

GAZETA LEKARSKA

I. Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza.

Napisał

dr Adam Greliński [Lwów].

Nowotwory pęcherza, rozdział tak ważny w patologii dróg moczowych, stanowią do dziś dnia z różnych punktów widzenia kwestyę otwartą, pomimo obszernych i pięknych prac, im tylko poświęconych. Dlatego też chcielibyśmy dorzucić kilka uwag o ich leczeniu, odpowiedniemi do wyników badań anatomicznych.

Anatomia patologiczna do niedawna jeszcze bardzo krótko zbywała nowotwory pęcherzowe. THOMPSON w roku 1883 ¹⁾ dzieli je na dobrotliwe, do których zalicza *papilloma* w dwóch odmianach: papilomat strzępiasty (*frangé*) i mający więcej tkanki łącznej *fibro-papilloma* i *myoma* z większą lub mniejszą ilością tkanki łącznej i złośliwe: *epithelioma*, *scirrhus* i *sarcoma* o wrzecionowatych i okrągłych komórkach, wyjątkowo zdarzający się u dorosłych. Oprócz tych postaci spostrzegał formę przejściową „*type intermédiaire ou de transition*” (*epithelioma* atypowe nowych autorów), opisując spotykane ogniska komórek przyblonkowych w tkance łącznej podścieliskowej, które dla KUESTER'a ²⁾ są jednak ogniskami nacieku zapalnego.

Od tego czasu leczenie nowotworów postępuje szybciej naprzód niż anatomia patologiczna, w której panuje pewne zamieszanie pojęć i podziałów.

KUESTER dzieli wszystkie nowotwory na powstałe pierwotnie w pęcherzu, pochodzące z otoczenia i przerzuty. Te ostatnie są bardzo rzadkie, w czem są zgodni różni autorowie; pomijamy je zatem i przechodzimy do działu drugiego

¹⁾ Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Trad. dr JAMIN. Paris 1889 p. 549.

²⁾ Ueber Harnblasengeschwülste und deren Behandlung. VOLKMANN'S Sammlung Klin. Vorträge. Chirurgie. 1886.

guzów powstałych z otoczenia. Odnośnie do postaci złośliwych, raków, odróżniają się trzy zasadnicze kierunki. Zaznaczamy tu z góry, że, mówiąc o rakach, nie podciągamy pod tę nazwę kankroidów, o których mówić będziemy poniżej.

KLEBS ¹⁾ w roku 1870 mówi: „Raki pęcherza wychodzą po największej części z gruczołu krokowego, z szyi macicy albo z odbytnicy, lub są guzami wtórnymi, powstałymi w drodze przerzutów“. Zaprzecza więc zupełnie istnieniu pierwotnych raków pęcherza, co, według niego, stwierdza i brak u kobiet raków umiejscowionych w szyi pęcherza, które najprędzej mogłyby robić wrażenie pierwotnych, a w rzeczywistości pozostają w związku z płatem środkowym gruczołu krokowego.

Przeciw temu wystąpiła szkoła francuska: GUYON ²⁾ i jego uczniowie: POUSSON ³⁾, ENGELBACH ⁴⁾, ALBARRAN ⁵⁾, CLADO ⁶⁾, albo otwarcie zaprzeczając zdaniu KLEBS'a, lub też pomijając tę kwestyę milczeniem lub krótką wzmianką, jak LEGUEU ⁷⁾ i TUFFIER ⁸⁾.

GUYON zaprzeczył wprost możliwości istnienia związku między gruczołem krokowym a nowotworami pęcherza i jeszcze dwa lata temu przy sposobności badania przypadku, w którym znalazł gruczoł krokowy twardy z wybitnym naciekiem nowotworowym, rozpoznał flegmonę tegoż gruczołu, ponieważ: „*Il n'y a aucun rapport entre les tumeurs de la vessie et la prostate*“.

To samo twierdzi ALBARRAN, znajdując 5 razy tylko zajęcie gruczołu krokowego na 220 wszystkich, zebranych przez siebie przypadków nowotworów pęcherza. CLADO mówi: „Cokolwiek bądź mówią KLEBS i KUESTER, zajęcie gruczołu krokowego zdaje się być rzadkiem“ i że „liczni autorowie już wykazali, co jest mylnego w tym sposobie widzenia“.

THOMPSON zbliża się do stanowiska pośredniego mówiąc, że „często gruczoł krokowy jest zajęty przez nowotwór pęcherza“, dalej jednak mówi, że „gruczoł krokowy jest rzadko zajęty przez raka“. KUESTER zajmuje stanowisko wybitnie pośrednie mówiąc: „Jak jednak z jednej strony nie ulega wątpliwości, że część przypadków opisanych i nazwanych rakami pęcherza pochodzi z gruczołu krokowego, tak też z drugiej strony jest również niewątpliwem, że zdarzają się prawdziwe raki pęcherza, t. j. takie, które swe powstanie zawdzię-

¹⁾ Handbuch der pathologischen Anatomie. Berlin 1870. Z III.

²⁾ Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate. Paris 1888.

³⁾ Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. Thèse de Paris 1884.

⁴⁾ Tumeurs malignes de la prostate. Thèse de Paris 1888.

⁵⁾ Les tumeurs de la vessie. Paris 1892.

⁶⁾ Traité des tumeurs de la vessie. Paris 1895.

⁷⁾ Des tumeurs de la vessie. Traité de chirurgie. LE DENTU et DELBET. T. IX. 190 Paris.

⁸⁾ Les tumeurs de la vessie. Traite de chirurgie. DUPLAY et RECLUS. T. VI, 1896. Paris

czają przybłonkowi pęcherza“. Autor ten znalazł 14 pierwotnych raków u kobiet na 30 przypadków. Wszystkie jednak, znajdujące się u mężczyzn w szyi pęcherza, są dla niego podejrzone, a klinicznie i nawet anatomicznie nieraz trudno, według niego, oddzielić raka gruczołu krokowego od raka pęcherza.

Który z tych trzech zasadniczych poglądów jest słuszny? Pytanie to ważnym jest tak z punktu widzenia klinicznego, jak i teoretycznego. Aby je rozstrzygnąć, należy zapytać się, czy niema różnicy w częstości występowania nowotworów złośliwych u kobiet i u mężczyzn. Różnica ta istnieje. Liczby różnych autorów, częścią podane przez KUESTER'a, częścią zebrane przez nas, wykazują:

GURLT na ogólną liczbę 66 przypadków znajduje	46 mężczyzn i 20 kobiet.
SPERLING „ 114 „ „	78 „ 36 „
THOMPSON „ 20 „ „	18 „ 2 „
FERÉ ¹⁾ „ 138 „ „	110 „ 28 „
GUYON „ 18 „ „	17 „ 1 „
KUESTER „ 12 „ „	11 „ 1 „
NITZE ²⁾ „ 31 „ „	27 „ 4 „
MOTZ ³⁾ „ 67 „ „	60 „ 7 „

czyli razem na 466 przypad. znajdujemy 367 mężczyzn i 99 kobiet.

Z liczb tych widzimy, że wszyscy wyżej przytoczeni autorowie zgadzają się z sobą, iż nowotwory pęcherza są daleko częstsze u mężczyzn, niż u kobiet.

MOTZ w muzeum GUYON'a znajduje na 60 nowotworów u mężczyzn tylko 7 nowotworów u kobiet i jeszcze z tych 4 są „*nettement et macroscopiquement d'origine génitale*“, trzy zaś inne są kankroidy. A więc właściwie na 60 u mężczyzn 3 u kobiet. Dalej u kobiet raki są rzadkie, przeciwnie u mężczyzn są one częste. „Na 21 kobiet operowanych lub zmarłych w szpitalu NECKER'a znajduje się—mówi dr MOTZ—16 nowotworów typu moczowego, dwa kankroidy, a tylko jeden, który wygląda na rzeczywistego raka“. „Zatem—mówi tenże autor—, trzeba przypuścić, że raki pęcherza u mężczyzny pochodzą z narządu sąsiedniego. Tym narządem jest gruczoł krokowy“. Na 38 nowotworów z naciekiem w ścianach pęcherza znalazł MOTZ 28, t. j. 73%, pochodzących z gruczołu krokowego. Cyfry te, znając dokładność badania wspomnianego autora, musimy uważać za rozstrzygające. Zdania przeciwne zbija MOTZ zarzutem, że badania nie przeprowadzono dokładnie histologicznie, a sądzono tylko z wejżenia. Znaną jest przecie rzeczą każdemu, kto miał sposobność widzieć okazy-

1) Du cancer de la vessie. Thèse de Paris 1881.

2) Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralblatt der Harn und. Sex. Org. VIII T. 1896.

3) Origine de certaines tumeurs vésicales. Commun. à la V-ème session de l'Ass. fran. d'urologie. Paris 1901. Clermont 1902.‡

anatomo-patologiczne, że nowotworowo zmieniony gruczoł krokowy z jednej strony może, jakkolwiek nie często, nie być powiększonym, a nawet być mniejszym niż zwykle, z drugiej nie przedstawiać na pierwszy rzut oka żadnych zmian i dopiero drobnowidz wykazuje obecność nowotworu. Olbrzymia liczba 14 raków pierwotnych u kobiet na 30 przypadków, podana przez KUESTER'a, już wysokością swoją musi wydawać się podejrzaną. Czy rzeczywiście zbadano drobnowidzowo narządy sąsiednie? Zdaje mi się, że bez bardzo dokładnego zbadania otoczenia nie można ściśle twierdzić, że owe raki są pierwotne, a tylko z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem to przypuszczać. Być może przytem, że wciągnięto tu i kankroidy, odróżniające się stanowczo pod wielu względami od epitheliomatów innych. Zresztą i zasadniczy przeciwnik KLEBS'a, profesor GUYON zmienił obecnie zupełnie swoje zdanie i nie tylko, że przypuszcza możliwość, ale nawet, idąc za zdaniem MOTZA, mówi w lekcji klinicznej, mianej w styczniu b. r., że większość raków pęcherza pochodzi z gruczołu krokowego. Odpowiada to dowodom, jakich dostarcza muzeum GUYON'a, gdzie przechowuje się wszelkie bez wyjątku znalezione nowotwory pęcherza, a które badając, MONTFORT ¹⁾ na 60 raków z naciekiem ścian nie znalazł poza kankroidami ani jednego przypadku raka pierwotnego.

Tak więc nowe badania przynoszą zwycięstwo zdaniu, zanadto bezwzględnie wypowiedzianemu przez KLEBS'a, że większość raków pęcherza pochodzi z otoczenia, w którym najwybitniejsze miejsce zajmuje gruczoł krokowy, a tylko rzadko, jeśli nie wyjątkowo, zdarzać się mogą raki pierwotne.

