

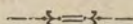
GAZETA LEKARSKA.

I. SAMOISTNA SEDYMENTACYA KRWI, JAKO NAUKOWA I PRAKTYCZNO-KLINICZNA METODA BADANIA.

[Według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Tow. Lekar. Warszaw. dnia 22. VI. 1897 r.].

Podał

Edmund Biernacki.



Badając przed kilku laty znaczenie różnych metod do określenia objętości ogólnej krążków czerwonych, zebrałem ubocznie wiele spostrzeżeń nad tak zwaną samoistną sedymentacją krwi, przyczem zauważyłem, że krew odwłókniona ludzka stale sedymentuje wolniej, niż krew nieodwłókniona, nieskrzepnięta wskutek dodania szczawianu sodu w proszku. Spostrzeżenia te łącznie z szeregiem innych doprowadziły mnie do przekonania, iż sedymentacja krwi nie może być sprawą czysto mechaniczną, prostem opadaniem cięższych gatunkowo krążków czerwonych z osocza, ale że jednocześnie jest to wydzielanie osocza lub surowicy z wnętrza ciałek czerwonych. Innemi słowy, ciała czerwone w krwi krążącej zawierają w sobie osocze ¹⁾.

W celu lepszego uzasadnienia tego poglądu spostrzeżenia nad sedymentacją samoistną przeprowadzałem w dalszym ciągu, w wielu razach badając jednocześnie krew w innych kierunkach. Szczególnie cennymi okazały się równoległe ilościowe określenia zawartości włókniaka. Udało mi się zebrać tą drogą szereg nowych faktów, mających podwójne znaczenie. Po pierwsze, materiał ten, zdaje się już ostatecznie, pozwala rozstrzygnąć kwestyę wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza tak, jak przypuszczałem w poprzednich pracach. Tę stronę pytania, jako czysto teoretyczną, rozbioreę w innym miejscu. Po drugie, okazało się możebnem i bardzo pożytecznem, zupełnie niezależnie od znaczenia i objaśnień teoretycznych, zastosowanie samoistnej sedymentacji krwi, jako bardzo prostej i łatwej metody badania, zarówno naukowego, jak czysto praktycznego. O ostatnim będę mówić w niniejszym artykule. Zastrzedz natychmiast winienem, że metoda ta właściwie

¹⁾ Patrz prace moje: O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej i t. d.. Pamiętnik Tow. Lekar. 1894 z. I. Zeitschr. f. physiolog. Chemie, Bd. XIX. H. 2. W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza we krwi krążącej. Gazeta Lekarska. 1894, Nr. 11. Wiener medicin. Wochenschr. 1894. Nr. 36 i 37.

nić niema wspólnego z dawną metodą określenia ogólnej objętości krążków czerwonych za pomocą hematokrytu i centrifugi.

Istotę nowej metody stanowi spostrzeganie szybkości sedymentacji, przedewszystkiem we krwi nieodwłóknionej. Krew odwłókniona, zdaje się, ma w tym względzie mniej znaczenia; mniej poszukiwań robiłem co do niej. Tym sposobem, mówiąc poniżej o sedymentacji, będą mieć na myśli krew nieodwłóknioną, o ile nie będzie wyraźnie zaznaczona krew odwłókniona.

Posiadam dwa szeregi spostrzeżeń. Pierwszy, zestawiony na tablicy I, służy za podstawę metody. Krew nieodwłókniona [przez dodanie 0,2% szczywanu sodu w proszku] w ilości 10 ctm. sz. sedymentowała zawsze w jednym i tym samym cylinderku; wysokość słupa krwi wynosiła 88 mlm.. Sedymentacja krwi odwłóknionej spostrzeganą była nie zawsze, do tego ilość krwi i wysokość słupa krwi nie zawsze były jednakowe. Obok sedymentacji w tym szeregu doświadczeń określałem jednocześnie ciężar właściwy krwi [pyknometrycznie], zawartość włókniaka, niekiedy i zawartość gazów.

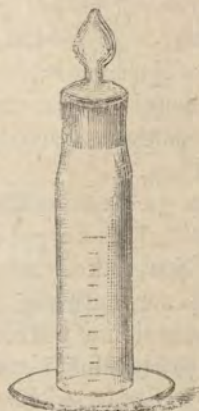
Tablica I

Cylinderki na 10 ctm. sz., wysokość słupa = 88 mlm.. Przypadki 2, 6, 15, 18, 28, 31, 34 = kobiety, pozostałe — mężczyźni. Leukocytoza była tylko w przypadkach 10 [4685], 11 [40625] i 31 [43750]. Wiele z przypadków jednocześnie było badane ze strony pneumatologicznej i krótkie notatki o nich można znaleźć w pracy autora o gazach krwi ludzkiej. Z przypadków zapalenia płuc w 8 i 9 nie było leukocytozy i mimo to zakończyły się pomyślnie, jak i przypadki 10 i 11. W przyp. 12 przy małej zawartości włókniaka śmierć we 2 dni po badaniu.

Nr.	Przypadek	Ciężar właściwy krwi.	Liczba ciałek czerwonych w 1 mlm. sz.	Osad stały w krwi nieodwłóknionej ..	Zawartość włókniaka pro mille ctm. sz.	C ₂		C ₁	
						Krew nieodwłók.	Krew odwłókniona.	Krew nieodwłók.	Krew odwłókniona.
1	Prawidłowy, M. 1. 28.	1,0621	5435000	54,5	1,901	47	5	26	—
2	<i>Dyspepsia nervosa</i> , 1. 62.	1,0536	4250000	52	1,755	27	ślad	14	—
3	<i>Aphasia hysterica</i> , 1. 30.	1,0587	4950000	55	3,953	31	nie	13	—
4	<i>Neurasthenia</i> .	1,0615	4962000	60	1,769	7	ślad	—	—
5	<i>Neur.; dysp. nervosa</i> , 1. 35.	1,0605	5106875	60,5	2,002	21	ślad	7	—
6	<i>Hysteria</i> , 1. 57.	1,0604	5662500	48,5	1,935	77	9	36	—
7	<i>Hysteria</i> , 1. 32.	1,0546	4500000	45	4,119	71	2	30	—
8	<i>Pneumonia cruposa</i> , 1. 31.	1,0589	5400000	48	4,894	81	4	50	—
9	" <i>cruposa</i> , 1. 19.	1,0573	5631250	48	6,127	80	—	40	—
10	" 1. 60.	1,0535	3843750	37	7,581	93	86	85	16
11	" 1. 22.	1,0517	3587500	36	6,158	86	12	75	1
12	<i>Pneum. Vit. cord. neph.</i> , 1. 46.	1,0490	4962500	39	1,709	80	66	49	47
13	<i>Rheumatism artic.</i> , 1. 18.	1,0540	4700000	41	6,189	90	60	73	24
14	<i>Rheumat. muscul.</i> , 1. 54	1,0519	4716660	36,5	6,888	92	14	87	1
15	<i>Erysipelas</i> , 1. 42.	1,0555	5091661	43	Dużo	—	—	81	—
16	<i>Tubercul. chronica</i> , 1. 29.	1,0576	3708300	39,8	3,956	87	—	75	—
17	<i>Tubercul. Haemoptoe</i> , 1. 29.	1,0524	5166600	42	3,920	89	30	80	—
18	<i>Chlorosis</i> , 1. 21.	1,0492	5229200	33	3,554	82	10	53	—
19	<i>Anaemia idiopathica</i> , 1. 29.	1,0496	4679160	43	2,819	79	8	45	—
20	<i>Emphys.</i> , cyanosis.	—	5003375	49	2,004	48	10	7	—
21	" <i>nephrit.</i>	1,0596	6875000	73	1,917	11	13	9	—
22	" <i>nephrit.</i>	—	7760250	82	1,120	5	1	3	—
23	<i>Nephrit., insuff. aortalis.</i>	1,0548	4745830	49,5	1,434	31	4	13	—

Nr.	Przypadek	Ciecz r wla- ściwy krwi.	Liczba ciałek czerwonych w 1 mln. sz.	Osad stały w krwi nie- odwłóknion.	Zawartość włókniaka <i>pro</i> <i>mille</i> ctm. sz.	C ₂		C ₁	
						Krew nie- odwłó- knioma, Krew od włókni- na.	Krew nie- odwłó- knioma.	Krew od- włókni- na.	Krew od- włókni- na.
24	<i>Nephr. chronica</i> , l. 62.	1,0497	3585000	51,5	0,981	45	8	20	—
25	" " " 1. 40.	1,0545	4581250	55,2	2,075	8	6	—	—
26	<i>Idem</i> , l. 50.	1,0506	4225000	49	1,941	36	5	—	—
27	" " 1. 33.	1,0525	5256250	52	2,415	26	ślad	—	—
28	" " 1. 41.	1,0544	4031750	51	2,286	10	4	—	—
29	<i>Nephr. chr.</i> , <i>uraem. levis</i> , l. 72.	1,0479	4568750	41	—	88	41	56	21
30	" " <i>chronica, uraemia</i> .	1,0373	2417500	23	1,974	83	—	47	—
31	" " <i>pyaem.</i> ; <i>uraemia</i> .	1,0451	353 000	33,5	3,674	88	17	58	—
32	<i>Uraemia; nephrit.</i>	1,0462	3168750	33	1,846	90	67	60	21
33	<i>Insuff. aortalis</i> , l. 45.	1,0558	4755000	56,2	1,006	22	6	13	—
34	<i>Haemorrh. cerebri</i> , l. 60.	1,0593	4538125	46,5	3,250	11	22	—	—
35	<i>Sclerosis dissemin.</i> , l. 28.	1,0604	55500 0	50,5	2,756	81	5	33	—
36	<i>Paralys. agitans</i> , l. 74.	1,0505	5075000	46,0	2,696	81	3	—	—
37	<i>Lues cerebri. Cachexia</i> , l. 46.	1,0346	2071875	17	3,477	86	60	62	24

Drugi szereg doświadczeń robiłem już z celami klinicznymi. Krew w małej ilości, bo 3—5 ctm. sz., otrzymywałem za pomocą przekłucia *v. medianae*. Jest to sposób bardzo prosty i niewinny: choremu nie sprawia się ani trochę większego bólu, niż przy nakłuciu palca. Stosował go też już przedemną bardzo chętnie i często E. GRAWITZ z Berlina. Przed nakłuciem okolice łokcia oczyszczam dokładnie eterem, przewiążuję następnie ramię bandażem i w chwili, gdy żyła zaczyna nabrzmiwać wkłuwam w nią igłę większej szprycki; igłę przed samem nakłuciem przeprowadzam kilka razy przez płomień palnika. Przed zakończeniem przekłucia pomocnik zdejmuje bandaż z ramienia. Rankę po ukłuciu zakładam wprost watą hygroskopijną. Niekiedy tworzy się pod tą ranką mały guzik krwawy; przy uciśnięciu watą znika on bardzo prędko. Niekiedy przekłucie staje się bardzo trudne z powodu cienkości żyły; należy wtedy poszukać grubszej żyły na dolnej części powierzchni wewnętrznej ramienia. Zresztą przy wprawie można trafić i do bardzo cienkiego naczynia. I jeszcze jedna uwaga. Przekłucie należy wykonywać na sucho, by uniknąć wszelkiego silniejszego rozwodnienia krwi i wogóle domieszki do krwi płynów, niszczących ciała czerwone. Dlatego szpryckę i igłę zaraz po użyciu przemywam 0,7% roztworem soli kuchennej i osuszam wewnątrz strzykawki za pomocą bibuły.



Do sedymentacji w celach klinicznych używam małych cylinderek szklanych, które na moje zlecenie wykonała bardzo dokładnie firma C. Gerhardt w Bonn, a których rysunek naturalnej wielkości obok przedstawiam. Objętość krwi sedymentującej wynosi 1 ctm. sz., a wysokość słupa krwi zawsze 20 mlm.. Do powstrzymania krzepnięcia krwi używam, jak zwykle, szczawianu sodu w proszku, ponieważ już nieznaczne rozcieńczenie krwi [10%] zmienia sedymentację. Odmierzyć dla 1 ctm. sz. krwi 0,002 gm. szczawianu sodu jest rzeczą kłopotliwą i nie może być wy

konanem dokładnie. To też pomagam sobie w ten sposób, że odważam na wadze chemicznej 0,025 lub 0,05 gm. proszku i dzielę tę ilość *per dispensio-nem* na 12, względnie 24 części: przy wprawie otrzymuje się jednakowe krupki, po jednej do każdego cylinderka. Zwykle nasypuję szczawianu odrazu do 6—8 cylinderków. Po nalaniu krwi wprost ze strzykawki cylinderek zatykam szklanym koreczkiem, kilkakrotnie przewracam naczynie do góry i na dół celem dokładnego wymieszania krwi ze szczawianem i stawiam w spokoju, notując w tej chwili godzinę i minutę.

