodzimy z kolei rzeczy do najciekawszej grupy symptomatów a mianowicie do opisanych powyżej zaników mięśniowych. Objaw ten jest tak rzadkim w chorobie BASEDOW'a, że słusznie zawahać się należało, czy go zaliczyć do symptomatów stojących w związku z istotą choroby BASEDOW'a. W całej olbrzymiej, bo przeszło 900 rozpraw wynoszącej literaturze, które w tym kierunku przeglądałem, udało mi się odnaleźć zaledwie kilka analogicznych przypadków. BALLEET (5) pierwszy zwrócił uwagę na porażenia i zaniki mięśniowe, przydarzające się w przebiegu choroby BASEDOW'a i cytuje przypadek, w którym przyszło do porażen kończyn dolnych. Przypuszcza on, że prócz zwykłej postaci choroby BASEDOW'a, którą uważa za nerwicę, jest jeszcze druga, przy której przychodzi do zmian w moście i rdzeniu przedłużonym. W kilka lat później ogłosił SILVA (6) przypadek choroby BASEDOW'a, powikłany zanikiem mięśni, w szczególności mięśni dłoni. Zaniki te uważa on jako następstwo trofoneurozy. W tymże czasie opisuje DREYFUS-BRISAC (7) przypadek, gdzie po przeziębieniu się wystąpiło powiększenie gruczołu tarczowego, stałe przyspieszenie tętna i wytrzeszczenie gałek ocznych, a nadto niedowład prawej kończyny górnej, do której wkrótce przyłączyły się zaniki mięśniowe na obu przedramieniach i mięśniach obu dłoni. Zastanawiając się nad swoim i podobnymi przypadkami, przychodzi on do wniosku, że dopiero obfita literatura kazuistyczna rozstrzygnie pytanie, czy w chorobie BASEDOW'a mamy do czynienia z neurozą, czy też ze zmianami anatomicznymi w centralnym układzie nerwowym. DU CAZAL (8) opisuje przypadek zaniku mięśni twarzy, grzbietu, piersi i kończyn, również połączony z innymi, niewątpliwymi objawami choroby BASEDOW'a. Za przyczynę tych zaników uważa zmiany anatomiczne w okolicy rdzenia przedłużonego. CARDARELLI przytacza dwa przypadki choroby BASEDOW'a, jeden z zanikami mięśniowymi, drugi okazujący wszelkie objawy „*pseudohypertrophiae musculorum*”. Bardzo dokładnie opisuje A. HUBER (9) przypadek choroby BASEDOW'a, połączony z zanikami mięśniowymi i upośledzeniem ruchów. Zaniki mięśniowe obejmowały kończynę

górną lewą, a zanikłe mięśnie okazywały wobec prądu galwanicznego obniżoną pobudliwość, niektóre zaś wyraźną reakcją zwyrodnienia. Nie mniej ciekawym jest przypadek, przytoczony przez JENDRASSIK'a (10). U 16-letniego chłopca wystąpiły w 3 miesiące po rozwinięciu się „*ophthalmoplegiae externa*” objawy choroby BASEDOW'a, a następnie niedowłady i zaniki, najpierw mięśni twarzowych, a w końcu i kończyn górnych. Autor uważa porażenia, niedowłady i zaniki mięśniowe za następstwo zajęcia jąder odpowiednich nerwów i zwie tę sprawę chorobową „*poliomyelencephalitis superior*“ w przeciwieństwie do „*poliomyelencephalitis inferior*“, czyli „*paralysis bulbaris*“. W końcu przytacza L. BATHURST (11) przypadek, gdzie 14 miesięcy przed wystąpieniem choroby BASEDOW'a rozwinęły się zaniki mięśniowe wszystkich kończyn i grzbietu.

Tyle mówią dostępne mi obserwacje kliniczne. Co do badań anatomicznych, w tym kierunku dokonanych, to zaledwie jedną pracę możemy przytoczyć. M. ASKANAZY (11) badał w 4-ch przypadkach zmiany mięśniowe, przydarzające się w chorobie BASEDOW'a, a badania te wykazały „*lipomatosis universalis*“ mięśni prążkowanych.

Porównyując nasz przypadek z powyżej przytoczonymi spostrzeżeniami, których skromna liczba obejmować się zdaje wszystko, co w tym kierunku literatura posiada, możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem twierdzić, że tak jak w powyższych przypadkach, tak też i w naszym, zaniki mięśniowe uważać należy jako następstwo zmian chorobowych, powstałych w centralnym układzie nerwowym. Jeżeli zaś myśłą przejdziemy znane nam zmiany mięśniowe przyrody ośrodkowej, to na pierwszy rzut oka uderzy nas podobieństwo między zmianami opisanymi w naszym przypadku a zmianami, występującymi w „*atrophia musculorum progressiva*“. Podobieństwo to jest tak uderzającym, że nie trudno jest nawet pomyśleć, o tożsamości sprawy chorobowej, wywołującej zmiany odżywcze w naszym przypadku, i w „*atrophia musculorum progressiva spinalis*“. Nie spostrzegaliśmy tylko, podobnie jak i HUBER, drzeń włókienkowych a co do badania pobudliwości mięśni na prąd galwaniczny, to nie zostało ono dokonane, jako niemożliwe z powodu niepokoju, osłabienia i niechęci chorej. Wiemy jednakowoż, że w dwóch przypadkach, w których badanie to zostało wykonane, wykazano w niektórych z zanikłych mięśni reakcją zwyrodnienia. Mimo to okoliczności tej nie można zużytkować jako przemawiającej przeciw ośrodkowej przyczynie powyżej opisanych zaników mięśniowych, bo już ERB udowodnił, że przy umiejętnym badaniu można i przy zanikach mięśniowych przyczyny ośrodkowej wykazać wyraźną reakcją zwyrodnienia. Jeżeli zwrócimy uwagę, że tak w naszym, jak i kilku powyżej przytoczonych przypadkach do ogólnie znanych objawów choroby BASEDOW'a, których przyczyny dotąd na pewno ani wytłómaczyć, ani umiejscowić nie umiemy, przyłączyły się takie objawy chorobowe, których przyczynę wywołującą potrafimy dość dokładnie umiejscowić, jeżeli nie obce nam są doświadczenia FILEHNE'go (13), DURDUF'iego (14) i BIENFAIT'a (15), którzy przecinając u zwierząt przednie części *corporum restiformium* i drażniąc je prądem galwanicznym, wywoływali równocześnie lub z osobna wyluszczenie gałek ocznych i przyspieszenie tętna, niekiedy zaś wyraźne przekrwienie gruczołu tarczowego i wyraźne drżenie, słowem najwybitniejsze

objawy choroby BASEDOW'a i jeżeli przypomnimy sobie świeżo ogłoszoną pracę dra KĘDZIORA i ZANIETOWSKIEGO (16), w której autorowie ci w jednym przypadku choroby BASEDOW'a stwierdzili podobne spostrzeżenie MENDEL'a, a mianowicie zanik ciał powrózkowych lewych, wybroczyny w lewej półkuli mózgu i lewej oliwie, to mimowoli nasuwa się myśl, że za przyczynę i istotę tej choroby należy uważać, przynajmniej w pewnej liczbie przypadków, zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i że niniejszy przypadek, któremu jednakże zarzucić należy brak badania oddziaływania zanikłych mięśni na prąd galwaniczny, a jeszcze bardziej brak pośmiertnego badania, ze stanowiska klinicznego, zdaje się to przypuszczenie również nasuwać.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić podziękowanie JW Panu Radcy Dworu prof. KORCZYŃSKIEMU za pozwolenie ogłoszenia przypadku i za wskazówki przy pracy.