Nowotwory pęcherza pierwotne, powstałe z tkanek prawidłowo się tam znajdujących, pochodzą w olbrzymiej swej większości z przybłonka. Nimi też zajmiemy się pokrótce, pomijając inne z tkanki łącznej i mięsnej, które stanowią prawie rzadkości, przez co przechodzą granice, jakie części anatomo-patologicznej w niniejszej pracy zakreśliliśmy.

MONTFORT w wyżej przytoczonej pracy dzieli nowotwory, pochodzące z przybłonka t. zw. moczowego (*type urinaire*) na:

nie wywołujące nacieku ścian	{	<i>papilloma</i> <i>adenoma</i>
i wywołujące naciek ścian	{	<i>epithelioma</i> atypowe <i>cancroid.</i>

Na 83 przypadki, badane przez niego w muzeum GUYON'a, 41 było typu moczowego, z czego 16 bez nacieku, a 25 z naciekiem nowotworowym w ścianach.

Papillomata (*epithelioma* typowe) są „może najczęstsze ze wszystkich nowotworów, znajdujących w pęcherzu“, mówi profesor GUYON. Przedstawiają

¹⁾ Contribution à l'étude du rôle de la prostate dans les productions des tumeurs épithéliales infiltrés de la vessie. Thèse de Paris 1903.

się one w formie licznych rozgałęzień i kosmków osadzonych na wspólnej szypule, stąd też porównywane są do porostów wodnych. Pod drobnowidzem kosmek taki składa się z wąskiego pasemka tkanki łącznej, pokrytego wielowarstwowym, regularnie rozłożonym przybliżkiem wrzecionowatym. W tkance łącznej podścieliskowej przebiega naczynie, około którego tak mało nieraz znajduje się podścieliska, że ledwo je dojrzedz można. Komórki takie przedstawiają różną długość i grubość, wskutek czego odróżnia THOMPSON *papilloma* strzępiaste (*papillome frangé, fimbriated papilloma*) o kosmkach długich, cienkich, łatwo odrywających się—od *papilloma* włókniakowego (*fibro-papilloma*) o kosmkach grubych, krótszych i cięższych. Rodzaje te różnią się tylko pod drobnowidzem większą lub mniejszą ilością tkanki łącznej, „są one—mówi KUESTER—nieczem innym, jak końcowymi członami, jednego i tego samego rzędu form“. W podścielisku tkanki łącznej widzieć można także nieraz pasma mięsne, przebiegające od podstawy. Nowotwory te mogą być pojedyncze lub wielokrotne, a nawet rozprzestrzeniać się na cały pęcherz, tworząc t. zw. „*vessie villeuse*“.

Gruczolaki pęcherza są bardzo rzadkie. W literaturze znanych jest 9 przypadków ¹⁾ z tych najważniejszy przypadek KALTENBACH'a ²⁾, dotyczącej kobiety, który więc powstał pierwotnie w pęcherzu. U mężczyzn pochodzą one bardzo często z gruczołu krokowego. Powstawanie ich do dziś dnia nie jest rozjaśnione, jak zresztą i znajdowanie się gruczolów w pęcherzu, których istnienie w *trigonum Lietaudi* opisuje KÖLLICKER ³⁾. Dawane przez innych opisy i rysunki budzą uzasadnione wątpliwości i pewno w wielu razach mniemane gruczolę są fałdami błony śluzowej, zamkniętymi tylko wskutek kierunku cięcia.

Epithelioma atypowe ma budowę analogiczną z *papilloma*. Przybliżonek jednak jest nieregularnie rozłożony: między komórkami wrzecionowatymi widać komórki mniej lub więcej wielokątne, są to przekroje poprzeczne lub skośne komórek wrzecionowatych, ułożonych w innym kierunku. Tkanka łączna podścieliskowa znajduje się na obwodzie zrazików, nie w środku. Takie *epithelioma* stanowi postać przejściową, jeśli jest bez nacieku. Postać druga z naciekiem ścian wykazuje zagubione ogniska komórek przybliżkowych w podścielisku i ścianie pęcherza wzdłuż tkanki łącznej między wiązkami mięśnia, który opiera się naciekowi nowotworowemu również jak grzylcy; zawsze jednak naciek ten rozpościiera się szeroko, choć w tych nowotworach nie pozostaje tylko w powierzchniowych warstwach, jak to ma miejsce w postaciach dobrotliwych, a sięga w głąb.

Kankroidy (*épithéliome pavimenteux lobulé*) pod wielu względami różnią się od innych nowotworów pęcherza, jak to zaznacza NOËL HALLÉ ⁴⁾ w swej

1) Quarte cas d'adenome de la vessie. Cougres d'urologie 1899, 1900. Clermont.

2) Langenbeck's Archiv, 1886, XXX.

3) Handbuch der pathologischen Anatomie, Berlin 1870.

4) Leucoplasies et caucéroïdes dans l'appareil urinaire. Annales des mal. des org. gen. tr. 1896.

pięknej pracy. Pierwszym punktem charakterystycznym są perły kankroidowe (*globes épidermiques*), złożone z płaskich komórek zrogowaciałych, nie przedstawiających zresztą żadnej różnicy od spotykanych w kankroidach innych narządów. Nowotwory te rozwijają się wśród ściany i „cała grubość — mówi HALLÉ — ściany pęcherzowej jest zajęta”. Ten głęboki naciek prawie zawsze występuje; tkanki łącznej mają bardzo mało, przyblonek płaski zrogowaciały buja ogromnie, ulegając złuszczeniu w warstwach powierzchniowych. Budowę nowotworu tak opisuje HALLÉ: „Są to obszerne alweole, wypełnione ogromnymi zbiorami przyblonkowymi, w które nie dostaje się żadne naczynie; grube jeszcze i unaczynione w głębokości, w poziomie miejsc świeżo zajętych, przegrody tkanki łącznej stają się coraz więcej wiotkie, w miarę jak się posuwają ku powierzchni nowotworu”. Skutkiem tego nowotwory te wrzodzieją bardzo łatwo na powierzchni, a dążąc z drugiej strony w głąb ściany, mogą doprowadzać do jej przebicia. „Reszta błony śluzowej — mówi HALLÉ — przedstawia znaczne zmiany nowotworowe i zapalne”. Nowotwory te w większości są pojedyncze, rzadko tylko znaleźć można guzy wtórne.

W ten sposób zebrawszy najważniejsze rodzaje nowotworów pęcherza i ich cechy, przyjrzyjmy się, jak częste są ich postaci, zaliczane do tak nieściśle ich przyrodę określającego działu złośliwych w porównaniu z dobrotliwymi. I tu znajdują się różne zapatrywania, wynikające, zdaniem MOTZA, tak z różnorodności warunków, wśród jakich statystyki zbierano, jak i sposobu leczenia, bo chorzy trudniej się zgodzą na *sectio alta*, niż na operację NITZE'go.

POUSSON w swej pracy doktorskiej w zebranych przez siebie przypadkach znalazł 67 złośliwych na 138 dobrotliwych. Opierając się na tych liczbach, GUYON podaje *papilloma* jako najczęstszy rodzaj znajdowanych nowotworów. KUESTER uważa także za najczęstsze *papillomata*, a więc postać dobrotliwą, po niej zaś zaraz co do częstości stawia raki, mówiąc, że wszystkie inne rzadsze formy głównie należą do dobrotliwych. CLADO oblicza częstość jednych i drugich mniej więcej na równi, przeciwnie ALBARRAN na 6 złośliwych znajduje 1 dobrotliwy w 88 przypadkach. MOTZ w 87 przypadkach, zbadanych drobnowidzowo wykazuje 59 złośliwych i 28 dobrotliwych. Z tych różnych cyfr i zdań trudno jest wytworzyć sobie odpowiednie pojęcie o częstości jednych i drugich, szczególnie, że wszystkie statystyki nie mogą być dokładne i przy znanej tolerancji pęcherza nieraz dopiero sekcja wykazuje istnienie w nim nowotworu, który za życia nie dawał objawów, lub bardzo tylko nieznaczne. Z drugiej strony fakt, że postaci dobrotliwe ulegają bardzo często przy dłuższym swym trwaniu zwyrodnieniu złośliwemu, jest znany. W odpowiedziach na kwestyonaryusz CLADO potwierdzają go DITTEL, ENGLISCH, KUEMMEL, FRISCH, OBERLAENDER, za rzadki uważa go HAUČ, a KUESTER wyciąga nawet z niego wskazanie do szybkiego zabięgu. W tymże kwestyonaryuszu za większą częstością form złośliwych przemawiają: DITTEL, ENGLISCH, KUEMMEL i OBERLAENDER; HAUČ uważa częstość jednych i drugich za równą, a za większą częstością dobrotliwych oświadcza się FRISCH. Tak więc i rozpatrzenie uważne nowych prac, jak i zdanie większości przemawiałyby raczej na korzyść postaci złośliwych, jakkolwiek zło-

śliwość ta inne wnioski pociągnie dziś za sobą, niż dawniej. Znajomość budowy samej i jej przyroda nie tylko wpływać musi, gdy rozpatrujemy znaczenie złośliwości z punktu klinicznego: ważnym także bardzo jest sposób rozrostu danego nowotworu, sposób, w jaki zajmuje on coraz to nowe części narządu.

GUYON powiada, że „w guzach dobrotliwych tworzenie się nowotworu zatrzymuje się wyraźnie w tkance podśluzowej, w nowotworach złośliwych widzieć można, że podstawa zapuszcza się w głąb tkanek“. ALBARRAN także wskazuje na owo rozszerzanie się w warstwach powierzchniowych pęcherza, a nawet, przytaczam tu jego słowa, „jeśli niekiedy te guzy są prawdziwymi epitheliomatami, to zwyrodnienie powstaje tylko w części sterczącej do pęcherza: szypuła jest nietknięta i ulegnie dopiero później“.

Że naokoło guza błona śluzowa jest zmieniona rozszerzającym się naciekiem, spostrzegano to i w obrazie cystoskopowym. RAFIN¹⁾ opisuje dwa guzy, prawdopodobnie złośliwe, wielkości i wyglądu maliny, naokoło których błona śluzowa miała wygląd nieregularny, była wybitnie zmienioną i odróżniała się od reszty.

W jakim stosunku rozszerzanie się nowotworów pozostaje do naczyń limfatycznych pęcherza, pytanie to przerasta stanowczo rozmiary tej pracy. W rozprawie doktorskiej dra PASTEAU²⁾ znaleźć można dane historyczne tej kwestyi, jakkolwiek ścisłość badań osobistych tego autora pozostawia wiele do życzenia. Jedno tu tylko podnieść należy, że naczynia limfatyczne pęcherza w każdym razie nie są wcale liczne.