Przy wszystkich tych doświadczeniach należy starać się zawsze o możliwie jednakowe warunki co do ilości i wysokości słupa krwi, ciepłoty i zawartości szczawianu, ponieważ wahania znaczniejsze w tych kierunkach wywierają wpływ na szybkość sedymentacji. Ta sama ilość krwi w wysokim słupie sedymentuje wolniej, niż w niskim, przy ciepłocie wyższej szybciej niż przy niższej i przy [np. 0,4% i 0,2] znaczniejszej ilości szczawianu także nieraz nieco szybciej, niż przy mniejszej. Najodpowiedniejszą dla spostrzegania sedymentacji jest ciepłota pokojowa 13—15° R.; przy znacznie wyższej 20—25 R° krew zbyt szybko ulega rozkładowi. To też najdogodniejszym jest spostrzeganie sedymentacji podczas miesięcy zimowych, kiedy ciepłota w pracowni przez opalanie wykazuje małe wahania. W lecie, podczas gorąca, należy wynaleźć sobie kąt chłodniejszy. Najodpowiedniejszą, po różnych próbach, okazała się też wysokość 20 młm. dla 1 ctm. sz. krwi, ponieważ przy niej sedymentacja odbywa się ze średnią szybkością, a jednocześnie możemy mieć wygodną skalę do odczytywania.

Natychmiast po nastawieniu próby krwi nieodwłóknionej z pozostałej ilości chwytamy część do pipetki (*mélangeur*) dla porachowania liczby ciałek; pozostałą ilość odwłókniamy i po wyjęciu włóknika nastawiamy w cylinderku [bez szczawianu sodu] próbę krwi odwłóknionej. Ma to miejsce mniej więcej w 5 minut po nastawieniu próby krwi nieodwłóknionej.

Sedymentacja, t. j. dzielenie się krwi na dwie ostro odgraniczone warstwy — górną przejrzystą osocza i dolną osad czerwony, zaczyna się w krwi nieodwłóknionej bardzo często już w chwilę po nastawieniu i ilość widocznego osocza bardzo szybko się zwiększa. W wielu gatunkach krwi już po pół godziny wydziela się więcej, niż połowa całkowitej ilości plazmy, a po godzinie niekiedy sedymentacja ma się ku końcowi. Wogóle największa ilość osocza zostaje wydzielaną po godzinie. Tymczasem w krwi odwłóknionej po tym czasie najczęściej widać ledwie ślady surowicy; tym sposobem, różnica szybkości sedymentacji w dwóch tych gatunkach krwi staje się uderzającą.

Dla określenia szybkości sedymentacji i jej charakteru potrzebnymi są trzy odczytania: jedno po pół godziny, drugie po godzinie, trzecie po 24 godzinach, kiedy sedymentacja w krwi odwłóknionej już jest ukończoną. Już z ilości osocza, odczytanych po $\frac{1}{2}$ i 1 godzinie można się zorientować co do szybkości i charakteru sedymentacji. Dla ściślejszego określenia potrzebną jest i cała ilość plazmy. Obrachowujemy, jaką odsetkę całej ilości stanowi ilość wydzielona po pół i po jednej godzinie. Jeśli np. w 1 ctm. sz. krwi cała ilość osocza równa się 0,56 ctm. sz. czyli 56%, po jednej godzinie wy-

dzielonem zostało 0,32 czyli 32%, po $\frac{1}{2}$ godziny 0,2 ctm. sz. [20%], to po godzinie ukazało się $\frac{32.100}{52}$ czyli 61% [w okrągłej cyfrze], a po $\frac{1}{2}$ godziny $\frac{20.100}{52} = 37\%$ całej ilości osocza. Dane te oznaczamy literami C_2 [dla godziny] i C_1 [dla $\frac{1}{2}$ godziny]. A więc szybkość sedymentacji po godzinie była w przybliżeniu podanym: $C_2=61$, a po pół godziny $C_1=37$.

W krwi odwłóknionej oznaczamy szybkość także względem całej ilości osocza, a nie surowicy, ponieważ po 24 godzinach sedymentacja w krwi odwłóknionej nie jest jeszcze ukończoną. Rzadko udaje się określić szybkość po $\frac{1}{2}$ godziny, ponieważ najczęściej po tym czasie istnieje ledwie ślad surowicy, który trudno odmierzyć. Najczęściej też oznaczamy szybkość dopiero po godzinie. Jeśli i po godzinie jeszcze nie ma surowicy, to do obrachunku bierzemy ilość surowicy po 3 lub 6, nawet 24 godzinach, dzieląc tę ilość przez 3, 6 lub 24. Szybkość w krwi odwłóknionej oznaczamy przez małe c_2 i c_1 .

Odczytywanie po 24 godzinach w krwi nieodwłóknionej koniecznym jest jeszcze do oznaczenia ogólnej objętości samoistnego osadu w stosunku do liczby krążków czerwonych. Odczytywanie po $\frac{1}{2}$ i 1 godzinie pozwala nam oznaczyć stosunek C_2 do C_1 .

Otóż te trzy wielkości: 1) szybkość sedymentacji w krwi nieodwłóknionej i odwłóknionej; 2) stosunek wzajemny szybkości sedymentacji w krwi nieodwłóknionej w pierwszej i drugiej pół godzinie; 3) stosunek objętości ogólnej sedymentu do liczby krążków czerwonych w krwi prawidłowej są ściśle określone i wahają się tylko w bardzo wąskich granicach, natomiast w stanach patologicznych przedstawiają bardzo charakterystyczne odchylenia w porównaniu ze stanem prawidłowym. Zmiany te w niektórych przypadkach istnieją równoległe ze zmianami co do liczby krążków czerwonych i białych, ciężaru właściwego krwi, względnie zawartości wody we krwi i t. d. W innych natomiast razach znajdujemy wybitne zmiany sedymentacyjne mimo zupełnie prawidłowej liczby krążków czerwonych i białych, prawidłowej zawartości ciał mineralnych krwi i t. d. Tym sposobem sedymentacja pozwala wykryć zaburzenia krwi tam, gdzie metody dotychczasowe zmian żadnych nie wykrywają.

We względzie patologicznym badanie krwi za pomocą sedymentacji ma znaczenie z tego względu, iż zmiany sedymentacyjne są oznaką pewnych określonych zбоczeń czynności krwi. Opiera to się na następujących faktach. Przedewszystkiem zdaje się nie ulegać wątpliwości, że szybkość sedymentacji znajduje się w ścisłym związku z zawartością fibrynogenów we krwi. Im więcej fibrynogenów, tem szybszą, im mniej—tem wolniejszą jest sedymentacja; dzięki tej zależności krew odwłókniona, która zawsze posiadać musi mniej fibrynogenów po wydzieleniu włóknika, niż krew nieodwłókniona, sedymentuje zawsze wolniej, niż ta ostatnia. Tym sposobem, szybkość sedymentacji jest miernikiem zawartości fibrynogenów we krwi i fakt ten poniekąd pozwala wnioskować o zawartości włóknika we krwi. Rzeczywiście, jeżeli dwie próby krwi nieodwłó-

knionej sedymentują jednakowo szybko, czyli zawierają jednakową ilość fibrynogenu, a dwie równoległe próby krwi odwłóknionej sedymentują niejednakowo szybko, czyli że szybciej sedymentująca zawiera więcej pozostałego fibrynogenu niż wolniej sedymentująca, to, oczywiście, w pierwszym razie wydzielonem zostało mniej włókniaka [zużyto przy odwłóknianiu mniej fibrynogenu] niż w drugim.

Bardziej ściśle określenie ilości włókniaka z różnic szybkości sedymentacji pomiędzy krwią odwłóknioną i nieodwłóknioną jest jednak niemożliwem z tego powodu, że różnice te przez cały przeciąg sedymentacji nie są jednakowe dzięki stopniowej zamianie fibrynogenów w krwi nieodwłóknionej i ewentualnej ich regeneracji w krwi odwłóknionej. W krwi nieodwłóknionej fibrynogeny przechodzą powoli w płynny włókniak i ilość ich stopniowo się zmniejsza; to też po 24 godzinach przy powtórnej sedymentacji krew szczawianowa sedymentuje równie wolno, jak krew odwłókniona. Natomiast krew odwłókniona dzięki regeneracji fibrynogenów po 24 godzinach przy wtórnej sedymentacji, sedymentuje prędzej niż poprzednio i nieraz nawet prędzej, niż odpowiednia krew szczawianowa.

Ta zamiana fibrynogenów i ich regeneracja odbywa się w różnym stopniu w różnych próbach krwi patologicznej. Zamiana i regeneracja fibrynogenów warunkują krzywą sedymentacji; odwrotnie też, jeżeli w stanach patologicznych krzywa ta ulega odchyleniom w porównaniu z krwią prawidłową, upoważniać będzie to do wniosku, iż zamiana i regeneracja fibrynogenów odbywa się inaczej niż w stanie prawidłowym. Te zmiany krzywej sedymentacji warunkują właśnie wahanie stosunku C_2 do C_1 i obu tych danych do c_2 i c_1 .

Fibrynogeny mają wielkie znaczenie dla pojemności krwi względem tlenu i zawartości tlenu luźnego we krwi; przy tworzeniu się włókniaka ulega związaniu część luźnego tlenu krwi, jedno i drugie znajduje się w ścisłym związku ze sprawami utleniania w krwi krążącej, tak, że co do fibrynogenów doszedłem do wniosku, iż są to ciała białkowe w trakcie utleniania ¹⁾. A więc, jeżeli stwierdzamy zmiany sedymentacyjne, czyli stwierdzamy zmiany ilości fibrynogenów, wahania ich normalnej zamiany i regeneracji, to przez to pośrednio stwierdzamy odchylenia od normalnego przebiegu spraw utleniania w ustroju. I że to nie jest tylko hipoteza a fakt, na dowód dalszy przytoczę poniżej spostrzeżenia innego rodzaju.

Naturalnie stwierdzenie zaburzeń oksydacji ustrojowej za pomocą sedymentacji nie daje tak określonych wskazówek, jak to się otrzymuje niekiedy przez badanie moczu [np. znalezienie acetonu lub kwasu oksymaślowego]. Wahania sedymentacji będą wskazywać tylko, że istnieje wogóle nie taka oksydacja, jak w stanie prawidłowym; ale w jakim kierunku jest ona zmienioną, obecnie za pomocą sedymentacji wykryć nie można. Nie zmniejsza to by-

¹⁾ Patrz prace moja: Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. Pamiętn. Tow. Lekar. Warsz., 1895—1896. Zeitschr. f. klin. Medicin, 1896—1897. Tom 31 i 32.

najmniej wartości metody sedymentacyjnej w tych przypadkach, w których dotychczas niema sposobu wykrycia zaburzeń utleniania ustrojowego ¹⁾.

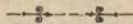
Najmniej zrozumieć można znaczenie wahań stosunku objętości sedymentu do liczby ciałek czerwonych. Jeżeli mamy różny sedyment przy jednakowej liczbie krążków, to można wywnioskować to jedno, że ciałałka czerwone w krwi krążącej zawierają różną ilość osocza. Prawdopodobnie i to wskazuje na odmienny przebieg spraw przeróbki materyi.

[D. n.]

II. O WARTOŚCI LECZENIA CHIRURGICZNEGO GRUŹLICY KRTANI I GADRZIELI. NA ZASADZIE STATYSTYKI

Ocenil

Zygmunt Srebrny.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 35].

Co się zaś tyczy twierdzenia, jakoby w przypadkach AVELLIS'a w wielu razach występowały powroty cierpienia, to okazuje się, że z 15-u przypadków w jednym była recydywa guza i w jednym—śmierć z powodu gruźlicy płucnej. Pomimo tak wrogiego względem metody chirurgicznej stanowiska, STOBEC kończy rozdział ten wnioskami SOKOŁOWSKIEGO, z których jeden brzmi w następujący sposób: „Najpewniejszym środkiem miejscowym [w leczeniu gruźlicy krtani] okazało się leczenie skombinowane [kwas mleczny, leczenie chirurgiczne, galwanokaustyka]“. Jak tu pogodzić jedno z drugim? POLNOW (88) z ambulatoryum KAFEMAN'a opisuje przyrząd, służący do odchyłania nagłośni przy operowaniu gruźliczych zmian na niej. MOLINIE (89) przychodzi do następujących wniosków: stosując leczenie chirurgiczne, narażamy się na niedoszczętne usunięcie chorych tkanek, a nawet na możliwość zaszkodzenia choremu; powroty choroby są prawie regułą. Autor daje przeto pierwszeństwo środkom leczniczym i żegadłu, które mogą spowodować polepszenie bardzo wybitne. W przypadkach niepowodzenia usunięcie chrząstek nalewkowych jest usprawiedliwione.