L I T E R A T U R A.

- 1) PIERRE MARIE. Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de BASEDOW. These de Paris 1883. Schmidts Jhrb. 200 S. 98.
- 2) MÖBIUS. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1891.
- 3) VIGOUROUSE R. Sur la resistance électrique considérée comme signe clinique. Congr. medical. 1888. Schmidts Jhrb. 221, S. 84.
- 4) O. KÄHLER. Über den Leitungswiderstand der Haut bei Morbus Basedovii.
- 5) BALLE. L'ophtalmoplégie externe et des paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans les rapports avec le goître exopht. et l'hystérie. Revue de Med. 1888.
- 6) R. SILVA. Sul morbo di BASEDOW, Gaz. delle Clin Schmidts. Jhrb. 210. S. 32.
- 7) DREYFUS-BRISSAC. Des troubles de la motilité au cours du goître exopht. Gaz. hebdom 1885.
- 8) L. DU CAZAL. Goître exophtalmique avec troublement et atrophie musculaire generalisé. Gaz. hebdom. de Med. et chir. 1886.
- 9) VIRCHOWS. Archiv.
- 10) A. HUBER. Zur Symptomatologie u. Pathogenese des Morbus BASEDOVI. Deutsch. med. Wochenschrift, 1888.
- 11) E. JENDRASSIK. Vom Verhältniss der Poliomyelencephalitis zur BASED. Krankheit. Archiv. f. Psychiatrie Bd. XVII.
- 12) L. BATHURST. A case of Graves disease associated with. idiopathic. musculair atrophy. Lancet 1895. Schmid. Jhrb. 248.
- 13) M ASKANAZY. Pathologisch—anatomische Beiträge zur Kenntniss des Morbus Basedowi, insbesondere ueber die dabei auftretende Muschelerkrankung. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1898.
- 14) FILEHNE. Zur Pathogenese der Basedowschen Krankheit. Erlangen. 1879.
- 15) DURDUFI. Zur Pathogenese des Morbus Basedowi. Deusch. med. Woch. 1887.
- 16) A. BIENFAIT. Etude sur la pathogenie de la maladie de Basedow. Schmidt. Jhrb. 247, S. 22.
- 17) KĘDZIOR i ZANIETOWSKI. Przyczynek do nauki o chorobie BASEDOW'a. Gazeta Lek. 1903.

KILKA UWAG, DOTYCZĄCYCH ODMY PIERSIOWEJ.

Podał
St. Gębarski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 28].

Wreszcie przytoczę jeszcze zakończony zupełnem wyzdrowieniem przypadek odmy piersiowej, która wystąpiła w samym początku podostrej sprawy gruźliczej.

Spostrzeżenie XI. 28-letni stolarz, dawniej zawsze zdrowy, nie alkoholik, z matki gruźliczej, przybył na oddział 25 lutego 1892 r. Od 5-u tygodni nie domagał, zesłabł, stracił apetyt. Od 8-u dni ciężko chory: częste dreszcze, gorączka, katar, kaszel, klucie w prawym boku, zamglenie świadomości, bredzenie. Lekarze rozpoznawali zapalenie płuc. Do szpitala trzeba było przywieźć go przymocą.

Budowa średnia, odżywienie łyche, ciepłota 38,8 do 40 stopni, częstość tętna 96, oddechów 36, lekka sinica. Chory nieprzytomny, bredzi, zdradza to burzliwy obłąd prześladowczy, to rażące zadowolenie z siebie. Mowa zająkliwa, źrenice nierówne [prawa szersza].

Prawa połowa klatki piersiowej słabiej oddycha, dolne międzyżebra po prawej stronie szersze. Różnice w odgłosie opukowym po obu stronach nieznaczne: z prawej strony nieco wyższy i z odcieniem jakby bębnowym. Nad całym prawym płucem oddech dzbanowy; słaby oddech pęcherzykowy z trzeszczeniami słychać tylko nad wierzchołkiem. Podźwięk metaliczny przy jednoczesnem opukiwaniu i osłuchiwaniu. Zepchnięcie wątroby. Serce nie przesunięte. Rozpoznano odmę piersiową, nie umiając jednak określić zasadniczego cierpienia, do którego się przyłączyła.

Chory przeleżał 26 dni w szpitalu. Przez cały ten czas gorączkował. Typ gorączki to ciągły, to zwalnający; częste dreszcze i poty niemal co noc; w pierwszych 5-u dniach ciepłota przekraczała 40 stopni, przez następne 6 dni przekraczała 39°, potem nie dochodziła do 39°.

Bredzenie początkowe i nierówność źrenic po chloralu i morfinie przeszły już nazajutrz. Chory obudził się spokojny. Jednakże od 11-go do 15-go dnia pobytu w szpitalu, mimo niższej nawet gorączki, burzliwe bredzenie znowu wróciło; towarzyszyła mu nierówność źrenic oraz ból w tyłogłowi.

Plwocinę odpluwał bardzo rzadko i skąpo. Raz tylko udało się znaleźć w niej pojedyncze laseczki gruźlicze.

Już na drugi dzień pobytu w szpitalu zjawiał się wysięk surowiczy w jamie prawej opłucnej i powoli wzrastał, sięgając wyżej kąta łopatki i przesuając serce na lewo.

W szpitalu wypuszczono mu wielką ilość powietrza; przy drugim przekłuciu powietrze nie wychodziło.

Po wypisaniu się jeszcze przez czas jakiś miewał dreszcze i gorączkę. 24-go stycznia 1893 r. był badany. Przed paru dniami było krwioplucie. Wysięk wzrósł do grzebienia łopatki i z przodu do III żebra. Szmer pluskania i podźwięk metaliczny zniknęły. Stan ogólny lepszy, chory utył znacznie, cera się poprawiła. Wypuszczonomu 600 ctm. sz. płynu surowiczego. 18 lutego wypuszczono 1½ litra, 11 marca 1800 ctm. sz., wreszcie 25 marca jeszcze 600 ctm. sz.; 15 kwietnia płynu już prawie nie było. Jednocześnie z tem płuco się rozprostowywało i stan ogólny chorego bardzo się poprawił. Rzężenia w prawym szczycie utrzymywały się długo. Do pracy zaczął się brać już w początkach lutego jeszcze z wielkim wysiękiem. W lecie 1893 r. kilkotygodniowe pogorszenie, dreszcze, osłabienie, wychudnienie. Poprawa po pobycie na wsi, gdzie ze 150 ft. doszedł do 180. Kaszel trwał jeszcze do końca 1895 r.

Po raz ostatni chory badany był 10-go listopada 1903 r. czyli blisko w 11 lat od początku choroby. Czuje się zupełnie zdrowym. Wygląda dobrze. Nie kaszle. Duszności nie ma. Waży 170 funt. Pracuje dość ciężko fizycznie. Nieznaczne zwężenie dolnych prawych międzyżebry, z tyłu w najniższym odcinku płuca prawego wyraźne stłumienie, sięgające na 2 palce niżej kąta łopatki i oddech osłabiony, granica płuca nieruchoma, rozedma zastępcza lewego płuca, u szczytu tegoż płuca oddech zaostrozony, wydech przedłużony.