Przypatrzmy się dalej, jak zachowują się gruczolę limfatyczne. ALBARRAN znajduje na 17 przypadków 14 z zajęciem gruczolów, z tych w 6-u przypadkach, zdaniem jego, nowotwory nie przechodziły ścian pęcherza. W starszej pracy doktorskiej FERÉ'go znajdujemy na 145 nowotworów rakowatych 10, w których stwierdzono zajęcie gruczolów. CLADO mówi: „zajęcie gruczolów jest dość rzadkie w raku pęcherza dobrze ograniczonym. Jednak, jeśli zajęcie gruczolów limfatycznych wydaje się rzadkiem w guzach złośliwych, które są młode i ściśle umiejscowione w jamie pęcherza, to nie tak się rzecz ma z nowotworami, które nie dopełniają już tych warunków. Guzom starym, szczególnie tym, które przeszły ścianę pęcherza... towarzyszy regularnie zajęcie gruczolów“. PASTEAU³⁾ podaje liczby statystyczne; za punkt wyjścia jednak bierze sposób przyczepu nowotworu, a nie jego budowę histologiczną, wskutek czego zdaje się nam, że z tych liczb trudno jakiegokolwiek wyciągnąć wnioski.

Widzieliśmy wyżej, jak rzadkie są nowotwory rakowe pierwotnie umiejscowione w pęcherzu i jak, przeciwnie, często znajdujemy takie same zmiany w otoczeniu, a głównie w gruczole krokowym. Otóż znaną jest rzeczą, że za-

1) Tumeur de la vessie, diagnostiquée au cystoscope. T. VVIII. Lyon médical. 1900.

2) Etat du système lymphatique de la vessie. Thèse de Paris 1898, 1899.

3) Propagations ganglionnaires dans les néoplasmes vésicaux, XIII Congrès d'urologie. Paris 1900.

jęcie gruczołów limfatycznych jest regułą w nowotworach gruczołu krokowego, co by zresztą odpowiadało wielkiemu rozwojowi jego naczyń limfatycznych. Ulegają naciekowi nowotworowemu wcześniej, czy później gruczoły pozaotrzewnowe aż do przepony, tworząc nieraz wzdłuż kręgosłupa olbrzymie zbite masy nowotworowe, wypełniające w dole całą małą miednicę. Jest to nazwana przez GUYON'a „*carcinose prostato-pelvienné*“, z którą, mniej lub więcej rozwiniętą, spotkać się można w każdym prawie przypadku złośliwego nowotworu gruczołu krokowego, o ile sprawa chorobowa miała czas się rozwinąć.

Tak zatem widzimy, że nowotwory pęcherza pierwotne są w swej większości dobrotliwe; wyjątkowo tylko występują one w postaci złośliwych raków pierwotnych, oprócz kankroidów, które, jak budową swoją, tak i etyologią i objawami, odróżniają się od innych raków, powstają pierwotnie w pęcherzu.

Raki pęcherza, poza wspomnianymi kankroidami, pochodzą prawie wszystkie z otoczenia i oto głównie z gruczołu krokowego, u kobiet zaś z narządów rodnych.

Złośliwe postaci są częstsze u mężczyzn niż u kobiet; tak samo przeważają one pod względem liczby formy dobrotliwe.

W przypadkach nowotworów gruczołu krokowego zawsze następuje zajęcie gruczołów limfatycznych.

Nowotwory dobrotliwe rozrastają się w powierzchownych warstwach pęcherza, przeciwnie—złośliwe sięgają w głębsze warstwy ściany; kankroidy zaś, rozwijające się w samejże ścianie, mogą, dążąc z jednej strony włąb, a z drugiej wrzodziejąc na powierzchni, doprowadzić do przebiccia ścian, jak również zająć, jak to spostrzegano, gruczoł krokowy.

Przechodzimy obecnie do części następnej i właściwej naszej pracy, t. j. do rozpatrzenia, jakie postępowanie lecznicze odpowiadałoby wyżej przedstawionym wynikom badań anatomo-patologicznych. „Ponieważ nawet dobrotliwe nowotwory pęcherza prawie bez wyjątku zagrażają wcześniej, czy później życiu, powstaje zatem zadanie, zaraz po ustaleniu rozpoznania, doszczętnego ich wydalania“, mówi KUESTER. Przypatrzmy się, o ile i w jakich przypadkach zasadę tę z pożytkiem dla chorych zastosować możemy i jakie ku temu celowi służyć nam mogą środki.

Do wydalania nowotworu obecnie używa się dwóch sposobów: albo zabiegu krwawego, dziś wyłącznie *sectio alta*, wprowadzona na powrót przez PETERSEN'a, albo sposób NITZE'go przez drogi naturalne. Dawniej, wspomnę tu jeszcze, używano poleconej i długo przez THOMPSON'a bronionej „*taille périnéale*“, w następstwie wykonywanej w celu rozpoznawczym, a potem, o ile możliwe, wydalania nowotworu „*boutonniere périnéale*“. U kobiet używano rozszerzenia cewki moczowej rozszerzaczami SIMON'a. Dziś wszyscy autorowie zgodnie potępili oba te sposoby, którym od początku sprzeciwiała się szkoła francuska z GUYON'em na czele; znikł też powód, dla którego je polecano, mianowicie niepewność rozpoznania wobec wydoskonalenia cystoskopu. Pomijając już, że operowano na ślepo, co chirurgia dzisiejsza stanowczo potępia, przytoczę jeszcze, że w je-

II. SPRAWOZDANIE Z PRZYPADKÓW GRUŻLICY PŁUC u młodzieży w Domu Zdrowia Towarzystwa „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem.

Podał

Wł. Żenczykowski.

Dotychczas niema jeszcze zupełnie ustalonych wskazań przy wysyłaniu chorych na gruźlicę do Zakopanego — wskazań, opartych na materiale statystycznym, jak również brak dostatecznych danych statystycznych, dotyczących się przebiegu i uleczalności gruźlicy w klimacie zakopiańskim. Powyższe motywy ośmielają mię do podania niniejszej statystyki z Domu Zdrowia Towarzystwa uczącej się młodzieży „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem. Będzie to mała cegiełka, która, dorzucona do obecnego „sprawozdania działalności sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem“, podanego przez K. DĘSKIEGO i Z. CZAPLICKIEGO [Medycyna Nr. 24 — 1904 r.], oraz do przyszłych sprawozdań z tegoż sanatorium, jak również do sprawozdań innych lekarzy zakopiańskich, może się przyczynić do wyrobienia ścisłych wskazań lekarskich do wysyłania chorych na gruźlicę do Zakopanego, oraz jej przebiegu i uleczalności w klimacie miejscowym. Przytem będzie to pierwsza próba, jeśli się nie mylę, statystycznego wykazania przebiegu gruźlicy u naszej młodzieży ¹⁾.

Od czasu otwarcia Domu Zdrowia do 15 maja 1904 r. leczęło się chorych 88. Z liczby tej wybrałem tylko 46 przypadków, a mianowicie wyłącznie tych chorych, u których, prócz fizykalnych zmian w płucach, dały się wykryć w płwocinie laseczniki Koch'a. Historye chorób tych chorych były prowadzone dość ściśle przez cały czas ich pobytu w Zakładzie. Chorych, u których laseczników swoistych w płwocinie nie wykryto, do statystyki poniższej nie zaliczam, pragnąc uniknąć błędu zasadniczego wliczania ludzi nie chorych na gruźlicę do szeregu obarczonych tą chorobą, co by mogło dane statystyczne, dotyczące się wyników leczniczych, znakomicie zmienić i w fałszywym świetle przedstawić. Choć wiadomem jest powszechnie, że niewykrycie laseczników w płwocinie przy fizykalnych zmianach miejscowych w płucach nie wyklucza gruźlicy, jednak chodzi mi o zupełnie pewne kryterium przy kwalifikowaniu chorych do staty-

¹⁾ W obszernej pracy PONIKŁY [„Przegląd Lekarski“ XXIX T. 1890 r.] choć są podane wskazania, dotyczące się wysyłania chorych na gruźlicę do Zakopanego, jednak oparte są na wpływie klimatu górskiego na ustrój, a nie na danych statystycznych lub obserwacji klinicznej. W liście CHWISTKA [„Przegl. Lek.“ 1897 r.] są podane gołosłowne wskazania. Więcej w tym kierunku prac nie znalazłem.

styki. Za to jedynie pewne kryterium, sędzę, należy uważać obecność laseczników w płwociaie.

W „Domu Zdrowia“ w Zakopanem pracowałem w ciągu 1½ roku i wnioski, jakie wyciągnąłem z osobistej obserwacji, ogłaszam. Przy sposobności zaznaczam, że wszystkie wnioski poniższe wobec tego, że są oparte na tak nielicznym materiale statystycznym, podaję z dużym zastrzeżeniem.

Chorzy nasi [46] przebyli w zakładzie 9942 dni leczniczych. Przeciętny czas obserwacji jednego chorego trwał 218 dni.

Mniej niż przez 30 dni było chorych	2
„ „ 60 „ „ „	9
„ „ 90 „ „ „	7
„ „ 120 „ „ „	3
„ „ 150 „ „ „	1
„ „ 180 „ „ „	4
„ „ 210 „ „ „	2
„ „ 270 „ „ „	4
„ „ 300 „ „ „	1
„ „ 400 „ „ „	7
„ „ 600 „ „ „	3
„ „ 700 „ „ „	2
„ „ 1000 „ „ „	1

A więc dłużej niż sto dni było chorych w obserwacji 27. W tem miejscu należy zaznaczyć znacznie dłuższy pobyt naszych chorych w zakładzie [218 d.] w porównaniu ze statystyką sanatoriów ludowych [70—90 dni], szpitalną, a nawet ze statystyką sanatoriów, przeznaczonych dla ludzi zamożnych [w sanatorium DEUSKIEGO 92,8].

Podług gorączki rozróżniamy chorych: gorączkujących, u których ciepłota ciała przewyższała 38,0° podgorączkowych z ciepłotą, dochodzącą do 38,0 i bezgorączkowych, u których nie spostrzegano ciepłoty wyższej niż 37,5°. Ostatnią kategorię chorych dzielimy jeszcze na absolutnie niegorączkujących, to jest takich, u których ciepłota ciała nie przechodziła 37,0° w ustach i chorych z podnieceniami ciepłoty, u których T° dochodziła najwyżej do 37,4° [w ustach] nie zaraz po jedzeniu.