SHURLY (90) na zebraniu amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego mówił o leczeniu gruźlicy krtani w ogólności i zaznaczył wręcz nieprzychylnie stanowisko swoje dla leczenia chirurgicznego, nie mając jednak osobistego doświadczenia. Uważa on za absurd nadzieję wyleczenia gruźlicy, opartą na wyskrobaniu kilku owrzodzeń, gdy w okolicach dla oka niedostępnych pozostają liczne inne owrzodzenia. GLEITSMAN (91) na temże zebraniu, mówiąc specjalnie o leczeniu chirurgicznym, zauważył, że z 70-iu znanych mu prac, traktujących o łyżeczkowaniu gruźlicy krtani, tylko w 6-iu znalazł opinię

¹⁾ Poglądy powyższe na związek pomiędzy sedymentacją i fibrynogenami udowodnione zostaną i szczegółowo omówione w innym miejscu.

nieprzychylną lub obojętną. Nie można żądać, aby rękoczyn, dokonany w krtani, miał mieć wpływ na towarzyszące gruźlicy krtani suchoty płucne, ale mamy prawo mówić o wyleczeniu cierpienia krtani, gdy pomimo trwania choroby płuc objawy krtaniowe znikły, gdy krtąń przedstawia się prawidłowo i gdy przy badaniu zwłok nie znajdujemy w niej zmian. Takie spostrzeżenia istnieją w literaturze. Powroty zdarzać się mogą, gdyż, rzecz prosta, łyżeczowanie nie może usunąć usposobienia do gruźlicy.

Dwóch autorów spostrzegano wybuch gruźlicy prosówkowej *resp.* obostrzenie się sprawy w płucach, po operacji w krtani, prawdopodobnie był to przypadkowy zbieg okoliczności. łyżeczowanie jest operacją analogiczną wycięciu gruźliczego stawu; usuwa się ognisko chorobowe, źródło zakażenia, znajdujące się w ciągłym związku z osłabionym już i tak ustrojem. W przypadkach właściwie wybranych rękoczyn jest skuteczniejszy, szybciej prowadzący do celu i w wyniku lepszy, niż wszelkie inne postępowanie. Nacieczenie okolicy chrząstek nalewkowych, będące główną przyczyną bólu przy polykaniu, daje się często usunąć na jednym posiedzeniu. Sprawa gojenia się trwa krótko, zabliznienie następuje szybko.

Nawet w przypadkach postępującego cierpienia płuc z gorączką trawiącą, osiągnąć można skutkiem poprawy w polykaniu lepsze odżywianie i poprawę stanu ogólnego; obok tego nie bez znaczenia jest złagodzenie kaszlu, usunięcie duszności i chryпки. Wskazania do operacji stanowią: 1) pierwotna gruźlica krtani, *resp.* gardzieli i t. p., 2) przypadki powikłane gruźlicą płuc w początkowym okresie lub nie postępującą, bez objawów jamy i gorączki trawiącej; 3) ograniczone nacieki i owrzodzenia; 4) twarde obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych, strun rzekomych lub ściany tylnej, guzy gruźlicze i ciepienia nagłośni; 5) przy daleko posuniętej sprawie płucnej, dokuczliwy ból przy przetykaniu, wskutek nacieczenia okolicy chrząstek nalewkowych. Przeciwwskazaniami do operacji są: 1) daleko posunięta gruźlica płucna i gorączka trawiąca; 2) rozlane cierpienie krtani, gdy mało albo wcale w niej niema części zdrowych; 3) rozległe nacieczenia, wywołujące zwężenie krtani. W tym razie wskazana jest tracheotomia. G. stosował łyżeczowanie 12 razy zawsze przy udziale płuc w sprawie chorobowej. W dwóch przypadkach zajęta była ściana tylna, w jednym — obok tego struna rzekoma, 4 razy G. wykonał wycięcie chrząstek nalewkowych, 3 razy obok tego wycięcie struny rzekomej, 2 razy — samo tylko wycięcie strun rzekomych. Wycięcie chrząstek nalewkowych u 2-ch chorych musiało być powtórzone, z powodu powrotu choroby. Jeden chory zmarł przy objawach osłabionej działalności serca, drugi z powodu postępującej gruźlicy płucnej. Czterech chorych pozostaje bez powrotu choroby od 6—10 miesięcy; z pomiędzy nich u jednego dotknięta była ściana tylna, u drugiego struna rzekoma, u 2-ch okolica chrząstek nalewkowych.

W dyskusji zabierali głos: MORRIS MARRAY (92), INGALS (93), DALY (94) i WRIGHT (95). Pierwszy dokonał łyżeczowania na 2 tygodnie przed śmiercią pacyenta; owrzodzenie zagoiło się, co sprawiło wybitną ulgę choremu. Je-

den przypadek [nie podano jaką metodą leczony] o 1 5 lat znajduje się w stanie zadawalającym. INGALS mniema, że z 1000 przypadków operowanych i 1000 traktowanych miejscowo lekarstwami, druga kategoria wykazałaby więcej wyleczeń, niż pierwsza. INGALS uzyskał 4 razy wyleczenie owrzodzeń gruczołowych krtani i gardzieli przez samo wcieranie kwasu mlecznego bez uprzedniego łyżeczkowania. Przy głęboko drażącej sprawie należy uciec się do łyżeczkowania, czy jednak wycinanie dużych ilości tkanki jest korzystne, wątpi. DALY nie stosował nigdy łyżeczkowania i uważa je za bezużyteczne. WRIGHT wreszcie zaznacza, że zapatruje się wogóle sceptycznie na leczenie gruźlicy.

Przypadki, podane jako wyleczone, należy uważać za przyćmiałe. W ogólnej sumie do leczenia metodą KRAUSE'go-HERYNGA nadaje się bardzo szczupła ilość chorych. JOSEPHSOHN (95), opisując pochodzący z polikliniki K. FEMANN'a przypadek pierwotnej gruźlicy krtani, wspomina o leczeniu miejscowym w następujących słowach: „Objawy gruźlicy krtani dają się zawsze z wyjątkiem niezwykle ciężkich, na szczęście rzadkich przypadków, przy pomocy najnowszych metod leczenia [wycięcia, łyżeczkowania] utrzymać w karchach“.

RÉTHI (91) zalicza się do zwolenników leczenia chirurgicznego, ale radzi rozważnie oceniać wpływ jego. Zdarzają się bowiem przypadki gruźlicy krtani z ciężkim powikłaniem płucnym, które bez leczenia mogą zakończyć się pomyślnie, jak tego dowodzi podany przez R. przypadek. Z drugiej strony operowanie gruźlicy krtani w takich warunkach może zaszkodzić choremu, wywołując bolesne połykanie, a wskutek tego pogorszenie się stanu ogólnego, cierpienia płuc i krtani i przyspieszając w ten sposób śmierć. RÉTHI żąda ścisłych wskazań do leczenia chirurgicznego i proponuje operację przy małych zmianach w płucach, gdy stan ich od dłuższego czasu pozostaje *in statu quo*, i przy ograniczonym cierpieniu krtani, przy ograniczonych naciekach, małych owrzodzeniach, wyrosłach guzowatych, przy zwężeniu, wywołanem wybujałą ziarniną. Przeciwnie, odradza operację przy daleko posuniętej lub postępującej gruźlicy płucnej, gdy ze strony krtani nie grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo, dalej przy gorączce, przy rozległych zmianach w krtani, drażących w głąb. Pomimo takiego ścisłego wyboru chorych, R. ma jednak znaczną odsetkę nieuleczonych

AMBLER (98) przypuszcza, że prace bakterjologów w kierunku leczenia chorób zakaźnych przyniosą coś pomyślnego i dla uleczenia gruźlicy. Ale jeżeli nawet najwyższe oczekiwania się spełnią, to gruźlica krtani z powodu objawów zwężenia wymagać będzie zabiegów chirurgicznych.

Na 3-em zebraniu holenderskiego Towarzystwa laryngologicznego MOLL (92) przedstawił chorego z rozległymi zmianami gruźliczemi płuc i krtani. Leczenie miejscowe polegało na przecięciu nagłośni, wcieraniu kwasu mlecznego i usunięciu nacieczonych części nagłośni podwójną łyżeczką. W następstwie okazała się potrzeba dokonania przecięcia tchawicy. Podmiotowo chory poprawił się znacznie. Na temże zebraniu ANROOY (100) zakomunikował przypadek wyleczenia pierwotnej gruźlicy krtani, przy pomocy łyżeczkowania i kwasu mlecznego, a BROUDGEEST (101) mówiąc o leczeniu gruźlicy

krtani w okresie daleko posuniętym, przemawiał za radykalnem leczeniem chirurgicznym.

Na posiedzeniu Towarzystwa laryngologicznego londyńskiego, gdy PERCY KIDD przedstawił chorego z obrzmieniem nagłośni, BRONNER (102) i SYMONDS (103), uważając przypadek ten za gruźlicę, radzili użyć kleszczy ostrych lub łyżeczki i kwasu mlecznego, TILLEY (104) zaś przypomniał przedstawiony przez siebie przypadek leczony pomyślnie za pomocą łyżeczkowania.

Na zebraniu angielskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1895 prócz KRAUSE'go i HERYNGA referat o chirurgicznym leczeniu gruźlicy krtani powierzony został GLEITSMAN'owi (105), który przypomniał, że łyżeczkowanie nie ma na celu leczenia choroby płuc, lecz powiększenie szansy poprawy ich stanu drogą usunięcia zaburzeń krtaniowych. Z 12-u przypadków, leczonych przez G. tą metodą, 3 zakończyły się śmiercią, w 5 stan pozostał bez nawrotu choroby [od 6—10 miesięcy]. Na osobną wzmiankę zasługuje chory z cierpieniem gruźliczem nasady języka, migdałka, podniebienia miękkiego, nagłośni i lewego więzu nagłośnio-nalewkowego. Operowany przez G. przed 7 laty, chory ten, po przejściu lekkiej recydywy, do chwili odczytu, pozostawał w dobrym stanie zdrowia. W dyskusji LENNOX BROWNE (106) zauważył, że tyle widział dobroczynnych skutków łyżeczkowania i stosowania kwasu mlecznego, jak przy żadnej innej metodzie. Wielce przyczyniły się do pomyślnych wyników leczenia, pobyt chorych w odpowiednim klimacie, nieraz bowiem tylko powietrze dobre jest w stanie uchronić ich od powrotów choroby. Na dowód tego przytacza L. B. kilka przypadków, w których za pomocą łyżeczkowania dopiął celu dopiero wówczas, kiedy wysłał chorych do stacy klimatycznych. Byłoby pożądanem, aby lekarze w takich miejscowościach praktykujący, byli biegli w stosowaniu leczenia chirurgicznego.

Godnem jest zanotowania, że w znacznej liczbie przypadków z niezbyt daleko posuniętą gruźlicą płucną wyleczenie cierpienia gardzieli i krtani sprowadza za sobą poprawę stanu płuc. Wreszcie wspomina B. o chorym z owrzodzeniem krtani i gardzieli, który po operacji, dokonanej w r. 1887 żyje dotychczas w dobrym zdrowiu.

Luc (107) mówi o wyleczeniu radykalnem, którem rzadziej pochwalić się możemy, niż usunięciem dolegliwości chorego. Obok leczenia chirurgicznego dużą wartość przypisuje fenolowi siarczano-rycynowemu.

MACKENZIE (108) radzi wybierać do operacji odpowiednie przypadki. Chorzy, doznający bóle przy łykaniu lub duszności, powinni być operowani. Lekarze w stacyach klimatycznych powinni być obeznani z wykonywaniem rękoczynów wewnątrzkrtańowych.

W ogólności tedy rozprawy nad kwestyą leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani pomyślny dla metody tej dały wynik. SCHECH (109) uważa łyżeczkowanie za największy i najdonioślejszy wskutkach postęp w leczeniu gruźlicy krtani. Stosuje je oddawna ku zupełnemu swemu zadowoleniu. Często-kroć za pomocą tego rękoczynu usuwał niebezpieczeństwo zaduszenia, pewną ilość chorych w zupełności uzdrowił.

JOHN B. METZERROLT (110), opierając się na seceyi 200 przypadków gruźlicy krtani, dochodzi do wniosku, że najwydatniejsze zmiany chorobowe wogólności znajdują się pod głośnią, a więc w okolicy niedostępnej dla rękoczynu, nie sądzi przeto aby można było chorobę wyleczyć. Twierdzenie METZERROLT'a nie zupełnie zgadza się z wielu poszukiwaniami anatomo-patologicznymi jakoteż z doświadczeniem laryngologów, którzy bardzo często znajdują zmiany gruźlicze tylko w wejściu do krtani lub górnej jej części przy zdrowej zupełnie okolicy podstrunowej. Zresztą nie można też twierdzić, aby okolica ta była bezwarunkowo niedostępna dla rękoczynu: o ile tylko niema zwężenia, przeszkadzającego zarówno obejrzeniu tej części krtani jak i wprowadzeniu narzędzia, o tyle można i w niej operować. GRUENWALD (111) uważa zmiany gruźlicze w górnych drogach oddechowych i jamie ustnej przeważnie za cierpienia miejscowe [przynajmniej w początkowym okresie choroby], zaleca przeto jak najrychlejszy i jak najradykałniejszy zabieg operacyjny. Za pomocą łyżeczki jesteśmy tylko w stanie ograniczone zmiany radykalnie usunąć, w większości zaś przypadków jednak jest to możliwe dopiero po uprzednio dokonanem rozłupaniu krtani. Warunkami zaś do wykonania przecięcia krtani są: 1) stan płuc o tyle pomyślny, że daje nadzieję wyleczenia; 2) wyłączenie niebezpieczeństwa zakażenia rany przez płwocinę. W przypadkach zaś beznadziejnych, w których idzie o ulżenie choremu powinniśmy stosować wszelkie środki, chociażby nawet zabieg operacyjny, aby tylko męki chorego złagodzić. Z wywodów tych, na jeden mianowicie, jakoby zmiany gruźlicze górnych dróg oddechowych przeważnie były cierpieniami miejscowymi, nie zupełnie można z GRUENWALD'em się zgodzić. PLUDER (112) opisuje dwa przypadki gruźlicy górnych dróg oddechowych, leczone chirurgicznie.