W przypadku tym mieliśmy więc do czynienia z odmą piersiową, powstałą niemal w samym początku gruźlicy podostrej, której towarzyszyła silna, przeszło 5-tygodniowa gorączka.

Bredzenie, nierówność źrenic należy chyba uważać za następstwa zatrucia toksynami. Mniej chyba prawdopodobnem byłoby przypuszczenie, że chory nasz miał nieliczne gruzełki i na oponach mózgowych.

Czy nadspodziewanie pomyślny przebieg gruźlicy można tu wiązać z dobroczynnym wpływem odmy piersiowej na gruźlicę płuc, nie śmiem przesądzać. Przypadki takie, jak już wspomniałem, niejednokrotnie opisywano w literaturze za przykładem CZERNICKIEGO ¹⁾.

Polecano przeciw nawet wywoływanie sztucznej odmy w celu leczniczym, mianowicie w krwotokach płucnych. Z naszych przypadków o dobrym wpływie odmy piersiowej możnaby mówić jeszcze o opisanym już wyżej nie rozpoznanym za życia p r z y p a d k u o d m y s u c h e j u nauczycielki.

Na zakończenie kilka uwag statystycznych.

Przedewszystkiem zdaje się, że odmą piersiową w praktyce szpitalnej bez porównania częściej się zdarza, niż w zamożniejszej i średnio zamożnej praktyce prywatnej. Dr CHEŁCHOWSKI w praktyce prywatnej widział jeden tylko przypadek odmy piersiowej, kiedy ze szpitalnej — zachował notatki o 24 przypadkach.

¹⁾ - Gaz. hebdom. 1872 Nr. 29.

Zapytuję więc czytelników „Gazety“, czy i oni potwierdzą to samo. Można by to tłumaczyć daleko szybszym przebiegiem suchot u uboższych chorych oraz tem, że, gdy zamożniejszy chory spokojnie leży, uboższy często pracuje, co nie sprzyja powstawaniu zrostów.

Dotychczasowe dane statystyczne, dotyczące odmy, dawały wyniki niezgodne. DOWELL i WEST znajdowali odmě u 5% suchotników. Nowsze statystyki dotyczą jedne suchotników zmarłych, inne żyjących. WEIL w jednej swej pracy oznacza odsetkę odmy na sekcjach swoich kilkuset suchotników [354 sekcji] na 10,1%, w późniejszej pracy na 8,3, FRAENKEL na 787 sekcji znalazł odmě w 3,7%.

Inne statystyki obliczają odsetkę odmy nie na sekcjach, lecz u żyjących suchotników. Ogromna statystyka DRASCHE'go ¹⁾, obejmująca 198 przypadków odmy gruźliczej, wykazuje odmě u 1,93% suchotników. SOKOŁOWSKI — u 1% suchotników [4 przypadki odmy na 415 suchotników]. Na naszym oddziale w ciągu ostatnich 9 lat na 564 suchotników było przypadków odmy 17, czyli 3,01%.

Dawniejsze statystyki nie widziały różnicy w częstotliwości odmy piersiowej między mężczyznami a kobietami. DRASCHE znajduje ją [cztery razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Dawniej podawano za rzecz pewną, że odma piersiowa daleko częściej zdarza się z lewej, niż z prawej strony. Tłumaczono to nawet wpływem ruchów serca, przeszkadzających powstawaniu zrostów w opłucnej.

I pod tym względem wielka statystyka DRASCHE'go daje inne wyniki: 55% odmy prawostronnej, 44% lewostronnej i 1% obustronnej. Zgadzałyby się z tem i nasza niewielka statystyka: z 23 przypadków odmy szpitalnej gruźliczej 14 było prawostronnych, a 9 lewostronnych.

Z 23 przypadków gruźliczych 2 szczegółowo opisane wyżej zakończyły się wyzdrowieniem i to zupełnem [i z odmy, i z gruźlicy], 5 — poprawą, 2 — pogorszeniem, a 14 — śmiercią.

Z pomiędzy 5-u wypisanych z poprawą jednego po pleurotomii, opisanego już wyżej, można uważać za wyleczonego z odmy. Dwóch wypisało się ze znaczną poprawą: jeden i drugi po 6-u tygodniach choroby. U pozostałych dwóch poprawa w chwili wypisywania, po upływie 3 i 3½ miesięcy choroby, była wyraźna, ale nie tak znaczna. — Dwóch wypisało się w rozpaczliwym stanie. Początku odmy u obu oznaczyć nie można było. Jeden wypisał się po 24-dniowym, drugi po 5-tygodniowym pobycie w szpitalu.

Z pomiędzy zmarłych jeden zmarł po upływie doby od chwili przyłączenia się do dawnej odmy, którą przez 4 miesiące znosił wcale dobrze, świeżego przedziurawienia, połączonego z niezmiernie powiększonym ciśnieniem, drugi zmarł w 3 dni od chwili powstania odmy, trzeci po 4-ch dniach, piąty po 5-u dniach, szósty w 7 dni, siódmy w 15, ósmy w 18, dziewiąty w 20, dziesiąty w 67 dni. U pozostałych 4 zmarłych początku odmy nie można było ściśle określić, śmierć nastą-

¹⁾ Zeitschrift f. praktisch. Aerzte. 1896 r. Nr. 13.

piła u jednego w 6 dni, u drugiego w 7 dni, w trzeciej w 3 miesiące od chwili spostrzeżenia odmy, u czwartego wreszcie odmy za życia nie rozpoznano. Na jej częścięj więc śmierć następowała w ciągu pierwszego tygodnia.

Z 23-ch przypadków odmy gruźliczej tylko w 6-u, nielicząc księdza, możnaby przypuszczać, że odma powstała we wczesnym okresie [w pierwszych 3 miesiącach] choroby, pozostałe przyłączyły się do gruźlicy płuc, trwającej czas dłuższy.

Mimo tak względnie licznych przypadków odmy piersiowej, nie widywaliśmy w szpitalu w tym samym okresie czasu odmy podskórnej (*emphysema subcutaneum*), pochodzącej z pęknięcia pęcherzyków pod opłucną. Nie zaliczam tu bowiem rozedmy podskórnej, która nieraz powstawała po wypuszczeniu z opłucnej powietrza tuż przy miejscu ukłucia.

Choć to nie będzie miało ścisłego związku z całą niniejszą pracą, pozwolę sobie jednak wspomnieć tu o podobnym zjawisku — trzeszczeniu podskórnem — przy wstrzykiwaniu eteru pod skórę. I trzeszczenie podskórne po wstrzyknięciu eteru zależy od pęcherzyków gazu, a mianowicie: od parującego pod skórą eteru. Eter, jak wiadomo, paruje przy 34 do 36 stopniach, a więc już przy temperaturze ciała. Gorączka, wychudnienie chorego, rozgrzanie miejsca skóry, w które ma nastąpić wstrzyknięcie eteru [czy to gorącym okładem, czy też silniejszym tarcie, jak to bywa przy odkażaniu skóry], wszystko to sprzyja powstawaniu wyżej wspomnianego zjawiska. Gdy występuje ono wybitnie, to nie tylko ręką można wyczuć trzeszczenie pęcherzyków gazu, ale i okiem można dojrzeć same pęcherzyki i ich przesuwanie się przy uciskaniu palcem skóry.