Chorych, u których przed przyjazdem do Zakopanego, jak sami podają lub jak podają zaświadczenia lekarskie, był stan:

gorączkowy, było 20
podgorączkowy „ 14
bezgorączkowy „ 12

Chorych, u których w chwili przyjazdu do Zakopanego był stan:

gorączkowy, było 8
podgorączkowy „ 19
bezgorączkowy „ 29

A więc już przed przyjazdem do Zakopanego straciło stan gorączkowy i pogorączkowy 17-u chorych na 34, co stanowi w danym razie połowę.

Chorych ze stanem gorączkowym mieliśmy 8; z tych, u 3 ciepłota ciała obniżyła się do normy, nastąpiła u nich znaczna poprawa w zmianach miejscowych, stan ogólny znacznie się u nich poprawił i opuścili Dom Zdrowia ze względną zdolnością do pracy. Pięciu zaś chorych pozostałych zmarło. Rzuca się w oczy, że u chorych gorączkujących, a którzy się poprawili, odżywienie nie było upośledzone, i to że chorzy ci wkrótce po wystąpieniu objawów chorobowych poczęli się systematycznie leczyć. Pozostali zaś chorzy w liczbie pięciu, którzy zmarli, byli źle odżywieni. Ten stosunek, jaki zachodzi między odżywieniem a przebiegiem sprawy gruźlicy w płucach, występuje nie tylko w grupie gorączkujących, lecz również i w grupie chorych podgorączkowych.

Chorych podgorączkowych mieliśmy 9, z tych jeden nie tylko nie stracił stanu podgorączkowego, lecz nawet ciepłota ciała jeszcze wyżej się podniosła, objawy w płucach znacznie się pogorszyły, stan ogólny jest bardzo zły; 8-u chorych straciło stan podgorączkowy, stan ogólny u wszystkich znakomicie się poprawił, u wszystkich daje się zauważyć przyrost na wadze, u 5-u z nich nastąpiła poprawa w zmianach miejscowych, wszyscy 8-u opuścili zakład ze względną zdolnością do pracy. I tutaj daje się zauważyć wpływ odżywienia na przebieg choroby: u 8-u chorych, którzy się poprawili, odżywienie nie było upośledzone, jeden zaś chory, u którego wystąpiło pogorszenie, źle był odżywiony.

To samo da się powiedzieć o III-iej grupie chorych. Na 11 chorych—4-ch straciło stan podniecenia i u tych chorych odżywienie nie było upośledzone, na 7-u zaś pozostałych chorych, u 4-ch odżywienie było złe.

Na 18-u chorych IV i V grupy ciepłota ciała podniosła się do stanu podniecenia u 3-ch chorych, z których u 2-ch odżywienie było złe i u tych 2-u chorych wystąpiło pogorszenie w zmianach miejscowych.

Reasumując, co się wyżej powiedziało, okazuje się, że klimat zakopiański wcale nie jest obojętny w leczeniu gruźlicy, ponieważ gorączkujący i podgorączkowi chorzy, a źle odżywieni, umierają w Zakopanem, a chorzy ze stanem podniecenia, a nawet niegorączkujący, a źle odżywieni, mają mało szans do poprawienia się.

A więc dla chorych z bardzo upośledzonym odżywieniem pobyt w Zakopanem wydawałby mi się przeciwwskazany.

Podział TURBAN'a zmian miejscowych w płucach na 3 stopnie nie jest ścisły. Kwalifikowanie chorych do jednego z tych stopni jest względnie dowolne; granic zaś między I-ym a II-im stopniem, jak również między II a III tak się zacieraają, że kwalifikowanie chorych do jednego z tych okresów jest czysto subiektywne, wobec tego nie jest ścisłe. Charakterystykę chorego na gruźlicę nie tylko stanowią zmiany miejscowe w płucach, lecz również i nie w mniejszym stopniu zachowanie się ciepłoty ciała, odżywienia, stanu ogólnego

i t. p. Za poprawę uważam zniknięcie rzeżeń lub zmniejszenie się ich co do ilości, jak również zmniejszenie przestrzeni, którą zajmowały. Wszystkie przypadki zmian szczytowych bez rzeżeń zaliczyłem do kategorii „bez zmiany“, gdyż zwiększenie lub zmniejszenie stłumienia głosu opukowego, jak również różnice oddechowe są bardzo subtelne i czysto subiektywne. Po kilku tych słowach koniecznego wyjaśnienia podaję następujące zestawienie wyników w przebiegu zmian miejscowych.

Na 8 przypadków I-ej grupy [gorączkujących] poprawa zmian miejscowych nastąpiła w 3, śmierć w 5-u przypadkach.

Na 9 przypadków II-ej gr. [podgorączkowych] poprawa w 5, bez zmiany w 2, pogorszenie w 2 przypadkach.

Na 14 przypadków III i IV-ej gr. [z ciepłotą dochodzącą 37,1—37,4, stale lub czasowo] poprawa w 2, bez zmiany w 7, pogorszenie w 5.

Na 15 przypadków V-ej gr. [absolutnie bezgorączkowych] poprawa w 3, bez zmiany w 8, pogorszenie w 4 przypadkach.

A więc na 46 przypadków zanotowano:

poprawę w 13
bez zmiany w 19
pogorszenie w 9
śmierć . w 5

Rzeżenia ustąpiły zupełnie w 3 przypadkach na 33 chorych, w których stwierdzono rzeżenia w płucach.

Ponieważ operuję tak nielicznym materiałem statystycznym, stosunków procentowych zachowania się ciepłoty ciała, zmian miejscowych w płucach, stanu ogólnego i zdolności do pracy dla poszczególnych grup gorączkowych nie podaję, pamiętając, że chcąc uniknąć błędnych wniosków, nie należy mniejszych czb od stu sprowadzać do obliczeń procentowych.

Na 46 chorych stwierdzono ¹⁾:

Wielką poprawę stanu ogólnego u 9
niewątpliwą poprawę u 19
bez zmiany u 12
wynik nieokreślony u 2
pogorszenie u 1
śmierć u 5

Co do zachowania się przyrostu na wadze, to u 5-u chorych waga jest nie-wiadoma, gdyż chorzy ci przez cały czas pobytu u nas leżeli w łóżku, 2 chorych straciło na wadze przeciętnie po 1,5 kl., 8-iu chorym nie przybyło nic na wadze.

¹⁾ Podług SERSIRON'a, cyt u DUNINA „Walka z gruźlicą“.

Pozostałym 31 chorym przybyło na wadze 132,4 kl., — przeciętnie na jednego chorego wynosi $\frac{132,4}{31}=4,27$ kl. Najmniejszy przyrost na wadze wynosił 0,9 kl. największy 13,6 na chorego.

Można uważać za ustalony fakt, że gruźlica u ludzi młodych przebiega ostrzej, niż u ludzi po 30 r. życia. To też mój materiał musi dawać wyniki lecznicze gorsze, niż ludzie starsi. W tym kierunku, zbierając wywiady, zwracałem baczniejszą uwagę, szczegółowo dopytując się, od kiedy pacjent datuje początek swój choroby. Za początek zaś uważałem czasem pierwsze krwioplucie, zwykle kaszel niestający, czasem influencję i malaryę [?], zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, po których to chorobach pacjent nie mógł przyjść do siebie, wreszcie opierałem się na zaświadczeniach lekarzy, którzy mieli niektórych pacjentów dłuższy czas w swej obserwacji.

Licząc od początku choroby do czasu przyjazdu do Zakopanego, przeciętne czas trwania choroby wynosił 35,6 miesięcy, w 5-u zaś przypadkach śmierci choroba trwała 43 miesiące. A więc wskaźnik gruźlicy u naszej młodzieży wynosi przeciętnie od 3 do 4 lat. Ośmielam się zwrócić uwagę, aby w tym kierunku robiono nadal w „Domu Zdrowia“ spostrzeżenia; obserwacja, poczyniona na większej liczbie przypadków, możeby dała możność wyprowadzenia pozytywnych wniosków.

Kwestyi dziedziczności nie poruszam wobec tego, że u nas pisano o tem już wiele i wobec tego, że rozporządzam zbyt małym materiałem. Wydaje mi się ciekawszem podanie tabliczki z wykazaniem, który syn z rządu zachorował i przy jakiej liczbie rodzeństwa.

Liczba przypadków. Który syn? Liczba rodzeństwa.

1	I-szy	1
2	"	2
4	"	3
1	"	4
3	"	5
2	"	6
3	"	7
1	"	9
2	"	?
1	II-gi	2
3	"	3
3	"	4
1	"	8
1	"	10
1	III-ci	3
1	"	5
2	IV-y	4

Liczba przypadków.	Który syn?	Liczba rodzeństwa.
1	IV-y	5
1	"	6
1	"	7
1	"	?
4	VI-y	6
1	"	?
1	VII-y	7
2	"	8
2	VIII-y	8

A więc na 46 przypadków pierwsi synowie zachorowali na gruźlicę w 19, drugi syn w 9, trzeci tylko w 2, czwarty w 6, piąty syn nie notowany, szósty w 5, siódmy w 3, ósmy w 2 przypadkach. Ostatni synowie zachorowali na gruźlicę w 12-u przypadkach. Na zasadzie tej tablicy zdawałoby się, że pierwsi i ostatni synowie są najwięcej skłonni do zachorowania na gruźlicę. Większa liczba obserwacji, poczyniona w tym kierunku, może daną kwestyę, skądinąd ciekawą, wyświetlić.

Przy sposobności korzystam z łaskawie udzielonej mi przez kol. HIPOLITA CYBULSKIEGO notatki, dotyczącej się częstości śmierci rodziców pacjentów, chorych na gruźlicę.

Wśród 937 chorych obojga płci w wieku od 20—30 l., którzy przybyli do sanatorium dra BREHMER'a w latach 1898—01 r., znajdowało się 425, to jest 45% takich, których rodzice żyli; takich, którym zmarł ojciec, znajdowało się 257, to jest 27%, takich, którym zmarła matka 132, t. j. 15%, takich, którym zmarli oboje rodzice 123 t. j. 13%.

Na 46 moich przypadków było 23 takich, u których rodzice żyli, 12, którym zmarł ojciec, 6, którym zmarła matka, 5, którym zmarli oboje rodzice.

A więc na 983 przypadki rodzice żyli w 448, t. j. 45,6%, ojciec zmarł w 269, t. j. 27,4%, matka w 138 przypadkach, t. j. 14%, oboje rodzice zmarli w 128, t. j. 13%.