W pierwszym łyżeczki wrzodów gardzieli i nosa dało miejscową poprawę, stan płuc jednak, krtani i stan ogólny mało wróżą nadziei trwałego wyleczenia; w drugim przypadku, w którym zmian w płucach wykryć nie można było, P. po wyłyżeczkowaniu bardzo rozległego owrzodzenia gardzieli otrzymał wyleczenie, które trwa rok [w przypadku tym badanie drobnowidzowe wyskrobanej tkanki wykazało typowe gruźelki i komórki olbrzymie; laseczniki gruźlicy nie zostały znalezione]. KUTTNER (3) zastanawiając się nad przyczynami niechęci do miejscowego leczenia gruźlicy krtani, rozpatruje dwa zwykle w tej mierze podawane motywy. Pierwszy polega na pewniku, że gruźlica krtani może zostać wyleczona samodzielnie, bez wszelkiej interwencji; z kąd więc pewność, że w przypadku pomyślnie zakończonym właśnie nasze leczenie pomogło? W odpowiedzi na ten argument K. zwraca uwagę na nadzwyczajną rzadkość samodzielnego zablźnienia owrzodzeń gruźliczych krtani. Drugi argument polega na tem, że powikłania krtaniowe występują zawsze dopiero wówczas, kiedy daleko posunięta gruźlica płucna niweczy wszelkie widoki powrodenia, całe zatem leczenie krtani na nic się nie zda. Ten zarzut jest zupełnie niesłuszny, gdyż cierpienie krtani może wystąpić w każdym okresie gruźlicy płucnej, a nawet może jako cierpienie pierwotne poprzedzić chorobę płuc.

Daleko poważniejszą przeszkodę do szerszego stosowania leczenia miejscowego stanowi wzgląd, że w bardzo wielu razach, gdy nawet uda się nam krtani doprowadzić do stanu zupełnie prawidłowego, jeszcześmy nie uleczyli całego ustroju, pacjent ze zdrową krtanią umiera. Czy więc warto wobec tego stosować leczenie, nieraz dla chorego i dla lekarza bardzo uciążliwe? W odpowiedzi na to K. zwraca uwagę na cierpienie, w którym rękoczynny chirurgiczne stosowane w zupełnie identycznych warunkach, przez wszystkich zostały przyjęte. Cierpieniem tem jest rak odźwiernika. Operacją radykalną jest wyłączona, ale męki chorych, dotkniętych rakiem odźwiernika, dostatecznie usprawiedliwiają wykonanie rękoczynu paliatywnego: gastroenterostomii. W gruźlicy krtani mamy jeszcze tę wyższość, że gruźlica płucna nie należy do cierpień nieuleczalnych, może się zatem zdarzyć, że rękoczynny stosowane w krtani, przyczynią się do utrzymania chorego przy życiu. Zadaniem miejscowego leczenia gruźlicy krtani jest złagodzenie męczarni chorego, a przede wszystkim umożliwienie łykania. Spełniwszy to, możemy mieć nadzieję, że przynajmniej część takich chorych zostanie w zupełności i trwale wyleczona. Jako ilustrację swoich poglądów podaje K. następujące spostrzeżenia: 1) przypadek rozlanego nacieczenia i licznych owrzodzeń krtani wyleczony od 5-u lat i 4-ch miesięcy. Zastosowano rozłupanie krtani i wielokrotne łyżeczkowanie; 2) ograniczone owrzodzenia krtani, po kilkomiesięcznym bezowocnym leczeniu kwasem mlecznym, zbliżniły się po jednokrotnym wy-skrobaniu; wyleczenie trwa 4 lata i 10 miesięcy; 3) rozlane nacieczenie krtani wyleczone łyżeczkowaniem i żegadłem. Chory od 3-ch lat i 10 miesięcy ma się dobrze. Wszyscy ci chorzy w swoim czasie byli leczeni bezskutecznie, ale z typowym odczynem, tuberkuliną.

Stan płuc w przypadku 1) i 3) do tego stopnia się poprawił, że badanie fizykalne pozwala przypuszczać zupełne zagojenie. Od dwóch lat w płwocinie obu tych chorych nie wykrywa się laseczników. Waga ich ciała powiększyła się o 15 — 20 funtów. W przypadku 2-m po wyleczeniu krtani, cierpienie płuc przycichło, choremu przybyło 10 funtów, ale objawy fizykalne w płucach, jak również laseczniki nie znikły w zupełności; 4) owrzodzenia gruźlicze gardzieli wyleczone od 25 miesięcy łyżeczkowaniem, żegadłem galwanicznym i kwasem mlecznym; 5) 6) nacieczenia i drobne owrzodzenia krtani, wyleczone nacięciami i kwasem mlecznym od 18 miesięcy. K. stosuje leczenie chirurgiczne tam, gdzie środki łagodniejsze nie pomagają, a stan ogólny pozwala mieć widoki poprawy. Metoda wewnątrzkrtańniowa [łyżeczkowanie, galwanokaustyka] wskazana jest przy mniej lub więcej ograniczonych zmianach, gdzie zaś nie można być pewnym, że się tą drogą wszystko chore usunie, tam należy uciec się do rozłupania krtani.

MASSEI (113), który w początkach ery leczenia chirurgicznego był stanowczym jego przeciwnikiem, który jednak już w r. 1894 na Zjeździe rzymskim przyznał się do nawrócenia się do niego, obecnie wyraża się o niem w tonie wprost entuzyastycznym. Podziwia on ostrożność i rozważę, z jaką HERYNG przedstawia wyniki łyżeczkowania gruźliczej krtani i ściśle wskaza-

nia jakie do niej podaje. U trzech chorych za pomocą łyżeczkowania otrzymał M. wyborne wyniki, polegające nie tylko na szybkim powrocie krtani do stanu prawidłowego, lecz i na znakomitej poprawie stanu ogólnego. Na posiedzeniu towarzystwa laryngologicznego LACK (114) mówił o przypadku gruźlicy krtani [nacieczenie obu strun prawdziwych, obrzęk chrząstek nalewkowych, guz wrzodziejący na przedniej powierzchni chrząstki nalewkowej]. Gdy po stosowaniu kwasu mlecznego stan krtani wogóle poprawił się, ale guz pozostał bez zmiany, L. wyskrobał go za pomocą łyżeczki, a powstałe ztąd owrzodzenia przypalał kwasem chromnym. Zagojenie trwa od pół roku.

Tyle zdołałem zebrać materiału literackiego dotyczącego kwestyi chirurgicznego leczenia gruźlicy górnych dróg oddechowych za pierwsze lat 10 jego istnienia. Zdaje mi się, że nie pominąłem żadnego głosu poważniejszego i że uwzględniłem wszystko, co mogło być mi dostępne. Kilkanaście prac, co do których szczegółowego referatu nie znalazłem [w braku oryginału], podam jako uzupełnienie literatury na końcu tego artykułu. Rozumiem sam bardzo dobrze, że, aby statystyka moja miała istotną wartość, aby była przekonującą, nie wystarcza wymienienie autorów przychylnie lub ujemnie odzywających się o danej metodzie; przekonać mogłyby tylko wielkie i dokładne cyfry, wiadomości o chorych zasięgane w przeciągu wielu lat; trzeba by było, aby każdy autor, który pisał o leczeniu chirurgicznym na początku jego stosowania, wypowiedział swój sąd o niem, po upływie długiego czasu, aby oparł ten sąd na wynikach, stwierdzonych wielokrotnie.

Niewątpliwie bowiem zdarzać się musiało, że chory, na zasadzie spostrzeżenia którego, autor wysnuł jaknajkorzystniejsze wnioski o leczeniu chirurgicznym gruźlicy krtani, ginął z oczu lekarza i wkrótce przedstawiał, ten sam obraz rozpaczliwy, co przed operacją. Rozumie się, że takie sprawdzane od czasu do czasu spostrzeżenia zmieniłyby sąd autora pierwotnie wypowiedziany. Poprawienie tej słabej strony statystyki nie leżało w mojej mocy, zadowolić się więc musiałem istniejącym stanem rzeczy i nim tylko podzielić się mogę z czytelnikiem. W każdym razie istnieje dosyć spora ilość spostrzeżeń, o których autorowie podają wiadomości po upływie szeregu lat [SCHAEFFER, KUTTNER, KEINER, GLEITSMAN, JURASZ, SCHMIDT, BROWNÉ] a które niewątpliwie o wartości chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani świadczą, zaś z pomiędzy 88 przytoczonych w mojej statystyce autorów zaledwie 8 wyraża się o omawianej metodzie ujemnie [STOCKTON, SCHROETTER, STOERK, BERGENGRUUN, MOLINIÉ, SHURLY, DALY, METZEROLT]. Pięciu zaś obojętnie [B. FRAENKEL, MOURE, BOSWORTH, WRIGHT, INGELS]. Niektórzy z obojętnych lub przeciwników metody stali się jej zwolennikami [GOUGUENHEIM, MASSEI] i dowiedli raz jeszcze, że w tak poważnej, a trudnej do rozstrzygnięcia sprawie, jak leczenie gruźlicy, nie można zbyt pochopnie sądu swego wypowiadać, że nie należy zrażać się pierwszym niepowodzeniem, że sprawiedliwość każe te pierwsze nieudane próby kłaść nie tyle na karb metody, ile na karb własnego braku wyrobienia się w niej, na karb niedoświadczenia i niewłaściwego wyboru chorych. Z drugiej zaś strony szczęśliwy spostrzegacz, któremu odrazu udało się otrzymać jeden lub kilka wyników do-

datnich i na ich zasadzie głosił przesadzone o metodzie pochwały, z biegiem czasu przekonywał się, że i leczenie chirurgiczne nie jest wszechwładne w gruźlicy. Wogóle sędzę, że leczeniu chirurgicznemu należy przyznać znaczenie doniosłe, lecz nie wolno zbyt entuzjastycznie wierzyć w jego potęgę; nie można potępiać tego leczenia dla tego, że nie uzdrowia wszystkich chorych, bo takich metod leczniczych medycyna nie ma, ale też i w przypadkach pomyślnych nie przypisywać wyłącznie jemu całej zasługi: wyleczenie w tych razach zawdzięczamy przede wszystkim charakterowi samej sprawy, owej sprawności komórki, która przy pomocy naszej jest w stanie stawić czoło napastującemu ją wrogowi, tak, my tylko komórcę pomagać możemy. Ale i to jest bardzo wiele i dlatego lekceważone być nie może. Ważne znaczenie dla pomyślnego wyniku leczenia ma też wczesny okres cierpienia oraz warunki bytu chorego.

Jeżeli zresztą radykalne wyleczenie suchot nie jest przy metodzie chirurgicznej zbyt częste, to w każdym razie pod względem czynnościowym bardzo często poprawę otrzymujemy. Z niebezpieczeństw, jakie ze stosowania leczenia chirurgicznego gruźliczej krtani wyniknąć mogą, spostrzegane były krwotoki i obrzęki w bardzo nielicznych spostrzeżeniach. Motywem do zarzucenia metody takie niebezpieczeństwa być nie mogą, gdyż w takim razie zmuszeni byłibyśmy wyrzec się wogóle leczenia krwawego, po którym zawsze wystąpić może krwotok, a w niektórych razach stosownie do okolicy operowanej i groźny obrzęk.

O niebezpiecznej stronie łyżeczkowania podnoszonej przez STOERK'a a polegającej na występowaniu niemożności łykania, wskutek obrażenia błony śluzowej wejścia do krtani [nagłośnia, tylna ściana, więzy nagłośnio-nalewkowe] wspominałem już jako o nieodpowiadającej istotnemu stanowi rzeczy. Wybuch gruźlicy prosówkowej lub obostrzenie się sprawy chorobowej w płucach po rękoczynie w gruźliczej krtani, zdaje się, należy do bardzo wielkich rzadkości.

W sumie o leczeniu chirurgicznym należy sędzić, że środkiem, mogącym sam przez się [bez sprzyjających ze strony ustroju warunków] wyleczyć nie tylko suchotników, ale nawet sprawę miejscową, nie jest; że jednak jako środek pomocniczy do wyleczenia suchot o charakterze przewlekłym ze skłonnością do wytwarzania tkanki łącznej, ma niezaprzeczoną wartość, że w razach takich nie tylko można, ale powinno się pomagać ustrojowi; nakoniec że w przypadkach ciężkich, jako leczenie objawowe mające na celu usunięcie cierpienia i przedłużenie życia chorego, oddaje ono istotne usługi. Nie miejmy zbyt wielkich wymagań od tej metody, zrozumiejmy dobrze, co nam dać może, stosujmy ją wedle wskazań, które sam jej twórca ściśle i bezstronnie nakreślił, a z pewnością z wyników jej będziemy zadowoleni.