Wspominam o tem zjawisku, bo zdarza się ono wcale nie rzadko, a lekarze, ci przynajmniej, z którymi o tem mówiłem, skłonni byli przypisywać je przedostawaniu się powietrza do strzykawki na miejsce ułatniającego się z niej eteru. O słuszności podanego tu tłómaczenia łatwo się przekonać, wstrzykując eter temu samemu choremu po jednej stronie w skórę, ogrzaną gorącym okładem, a po drugiej — w oziębioną, po jednej eter ogrzany do jakichś 30 stopni, a więc blizki wrzenia, a po drugiej zimny. Po pierwszej stronie wywołamy wspomniane zjawisko w wybitnym stopniu, po drugiej wcale go nie będzie.

Co się tyczy leczenia odmy, to opisane wyżej przypadki upoważniają, zdaniem mojem, do wniosku, że przy dłużej trwającej odmie piersiowej, czy to suchej, czy połączonej z wysiękiem surowicznym lub przesiękiem, wypuszczanie powietrza z opłucnej, albo też powietrza i płynu może wprost leczyć chorobę i nie powinno być zaniedbywane. Wypuszczenie powietrza w spostrzeżeniu naszym VII-em mogło być uratować chorą.

Naogół leczenie odmy piersiowej powinno być polegać na tych samych zasadach, co i wysięków do opłucnej.

Zdaje mi się też, że i pleurotomia powinna być częściej stosowana, niż to bywało do tego czasu, przede wszystkim więc tam, gdzie obok odmy mamy wysięk ropny, a stan sił chorego i okres choroby pozwalają mniemać, że chory

doczeka się zagojenia tej rany po paru, czy kilku miesiącach. Następnie zaś i we wczesnych okresach odmy klapowej, połączonej z wysokiem ciśnieniem w opłucnej, groźnem dla życia chorego, pleurotomia, znosząc nadmierne ciśnienie w klatce piersiowej, usuwa tem samem na stałe najważniejsze niebezpieczeństwo, które przy wypuszczaniu powietrza z opłucnej znika tylko na chwilę.

Odsetka śmierci w pierwszych dniach odmy piersiowej jest bardzo wysoka. Kto wie, czy wczesna pleurotomia nie zmniejszyłyby jej znacznie.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

LECZENIE RAKA.

Podał
Br. Bartkiewicz.

W S T Ę P.

O leczeniu nowotworów złośliwych w głębokiej starożytności posiadamy bardzo mało danych. W księdze Ramajana [1000 l. p. Nar. Chr.] znajdują się wskazówki, tyjące się wycinania guzów i zapobiegania nawrotom przez stosowanie maści arsenikowej. Egipcyanom znane były owrzodzenia rakowate; środkiem leczniczym była maść, składająca się z arseniku i octu. Maść tę pod nazwą *ung. aegyptiacum* używano jeszcze w XVI wieku. W dziejach Persów również znajdujemy wzmianki o leczeniu złośliwych owrzodzeń. Oórkę Cyrusa a żonę Kambyzesa, Atosę, uleczył jakoby z tej choroby lekarz DEMOCED [521 l. p. N. Chr.].

Wszelako utworzenie pojęcia *καρκίνωμα* i związanę z tem słowem pewnych określonych procesów chorobowych, przypisać należy Hippokratesowi [460—370], który zresztą o leczeniu złośliwych nowotworów wyrażał się bardzo niezachęcająco. „Ilekróć utworzy się rak ukryty, lepiej nie leczyć; lecenie bowiem umierają prędko, nie lecenie zaś żyją czas długi¹⁾“.

Pierwsze dokładniejsze wskazówki i przepisy leczenia guzów złośliwych znajdujemy u Celsa [30 p. N. Chr. 38 pp N. Ch.]. Wogle jego zasady leczenia raka robią wrażenie, jakby dlań rak był cierpieniem „*noli me tangere*“.

„Nie tyle grozi niebezpieczeństwem *καρκίνωμα* (*carcinoma*), jeżeli nieroztropnem postępowaniem drażnione nie będzie. Wywiązuje się ta choroba głównie w górnych częściach ciała, na twarzy, na nosie, uszach, wargach, sutkach niewieścich...²⁾“.

Pospolicie powstaje naprzód ta forma, którą Grecy zowią *κακοηθης*, następnie z niej wywiązuje się rak bez owrzodzenia, później wrzód rakowy, a z tego t. zw. *thymium*. Usunąć da się tylko forma zwana *cacoëthes*, wszystkie inne roz-

¹⁾ Οκόσοις κρητοί καρκίνοι γίνονται μή θεραπεύειν βέλτιον. Θεραπευόμενοι γαρ απόλλονται ταχώς μησιθεραπευόμενοι δε πολλόν χρόνον διατελοῦσι. (Aphor. VI. 38).

²⁾ Non idem periculum carcinoma affert nisi imprudentia curantis agitatum est. Id vitium fit maxime in superioribus partibus circa faciem, nares, aures, labra, mammas feminarum.

drażniają się tylko przez leczenie, a to tembardziej, czem takowe było energiczniejszym. Niektórzy używali w tym celu środków przyżegających, inni przypalali żelazem, jeszcze inni wycinali nożem, ale żadnemu choremu nigdy lecznictwo nie przyniosło żadnej korzyści. Po wypaleniu bowiem bieg choroby przyspieszał się i postępowała ona dopóki nie sprowadziła śmierci. R k wycięty powracał przecież nawet po zabliźnieniu rany na nowo i stawał się przyczyną zgonu. Gdy tymczasem wielu chorym, którzy bez użycia silnych środków w zamiarze usunięcia choroby, okładają część cierpiącą łagodnymi lekarstwami, jakoby jej schlebającymi, nieprzeszkadza ona wcale do osiągnięcia późnej starości. Rozróżnić jednak skira (*cacoëthes*), dopuszczającego wyleczenie, od raka, który takowego nie dopuszcza, nikt inaczej nie zdoła, jak tylko po dłuższem trwaniu choroby i na zasadzie doświadczenia“ [przekład H. ŁUCZKIEWICZA] ¹⁾.

Jak widzimy, CELS w swych wywodach był na drodze do prawdy istotnej, rozróżniając *κακοήθης* [u późniejszych autorów *scirrhus*], czyli guzy dobrotliwe od złośliwych, *carcinomata*. Leczenie nożem i żelazem dopuszcza tylko w pierwszej postaci guzów.— „Jeżeli wszakże środki te jątrzą, znaczy to, że mamy do czynienia z rakiem; zaniechać przeto wypada wszelkich środków ostrych i gwałtownie działających. Wrazie twardości w miejscu cierpiącym bez owrzodzenia wystarcza okładanie figą jak najtłustszą albo także przyłożony plaster zw. *Rhypodes*“ [ks. V. Roz. XIX 15], przekład H. ŁUCZKIEWICZA] ²⁾.

Olbrzymi przewrót w poglądach na istotę raka i w lecznictwie sprawiły poglądy patologiczne, wygłoszone w 200 lat później przez GALENA [132—203]. Potężna budowa dogmatyczna, wzniesiona przez tego ojca humoralnej patologii, postawiła po części tamę rozwojowi niektórych łusnych wniosków CELSA i ciężać przeszło 1000 lat nad medycyną, wywarła wpływ swój na szereg metod leczniczych, zalecanych w niedawnej bodaj przeszłości. CLAUDIUS GALENUS uczył, że rak rozwija się z t. zw. „*atra bilis*“, przyczem, jeżeli owa czarna żółć jest ostrzejsza, powstaje rak wrzodziejący, jeśli łagodniejsza, rak ukryty—*cancer occultus*. „*Atra bilis*“ tworzy się w organizmie z *humor melancholicus*, hemoroidów i zatrzymania krwi miesięczkowej [cap. X. Lib. II. ad Glauc].