Gdybyśmy rozporządzali statystyką śmierci rodziców u ludzi zdrowych w wieku 20—30 r. życia, to drogą porównania możnaby było wyciągnąć pewne wnioski. Jednak rzuca się w oczy stosunkowo mała odsetka [45,6%] żyjących, a dość duża [15%] śmierci obojga rodziców. Liczby te może świadczą o tem, że rodzice młodzieży chorej na gruźlicę odznaczają się małą odpornością życiową; większą odsetkę śmierci ojców [27,4%] niż matek [14%] objaśniłbym różnicą wieku, jaka zwykle zachodzi między wiekiem męża a żony, jak również cięższymi warunkami społeczno-ekonomicznymi, w jakich się znajdują mężczyźni ojcowie rodzin, niż kobiety—matki.

Na zakończenie niech mi wolno będzie zwrócić kilka uwag pod adresem Zarządu Towarzystwa Domu Zdrowia uczącej się młodzieży „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem. Do Domu Zdrowia przyjęto stosunkowo dość znaczną liczbę ciężko chorych, którzy albo w Zakopanem zmarli, lub zupełnie się nie poprawili, lub uzyskali b. nieznaczną poprawę, która przy istniejących u nich zmianach w płucach nie może być długotrwałą. Również rzuca się w oczy długi pobyt chorych w Zakładzie [przeciętnie dni 218]; lecz są dość liczni chorzy, którzy przebyli w Domu Zdrowia rok, dwa a nawet i dłużej, a co jest najprzykrzejszem, że ci chorzy, nie bacząc na tak długi pobyt, nie wyleczyli się zupełnie, gdyż byli już w takim stanie, że o wyleczeniu się i mowy być nie mogło. Z 46 chorych 12 tylko przyjechało w pierwszym roku choroby, 12 w drugim roku; reszta — po kilku, a nawet po 10-u i 15-u latach choroby.

Jeśli sanatoria ludowe, zakładane przez tak poważne i bogate instytucje finansowe, jak Towarzystwa ubezpieczeniowe i Kasy chorych, nie mogą sobie pozwolić na dłuższy pobyt chorych w sanatorium nad dni 90, nie mogą sobie pozwolić na przyjmowanie chorych, mało dających szans na trwałą poprawę, tembardziej „Pomoc Bratnia“, instytucja dopiero się rozwijająca, instytucja, która żyje z grosza publicznego, winna się wyrzec wszelkiej czułości, zerwać z tradycją i myślą, skądinąd bardzo humanitarną, tworzenia przytułku dla chorych nieuleczalnych, a bezdomnych i nie przyjmować chorych nie rokujących znakomitej i trwałej poprawy. Należy, podług mnie, przyjmować takich wyłącznie chorych, którym pobyt 100 dniowy w Domu Zdrowia powróciłby siły do dalszej i długiej produkcyjnej pracy. Tacy tylko ludzie będą w stanie odwdziżyć się społeczeństwu za daną im możność odzyskania zdrowia i kapitał włożony będzie przez nich pod tą lub ową postacią społeczeństwu zwrócony.

Prezesowi Towarzystwa, Sz. kol. JÓZEFOWI ŻYCHONIOWI za udzielenie mi zupełnie swobodnego prawa korzystania z materiału klinicznego i Szanownemu drowi CHEŁCHOWSKIEMU za łaskawe udzielenie mi rad przy pisaniu niniejszego artykułu składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— + + —

LECZENIE RAKA.

Podał

Br. Bartkiewicz.

[Ciąg dalszy.. — Patrz Nr. 33].

Koniec wieku dziewiętnastego i początek dwudziestego zaznaczył się w lecznictwie ogólnowoistym nowotworów złośliwych szeregiem prób racjonalnych, opartych na różnych hipotezach o istocie raka. Zbyt dalekoby nas zawiodło szczegółowe rozpatrywanie tych teorii dotąd nieustalonych, z których jako zasadnicze zaznaczymy: teorię pasożytniczą, teorię skazy ogólnej rakowej, wreszcie teorię o miejscowym początku choroby, polegającej na zwyrodnieniu nabłonka.

Racjonalne lecznictwo, opierające się na dość wątpliwych i niudowodnionych przypuszczeniach o etyologii skazy rakowej, stoi na najdalszym planie obecnie i posiada bardzo małe znaczenie praktyczne. Jako przykład pozwolimy sobie przytoczyć poglądy SAJOUS'a, ogłoszone w 1902 i 1903 roku. Podług S. pojawienie się w organizmie złośliwych form nowotworów, raków, czy mięsaków stoi w ścisłym związku z osłabieniem czynności gruczołów nadnercza (*adrenal insufficiency*). Pewne utleniające substancje, wyrabiane przez nadnercza (*adrenoxina*), dalej trypsyna i fibrinogen są niezbędnymi fermentami do zniszczenia zwyrodniałych komórek. Do szybszego przebiegu tego fizjologicznego procesu pomagają obecność soli alkalicznych. Otóż przy naruszeniu sprawności gruczołów nadnerczy, pociągającym za sobą zmniejszenie ilościowe wyżej wspomnianych elementów krwi, proces rozpadania się komórek starych [intrafagocytoza] musi oczywiście uleść zaburzeniom i zmianom. Tworzy się ognisko, w którym komórki zatrzymane mnożą się, stopniowo elementy zwyrodniałe nagromadzają się we krwi, czynność wewnętrzna gruczołów ulega coraz wybitniejszym zmianom i pojawiają się nowe miejsca zatrzymania się komórek (*the foci of retained cellular elements become also more numerous*). SAJOUS stwierdza, że wszystkie środki ogólne, które przynosiły pewien pożytek w leczeniu raka, były energicznymi podniećcami czynności nadnerczy: toksyny różny, wyciąg tyreoidyny, arsenik, chinina, kakodyl sodu i t. d.

Opierając się na tych hipotezach, sprawdzonych doświadczeniami *in vitro*, SAJOUS radzi przy leczeniu cierpiących na złośliwe nowotwory starać się o podniesienie owego wewnętrznego procesu hemolizy i intrafagocytozy.

Osiągnąć to można przede wszystkim obfitym dowozem soli, oraz podnieceniem czynności nadnerczy. Bardzo pożytecznym jest również oświetlanie guza promieniami RÖNTGEN'a, które nagromadzają w tkankach pewną ilość energii, oraz wywołują obfity przyływ neutrofilowych białych ciałek krwi.

Ze środków, podniecających sprawność nadnerczy, SAJOUS rekomenduje wyciąg tarczowy, wyciąg nadnerczy, jodek potasu, lub dwujodek rtęci. Sól zwykłą radzi stosować w postaci wstrzykiwań podskórnych (*hypodermoclysis*).

Niezwykle liczne są próby lecznicze, stojące w związku z odkrywanymi co jakiś czas pasożytami raka. Jedną z pierwszych jest metoda ADAMKIEWICZA, ogłoszona około 1892 roku. Według A. pasożytem raka (*coccidium sarcolytus*) jest sama komórka rakowa, dotąd błędnie utożsamiana z nabłonkiem. Najważniejszą cechą pasożyta jest wydzielanie swoistej toksyny, energicznie działającej na system nerwowy oraz wywierającej żrące działanie na tkanki organizmu. Toksynę tę ADAMKIEWICZ nazwał *kankroiną* i na zasadzie analogii z innymi chorobami zakaźnymi, ostre i przewlekłymi, zalecił jej stosowanie w raku. Ponieważ otrzymanie kankroiny w ilościach, potrzebnych dla celów praktycznych, było niemożliwym, A. zadowolili się innym preparatem, alkaloidem gnijących ciał, znanym pod nazwą neuryny [$C_2H_3N(CH_3)_3OH$]. Rzekomą identyczność tej ptomainy z produktem pasożyta raka, autor ustalił oczywiście nie na zasadzie chemicznego badania, a tylko fizyologicznego działania na mózgi żywych królików. Klinicznie u rakowatych neuryna ma jakoby również wywołać odczyn swoisty.

Neuryna i jej rozczyń oddziałują alkalicznie i drażnią tkanki. Dlatego też ADAMKIEWICZ zobojętnia ją uprzednio kwasem cytrynowym i dodaje nieco kwasu karbolowego. Rozczyn taki nosi nazwę kankroiny.

W celu leczniczym A. stosuje kankroinę w trzech różnych stężeniach. Rozczyn I zawiera 12,5% neuryny, rozczyń II dwa razy mniej, III cztery razy mniej. Rozmiary dawki podlegają wielkim wahaniom, względnie do wrażliwości organizmu. Zazwyczaj leczenie rozpoczyna się wstrzyknięciem $\frac{1}{2}$ szprycy PRAVAZ'a rozczyń III, t. j. 0,015 soli. Zwiększając codziennie dawkę, dochodzi się do 2 szpryc i jeżeli chory dobrze znosi leczenie, otrzymuje na drugi dzień tę samą ilość kankroiny w jednej szprycy. W podobny sposób od II rozczyńu stopniowo dochodzi się do I.

Kankroina ADAMKIEWICZA nie jest bynajmniej środkiem niewinnym. Przy pierwszych wstrzykiwaniach chory doznaje uczucia gorąca, zawrotu w głowie, ucisku w oczach i wzmoczonego wypływu śliny. Przy nieogłędnym stosowaniu mogą wystąpić poważne objawy zatrucia: zaburzenia w oddychaniu i tętnie, omdlenia, pęty, rozszerzenie źrenic. Przy dłuższym, miesiącami trwającym leczeniu, ADAMKIEWICZ nie zauważył żadnych oznak przewlekłego zatrucia: mocz nie zmieniał swego składu, zaburzeń w odżywianiu i układzie nerwowym nie było. U niektórych chorych A. dochodził do olbrzymich dawek 1,0 soli dziennie; wielu bardzo przyjmowało 0,2 – 0,3 dziennie w ciągu kilku miesięcy.

Odczyn miejscowy po wstrzyknięciu kankroiny polega na obrzęku guza, nacieczeniu tkanki, wzmoczonego wydzielaniu z powierzchni owrzodzenia. Jak A. zapewnia, kankroina ma własności zabijania komórki rakowej, zamieniając ją w ten sposób w obce ciało, które zostaje wydalone z organizmu. Przy większych ogniskach rakowych mogą w okolicy guza powstawać procesy zapalne, czasem ropienia. Mniejsze cząstki raka, oddzielne komórki w naczyniach chłonnych ulegają wessaniu. Pod drobnowidzem A. stwierdził następujące zmiany:

- 1) okres pierwszy: komórki tracą swe kontury, słabo się barwią, granice zlewają się;
- 2) okres drugi: w guzie pojawiają się szczeliny, występuje tak zwana *rareficatio*.
- 3) okres trzeci: wydalenie tkanki raka i rozwój tkanki łącznej.

Do tak zachęcającego opisu [*Heilung des Krebses* 1903] ADAMKIEWICZ dodaje trzy rysunki preparatów, przedstawiające odnośne fazy.