A oto owe wskazania, przez HERYNGA podane:

- a) guzy gruźlicze nagłośni;
- b) ograniczone, przewlekłe nacieczenia guzowate na tylnej ścianie krtani;

- c) przewlekłe guzy, powstające na tle zapalnym, otoczone produktami proliferacyi, nie poddającymi się żadnej innej metodzie;
- d) zmiany nagłośni, strun rzekomych lub więzów bocznych.

Przeciwwskazane zaś jest leczenie chirurgiczne:

- a) w posuniętej gruźlicy płuc z gorączką trawiącą i rozpadem;
- b) w rozlanej gruźlicy prosówkowej krtani lub raczej gardzieli i krtani;
- c) we wszelkich stanach charłacznych;
- d) przy ciężkich zwężeniach krtani, spowodowanych obrzękiem zapalnym części chorych. W tych przypadkach należy dokonać możliwie szybko przecięcia tchawicy;
- e) u chorych tchórzliwych i nerwowo pobudzonych, nie mających zaufania do lekarzy i często ich zmieniających, zwłaszcza zaś u takich chorych, których warunki bytu dają mało nadziei wyleczenia.

L I T E R A T U R A.

- 1) SREBRNY. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia. 1888. Nr. 10.
- 2) MARAGLIANO. Heilung der Lungentuberculose mittelst des Tuberculose-Heilserums. Berl. kl. Woch. 1895. Nr. 32.
- 3) KUTTNER. Was leistet die Localbehandlung der Larynxphthise? Berl. kl. Woch. 1896. Nr. 3.
- 4) LENNOX BROWNE. IX międzynarodowy zjazd lekarski w Waszyngtonie. 1887. Centralbl. f. Laryng. Jahrg. IV. str. 124 i 186.
- 5) STOCKTON. Ibidem. str. 187.
- 6) WRÓBLEWSKI. Trzy przypadki wygojenia owrzodzeń gruźliczych krtani. Medycyna. 1887. Nr. 11.
- 6a) WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli. Gaz. Lek. 1887. N-ra 43—46.
- 7) PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani. Gazeta Lek. 1887. N-ra 37, 38, 39.
- 8) OETUSZEWSKI. Przyczynki do działania kwasu mlecznego w gruźlicy krtani, Medycyna. 1887. Nr. 7.
- 9) ROSENBERG. Die Behandl. der Kehlkopftuberc. Ther. Monatsh. 1888. N-ra 7, 8, 9.
- 9a) SCHRÖTTER. Vorlesungen über die Krankheit. des Kehlkopf. etc. III. Lief. 1888.
- 10) SOKOŁOWSKI. O wyleczalności i leczeniu miejscowem t. z. suchot krtaniowych. Gaz. Lek. 1888. Nr. 35.
- 11) BESCHORNER. Die locale Behandl. der Larynxtuberc. Odezyt w Tow. Lek. drezdeńsk. 1888.
- 12) KEIMER. Ueber Kehlkopftuberc. ihre Behandl. und Heilung. Deutsch. med. Woch. 1888. N-ra 46, 48, 49, 50, 51.
- 13) SCHNITZLER. 62 zjazd lekarzy i przyrodników niem. 1889. Centr. f. Laryng. Jahrg. VI. str. 371.
- 14) SĘDZIAK. O leczeniu t. z. suchot krtaniowych. Kron. Lek. 1889. N-ra 4—6.
- 15) GOUGUENHEIM et TRISSIER. La phthisie laryngée. 1889.
- 16) SHERRY. Curability of Laryng. Phth. Margland Med. Journ. 1889. Centr. f. Laryng. Jahrg. VI. str. 525.

- 16a) BATTLE. Case of tuberc. of the palate. Brit. Med. Journ. 1889. Centr. f. Laryng. Jahrg VI. str. 560.
- 17) Note zur un cas de tubercul. laryngée à forme scléreuse. Annales des mal de l'oreille. etc. 1889. Nr 11.
- 18) LUC. Contributions à la question de la curabilité de la tubercul. laryngée par le traitement chirurgie. Arch. de Laryng. 1890. Nr. 3.
- 19) SYMONDS. Posiedzenie Brit. Med. Association w Birminghamie. 1890. Centralbl. f. Laryng. Jahrg. VII. str. 481.
- 20) HUNTER MACKENZIE. Ibidem.
- 21) LENNOX BROWNE. Ibidem.
- 22) JONQUIÈRE. Die locale Behandl. der Kehlkopftuberc. Corresp Blatt f. Schweiz. Aerzte. 1890. Nr. 9. Centralbl. f. Laryng. Jahrg. VII. str. 263.
- 23) GOUGUENHEIM et GLOWER. De la laryngite tubercul. à forme scléreuse et végétante. Ann. des mal. de l'oreille etc. 1890. Nr. 8.
- 24) SCHAEFFER. Ueber das Curettement der Larynx nach Heryng. Therap. Monatsh. 1890. Nr. 10.
- 25) NEUMANN. Die Behandl. der Kehlkopftuberc. Pest. med. chir. Presse. 1890. N-ra 9. 27, 29. Centr. f. Lar. Jahr. VII. str. 524.
- 26) SIMANOWSKI. Zamietki po gorłowym i nosowym bolezniam za 1888—89 uczebnyj god. Wracz. 1890. N-ra 35—40.
- 27) SCHEINMANN. Die Localther. der Larynxpht. Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 47.
- 28) SCHNITZLER. X międzynarodowy zjazd lekarzy w Berlinie. 1890. Verhandl. des X. intern. med. Congresses etc. IV.
- 29) MASSEL. Ibidem.
- 30) SCHECH. Ibidem.
- 31) ONODI. Ibidem.
- 32) ROZENBERG. Ibidem.
- 33) B. FRAENKEL. Ibidem.
- 34) PRZEDBORSKI. Ibidem.
- 35) GLEITSMANN. Ibidem.
- 36) LUC. Ibidem.
- 37) SCHRÖTTER. Ibidem.
- 37a) SCHMIDT. Ibidem.
- 38) HALBEIS. 63 zjazd Lek. i przyrodn. niem. 1890. Centr. f. Lar. Jahrg. VII. str. 406.
- 39) GOTTSTEIN. Die Krankheit, des Kehlkopf. 1890.
- 40) DIDIER. Étude sur la dysphagie dans la pht. lar. Thèse de Lyon. 1890. cyt. według pracy HÉLARY'ego: Trait. chir. de la pht. lar.
- 41) SPRENGER. Zur Behandl. der Tuberc. der Kehlkopf. Inaug. Diss. 1890.
- 42) LUC. Sur le trait. chir. de la tuberc. phar. Bullet. méd. 1890. Centr. f. Laryng. Jahrg. VIII. str. 35.
- 43) BRYSON DELAVAN. The Surgie. Treatm. of tuberculer Laryngit. Med. Record 1890. Centr. f. Lar. Jarg. VIII. str. 35.
- 44) UCHERMANN. Om behandl. of strubefaering. Z 3-go zjazdu lekarzy norwegskich. Centr. f. Laryng. Jshrg. VII. str. 523.
- 45) SCHWENDT. Bericht über einige chirargisch behandelte Fälle von Kehlkopfphtise Coresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte. 1891. Nr. 14. Centr. f. Laryng. Jahrg. VIII. str. 347.
- 46) E. FRAENKEL. Ueber Kehlkopftuberculose. Deutsch. Med. Woch. 1891. Nr. 9.
- 47) AVELLIS. Tuberculöse Larynxgeschwülste. Deutsch. med. Woch. 1891 Nra 32, 33.
- 48) JURASZ. Die Krankh. der oberen Luftwege. 1891.
- 49) KRAUS. Die tuberculösen Kehlkopfstenosen und ihre Behandl. Allg. Wien. med. Zeit. 1892. N-ra 29—32. Centr. f. Lar. Jahrg, IX. str. 452.
- 50) KELLER. Zur Tubercul. der hinteren Larynxwand. Münch. med. Woch. 1892. N-ra 23—25.
- 51) KELLER. Zur tubercul. der hinteren Larynxwand. Inaug. Diss. 1892.

- 52) KAFEMANN. Ueb. die chir. Behandl. der Larynxphth. Antrittsvorlesung. 1892.
- 53) STORCK. Ein Beitrag zur operativen Behandl. der Larynx tubercul. Wien. med. Woch. 1892 N-ra 3, 4.
- 54) SEMON. A clinical lecture on laryngeal tuberculosis. The clinical Journal. 1894. stycz. 3. Centr. f. Lar. Jarg. XI. str. 36. oraz posiedz. Lond. Tow. laryng. 10. st 1894. r. Centr. f. Lar. Jarg. X. str. 591.
- 54a) DORMAN. Treatm. of the ulcerative lesion in laryng. tuberc. with some remarks on the constitution, treatment by large doses of creosote. Lancet. 1893. 11. Marca. Centr. f. Lar. Jarg. X. str. 202.
- 55) SREBRNY. Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. zw. suchot gardlanych. Medycyna. 1893. N-ra 2—5.
- 56) HÉLARY. Trait. chir. de la phth. lar. Thèse de Paris. 1893.
- 57) CASTEX. Posiedz. Franc. Tow. laryng. 1893. Maj. Centr. f. Lar. Jahrg. XI. str. 46.
- 58) GAREL. Ibidem.
- 59) PRICE BROWNE. Ogólno-amerykański zjazd w Waszyngtonie. 1892. Wrzesień. Centr. f. Lar. Jahrg. XI, str. 325
- 60) SCHNITZLER. Klinischer Atlas der Laryng. und Rhinologie. 1893.
- 60a) HAJEK. Tuberculöse Larynx tumoren. Int. kl. Rundschau. 1893. N-ra 37, 38.
- 61) GOUGUENHEIM. Trait. chir. de la phth. lar. Ann. des mal. l'oreille etc. 1894. N-r 4.
- 62) LENNOX BROWNE. On the Judications and Limits of Topical Treatm. in Laryng. Phthisis. Journ. of Laryngology 1894. N-r 4.
- 63) MURE. XI międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie. 1894. Centralbl. f. Lar. Jahrg. XI. N-r 1.
- 64) MASSEL. Ibidem.
- 65) GAREL. Ibidem.
- 66) B. FRAENKEL. Ibidem.
- 67) MASSUCCI. Ibidem.
- 68) BERLINER. Ibidem.
- 69) CHIARI. Ibidem.
- 70) HOPPMANN. Ibidem.
- 70a) SCHMIDT. Ibidem.
- 71) LERMAYER. Deux formes dysphagiques de la phthisie laryngée. Presse med. 1894. 10. Marca. Centr. f. Laryng. Jahrg. XI. str. 242.
- 72) HAJEK. Posiedz. Tow. Lek. Wied. 1894. 9 Marca. Centr. f. Lar. Jahrg. XI. str. 243.
- 73) CROSSFIELD. Tubercul. of the Larynx. and Pharynx. N. Y. Med. Record. 1894. 29 Wrzesńia. Centr. f. Lar. Jahrg. XI. str. 422.
- 74) KRIEG. Ueb. örtliche Behandl. der Kehlkopftubercul. Med. Corresp. Bl. d. Würtemb. ärztl. Landesvereins 1894. N-r 32. Odbitka.
- 75) DUNDAS GRANT. Posiedz. Lond. Tow. laryng. 1894. 9 Maja Centr. f. Laryng. Jahrg. XI. str. 558.
- 76) GLEITSMANN. Surgic. Treatm. of. Laryng. Tuberculosis. Odbitka ze sprawozdania. 1894. 25. Paźdz.
- 77) BOSWORTH. Ibidem.
- 77a) VALPIUS. Ibidem.
- 78) BRYSON DELAVAN. Ibidem.
- 79) SYMONDS. Posiedz. Tow. Lek. Lond. 1894. 12 Grudnia. Centr. f. Lar. Jahrg. XI.. str. 753.
- 80) BERGENGRÜN. Sieben Fälle von günstig verlaufener resp. geheilter Kehlkopfschwind-sucht. Arch. f. Lar. 1894. Bd. II. H. 2.
- 80a) SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894.
- 81) WRIGHT. Some critical and desultory remarks on recent laryngol. and rhinol. literat. N. Y. Med. Journ. 1894. 22 Wrzesńia. Centr. f. Lar. Jahrg. XI. str. 597.
- 82) KEIMER. Dürfen wir heute noch von der Unheilbarkeit der Kehlkopftuberculose spre-

chen? Festschr. zur Feier. des 50 jährigen Jubilæums des Vereins des Aertzte des Reg. Bez. Düsseldorf. 1894. Odbitka.

83) CAPART. Le traitement chirurg. de la tuberc. lar. Sprawozd. z posiedz. Tow. larybelg. Revue de laryng. 1894. N-r 17.

84) LEVY. The treatm. of laryng. tubercul. N. Y. Med. Journ. 1895. 20 Sierpnia. Centr. f. Laryng. Jahrg. XII. str. 19.