Tylko „rak ukryty, czyli nie owrzodzony“ w początku choroby może być uleczonym, „nie powinniśmy brać się do leczenia raka owrzodzonego..... ponieważ wszystkie owrzodzenia z czarnej żółci są nieuleczalne“ ³⁾.

Przy traktowaniu raka na pierwszym planie stawiał GALEN leczenie ogólne: „Przedewszystkiem należy wydalic z całego ciała czarną żółć, zapobiedz tworzeniu się jej i nadmiernemu zbieraniu w żyłach, następnie trzeba wzmocnić i oczyścić część ciała dotkniętą chorobą“. Stąd szerokie zastosowanie upustów krwi środków przeczyszczających i odciągających ⁴⁾.

W niektórych przypadkach większych guzów GALEN zalecał stosować wycięcie. „Jeśli kiedykolwiek osmielisz się leczyć raka sposobem chirurgicz-

1) Fereque primum id fit quod *κακοήθης* a Graecis nminatur: deinde ulcus, ex eo thymium. Tolli nihil nisi *cacoëthes* potest: reliqua curationibus irritantur: et quo maior vis adhibita est, eo magis. Quidam usi sunt medicamentis adurentibus; quidam ferro adusserunt, quidam scalpello exciderunt, neque ulla unquam medicina profecit: sed adusta protinus concitata sunt et inereverunt donec occiderent; excisa etiam post inductam cicatricem tamen reverterant et causam mortis attulerunt, cum interim plerique nullam vim adhibendo quae quasi blandiantur, quominus ad ultimam sectectutem perveniant, non acria omnia non recipit, nemo scire potest, nisi tempore et experimento.

2) Si protinus iritatum est, scire licet jam carcinoma esse, removendaque sunt omnia prohibeantur. Discernere autem *cacoëthes*, quod curationem recipit a carcinomate vehementia. Sed si sine ulcere id locus durus est, imponi ficum quam pinguissimam, aut *hyposes emplastrum satiss est*.

3) Canceri ulcerati curam aggredi non debemus quia incurabilia sunt omnia ulcera ex atra bile facta.

4) Primum enim atra bilis ex toto corpore evacuanda, deinde generatio atrae bilis prohibenda ne amplius in venis colligatur, tertio pars affecta evacuanda et roboranda: [Cap. IX. Lib. XII].

nym, należy w każdym razie zacząć od usunięcia humoru melancholicznego (*humor melancholicus*) środkami czyszczącymi. Gdy zaś wyciąłeś wszystko uległe cierpieniu tak, że nie została żadna cząstka, pozwól spłynąć krwi, nie tamuj jej szybko, raczej wyciśnij z okolicznych żył krew gęstszą ¹⁾“.

Jest dość wątpliwem, czy GALEN sam operował raki [WÖLFLE], w każdym razie jego słowa zawarte w rozdziale ad Glanc. lib. II, odnoszą się napewno do raków prawdziwych. Na uwagę szczególnie zasługuje opis radykalnej operacji raka, wykonywanej zapomocą rozpalonego noża.

Po śmierci GALENA nastąpił okres zastoju w lecznictwie. Następcy i uczniowie genialnego medyka zadowalali się rozwijaniem jego zasad i komentowaniem dzieł, tak, że leczenie guzów złośliwych z bardzo nieznacznymi zmianami prawie nie odstępowało od klasycznych poglądów GALENA. Złotowie „*incurabilia sunt omnia ulcera ex atra bile*“ jest wciąż pewnikiem niewzruszonym. Tak uczył ORIBASIIUS [400], TRALLES [540], PAWEŁ z Eginny [700] i cały szereg arabskich i żydowskich lekarzy: JAHIAH BEN SERABI [800] ARERROES [1142—1178], AVENZOAR, AVICENNA, HALI ABBAS i ABUL KASIM. Ten ostatni mówi wyraźnie o raku: „Gdy rak jest duży i zastarzały, nie powinienes zbliżać się doń: ja bowiem z tej choroby nie mogłem nikogo wyleczyć, ani nie widziałem takiego, któryby to osiągnął ²⁾“.

Leczenie chirurgiczne rzadko było stosowane. Obawa krwotoku, niebezpieczeństwo operacji, wreszcie głęboko zakorzenione teorie GALENA małe bardzo pole zostawiały tej właśnie metodzie. Jednakże tu i owdzie w literaturze tego okresu spotykamy opisy dosyć racjonalnie wykonywanych operacji na guzach złośliwych. LEONIDAS z Aleksandryi [200] podał następujący sposób operowania, przekazany nam przez AETIUSA [540]. „Nie będziemy próbowali żadnych sposobów chirurgicznych, jeżeli cała sutka jest o tyle stwardniała, a stwardniały guz skóra tak przyrośnięty, że niemógłby być odcięty od części zdrowych bez niebezpieczeństwa: jeśli jednak stwardniał tylko wierzchołek sutki albo też choroba nie posunęła się dalej połowy, należy odciąć wierzchołek sutki i przypalić ³⁾“.

Operując raka prawdziwego [nie *cacoëthes scirrhus*] postępował tak: „Zatem nacinam głęboko sutkę i następnie części rozcięte przypalam i często to powtarzam“. Arabscy lekarze [AVICENNA, HALI ABBAS] w operowaniu raków trzymali się ściśle zasad GALENA ⁴⁾.

LANFRANCHI podnosi ważność doszczętnego wycięcia raka. Ogólną zasadą w leczeniu raka jest, że nie uleczy go się, jeżeli się go nie wytnie z całkowitym jego początkiem. SUIDO CAULIACO podaje taki przepis leczniczy: „Jeżeli znajduje się w miejscu możliwym, wyciąć go doszczętnie, jeśli w niemożliwym leczyć objawowo“. „Usunąć guz można nożem, lub „*cum corrosione et mortificatione*“, do czego najlepiej używać „*arsenicum sublimatum*“. Przy operacji krwawej trzeba dokładnie wyciąć wszystkie chore tkanki „*alias nihil valet, imo esset novissimus error priore pejor*“. Gorącym zwolennikiem operacyjnego leczenia raków był AMATUS LUTTANUS [1556], który zalecał wszystkie

1) Ceterum si quando cancrum per chirurgiam curare audebis coepisse quidem abvacuando per purgationem melancholico humore oportebit. Ubi vero totum, quod vitiatum est, prorsum excideris sic ut nulla supersit radix: sines effluere sanguine nec propere eam inhibebis imo premedo potius quae circum sunt, venas exprimes ex his crassiozem sanguinem

2) Quando cancer antiquatur et est magnus non oportet ut appropinques ei: ego enim non potui sanare ex eo aliquum neque vidi alium ante qui pervenerit ad illud.

3) Si itaque tota mamma indurata fuerit, atque ita scirhi tumor induratus annexus ut extra periculum a sanis partibus amputari non possit, chirurgiam nequaquam tentabimus; si vero summitas mammae solam indurata fuerit aut ultra dimidium affectio non occuparit, summitas amputanda est citra inustionem.