Rezultaty kliniczne metody leczenia kankroiną ściśle powtarzają dzieje dawnych prób leczniczych. ADAMKIEWICZ dotąd zapewnia o skuteczności kankroiny, ogłaszając co rok pewną liczbę przypadków [raki krtani, żołądka, piersi

i t. d.] Również polepszenie zauważyli u chorych rakowatych: KUGEL, SAOHS, GOLZIEHER. U większości lekarzy natomiast metoda ADAMKIEWICZA spotkała się z ostrą krytyką, a próby nie dały opisywanego przez A. rezultatu.

Sposób leczenia HÉRICOURT'a i RICHER'a osnuty jest na zasadach analogicznych z leczeniem surowicą przeciwdyfteryczną. Surowicę przeciwnotworową otrzymano w sposób następujący; mięsak rozdrobiony i rozmieszany z wodą do konsystencji kaszy, przefiltrowano przez płótno, filtrat zastrzyknięto trzem zwierzętom [osiel i dwa psy]. Odczynu nie było wcale, zaś po siedmiu dniach ze krwi ściągniętej przygotowano surowicę. Zwykle wstrzykiwano chorym od 3 do 4 cm. sz. surowicy dziennie w okolicę guza. RICHER i HÉRICOURT zaznaczali zresztą wyraźnie, że chodzi tu o oddziaływanie ogólne drogą soków organizmu, nie zaś miejscowe, jak to zarzucał im FABRE - DOMEGUE. Odczyn ogólny po wstrzyknięciu był nieznaczny: niekiedy bóle głowy, bardzo rzadko upadek sił i tętna. Odczyn miejscowy ograniczał się do bolesności, zaczerwienienia, czasem obrzmienia okolicznych gruczołów.

Wynalazcy leczyli tą surowicą około 50 przypadków. Jako jedyny rezultat zaznaczają:

- 1) ustanie bólów;
- 2) polepszenie wyglądu owrzodzeń,
- 3) zmniejszenie rozmiarów guza,
- 4) wstrzymanie rozwoju choroby,
- 5) korzystny wpływ na stan ogólny.

Wyleczenia nie otrzymano, gdyż po paru wstrzyknięciach następuje bardzo szybko przyzwyczajenie się do tej metody. RICHER i HÉRICOURT dochodzą do wniosku: „*si le traitement sérotherapique n'est pas encore apte à guérir radicalement les néoplasmes, il les améliore du moins rapidement et à un degré tel qu'aucun traitement connu n'est capable à beaucoup près de produire des effets qui ce rapprochent autant de la guérison complete*“.

Surowicę tę wypróbował BOUREAN, BARETTE, BRUNNER. Próby raz jeszcze stwierdziły:

- 1) surowica, stosowana w ilości 5—10 cm. sz., nie wywołuje żadnych zaburzeń;
- 2) wywiera korzystny wpływ na wszystkie objawy podmiotowe, wywołane przez guz, dając lepsze pod tym względem wyniki od innych środków objawowych;
- 3) podczas wstrzykiwań powierzchnia owrzodzeń oczyszcza się i krwotoki ustają;
- 4) surowica działa tylko w ciągu 2—5 dni, a dolegliwości wracają po zaprzestaniu leczenia;
- 5) wydaje się, że na ograniczenie rozwoju guza surowica nie wpływa.

Seroterapia raka podług RICHER'a i HÉRICOURT'a była przedmiotem badań BOINET'a i FERRÉ, ogłoszonych na ostatnim kongresie medycyny wewnętrznej w Bordeaux.

BOINET wstrzykiwał choremu co dwa dni 2 cm. sz. surowicy, przygotowanej podług sposobu RICHER'a i HÉRICOURT'a. Ogólna liczba wstrzykiwań, zrobionych jednemu choremu, wahała się od 25 do 40.

Wstrzykiwania nie są bolesne, rzadko powodują ropienie, niekiedy zjawia się gorączka, wysypka, czasem upadek sił (*collapsus*). BOINET leczył surowicą 12 przypadków raka macicy, 2—raka sutki, 1—języka, 4—warg, policzka, mozszy. Nie zauważył w żadnym przypadku wyleczenia zupełnego, prócz przejściowych polepszeń, ustania bólów, krwotoków i t. d. W zestawieniu ogólnym BOINET rzuca myśl o zastosowaniu surowicy przed i po operacjach chirurgicznych.

FERRÉ leczył około 15 chorych na raka macicy. Wogóle podaje wynik zgodne z BOINET'em; raz jeden tylko po wstrzyknięciu u chorej pojawiły się gro-

żne ogólne objawy, z upadkiem tętna, które zresztą w krótko ustąpiły. Pod wpływem leczenia guzy zmniejszały się, stan ogólny się polepszył.

ARLOING i COURMONT przy leczeniu surowicą RICHER'a zauważyli szereg zjawisk odczynowych (obrzęk, wysypki), występujących zwykle po piątym wstrzyknięciu i stopniowo w miarę dalszego leczenia coraz prędzej po użyciu surowicy. Ogólne objawy: podniesienie temperatury, brak apetytu, bezsenność. Zwykle po kilkunastu wstrzykiwaniach chorzy odmawiają leczenia się. Podług A. i COUR., zmniejszenie objętości guza przypisać należy ograniczeniu pasa zapalnego (?). Stąd przy pomocy surowicy guz, niemożliwy do operacji, może się stać możliwym po szeregu wstrzyknięć.

Poszukiwania ANGACLUEUR'a miały na celu rozwiązanie pytania, czy rezultatów, osiągniętych przy leczeniu raka surowicą zwierząt uodpornianych, nie należy przypisać normalnej surowicy krwi? Wstrzykując ją, ANGACLUEUR otrzymał odczyn wyraźny w guzie i przejściowe zmniejszenie objętości. Objawy te występowały również u chorych, dotkniętych wilkiem i rozrostami syfilitycznymi.

Do stanowczych przeciwników seroterapii zaliczyć należy SEMATZ'a, który leczył w ten sposób 22 nowotwory złośliwe. Podług niego, metoda może być wprost szkodliwą, wywołując zatrucie krwi różnymi wytworami surowic zwierzęcych, nieodpowiednich i zgnubnie działających na człowieka.

Postępowanie lecznicze, zalecone przez BRA, teoretycznie różni się od metody RICHER'a i HÉRICOURT'a, jest więcej zbliżone do systemu ADAMKIEWICZA. [C. d. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



IV-e Posiedzenie chirurgiczne dnia 8 marca 1904 r.

1) A. KARCZEWSKI opisuje operowany przez siebie przypadek wgnębienia wskutek tłuszczaka jelita. Chora 37-letnia cierpiała od 4-let na napady bólów brzucha. 1.IX. 903 wystąpiły bóle nadzwyczajnie silne i następnego dnia przy oddawaniu stolca nagle przez odbył wysunęło się jakieś ciało znacznych rozmiarów. Badanie okazało, iż jest to wypadła kiszka, pokryta sinawą błoną śluzową, krwawiącą i w jednym miejscu nadarta. Palcem, wprowadzonym do otworu w tym guzie, można było wyczuć w głębi drugi guz jajowaty, lecz co do miejsca przyczepu lub charakteru tego guza, nie było można nic wnioskować. Rozpoznawszy wgnębienie kiszek, zrobił K. laparotomię; w jamie brzusznej znalazł guzowatą masę jelit, w którą wchodziła kątnica wraz z jelitem cienkim. Przez pociąganie za te części kiszek, udało się w gnębieniu odprowadzić i wówczas dopiero zdać sobie sprawę ze stosunków anatomicznych.

Odszukawszy kiszki ślepi, przekonał się K., iż wewnątrz okrężnicy wstępującej znajduje się jeszcze jeden guz, wypuklający ścianę *coli* w postaci grubego wała. Uważając to za drugie wgnębienie, istniejące oddawna i niemożliwe do desinwaginacji, zrobił K. rozległą rezekcyę, obejmującą koniec jelita cienkiego wraz z *coecum* i *colon ascendens*, poczem przecięte jelito zeszył *per appositionem* z początkiem poprzecznicy.—Badając otrzymany z operacji preparat,

przekonał się K. po przecięciu ściany kiszki, iż wewnątrz znajduje się nowotwór, wielkości dużego jaja, wychodzący na szypule z jej ściany, który podczas operacyi wziął za drugie wgłobienie, a który był przyczyną całej tej, tak obszernej sprawy patologicznej. Guz ten ciężarem swym wywołał ostre wgłobienie, a ostatecznie i częściowe wypadnięcie kiszki przez odbyt. Przebieg pooperacyjny był pomyślny; badanie mikroskopowe guza wykazało budowę tłuszczaka.

ODERFELD przypomina, iż trzy są zasadnicze sposoby postępowania w przypadkach wgłobienia, a mianowicie: 1) odgłobienie (*desinvaginatio*), 2) metoda operacyjna BARKER'a-RYDYGIERA; 3) sposób MATLAKOWSKIEGO, podany przez ODERFELDA. Sam operował 11 przypadków wgłobienia; wyniki operacyjne nie są zbyt pomyślne w części z tej przyczyny, iż operuje się zazwyczaj za późno. I *desinvaginatio* stanowi częstokroć zabieg niebezpieczny, albowiem pomiędzy warstwami wgłobionego jelita zbiera się płyn, którym bardzo łatwo zakazić otrzewną.

LEŚNIEWSKI sądzi, że guzy jelit zdarzają się o wiele częściej, niż je rozpoznajemy klinicznie, byłoby więc bardzo pożądanem dokładniejsze opracowanie dyagnostyki w tym kierunku.

BORSUK omawia szczegóły, dotyczące przypadku wgłobienia, operowanego i opisanego przez LESZCZYŃSKIEGO; sposób użyty przez niego w zasadzie zgodny jest z metodami, podanymi później przez BARKER'a i RYDYGIERA.

KRYŃSKI odmiennie nieco tłumaczy sobie mechanizm powstania sprawy patologicznej w przypadku KARCZEWSKIEGO. Zdaje się, że proces wgłabiania postępował tu zwolna; tłuszczak w miarę wzrostu pociągał za sobą ścianę kiszki, a dostawszy się do poprzecznicy, dalej w łasnym ciężarem przy pomocy ruchów robaczkowych kiszki, opuszczał się ku dołowi, wgłabiając coraz więcej górną część okrężnicy w dolny odcinek, aż wreszcie podczas stolca nagle wszystko to wysunęło się przez odbyt. Cały proces chorobowy, tak złożony pod względem anatomicznym, nie mógł powstać szybko w ciągu doby, lecz tworzył się zwolna, za czem przemawiają i dane wywiadowe. Wreszcie i KRYŃSKI prosi o wyjaśnienie, dlaczego KARCZEWSKI zdecydował się na tak obszerną rezekcyę kiszki grubej wraz z częścią cienkiej, zamiast po uskutecznienu odgłobienia, znalazłszy jeszcze ciało guzowate wewnątrz kiszki grubej, naciąć jej ścianę, zbadać wnętrze i guz z niej wyciąć.