85) M. MACKENZIE. The surgic. treatm. of laryng. tuberc. N. Y. Med. Record. 1895. 7 Grudnia. Centr. f. Lar. Jahrg. XII. str. 179.

86) PARKER. Posiedz. Lond. Tow. laryng. 1895. 8 Maja. Centr. f. Laryng. XII. str. 143.

87) STOEK. Die Erkrank. der Nase, des Rachens u. d. Kehlkopf. NOTHNAGEL's Specielle. Pathol. u. Ther. Bd. III. Th. I. 1895.

88) POLLNOW. Beiträge zur chirurg. endolaryng. Behandl. der tuberculösen Epiglottis. Inaug. Dissert. 1895.

89) MOLINIÉ. De la dysphagie dans la tubercul. lar. Son traitement. Marseille med. 1895. Listopad. Annales des mal. de l'oreille etc. 1896. N-r 9.

90) SHURBY. Posiedz. Ameryk. Tow. laryng. 1895. 17—19. Czerweca, Centr. f. Lar. Jahrg. XII. str. 512, 515.

91) GLEITSMANN. Ibidem. str. 512, 513, 514.

92) MORRIS MURRAY. Ibidem. str. 514.

93) INGALS. Ibidem. str. 514.

94) DALY. Ibidem. str. 514.

95) WRIGHT. Ibidem. str. 514.

96) JOSEPHSOHN. Ueb. die Frühformen der tubercul. Erkrank. des Larynx im Anschluss an einen Fall von primärer juveniler Kehlkopftubercul. Inaug. Diss. 1895.

97) RÉTHI. Bemerkungen zur Chir. Behandl. der Kehlkopftubercul. Wien. klin. Woch. 1895. N r 42.

98) AMBLER. Surgical Treatment of Tubercular Laryngitis. Med. Record. 1895. 20 Kwienia. Centr. f. Lar. Jahrg. XI. str. 919.

99) MOLL. Posiedz. holenderskiego Tow. laryngo-otolog. 1895. Czerwiec. Centr. f. Lar. Jahrg. XII. str. 404.

100) ANROOY. Ibide.m.

101) BRONGEEST. Ibidem.

102) BRONNER. Posiedz. lond. Tow. lar. 1895. 9 Paźdz. Centr. f. Laryng. Jahrg. XII. s. 244.

103) SYMONDS. Ibidem.

104) TILLEY. Ibidem.

105) GLEITSMAN. Surgic. Treatm. of laryng. Tuberc. Journ. of Laryng. Rhin. etc. 1895. N ra 8 i 9.

106) LENNOX BROWNE. Ibidem. N-r 9.

107) LUC. Ibid. N-r 9.

108) MACKENZIE. Ibid. N-r 9.

109) SCHECH. Handb. der speciellen Ther. innerer Krankheiten von Penzold und Stintzing. Bd. III. 1895.

110) METZEROLT. One hundredeaces of laryng. tuberc. treated withor without operation. Nation. Med. Rewiew. 1896. Styczeń. Centr. f. Lar. Jahrg. XII. str. 504.

111) GRÜN WALD. Die Indicationen zum operativen Vorgehen bei der Tubercul. der oberen Luft. und Nahrungswege. Zeitschr. f. prakt. Aertzte. 1896. N-r 7. Odbitka.

112) PLUDER. Zwei bemerkenswerthe Fälle von Tubercul. der oberen Athmungswege. Arch. f. Lar. 1896. Bd. IV. H. 1.

113) MASSEI. Diagnosi e cura della tubercolosi della larynge. Secondo Congresso della Società Italiana de laryngol. otol. etc. 1896. Odbitka.

114) LACK. Posiedz. Tow. laryng lond. 1896. 13 Maja. Centr. f. Lar. Jahrg. XII. str. 568.

Prace nieuwzględnione z powodu braku oryginału lub niedokładności referatu:

- 1) MIDDLEMASS-HUNT. Local treatment of laryng. phthisis. The Liverpool Medico-chir. Journ. 1888. lipiec.
- 2) BRONNER. On the local. treatment of tuberc. laryngit. Med. Press. 1890. czerwiec.
- 3) COZZOLINO. Traitement de la tuberculose laryngée. Terapia moderna. 1890. luty.
- 4) GORIS. Traitement de la tubercul. de larynx. Presse méd. belge. 1891. Nr. 3.
- 5) AMBLER. Treatm. of tubercular laryngitis. Terap. Gazette. 1891. 15 maja.
- 6) CUVILLIER. Phthisie laryngée Gazette des hôpitaux. 1891. 19 września.
- 7) THOMPSON. Treatm. of the Larynx in Consumption Cincinnati Lancet clinic. 1892. 12 marca
- 8) KNIGHT. Tubercular Laryngitis. Internat. Clinics. 1895. T. IV.
- 9) X. The Treatm. of Tuberculosis of the Larynx. Philadelphia Med. News. 1890. 4. X.

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Przypadek albinismi et leukotrichiae partialis.

Cierpienie to, częste u murzynów, rzadko się zdarza u przedstawicieli rasy białej. W literaturze polskiej opisywane nie było; dla tego właśnie podaję niniejsze spostrzeżenie, dotyczące naszego wieśniaka. M. P. 46-letni wyrobnik leżał kilkakrotnie na oddziale D-ra CHEŁCHOWSKIEGO w r. 1896 i 1897 z powodu rozedmy płuc, potem dysenterji przewlekłej, wreszcie raka żołądka. Na ciele tego chorego widać liczne białe plamy, niektóre z nich na częściach owłosionych pokryte są zupełnie białymi włosami.

Plamy te niezawodnie są wrodzone. Były one zawsze, jak chory zapamiętać może. Przedtem jeszcze słyshał od matki, że poznałaby go po białych plamach i siwych kosmykach między tysiącami dzieci. Pamięta, że inne dzieci przeżywały go „siwkim“, że później już wyrostkiem bywał nieraz w kąpielu przedmiotem żartów dla rówieśników z powodu siwych włosów na narządach płciowych. W rodzinie chorego nikt podobnych plam nie miał.

Z plam pokrytych siwymi włosami jedna czworoboczna, na 3 palce szeroka, 4 długa, zajmuje lewą okolicę czołową na granicy ze skronią. Druga mała plama pod *protub. occipitalis* nie dochodzi do linii granicznej owłosienia. Trzecia owalna wielkości dłoni pod lewą pachą. Czwarta w prawej pachwinie trójkątna z podstawą ku górze wierzchołkiem schodząca na mosznę. Pod siwymi włosami biała skóra trzech ostatnich plam ostro odgranicza się od skóry z zabarwieniem prawidłowem. W okolicy czołowo-skroniowej skóra biała stopniowo przechodzi w prawidłową.

Na nieowłosionej skórze widać także bardzo liczne plamy różnej wielkości, różnego stopnia białości, to ostro odgraniczone, to stopniowo zlewające się z otaczającą skórą. Dwie bardzo ostro odgraniczone plamy znajdują się na prawej bocznej powierzchni przęcia, mniej wyraźne na lewej. Wielka nieregularna plama zajmuje mostek pomiędzy 3—5 zębem i przekracza jego brzegi, małe i niewyraźne pod lewym obojczykiem, około lewej sutki i pod pępkiem. Kilka plam wzdłuż kręgosłupa: jedna od ostatniego kręgu szyjowego do 5 grzbietowego, druga nad pierwszymi kręgami lędźwiowymi. Inne pod grzebieniem i nad kątem lewej łopatki; kilka w lewej okolicy krzyżowej, jedna ostro odgraniczona nad guzem siedzeniowym prawym. Kończyny są wolne od plam.

A. Stevenson.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

STAN OBECNY NAUKI O
„DECIDUOMA MALIGNUM”.

Streszeń

M. Z w e i g b a u m.

— * —

Od dość długiego czasu uwagę ginekologów, zwłaszcza niemieckich, zajmuje szczególnie nowotwór macicy, charakteru złośliwego, różniący się jednak pod wielu względami od znanych dotychczas tego rodzaju tworów. W roku 1888 SAENGER w Towarzystwie akuszerjiuem lipskiem pierwszy wyszczególnił i opisał nowotwór macicy, pozostający w związku z ciążą, którego początek wyprowadził z komórek tkanki łącznej błony doczesnej, pod względem zaś anatomo-patologicznym zaliczył do grupy mięsaków („*Malignes Deciduum*“, „*sarcoma deciduo-cellulare*“). Pogląd tak na pochodzenie tego nowotworu, jak i na naturę jego, już po latach kilku znacznej uległ zmianie, jednakże skończony obraz kliniczny cierpienia, już wówczas skreślony wprawna ręką SAENGER'a, dotychczas pozostał niezmieniony. GORTSCHALK, badając twór podobny, przyszedł do przekonania, że początek daje mu podścielisko łącznotkankowe kosmków kosmówki i z tego powodu nazwał go „*Sarcom der Chorionzotten*“, „*sarcoma-chorion*“, później wreszcie nowotworom tym nadał nazwę ogólniejszą: „*Maligne placentalvillöse Geschwülste*“. Lecz i ten pogląd nie ostał się wobec skrzętnych poszukiwań badaczów, zaciekawionych naturą nowotworu. MARCHAND w 1895 r. w doskonałej pracy dowiódł jak na dłoni, że nowotwór, nazwany przez SAENGER'a „*Malignes Deciduum*“, nie jest tworem łącznotkankowym [a więc mięsakowym], lecz czysto nabłonkowym. Jaki to nabłonek w macicy, według MARCHAND'a, ma być punktem wyjścia i siedliskiem tego nowotworu? Aby to zrozumieć, należy uprzytomnić sobie te zmiany anatomiczne, jakie zachodzą w macicy i w jaju płodowym z chwilą rozpoczęcia się ciąży.

Wiemy, że jajo zapłodnione, osiadłszy na błonie śluzowej macicy, powoduje jej rozrost, nabłonek zanika, podścielisko zaś łącznotkankowe błony śluzowej zamienia się w błonę doczesną. Co zaś do jaja płodowego, to z jego otoczki przezroczystej (*zona pellucida*) wytwarza się kosmówka (*chorion*) z kosmkami, które, począwszy od 8-go tygodnia, zanikają na całej powierzchni kosmówki, z wyjątkiem tej jej części, która przylega do t. zw. doczesnej późniejszej (*decidua serotina*); część ta kosmkówi wraz z kosmkami, zwana *chorion frondosum*, rozrastając się dalej razem z doczesną późniejszą, daje początek łożysku. Kosmki tej części kosmówki składają się z podścieliska łącznotkankowego, pokrytego dwiema warstwami nabłonka. Warstwa wewnętrzna, przylegająca do podścieliska, zwana warstwą ektodermalną LANGHANS'a, składa się z komórek dużych, okrągłych lub owalnych, pęcherzykowatych, wyraźnie odgraniczonych, ułożonych pojedynczo lub we dwa rzędy i opatrzonych dużym jądrem; warstwa zaś zewnętrzna, nazwana przez KARSCHENKĘ *syncytium*, składa się z jednorodnej śluzowatej masy protoplazmatycznej bez wyraźnych granic komórek, których obecność zdradzają jedynie liczne jądra, bogate w chromantynę. Masa ta przyjmuje rozmaite kształty: grudek, pasemek, kolbek i t. d., wśród których często spotkać mo-

zna puste przestrzenie (*vacuolae*), jak się zdaje pozostałe po wypadłych jądrach. Warstwa LANGHANS'a, jak to już jej nazwa wskazuje (*ectoderm*), należy do płodu, co zaś do *syncytium*, to warstwę tę jedni badacze, między którymi znajduje się MARCHAND, poczytują za warstwę maczyną, mianowicie za zmieniony skutek ciąży powierzchowny nabłonek błony śluzowej macicy, inni zaś, a tych jest większość, wyprowadzają również od płodu.

Po tem krótkiem zboczeniu od zajmującego nas przedmiotu, powracamy do teorii MARCHAND'a. Według MARCHAND'a punktem wyjścia i siedliskiem t. zw. *deciduomatu złośliwego* mają być właśnie pospół te dwie warstwy nabłonkowe, pokrywające podścielisko kosmków, t. j. *syncytium* i komórkowa LANGHANS'a; ze względu więc na to nowotwór złośliwy macicy, opisany przez SAENGER'a i rozwijający się w następstwie ciąży i w związku z nią zostający, powinien być zaliczony do nowotworów nabłonkowych. Ponieważ jednak nowotwór ten, jak to niżej zobaczymy, ma własność rozrastania się drogą naczyń krwionośnych, nie zaś limfatycznych, przez tego w budowie jego biorą udział dwie tkanki [syncycjalna i komórkowa] i rozwija się li tylko w trzonie macicy nie zaś w szyi lub części pochwowej, więc do raków zaliczonym być nie może i powinien w onkologii otrzymać miejsce oddzielne.

Jakież przedstawił MARCHAND dowody na poparcie swej teorii?