4) Mox iterum incido et profundum mammae dissecō, ac rursus partes incisās uro, saepe quo idem repeto.

guzy dostępne wycinać. Również Hieronymus Fabricius ab Aquapendente [1537—1619] operował guzy złośliwe, jakkolwiek wogóle był zwolennikiem humoralnych poglądów. Wreszcie na uwagę zasługują poglądy Hans'a v. Gersdorff [1577] dotyczące się doszczętnego usuwania guzów: „Die erst meinung der usswürzelung würost vollbracht mit schnidungen oder corrosierungen. Und dorumb in der schnidung so hab gut acht dz du in mit der wurze. begryfest dz er gar herusskome, anders der letst schad ist besser den der erst“¹⁾.

Pomimo tych pojedynczych głosów operacya w raku stopniowo traciła uznanie. Ogół lekarzy uważał raka za cierpienie stanowczo nieuleczalne i średniowieczny dogmatyzm nie starał się nawet wyzwolić z więzów starożytnych teorii. Posłuchajmy co mówi Houllier, jeden z komentatorów dzieł Hippokratesa [1620]: „Wogóle każdy rak jest nieuleczalny i Galen może dowoli zalecać, kogo należy czem i w jaki sposób przeczyszczać, oraz może wspominać o pojedynczych wypadkach uzdrowień kobiet środkami czyszczącymi. Czynił to jednak w początku choroby, gdy guzy te rozszerzają swe włókna: a więc w początku można uleczyć raka częstymi upustami krwi i przeczyszczeniem, wycięciem i przypaleniem, lecz nie w każdym wypadku. Jeżeli znajduje się bowiem w macicy i innych częściach ciała wewnętrznych, jest nieuleczalny, ponieważ nie można osiągnąć go środkiem lekarskim. Jeżeli rak jest na sutce, w jamie usnej i jeszcze nie zapuścił korzeni, wycięcie i przypalenie pomoże, jeżeli się usunie wszystkie włókienka i cząsteczki. Przypuśćmy, że wszystko to zostało wycięte i wypalone, czy idzie zatem, że rak będzie uleczony? Bynajmniej tak nie jest. Jeśli bowiem rak zapuścił już korzenie w nerw, żyłę wielką, lub tętnicę i zechcesz go w całości wypalić [co przecież należy uczynić w przypadku raka, gdziekolwiekby był], nie nie pomożesz. Jeżeli skaleczy się nerw, nastąpią drgawki śmiertelne, po zranieniu żyły lub tętnicy — krwotok nie do zatamowania.... Stąd też raków ukrytych lepiej nie leczyć, ponieważ choroby umierają prędzej. Możemy wszakże łagodzić bóle, odprowadzać materję, usuwać hemoroidy, upuszczać krew i przeczyszczać. Żelazo i ogień są najmniej bezpieczne“²⁾.

Ambroży Paré, jeden z największych umysłów w dziedzinie medycyny, podawszy w siódmej księdze podział chorobliwych guzów na postawie różnych mieszanii „soków ciała“, występuje dalej z całym arsenałem środków przeciw konstytucyi rakowej:

- 1) wstrzymanie się od stosunków płciowych;
- 2) klasyczne purgatio ab atra bile;
- 3) wszelakiego rodzaju resolventia na użytek zewnętrzny.

Operacyjnemu leczeniu bezwarunkowo można poddawać tylko raki nie owrzodzone, przyczem należy wycinać guz w granicach zdrowej tkanki, następnie przypalać. Rozpadające się i cuchnące guzy zalecał Paré polewać słodkiem mlekiem, które znosi odór. „Słuszność tej rady potwierdziły późniejsze ba-

¹⁾ Generalis regula in cura caneri est, quod cancer non curatur, nisi cum totis suis radicibus exstirpatur.

²⁾ In summa omnis cancer insanabilis est, licet Galen. in. lib. quos quibus et quando purgare oportet et in simpl. meminert, quarundam mulierum, quas frequenti purgatione liberavit. Sed id fecit initio, cum tubercula illa propagant fibras suas: ergo initio potest curari cancer phlebotomiis et purgationibus frequentibus, potest sectione et ustura: sed non omnis. Nam si est in utero et aliis partibus inferioribus est incurabilis, quia non potest adhiberi remedium. Nam si sit in papilla, si in faucibus et radices nondum egerit, proderit sectio aut ustura, ablatis omnibus fibris et radicibus. Ponamus omnes fibras et radices esse excisas aut ustas sequiturne curatum esse? non est necesse. Si enim cancer iam radices egerit aut in nervum aut in magnam venam aut arteriam, et velis eas exurere omnino [quod tamen faciendum est in canero, alioqui serpet] nihil proficies. Si enim vulneretur nervus fiet convulsio lethalis, si magna vena aut arteria, fiet magna haemorrhagia eaque incurabilis. Canceros ergo occultos non curare melius est: quia celerius moriuntur aegri. Possumus tamen sedare dolorem et delegare saniem, movere haemorrhoides, secare venam et purgare. At, ferrum et ignis minime tuta sunt.

dania i doświadczenia bakteryologiczne nad *coccobacteria septica* (BILLROTH).

Wiek siedemnasty nie przyniósł prawie żadnych zmian w leczeniu guzów złośliwych. „Najbliższą przyczyną raka jest atra bilis,“ zapewnia w 1656 r. v. BEVERWIJCK, i wogóle lecznictwo trzymało się zasad dawnych. Zaledwie w końcu stulecia i początku osiemnastego wieku rozwój chemii nadał nieco inny kierunek pojęciom o powstawaniu raka [v. HELLMONT, WELLIS, BLANCHARD, WALDSCHMIDT, SCHRAGE]. Teorye te były powodem zalecenia kilkudziesięciu wewnętrznych środków i mnóstwa miejscowych, mniej lub więcej popularnych, między którymi znajdowały się przepisy tego rodzaju preparatów: „alun sproszkowany zmieszać z dżdżownicami, utrzeć na maść, którą należy pokrywać raka“ [1685]. Na uwagę zasługuje konkurs Towarzystwa lekarskiego saskiego w Bautzen w r. 1779, które wyznaczyło nagrodę 30 dukatów za wynalezienie środka leczącego guzy, bez pomocy wycięcia, merkurjuszu, cykuty, stramonium lub akonitu. Prawdopodobnie chodziło o wynalezienie dobrego środka żrącego, zaś po części była to reakcja przeciw nadużyciu conium maculatum, szeroko sławionego przez STOERK'a i jego zwolenników.

Ogólnie utrzymywał się jeszcze pogląd na raka jako na objaw dyskrazji ustroju; niektórzy badacze [RICHTER] niezupełnie jeszcze porzucili reminiscencye o atra bilis GALENA. Z prac odstępujących od współczesnych zapatrywań wyróżnia się rozprawa LEDRAN'a [1757], zaznaczająca bezwarunkowo miejscowy charakter guza w początkach choroby i zalecająca jako najlepszy środek leczniczy—wypalenie. Guzy sutki LEDRAN uważa stanowczo za uleczalne i wyraża zdanie, „że nie wszystko jest rakiem, co dotąd tak nazywanem było.“

W tymże okresie pierwszy raz zastosowano elektryczność przy traktowaniu guzów złośliwych [de HAËN] i ucisk [HUNTER, 1729—1793]. HUNTER zauważył przy studyach nad procesem zapalnym, że „coagulating lymph“ występuje z rozszerzonych naczyń i w ten sposób, uciskając naczynia dokoła guza, hamuje jego rozwój. Metoda uciskania była dosyć szeroko stosowana jeszcze w pierwszej połowie XIX wieku [YOUNG, RECAMIER, FUSTER].