KARCZEWSKI odpowiada, że stosunki anatomiczne nawet po odprowadzeniu nie były jasne i znalazłszy znaczne zgrubienie w kiszce grubej powyżej *coecum* sądził, że ma do czynienia z drugim jeszcze wgłobieniem, starem, zrosłem mocno, którego odgłobić już się nie uda; nie nacinając przeto kiszki, zrobił rozległe wycięcie. Dopiero, na otrzymanym preparacie mógł sobie wyjaśnić właściwy obraz całej sprawy. Obszerniejsza rezekcyja miała także na celu ułatwienie szycia, a mianowicie połączenie boczne jelita cienkiego z kiszką grubą *per appositionem*, zamiast zeszycia bezpośredniego dwóch końców *bout-à-bout*, które jest technicznie trudniejsze i mniej pewne.

SZTEYNER, pomimo, że obecnie wielu chirurgów woli robić boczne połączenie w kiszkach, szczególnie grubej, nie uważa tego postępowania za metodę zasadniczą; nie należy zarzucać zeszycia prostego *bout-à-bout*, które jest równe, pewne i stanowi sposób nawet idealniejszy. W takich przypadkach zeszył w ten sposób odcinki kiszki grubej z zupełnie pomyślnym wynikiem.

CIECHOMSKI wyraża wątpliwość, aby po długotrwałem wgłobieniu można było próbować z powodzeniem odgłobienia; tam bowiem skutkiem ucisku kiszki następuje takie zaburzenie w krążeniu jelitowem, że żywotność ścian cierpi na tam bardzo. Przytacza przypadek, gdzie u 15-letniego chłopca występowały objawy wgłobienia okresowo, występował guz, który znikał pod wpływem morfiny. Laparotomia wykazała guz, powstały wskutek inwaginacyi.

KRYŃSKI jest zdania, że o możliwości odgłobienia rozstrzyga nie czas trwania cierpienia, lecz jego stan anatomiczny. Jeżeli niema mocnych zrostów i zmian odżywczych w ścianie jelit, to bez użycia większej siły przez pociąganie części wgłobionej inwaginacja da się odprowadzić. Wymowną ilustracją stanowi przypadek z kliniki prof. RYDYGIERA, gdzie dało się wykonać odgłobienie po 13 miesiącach istnienia cierpienia. Jest to w literaturze jeden z przypadków najdłuższej trwającej sprawy chorobowej, w których dało się jednak bez rezeceki przywrócić stosunki prawidłowe.

ODERFELD przyłącza się do zdania KRYŃSKIEGO. Są wgłobienia o nader różnym przebiegu klinicznym i niekiedy przebiegają one bardzo burzliwie, w innych zaś przypadkach objawy są bardzo łagodne, mogą być nawet wypróżnienia i zmiany anatomiczne powstają bardzo stopniowo. Te ostatnie przypadki nawet po długim istnieniu nadawać się jeszcze mogą do odgłobienia.

2) KRYŃSKI omówił operowany przez siebie przypadek ropnia w wątroby, zasługujący na uwagę zarówno ze względów rozpoznawczych, jak i ze względu na przebieg i zastosowane leczenie. Przypadek ten dotyczy mężczyzny 42-letniego, który zachorował w końcu grudnia roku ubiegłego wśród objawów kiszkowych (*appendicitis?*) ze znacznem podniesiem ciepłoty. Pomimo ustąpienia objawów kiszkowych, gorączka trwała nadal i wkrótce wystąpiły silne bóle w prawym podżebrzu, do których przyłączyła się żółtaczka. W początkach lutego jeden z chirurgów zagranicznych, rozpoznawszy zapalenie dróg żółciowych (*cholangoitis calculosa*), wykonał u chorego operację założenia przetoki pęcherzykowej (*cholecystostomia*); stan jednak chorego po operacji nie poprawił się nawet i wkrótce wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej. Nakłucie próbne wątroby w paru miejscach dało wynik ujemny. Przypuszczając jednak teraz istnienie głębokiego ropnia w wątrobie, wykonał KRYŃSKI laparotomię i po otwarciu jamy brzusznej znalazł na dolnej powierzchni lewego płata wątroby, głęboko w tylnej jego części, duży ropień, o ścianie w jednym miejscu bardzo ścięnczałej; oprócz tego otrzewna na znacznej przestrzeni była w stanie zapalnym, w jamie było nieco płynu ropiaśtego. Po wypuszczeniu ropy z wątroby i z jamy otrzewnej i wytamponowaniu ich workami gazy, ścianę brzuszną częściowo zamknięto. Stan chorego poprawił się, ciepłota opadła i objawy zapalenia otrzewnej ustąpiły. Obecnie po trzech tygodniach dolna rana w ścianie brzusznej, prowadząca do otrzewnej, blizka już jest zegojenia się, górna zaś znacznie większa, prowadząca do jamy ropnia w wątrobie, wolniej zaciąga się ziarniną i wydziela jeszcze dość obficie.

Dość zagadkową w danym przypadku przedstawia się etiologia tego ropnia w wątrobie. Najchętniej myśli się o przerzucie z ogniska zapalnego w wyrostku robaczkowym; jednakże samo jego istnienie jest problematyczne i oprócz niepewnych wskazówek wywiadowych, żadnych zmian podmiotowych wykazać nie było można. Zarówno brak jest innych danych, z któreby dałoby się związać przyczynowo powstanie ropnia, że zaś, jak zwykle w naszych warunkach klimatycznych, tak i tu najdalsi jesteśmy myślą od przypuszczania utworzenia się pierwotnego ropnia w wątrobie, przeto strona genetyczna tego przypadku pozostaje niejasna. Dodać należy, że badanie ropy wykazało ogromną liczbę laseczników okrężnicy z domieszką krótkich łańcuszkowców.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

33. Laktagol (*Lactagol*), nowy środek, zwiększający wydzielanie się mleka.

Wiadomo, że mleko kobiece jest najstrawniejszym, a więc najwłaściwszym pokarmem dla niemowląt i żadnym innym mlekiem lub pożywieniem, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia niemowlęcia, zastąpić się z powodzeniem nie da. Żołądek dziecka zdrowego, karmionego piersią, już po upływie 1½ do 2 godzin od ssania dziecka opróżnia się ze swej zawartości, u dziecka zaś, żywnego przegotowanym mlekiem krowim, potrzeba na to 2½ do 3 godzin (REICHMANN). Dziecko sztucznie karmione bez porównania częściej zapada na ostre i przewlekłe zaburzenia przewodu pokarmowego, doprowadzające je do zaniku ogólnego, a nawet i do śmierci. Dziecko takie częściej też zapada na chorobę angielską. To też, o ile można, starać się należy, aby niemowlę karmiło się piersią i to piersią własnej matki, gdyż mleko matki jest najidealniejszą postacią pożywienia dla niego. Lecz często się zdarza, że u karmiącej piersią matki sprawność wydzielnicza gruczołów mlecznych bez żadnego widocznego powodu ulega znacznemu osłabieniu i dziecko, dotąd spokojne i dobrze odżywione, zaczyna wskutek braku dostatecznej ilości pokarmu zdradzać niepokój, źle sypiać, chudnąć i słabnąć. Zdarza się to zwłaszcza w 3-im lub 4-ym miesiącu karmienia, lecz często już i w pierwszych tygodniach ssania następuje nagle zmniejszenie się ilości wydzielanego z piersi mleka, także najczęściej bez żadnego widocznego powodu. Często zresztą jest to tylko niedostatek względny w stosunku do wymagań danego noworodka. Zdrowa kobieta powinna, według dokładnych spostrzeżeń, wydawać w ciągu 24-ch godzin z obu piersi około 1300—1400 gramów mleka. Ilość ta zwykle wystarcza do wyżywienia normalnie rozwiniętego niemowlęcia w pierwszych 5-u—6 u miesiącach—o ile mleko jest przytem i pod względem swego składu procentowego prawidłowe, t. j. o ile zawiera około 0,9% substancji białkowych, 4% tłuszczu, 6,5% cukru mlecznego, pozostawia po spaleniu 0,2 popiołów i nie zawiera domieszek chorobotwórczych. Jeśli więc mleko nie wydziela się w ilości dostatecznej (bezwzględnej lub względnej), albo jeśli jakościowo nie jest odpowiednie, to należałoby bezzwłocznie przyjąć do dziecka zdrową i dobrą mamkę (ewent. zmienić mamkę). Lecz o wyborową mamkę bardzo trudno, a zresztą gdzieś gwarancya, że taką pozostanie. Wiadomo, jak często obfitość mleka właśnie u świeżo przyjętej mamki zmniejsza się nagle już po kilku dniach karmienia bez żadnej widocznej ku temu przyczyny. Ponieważ to zmniejszenie się wydajności sutek bywa często tylko niedomogą przejściową, zależną od chwilowego osłabienia karmicielki, od jej zachorowania przypadkowego lub od jej przygnębienia umysłowego, czasowo na tle wzruszeń i wstrząśnień moralnych powstającego, więc już od dawien dawna próbowano najrozmaitszymi sposobami podtrzymać i pobudzać sutki do żywszego produkowania mleka, aby zapewnić dziecku pokarm matczyzny i w ten sposób uniknąć przyjęcia mamki lub, co gorsza, odstawienia dziecka od piersi i sztucznego karmienia. Próbowano więc odpowiedniemi uregulowaniami karmienia piersią, odpowiedniemi żywieniami (dyetą) karmicielki (dużo płynów) i tak zwanymi środkami mlekopędnymi (*lactagoga*) czynność sutek pobudzić lub należyście poprawić. Rzadko jednak środki mlekopędne skutkowały trwale i zadowalająco. Najczęściej działały raczej chwilowo przez sugestyę.

W ostatnich jednak czasach udało się na drodze chemicznej otrzymać przetwór, będący w stanie podtrzymywać czynność gruczołu mlecznego, a więc pobudzać i przyspieszać wytwarzanie mleka. W roku 1889 POTT zwrócił uwagę na własności mlekopędne nasienia bawełny, które znalazło natychmiast i to z dobrym skutkiem zastosowanie w gospodarstwie rolnem, jako karm dla krów w celu powiększenia wydajności mleka z wymion.