Ponieważ spostrzeżenie już szybko wykazało zadziwiającą zależność nowotworu, nazywanego *deciduoma malignum*, od ciąży, poronienia, a zwłaszcza od zaślnięcia groniastego (*mola hydatidosa*) w tem znaczeniu, że bardzo prędko po ciąży zaślniadowej zwykł się rozwijać *deciduomat złośliwy macicy*, to MARCHAND postanowił poszukać, czy się nie znajdzie również ciągłości zmian anatomicznych obu tych spraw patologicznych. I rzeczywiście znalazł dziwne podobieństwo zmian anatomicznych w kosmkach łożyska, a zwłaszcza w doczesnej późniejszej (*serotina*) przy zaślnięciu groniastym do obrazu, otrzymanego przy *deciduomacie złośliwym*. Te same postacie masy nabłonkowej syncycjalnej jak i komórek warstwy LANGHANS'a, które istnieją w doczesnej późniejszej przy ciąży prawidłowej, znajdują się w niej i przy zaślnięciu, znajdują się wreszcie i w guzie złośliwym (*deciduoma*), z tą tylko różnicą, że przy zaślnięciu bujanie komórek jest znacznie wzmożone, a w guzie złośliwym dosięga stopnia najwyższego. „Z początku w nowotworze—powiada MARCHAND—powtarza się w stopniu wzmożonym sprawa normalna wrastania i wnikanania z powierzchni pierwiastków nabłonkowych. Tak samo jak się to dzieje w warunkach prawidłowych [przy ciąży normalnej], że komórki jedno i wielojądrowe dosięgają aż do warstwy mięsnej, a zwłaszcza wnikają do naczyń, w ten sam też sposób odbywa się i bujanie złośliwe. Od tego właśnie zależy, że masy nowotworowe wcześniej wnikają do naczyń krwionośnych i że również wcześniej i wyłącznie prawie drogą tych naczyń dają przerzuty nowotworu“.

Jeszcze jeden dowód na potwierdzenie tożsamości komórek nabłonkowych warstwy LANGHANS'a z komórkami nabłonkowymi *deciduomatu*, dostarczyła chemia. Warstwa LANGHANS'a zawiera glikogen. Poznać go można po zabarwieniu czerwono-brunatnem od jodu preparatów, stwardniałych w alkoholu. Otóż za pomocą tego odczynu wykazał MARCHAND zawartość glikogenu i w masach nabłonkowych nowotworu.

Pogląd MARCHAND'a na pochodzenie i naturę nowotworu znalazł prawie powszechne uznanie; tylko tu i ówdzie odezwały się głosy, zaprzeczające już—to autentyczności udziału dwu tkanek w budowie guza, już też takiemu pojmowaniu natury jego. KOSSMANN i FREUND wyprowadzają ten nowotwór tylko z *syncytium*, NEUMANN przeważnie z tej warstwy, APPELSTEDT i ASCHOFF zaś głównie warstwie LANGHANS'a znaczenie pod tym względem przypisują, wresz-

cie FRANQUÉ, przyznając udział obu tych tkanek w rozwoju guza, sądzi, że warstwa LANGHANS'a jest tkanką mesodermalną, *syncytium* zaś — ektodermą płodową. Niektórzy z tych autorów nowotwór SAENGER'a wprost zaliczają do raków. L. FRAENKEL nazwał go: „*carcinoma chorii v. choriogenes uteri*”, KOSSMANN: *carcinoma syncytiale uteri*, ASCHOFF: *chorio:carcinoma*. Inni, jak wiemy, zaliczają go do mięsaków. Oprócz SAENGER'a i GOTTSCHALK'a wymienić tu należy KLIEN'a (*deciduo-sarcoma uteri gigante-cellulare*); wreszcie WINTER-RUGE nazwali te nowotwory *choriocarcinom* albo *syncytioma malignum*, a EIERMANN proponuje dla nich nazwę: *epithelioma ektodermo-syncytiale v. syncytio-ektodermale*.

Anatomia patologiczna i mikroskopowa. Wycięta macica jest dość znacznie powiększona i miękka. Nowotwór przedstawia się pod postacią jednego lub kilku miękkich, kruchych guzów, wystających na powierzchni, barwy różowej lub ciemno-czerwonej, zależącej od silnie rozszerzonych naczyń. Guzy te są rozmaitej wielkości: jak pestka wiśni, to znowu jak jabłko i jeszcze większe. Niekiedy guz tak się rozrasta, że powoduje znaczne ścieńczenie mięśnia macicy, a nawet dosięga otrzewnej, którą albo podnosi i pod którą prześwieca pod postacią guzików szaro-czerwonych, albo też przedziurawia i wtedy wstępuje do jamy brzusznej. Prędkość rozrastania się guzów bywa rozmaita, przeciętnie dość szybka. Mięsień macicy, otaczający nowotwór, odznacza się zwykle nadzwyczajną białością. Nowotwór ten, przeciwnie jak rak lub mięsak, ma skłonność do rozrastania się w kierunku ku mięśniowi macicy, nie zaś ku jej błonie śluzowej i dlatego nie rzadko się zdarza, że błona śluzowa okazuje się zupełnie gładką. Skoro zaś nastąpi przedziurawienie błony śluzowej i komunikacja przez kanał szyi macicznej z pochwą, to wówczas prędko następuje nekroza i sposoczenie guza, który przedstawia się wtedy pod postacią masy gąbczastej pokrytej nalotem szarym, mazistym, rozmaitej grubości. Guzy wtórne, przerzutowe, wyglądają zupełnie tak samo; skoro osiągną pewnej wielkości, ulegają często w środku rozmięczeniu. Guzy w pochwie mają z początku nadzwyczajne podobieństwo do żyłaków, czasami są nieco twardsze. Skoro błona śluzowa, je pokrywająca, ulega nekrozie, stają się podobne do wyżej opisanych guzów pierwotnych.

Już golem okiem można stwierdzić, że ściana macicy usiana jest gniazdami nowotworowymi rozmaitej wielkości, mającymi w stanie świeżym kolor żółtawy lub szaro-czerwony i do pewnego stopnia leżącymi swobodnie wśród mięśnia macicy, tak, iż robią wrażenie jam, wypełnionych masami nowotworu. Kształt tych gniazd jest rozmaity, najczęściej nieprawidłowy. Ściana ich jest albo wysłana przybłonkiem (*endothelium*), do którego przylega tkanka mięsna i wtedy gniazdo takie nie jest niczem innym, jak tylko jamą naczyniową, albo też ścianę tworzy bezpośrednio tkanka mięsna, zmieniona przez nacieczenie zapalne, albo wreszcie bywa i tak, że jedna część ściany jest pokryta przybłonkiem, drugą zaś część stanowi tkanka mięsna albo masa nekrotyczna. Zawartość tych gniazd tworzy nowotwór, na który składają się czerwone ciała krwi, elementy morfologicznie szczególnego rodzaju, charakterystyczne dla nowotworu i większa lub mniejsza ilość masy nekrotycznej. Wszystkie te części składowe nowotworu pozostają w rozmaitym stosunku tak względem siebie, jak i do tkanki ich otaczającej. Właściwą masę nowotworową tworzą pierwiastki morfologicznie trojakiemu rodzajowi: 1) masa protoplazmatyczna z jądrami, układająca się w rozgałęzione i łączące się między sobą belecзки i pasemka, w których są rozrzucone duże, okrągławe albo owalne jądra, nieraz w odłamkach i przewężone, jako też liczne jamki. Rozgałęzienia tych beleczek i pasemek, łącząc się między sobą, tworzą siatkę, której oka wypełnione są drugim rodzajem pierwiastków morfologicznych; są to mianowicie: 2) komórki duże, jasne, okrągławe, to znow wielokątne lub

wrzecionowate, szczelnie obok siebie leżące, lecz wyraźnymi ostreми zarysami odgraniczone. Jądra tych komórek są duże, okrągłe, albo owalne, ciemno zabarwione i okazują delikatną budowę; można w nich spostrzeżać kariokinezę; 3) trzeci rodzaj komórek nowotworu tworzą bardzo duże komórki z dużymi jądrami, ułożone grupami lub pojedynczo [komórki olbrzymie], zwłaszcza znajduwane w częściach wewnętrznych guza. Proto plazmę mają jednorodną lub ziarnistą, budowa zaś jądra jest siatkowata, niekiedy zaś zupełnie nieprawidłowa i jądro zabarwia się silnie hematoksyliną. Komórki olbrzymie przenikają do tkanki mięsnej, otaczającej gniazda nowotworowe, rozsuwając komórki mięśniowe. Następstwem tego jest zapalne nacieczenie mięśni. W świetle naczyń spotkać również można wszystkie opisane rodzaje pierwiastków nowotworowych. Tam gdzie nacieczenie tkanki mięsnej temi komórkami jest najsilniejsze, spostrzeżać się daje zamieranie i zanik warstwy mięsnej, jakoteż i samych komórek nowotworu, a wyraża się to w ten sposób, że tak włókna mięsne, jak i komórki nowotworowe tracą swe zarysy i przestają się zabarwiać. Jeśli się doda do tego jeszcze liczne wynaczynienia krwi, powstające wskutek pęknięcia ścian naczyń, spowodowanego wnikaniem do nich komórek nowotworowych, to zrozumiałem będzie skąd się bierze tak znaczna masa gniazd nekrotycznych.

Podobieństwo tylko co opisanych pierwiastków morfologicznych deciduomatu do pierwiastków warstwy nabłonkowej kosmków upatruje także i ULEZKO-STROGANOWA, wyrażając się w ten sposób: „Bogata w jądra masa protoplazmatyczna jest zupełnie analogiczna z warstwą nabłonkową zewnętrzną, zwaną *syncytium*, komórki zaś o zarysach wyraźnie oznaczonych, są podobne do komórek warstwy LANGHANS'a. Stosunek zaś tych pierwiastków między sobą, stosunek ich do ciałek czerwonych krwi i do naczyń męzycznych jest ten sam, co w okresie powstania i rozwoju przestrzeni międzykosmkowej“. Co zaś się tyczy trzeciego rodzaju komórek nowotworowych, mianowicie komórek olbrzymich, których w normalnej ciąży się nie spotyka, a więc będących jakoby specjalnością nowotworu, to one, według STROGANOWEJ, są po części pochodniami warstwy syncycjalnej, po części komórek warstwy LANGHANS'a.

„Tak więc pod względem budowy morfologicznej“ powiade STROGANOWA „pierwiastki nowotworu są zupełnie identyczne z pierwiastkami warstwy nabłonkowej kosmków w łożysku prawidłowym, z tą tylko różnicą, że tu one wydzielają nowy pierwiastek morfologiczny, różniący się do pewnego stopnia od swoich produktorów, a mianowicie: jednojądrowe komórki olbrzymie“. Opierając się więc na własnych preparatach mikroskopowych STROGANOWA uważa pogląd MARCHAND'a, według którego warstwa nabłonkowa kosmków kosmkówki jest jedynym źródłem pochodzenia nowotworu, za dowiedziony.

Etyologia. W etyologii deciduomatu złośliwego szczególną rolę odgrywają zmiany pologowe macicy. Jak już wiemy, nowotwór ten rozwija się w następstwie porodu prawidłowego, poronienia i zaśniadu groniastego. MARCHAND spostrzegał nawet przypadek, który rozwinął się w worku jajowodowym podczas ciąży zewnątrzmacicznej („*Maligne epitheliale Geschwulst der Decidua serotina einer abortiven Tubenschwangerschaft mit Metastase in der Vagina*“). W 35-ciu przypadkach deciduomatu złośliwego, które zestawił EIERMANN, było 6 po poronieniu, 11 po porodzie prawidłowym a 18 po zaśniadzie groniastym. Zdaje się więc, że najczęściej nowotwór ten bywa poprzedzany przez zaśniad groniasty. Na ten związek zwrócił już uwagę i MARCHAND, przytaczając nawet przypadek MECKEL'a, spostrzegany przed 100-u laty, który najprawdopodobniej tutaj należy. W 28-iu przypadkach deciduomatu złośliwego, zebranych przez MARCHAND'a [nie włączonych do statystyki EIERMANN'a] w 13-tu zanotowano ciążę zaśniadową, poprzedzającą rozwój nowo-