Operacyjne leczenie raka było stale na ostatnim planie zarówno przez ciąg XVIII wieku, jak i w początkach XIX. Prace ALEKS. MONRO [zm. 1766] tak poderwały zaufanie do tej metody leczniczej, że pomimo dobrych bardzo wyników metody JAMES HILL'a i całego szeregu głośnych nazwisk XVIII wieku: PETIT, DESAULT, POTT'a, HUNTER'a, BELL'a, THEDEN'a, ROUX i innych, obóz zwolenników leczenia operacyjnego był nieliczny. Rozłam w opinii powiększała nauka francuskich uczonych o „dyskrazji“ [CAMPORDON, GEOFFROY] i wciąż szeroko rozslawiana siła lecznicza cykuty.

Ostatnie sto lat przyniosło wiele zmian zarówno w poglądach na istotę raka, jak i w jego leczeniu. Wszystkie teorye, hipotezy i odkrycia naukowe wycisnęły swe piętno na tej gałęzi patologii i terapii.

W dziejach leczenia guzów złośliwych wiek dziewiętnasty może być nazwany wiekiem metody operacyjnej. Odkrycie chloroformu i postępowania przeciwnielegicznego otworzyło dostęp do okolic ciała głębszych, zaś stwierdzenie miejscowego w początkach charakteru raka, zachęciło do opracowania doszczętnych zabiegów.

Pierwsza połowa i środek stulecia przyniósł nam również cały szereg metod żrących, obecnie rzadko używanych, a stanowiących w swoim czasie surrogat leczenia operacyjnego, bez jego grozy i, po części, niebezpieczeństw. Przytem niektórym żrącym preparatom przypisywano wpływ swoisty.

Leczenie środkami wewnętrznymi również polegało w przeszłym wieku wielkim wahaniem. W początku prowadzone w duchu starych Galenowskich przepisów [upusty krwi, przeczyszczające środki, zawłoki i pryszczycidla], stopniowo traciło swój charakter głównej metody leczniczej i ograniczało się do leczenia objawowego w guzach uznanych za niemożliwe do operowania, i po-

niekąd do zapobiegawczych przepisów po wycięciu raka. Prócz środków ogólnie dyetetycznych, chemicznych i fizycznych niepośledni dział zajmują swoiste surowice przeciwrakowe, wyrabiane w najrozmaitszy sposób pod wpływem poślądów różnych na istotę raka.

L I T E R A T U R A .

— 5 —

- ALBERTS. Das Carcinom in historischer und experimentell-pathologischer Beziehung Jeha, 1887.
- CELSUS. De medicina libri octo.
- FALLOPIUS GABR. Libelli duo alter de ulceribus, alter de tumoribus praeter naturam. Venet. 1563.
- HOLLERI JACOBI. Stemp. in Aph. Hippocr. comment. VIII edit. I. Libaut. Genevae 1620.
- INGRASSIA JOH. PHIL. De tumoribus praeter naturam. Neap. 1553.
- KUHN. Galaeus. Lipsiae 1821—1823.
- LINDE. Magni Hippocratis Coi opera omnia Graece et Latine. Leiden 1665.
- WOELFLER. Zur Geschichte und operativen Behandlung des Zungenkrebses. Arch. f. kl. Chir. 1881. 314. [C. d. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— 3 —

25. Stovainum. Nowy ten środek miejscowo znieczulający, należący do grupy amino-alkoholów, wypróbował RECLUS i CHAPOT w chirurgii ogólnej, obecnie zaś prof. DE LA PERSONNE dokonał z nim szeregu doświadczeń w oftalmologii. Upřednie próby na zwierzętach dowiodły względnej nieszkodliwości stowainy. Stosowano nowy ten lek do instylacji oraz do zastrzyknięć podłącznicowych i podskórnych. Do instylacji używano roztworu 4^o/_o-go, który umożliwia dokonywanie operacji na rogówce i łącznie oraz operacji katarakty. Ten sposób działania jest słabszy od działania kokainy, gdy natomiast w postaci wstrzykiwań [kilka kropel roztworu 4^o/_o-ego] działanie jest silniejsze od kokainy. W ciągu niecałej minuty osiąga się zupełne znieczulenie. DE LA PERSONNE sądzi, że możeby się udało stosować mieszaninę kokainy ze stowainą [1 : 2], co wpłynęłoby doskonale na stan naczyń krwionośnych i jednocześnie dawałoby znieczulenie możliwie doskonałe.

(Prog. méd. 1904, Nr. 30).

F.

Prof RECLUS na posiedzeniu Akademii Lekarskiej Paryskiej 15. VII. zdawał sprawę z własnych spostrzeżeń, dokonywanych na ludziach przez 9 miesięcy nad działaniem stowainy, nowego środka znieczulającego, otrzymanego syntetycznie przez chemika francuskiego FOURNEAU, i przyszedł do przekonania, iż stowaina posiada co najmniej taką samą własność znieczulania, jak kokaina, i że jej nie ustępuje. Od czasu wprowadzenia kokainy do chirurgii, to jest od lat 20-u, pierwszy to więc środek, który znieczula tak dobrze jak kokaina, czego nie można powiedzieć o tropakokainie, eukainie, anestesinie, gwajakolu, którymi chciano zastąpić kokainę. Dalej ważnem jest, iż zdaniem BILLON'a, który robił doświadczenia na zwierzętach, stowaina jest dla zwierząt 2 razy mniej trującą niż kokaina, i z tego powodu RECLUS śmieiej używał u ludzi stowainę, bo np. dla operacji radykalnej przepukliny kokainy zastrzykiwał zwy-

kle 10—14 cgrm., a stowainy bezkarnie stosował 14—20 cgrm. Mógł on więc z pomocą stowainy wykonywać większe operacje niż posługując się kokainą. Prócz wyluszczenia guzów ograniczonych skóry i pod skórą, odejmowania członków, palców, wycinania wrosniętego paznokcia, przecinania ropni, zastrzykując stowainę podskórną, wykonywał operacje: gastrostomię, *anus artificialis*, *hernia umbilicalis*, *inguinalis*, *cruralis*, hemoroidy, *dilatatio ani*, *hydrocele*, *varicocele*, *varices nóg*, *castratio*, laparotomię, *peritonitis tuberculosa*, *empyema*. Stowaina jest środkiem rozszerzającym naczynia krwionośne, podczas gdy kokaina zwęża je, stąd chociaż rany więcej krwawią, lecz zapobiegając bezkrwistości mózgu, stowaina umożliwia operacje w pozycji siedzącej [w jamie ust, na głowie]. Wreszcie stowaina ma dużą przyszłość, bo będąc środkiem sztucznie wytworzonym, będzie daleko tańsza niż kokaina.

POUCHET twierdzi również, iż stowaina jest mniej trującą niż kokaina. Działanie jej naczynio-rozszerzające jest przechodnie. Nie działa ono na serce. HUCHARD używał stowainy z dobrym skutkiem, zastrzykując ją głęboko, między mięśnie, lub do worka opony rdzeniowej twardej w upartych przypadkach nerwobólu międzyżebrowego lub kulszowego. W. G.