Opierając się na tem spostrzeżeniu, chemik BECKMANN wykonał szereg doświadczeń na krowach z wyciągiem, wyrabianym przez fabrykę chemiczną PEARSON & Co. w Hamburgu z nasienia bawełny. Jest to wyciąg suchy, zawierający w zgręszczeniu części składowe nasienia bawełny, mianowicie: ciała białkowe i ich produkty rozszczepienia i rozpadu, zwłaszcza *Edestin*, opisany przez OSBORN'a, jako też substancje wyciągowe bezazotowe. Suchy ten wyciąg, nazwany laktagolem (*Lactagol*), przedstawia się pod postacią żółtawo-białego, bardzo delikatnego proszku, smaku przyjemnego, w wodzie nierozpuszczalnego, z mlekiem dającego emulsję. Liczne badania chemiczne wykazały, że dodawanie 100—150 gr. tego przetworu do zwykłej paszy krów dojnych, zwiększa w mleku zawartość białka (o 15%), jako też tłuszczu (o 20%), a ilość mleka jednocześnie powiększa o 35—60%. Te pomyślne wyniki u krów zachęciły BECKMANN'a do spróbowania laktagolu u kobiet karmiących. Ponieważ wydajność mleka u kobiety równa się mniej więcej 15-ej części wydajności krowy, więc i dawkę laktagolu dla kobiet zmniejszyć trzeba było 15 razy, a więc dawano im 10—12 gramów, co równało się 3—4 łyżeczkom od herbaty na dzień. Dawka ta okazała się wystarczającą.

Dotychczasowe próby z laktagolem u kobiet karmiących okazały się bardzo zachęcające. MOND (*Deutsche med. Woch Nr. 10 i Centralblatt f. Gyn. Nr. 22*) stosował go w 8-iu przypadkach, a mianowicie: u trzech pierworódek od drugiego dnia po porodzie i u trzech wieloródek po 1—2 tygodniach karmienia. U kobiet tych ilość wydzielanego mleka nie zadowalała do syta karmione niemowlęta. Tylko w jednym z tych przypadków laktagol nie skutkowało nalezycie, co zależało najprawdopodobniej od tego, że kobieta była słabowita i do karmienia wcale się nie nadawała. W dwu innych przypadkach laktagol wzbudził na nowo wydzielanie się mleka ze sutek, które już od kilku tygodni zupełnie wydzielania zaprzestały. W jednym z nich, matka, obawiając się, że roztyje się wskutek karmienia, odstawiła swe dziecko od piersi; ponieważ jednak dziecko rozchorowało się i zaczęło chudnąć, więc była zmuszoną na nowo do piersi je przysadzić; w drugim zaś matka, zapadłszy na zapalenie kiszek, była zniwoloną dziecko na kilka tygodni od piersi odłączyć; po powrocie jednak do zdrowia, mogła, dzięki użyciu laktogolu, znowu rozpocząć karmienie dziecka z powodzeniem zupełnem.

GOLDMANN (*Therapeut. Monatshefte Z. 7*) w 3-ch przypadkach zastosował laktagol z dobrym skutkiem, mianowicie: u pierworódki, która przez 9 tygodni posiadała pokarmu ilość dostateczną, 10-go tygodnia jednak, bez widocznego powodu, pokarm prawie zupełnie straciła. Już po 6-ciu dniach podawania laktagolu ilość mleka w piersiach tak znacznie się podniosła, że znowu wystarczała najzupełniej do wyłącznego niem karmienia niemowlęcia. U innej karmicielki po 5-o dniom podawaniu laktagolu wzmogła się w piersiach ilość mleka, które z powodu obustronnego zapalenia gruczołów, z lewej piersi zupełnie wydzielać się przestało, z prawej zaś wydzielało się w ilości niedostatecznej. Laktagol podawano w tym przypadku przez 3 tygodnie. W trzecim przypadku laktagol okazał się prawdziwym specyfikiem. Osoba słabowita, źle się odżywiająca, wydzielała od 5-ciu tygodni mleko w skąpej ilości. Z tego powodu dziecko przedstawiało typowy obraz zaniku ogólnego. Po 8-dniom

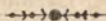
podawaniu laktagolu, wydajność gruczołów wzmożła się w dwójnasób i utrzymała się tak nadal, wskutek czego dziecko poprawiło się prędko, matka zaś odzyskała apetyt i zdrowie.

VAN DEN BRINK (*Deutsche med. Woch. Nr. 6*) stosował laktagol pomyślnie u 3-ech matek, których piersi wydzielały mleka tak mało, że ilość ta wystarczała zaledwie na jedno, dwukrotne najwyżej karmienie w ciągu dnia całego; resztę więc pożywienia dziecka dopełniać były zmuszone flaszką. Już drugiego dnia podawania laktagolu tym kobietom, [którym o własności jego mlekopędnej—aby wykluczyć wpływ przez sugestię—nie wspomniano], zjawił się przypływ mleka: piersi stały się pełniejsze i wzmożło się wydzielanie mleka.

STANKIEWICZ wreszcie (*Ginekologia Nr. 4*) w jednym przypadku mógł stwierdzić dodatnie działanie laktagolu u pacjentki z małą ilością pokarmu.

Nawet przy dłuższem stosowaniu laktagol ujemnego wpływu na zdrowie nie wywiera. Najwłaściwiej podawać go w mleku, z którym, jak wiemy, tworzy emulsię, w ilości 3—4 pełnych łyżeczek od herbaty. Ilość ta odpowiada mniej więcej 12 gramom dziennie. Leczenie laktagolem nie wypadła drogo: paczka za 1 r. 35 kop. wystarcza na 10—12 dni. *Zweygbbaum.*

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



57. K. Beck. Przyczynę do tężyczki u dzieci.

Autor podaje przypadek tężyczki z pośmiertnem badaniem mózgu rdzenia. B. opisuje przebieg choroby u 6-letniego chłopca, u którego rozpoznał: *Tetania. lues haereditaria, nephritis interstitialis chronica, dilatatio ventriculi, struma*. Śmierć nastąpiła po 6-u tygodniach od dnia pojawienia się charakterystycznych dla tężyczki skurczów. Z powodu znacznego rozszerzenia żołądka, ciężkich i obfitych wymiotów, była zrobiona u chorego gastroenterostomia, po której na 3-ci dzień dziecko zmarło.

Co się tyczy etyologii tężyczki w danym przypadku, to mamy tu do czynienia z dwoma etyologicznymi momentami: z rozszerzeniem żołądka i z zapaleniem przewlekłym nerek; w tych chorobach nienormalne produkty przemiany materii dostają się do krwi i mogą wywołać różne zaburzenia nerwowe, między innymi tężyczkę.

Przechodzimy do zmian anatomo-patologicznych w mózgu i w rdzeniu w tężyczce. W wielu wypadkach nie znaleziono żadnych zmian. BĄGIŃSKI znalazł zmętnienie opon i przekrwienie mózgu; SCHULTZE—ognisko sklerotyczne w lewym bocznym sznurze górnej części rdzenia kręgowego na granicy z rdzeniem przedłużonym; KASSOWITZ uważa za przyczynę tężyczki przekrwienie kości czaszkowych i opon mózgowych nad pasem ruchowym kory mózgowej, a STEINER — zwiększenie ilości płynu w komórkach mózgu i słabe zapalenie miękkiej opony rdzenia kręgowego; ZAPPERT, BONONI i CERVISATO opisują zmiany w komórkach przednich rogów rdzenia; PETERS znalazł w jednym przypadku zapalenie krwotoczne opony twardej w okolicy *intumescentia cervicalis et lumbalis*, w drugim—zapalenie nerwów przednich korzeni, w trzecim — zapale-

nie *ganglion spinale* w obrębie 6-go—8-go kręgów szyjowych i 1-go—3-go lędźwiowych. Autor znalazł w opisanym przypadku zwyrodnienie tłuszczowe komórek nerwowych naokoło naczyń w mózgu, szczególnie w pasie ruchowym kory mózgowej i także zmiany włókien nerwowych w tylnych korzeniach rdzenia. Również i w drugim przypadku tężyczki u jednorocznego chłopca autor znalazł podobne zmiany.

Ogólnych wniosków autor ze swych badań nie wyprowadza i patogeneza tężyczki dotąd wyjaśnioną nie została.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, marzec 1904).

Władysław Schoeneich.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku przegląd piśmiennictwa lekarskiego za rok 1903, opracowany przez A. WERTHEIMA, A. KUCZYŃSKIEGO, J. ŚWIĄTECKIEGO, K. CHEŁCHOWSKIEGO, SZ. BRONOWSKIEGO, J. TRUSZKOWSKIEGO, J. PRUSZYŃSKIEGO, K. RZĘTKOWSKIEGO, W. DĄBROWSKIEGO, M. JAKOWSKIEGO, A. PUŁAWSKIEGO, WŁ. BRUNNERA, W. MĘCZKOWSKIEGO, R. RADZIŁOWICZA, J. BRUZIŃSKIEGO, B. KORYBUT-DASZKIEWICZA, W. ŚWIĄTECKIEGO, W. SZUMLAŃSKIEGO, S. W. ŁAPIŃSKIEGO, A. LEŚNIEWSKIEGO, B. W. SAWICKIEGO, S. GROSLIKA, Cz. STANKIEWICZA, M. ZWEJGBAUMA, J. ETTINGERA, J. GARBOWSKIEGO, A. KOZERSKIEGO, St. ZEMBRZUSKIEGO, T. KORZONA, J. LANDSTEINA, A. MAJEWSKIEGO, H. DOBRZYCKIEGO, W. ŻÓRAWSKIEGO, S. KAMIEŃSKIEGO, I. KOŁAKOWSKIEGO.

— Wyszła z druku monografia p. t. „*Trypanosomes et Trypanosomiasis*“, napisana przez LAVERAN'a i MESNIL'a nakładem MASSON'a w Paryżu. Praca ta, obejmująca opis najważniejszych chorób stref tropikalnych, w ótce będzie streszczona w Gazecie Lek.

— W październiku r. b. otwarta zostanie Akademia medycyny praktycznej w Kolonii.

— Rada miasta Zurycha obłożyła wszystkich mieszkańców podatkiem 4 fr. 35 ctm. na głowę rocznie i z otrzymanych w ten sposób 500000 fr. będzie utrzymywała 40 lekarzy (po 12,500 fr.), którzy będą obowiązani leczyć wszystkich mieszkańców.

— W Paderborn (Westfalia) obchodzono setną rocznicę odkrycia morfiny przez miejscowego aptekarza, ADAMA SERTUENER'a.

— MIKULICZ został dziekanem wydziału lek. we Wrocławiu.

— **Zmarli:** w Paryżu w 59-ym roku życia dr WŁADYSŁAW GÓRECKI, b. prezes Tow. oftalmolog. w Paryżu; prof. WEIGERT w Frankfurcie.