27. Stagnina. Nowy ten środek hemostatyczny T. LANDAU i HISCH otrzymali ze śledziona w sposób następujący: Mieszaninę, składającą się ze 100 grm. samego mięjszu śledziona, 200 c. sz. soli kuchennej [0,9%], 1 grama roztworu sody i chloroformu w nadmiarze [celem zabezpieczenia mieszaniny od gnicia], pozostawiano 24—48 godzin w spokoju przy ciepłocie 30—37°. Potem mieszaninę tę cedzono i otrzymywano ciecz jasno- lub ciemno-czerwoną; był to więc wyciąg ze śledziona, otrzymany z pomocą autolizy antyseptycznej. Przekonano się, że wyciąg ten zawiera nadzwyczaj bogatą w żelazo substancję białkową, skuteczną bardzo w bezkrwistości, lecz—co ważniejsze—stwierdzono jeszcze, że wyciąg ze śledziona zwierzęcej, otrzymany z pomocą autolizy antyseptycznej, posiada silne działanie hemostatyczne, mianowicie u kobiety bardzo anemicznej wskutek obfitych krwotoków macicznych, niczem przez miesiące całe wstrzymać się nie dających, zastrzyknięcie podskórne wyciągu ze śledziona zwierzęcej powstrzymało krwotok bardzo prędko. Skuteczność jego stwierdzono następnie w wielu przypadkach krwotoków macicznych, mających najrozmaitszą przyczynę anatomiczną, zwłaszcza gdy stosowano roztwór przez wyparowanie odpowiednio zgęszczony. Dlatego też wyciąg ze śledziona, nazwany *stagniną*, LANDAU i HISCH zalecają jako *haemostaticum*. Przekonano się doświadczalnie, że *stagnina* w przeciwieństwie do adrenaliny tamuje krwawienie nie wskutek ściągania naczyń, na które wpływu nie wywiera, lecz przez działanie wprost na krew, wzmagając jej zdolność krzepnięcia. I dlatego działa najskuteczniej w krwawieniach mięjszowych [włosowatych], o wiele słabiej w krwotokach tętnicznych. Miejscowo zastosowana, także nie działa skutecznie. Dotychczas wypróbowano *stagninę* z powodzeniem w krwawieniach macicznych, zdaje się jednak, że w krwawieniach z innych narządów wewnętrznych *stagnina* może znaleźć zastosowanie skuteczne, a mianowicie w krwiopłuciu, we wrzodzie żołądka, w krwotokach kiszkowych, w chorobach krwotocznych, a nawet zapobiegawczo w chirurgii operacyjnej.

(Berl. klin. Woch. № 22).

Z.

28. Tętniaków [aneurysma] aorty leczenie wstrzykiwaniem pod skórę roztworu żelatyny.

Niepomyślne wyniki leczenia chirurgicznego tętniaków aorty i zauważenie, iż niekiedy leczą się one dowolnie przez krzepnięcie krwi w ich wnętrzu, skłoniły lekarzy do naśladowania natury, do szukania sposobów, ułatwiających krzepnięcie krwi. Taki wzgląd mieli na uwalze LANCEREAUX i PAULESCO, zalecając przed kilku laty w tym celu zastrzykiwanie pod skórę żelatyny. LAN-

CEREAUX na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu 5 lipca r. b. zdawał sprawę z 17-u w ten sposób leczonych przypadków. Ani razu metoda ta nie spowodowała złych następstw, natomiast bóle, zazwyczaj silne, zależące od rozszerzenia się aorty ustawały, worek aneurysmatyczny twardniał i zmniejszał się, i chorzy mogli powrócić do dawnych zajęć, byleby nie połączonych z wysiłkiem fizycznym, co groziłoby oderwaniem skrzepu i zatorem. L. posługiwał się roztworem: Aq. destil. 1000,0, Natr. chlor. 7,0, Gelatin. 25,0. Żelatyna powinna być najlepszego gatunku, roztwór jej sterylizowany raz lub kilkakrotnie w autoklawie, w ciepłocie 110—115° C. Z roztworu tego zastrzykiwał chorym 200,0 w 4—5 dni. Spostrzegane przy takim leczeniu tętniaków aorty przypadki teżca, przypisuje L. niedobrej żelatynie lub niedostatecznej sterylizacji roztworu.

W. G.

Wiadomości bieżące.

— Pisma codzienne donoszą, iż w tutejszym szpitalu Św. Ducha ma być otwarty specjalny oddział dla chorych dotkniętych cierpieniami dróg moczowych. Spodziewamy się, iż wybór ordynatora tego oddziału będzie dokonany drogą konkursu, gdyż i Komisya szpitalna Rady miejskiej dobroczynności publicznej niedawno uznała, iż to jedyna droga, jaką w przyszłości powinny być obsadzane posady ordynatorów szpitalnych.

— Warszawski Instytut szczepienia ospy ochronnej przeniesiono do specjalnego budynku przy ulicy Nowogrodzkiej, naprzeciwko Instytutu wychowawczego Baudouin'a.

— Kol. SERKOWSKI w Łodzi donosi, iż doroczne zajęcia praktyczne lekarzy i farmaceutów z mikroskopii i bakterjologii klinicznej rozpoczną się w pracowni jego bakterjologicznej [Łódź, Piotrkowska 120] dnia 1 sierpnia i będą trwały 4 tygodnie.

— Rada miejska Paryża zadecydowała utworzenie w szpitalu Necker'a specjalnego oddziału oto-ryno-laryngologicznego.

— Taż rada zadecydowała kredyt 1,500,000 franków na utworzenie 300 łóżek w szpitalu nadmorskim w Berck-sur-mer dla dzieci gruźliczych.

— VII Kongres międzynarodowy uszny odbędzie się w Bordeaux między 1—4 sierpnia r. b.

— W prasie francuskiej narobiła dużej wrzawy książka dra QUINTON'a „L'eau de mer milieu organique,” która wyszła w Paryżu w r. b. Autor wypowiada w niej oryginalny pogląd, iż organizm nasz jest rodzajem aquarium morskiego, rurki do kultury, napełnionej wodą morską, w której żyją komórki organiczne i dochodzi do wniosku, iż życie organiczne—pierwsze istoty żyjące w kształcie komórek—pojawiło się w morzach, i że z biegiem czasu, gdy z nich powstały organizmy złożone, to składające je komórki znalazły się w pierwotnym, naturalnym ośrodku, bo plasma, surowica, przypomina wodę morską składem mineralnym [z 31 metali, istniejących w wodzie morskiej, 30 (prócz złota) znaleziono i w surowicy]. Dalej, w wodzie morskiej—jak przekonał się doświadczalnie Q.—mogą żyć leukocyty, a zastrzykiwanie pod skórę wody morskiej nie tylko nie jest szkodliwym, lecz nawet pożytecznym. Do tego ostatniego wyniku doszedł QUINTON, robiąc doświadczenia na ludziach w różnych oddziałach szpitali paryskich: przekonał się o pożyteczności zastrzykiwań wody morskiej w przypadkach *gastro-enteritidis infectiosae*, w otruciu kwasem szczawiovym i t. d. Cała trudność polega tylko na posiadaniu świeżej i czystej wody morskiej, bo roztwór, otrzymany przez rozpuszczenie osadu pozostałego po wyparowaniu wody morskiej i zastrzyknięty psom pod skórę, wywoływał objawy otrucia, czego naturalna, czysta, woda morską nie robi.

Sprostowanie. W № 26 str. 646 wiersz 13 z dołu: „zWłaszcza na widok zabawek“ powinno być opuszczone.—Str. 647 wiersz 21 od dołu zamiast: „26“ powinno być „26,5.“—Str. 650 wiersz 18 z dołu, zamiast: „BRETTIGER'a“ powinno być „BOVTTIGER'a.“—Str. 653 wiersz 18 z góry zamiast: „MOTZ'a“ powinno być „MOVZ'a.“