tworu. To też MARCHAND i FRAENKEL zajęli się zbadaniem histologicznem zaśniadu groniastego, szukając związku między tym zwyrodniałym produktem ciąży a nowotworem złośliwym. MARCHAND przekonał się, że powstawania zaśniadu szuka należy w stanie patologicznym, któremu uległo jajko, jeszcze w jajniku będące, wskutek czego pierwiastki nabłonkowe zarówno ektodermy jak i warstwy syncycjalnej już wcześniej obdarzone zostają zdolnością nadmiernego bujania komórek, które nie tylko przenikają doczesną późniejszą, lecz wnikają także do warstwy mięsnej macicy. Na mocy tego FRAENKEL przyszedł do wniosku, że zaśniad groniasty zachowuje się zupełnie tak, jak nowotwór złośliwy, przenikając do tkanki sąsiedniej; na tem jednak kończy się podobieństwo; nie wywołuje bowiem przerzutów w narządach oddalonych i dla tego w ścisłem znaczeniu do nowotworów złośliwych zaliczonym być nie może. Niestety, już w krótkim czasie wykryto i to ogniwo w łańcuchu dowodów złośliwości zaśniadu groniastego. W klinice profesora SCHAUTA'y spostrzegano w roku zeszłym przypadek, tem charakterystyczny, że u ciężarnej, dotkniętej silnym krwotokiem macicznym, znaleziono w przedniej ścianie pochwy tuż u wejścia, guz twardy, elastyczny, wielkości wiśni, barwy niebiesko-czarnej. Po rozszerzeniu szyi macicy przekonano się, że się miało do czynienia z zaśniadem groniastym, który natychmiast w całości wydano; guz zaś pochwy wycięto i poddano badaniu mikroskopowemu. Ku wielkiemu zdziwieniu wnet się przekonano, że guz ten składał się z tych samych pierwiastków komórkowych co i nowotwór, opisany pod nazwą *deciduoma malignum*. Wówczas zrodziło się podejrzenie, że guz pochwy jest przerzutem nowotworu macicy *resp.* zaśniadu. Postanowiono tedy macię wyciąć aby usunąć źródło dalszego zakażenia. Badanie mikroskopowe wyjętej po 14 dniach macicy wykazało w jej ścianie istnienie nowotworu złośliwego, albowiem znaleziono na tylnej ścianie powierzchnię wewnętrzną zajęta przez płaską wyniosłość, jakby pokrytą ropą. Powierzchnia tej wyniosłości zdawała się być rozpadłą, konsystencyj dość twardej. Na przecięciu zauważono na tych miejscach liczne guziki kuliste, aż do wielkości grochu dochodzące, które wnikały do warstwy mięsnej. W tych guzikach znaleziono charakterystyczne dla *deciduomatu* złośliwego pierwiastki komórkowe, które wykazały się dały aż we warstwie mięsnej. Prócz tego w jednym miejscu warstwy mięsnej znalazł NEUMANN cały kosmek, wrastający do zatoki żylniej. Badanie zaś histologiczne samego zaśniadu groniastego wykryło objawy zwyrodnienia złośliwego, a nawet i w podścielisku kosmków obecność mas syncycjalnych.

Tak więc przypadek ten jasno dowodzi, że nowotwór złośliwy może rozpocząć się w macicy już podczas ciąży i już podczas ciąży wywołać przerzuty w narządach oddalonych. Skoro zaś to stwierdzono, to i pogląd nasz na zaśniad groniasty uleść musi zmianie radykalnej. Dotychczas to zwyrodniałe jajo płodowe uchodziło za twór niewinny, nieszkodliwy o ile zostało w całości z macicy wydalone. Teraz zaś należy na zaśniad groniasty zapatrywać się jako na twór wiele podejrzany, przyjmujący w wielu razach charakter nowotworu złośliwego.

Przebieg kliniczny. W przebiegu klinicznym *deciduomatu* złośliwego najcharakterystyczniejszymi są objawy następujące. Chora zasięga porady lekarza z powodu krwotoku z narządów płciowych. Opowiada, że niedawno rodziła [przed kilkoma tygodniami, *resp.* miesiącami] i od tego czasu krwawi, że już zasięgała porady lekarskiej, że robiła to i owo, że nawet poddała się wyškrobaniu macicy, lecz bezskutecznie. W anamnezie znajduje lekarz albo poród prawidłowy, albo też poronienie lub zaśniad. Przy badaniu narządów płciowych lekarz przekonywa się, że krwawienie pochodzi z macicy, powiększonej i miękkiej, nieco bolesnej na ucisk; czasami znajduje jednocześnie w ścianie pochwy guz, na pierwsze wejrzenie podobny do żylaka, dość twardy

i często silnie krwawiący. Niekiedy zaś w jamie miednicy w związku z macicą lub obok niej znajduje jeden lub kilka guzów nierównych, sprawiających wrażenie nowotworu. Często z macicy wypływ bywa posokowaty, cuchnący, z krwią zmieszany. Przy badaniu stanu ogólnego, lekarza zastanawiają: dziwna, woskowata bledność pacjentki i objawy ogólnego wyniszczenia. Chora opowiada, że miewała dreszcze i gorączkowała kilkakrotnie. Na silne bóle się nie uskarża. Wszystkie te objawy naprowadzają lekarza na domysł, że ma tu do czynienia z nowotworem złośliwym, zwłaszcza zaś guz w ścianie pochwy najbardziej go w tem rozpoznaniu umacnia. Celem otrzymania zupełnie pewnego rozpoznania decyduomatu złośliwego, należałoby jamę macicy poddać wyskrobaniu, a otrzymane tą drogą cząstki nowotworu zbadać pod drobnowidzem, albo też w tymże samym celu wyciąć guz pochwy. Wtedy rozpoznanie byłoby już zupełnie pewne, ale niestety, chorej nie wieleby się przez to pomogło. Tam, gdzie są już przerzuty, tam dokładne rozpoznanie, a co za tem iść powinno, doszczętne wycięcie macicy, na nie wiele się już przyda. Chora taka coraz bardziej niszczeje; zjawia się kaszel, duszność i krwioplucie jako objawy cierpienia płuc wskutek ulokowania się w nich przerzutów nowotworowych. Przerzuty znajdowano również w mózgu, w kościach i w przeponie. Śmierć nieunikniona następuje po upływie mniej więcej 6—8-iu miesięcy od początku choroby przy objawach zupełnego wyniszczenia.

Wobec tak szybkiego przebiegu cierpienia, tylko bardzo wczesne rozpoznanie, zanim się wytworzą przerzuty, może uczynić dla chorej rokowanie pomyślniejszem, albowiem wczesne rozpoznanie pozwala na wczesne wykonanie całkowitego wycięcia macicy, dającego nadzieję, choć do pewnego stopnia prawdopodobną, wyleczenia radykalnego. EIERMANN zestawił wyniki operacji w 30-u przypadkach decyduomatu złośliwego. W 11-tu nastąpiło wyleczenie trwałe po usunięciu macicy, a mianowicie, zdrowych i bez powrotu nowotworów pozostało po upływie 2-eh do 3-eh lat od chwili wykonania operacji: kobiet 5, po upływie zaś 1-go do 2-eh lat: kobiet 6. Są tą wyniki pocieszające i zachęcające do operowania. Tylko już nie do tak częstego jak tego chce SCHAUTA, który zapatrując się na każdy zaśniad, jak na nowotwór złośliwy, żąda, aby każdą macicę po zaśniadzie natychmiast wycinano. Jestto co najmniej przesada. Właściwiej będzie, idąc za przykładem NEUMANN'a, odróżniać zaśniady łagodne i złośliwe, w każdym jednak razie, mając na uwadze mogący się rozwinąć po zaśniadzie decyduomat złośliwy, każdy przypadek po zaśniadzie poddawać kilkumiesięcznej obserwacji.

Wobec tego, co się z powodu rokowania powiedziało o operacji, już nie wiele pozostaje do nadmienienia o samem leczeniu. Tam gdzie tylko można, należy wycinać macicę od strony pochwy. Tylko w razie zrostów lub też znacznej objętości macicy, można uciec się do laparotomii. W każdym razie pamiętać należy o tem, aby razem z macicą wycinać i jej przydatki, zwłaszcza zaś jajniki, ze względu na to, że bardzo często bywają one siedliskiem przerzutów. Przerzuty w pochwie należy również jednocześnie wycinać i to starannie, aż do zdrowej tkanki.

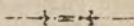
Nadmienić tu jeszcze muszę, że w literaturze polskiej znalazłem jedno tylko spostrzeżenie ROSNERA, dotyczące decyduomatu złośliwego.

L I T E R A T U R A,

- SAENGER M. Zwei aussergewöhnliche Fälle von Abortus. Centrbl. f. Gyn. 1889.
Tenze. Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste. Arch. f. Gynäk. 1893.
GOTSCHALK. Das Sarkom der Chorionzotten. Archiv. f. Gynäk. 1894.
MARCHAND F. Ueber die sogenannten „decidualen“ Geschwülste in Anschluss an normale Geburst, Abort, Blasenmole und Extrauterin-Schwangerschaft Monatschrift. f. Geb. u. Gyn. 1895.

- TENZE. Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1895.
FRÄNKEL L. Die Histologie der Blasenmolen etc. Archiv. f. Gynäk. 1895.
ROSNER. „Deciduoma malignum“. Rocznik Tow. ginek. Krakowskiego za rok 1896.
SCHAUTA F. Die klinische Bedeutung der Blasenmolen. Wien, Med. Presse. 1897. Nr. 1.
ULEZKO-STROGANOWA. Słuczaj złokazestwiennawo nowoobrazowanja razwiwszawosia iz elementow worszinczatawo pakrowa (*Deciduoma malignum autorum*). Zurnał akusorzstwa i ženskich balezniej. 1897.
EIERMANN A. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom deciduoma malignum; Sammlung zwanglos. Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. Band II. 1897.
NEUMANN J. Beitrag zur Kenntnis der Blasenmolen und des „malignen Deciduoms“. Monatschrift f. Geb. und Gyn. 1897.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



97. A. Besson. Poszukiwania bakterjologiczne nad tyfusem brzuszny.

Chorzy w liczbie 83, pochodzący z oddziału VAILLARD'a, stanowią materiał, nad którym autor czynił swe poszukiwania. Poszukiwania te polegały na wykrywaniu lasecznika tyfusowego w moczu, krwi, płamach różyczki, migdałach, oraz na badaniu spraw ropnych, występujących przy tyfusic brzuszny.

Badanie bakterjologiczne moczu tyfusowych miało na celu wykazanie, jak często w nim występują prątki EBERTH'a i czy obecność ich jest w stosunku do obecności białka w moczu. Na 77 chorych, u których mocz był badany na obecność białka, to ostatnie wykryto 47 razy. Mocz 33 chorych poddany został badaniu bakterjologicznemu po kilkakroć w różnych odstępach czasu. Z pomiędzy tych chorych u 9 mocz nie zawierał wcale białka, u 12 białkomocz był słaby [mniej niż 1 grm. na litr] u 12 ilość białka była znaczna [powyżej 1 grm. na litr]. We wszystkich 9 przypadkach 1-szej kategorii mocz okazał się jałowy, z 12 przypadków 2-iej kategorii tylko w jednym stwierdzono obecność lasecznika tyfusowego i nareszcie z 12 przypadków 3-iej grupy w 5 został wykryty lasecznik EBERTH'a. Z poszukiwań autora wynika, że lasecznik EBERTH'a zjawia się w moczu tyfusowych wówczas tylko, gdy ten zawiera białko. Zdaje się, jakoby wydalanie lasecznika tyfusowego przez nerki pozostawało w zależności od natężenia białkomoczu. Lasecznik znika z moczu jednocześnie z białkiem. Wydzielanie lasecznika tyfusowego przez nerki nie powinno, zdaniem autora, budzić obawy co do przyszłej czynności tego narządu: w spostrzeżeniach autora białkomocz zawsze znikał, niekiedy szybko, i nigdy nanow nie zjawiał się w okresie zdrowienia [długość obserwacji 60 - 84 dni]. Pod względem zapobiegawczym pamiętać należy, że mocz zawierać może winowajcę choroby, wskutek czego należy go odkażać z taką samą starannością, jak wypróżnienia chorego.

Co się tyczy krwi chorych tyfusowych, to zazwyczaj krew krążenia ogólnego nie zawiera lasecznika tyfusowego. Autor chciał przekonać się, czy w pewnych warunkach lasecznik nie może przejść do krwi i czy pewne powikłania tyfusu brzuszego, jak krwotoki kiszkowe lub nosowe, zapalenie żył, rozległe sprawy ropne, wywołane przez prątki EBERTH'a, są zależne od zakażenia krwi [t. j. od obecności lasecznika tyfusowego w krążeniu ogólnym]. 10 chorych miało krwotoki kiszkowe; krew 9 z pomiędzy tych chorych została zaszczipiona tego samego dnia, w którym wystąpił krwotok: wynik był zawsze ujemny. To samo dotyczy krwi 3 chorych z krwotokami nosowymi, jak również 5 chorych z zapaleniem żył. U jednego chorego, który dotknięty został ropnem zapaleniem osierdzia, spowodowanem przez lasecznik EBERTH'a, i którego mocz zawierał prątki tyfusowe, krew okazała się zupełnie jałową. Podobne wyniki otrzymał autor, badając krew z różyczki: krew wzięta z 54 płam

[od 19 chorych], 53 razy była jałową, a tylko w jednym przypadku otrzymano czystą hodowlę lasecznika tyfusowego. Tak więc we krwi krążenia ogólnego nie udało się autorowi ani razu stwierdzić obecności lasecznika tyfusowego nawet wówczas, gdy istniały takie powikłania, jak krwotoki, zapalenie żył, ropienie warunkowane lasecznikiem EBERTH'a. Wyniki, otrzymane przy badaniu krwi z płam różyczki, doprowadzają autora do wniosku, że są one pochodzenia toksycznego.

Z 14 chorych tyfusowych, dotkniętych zapaleniem gardzieli, 10 badano bakteryologicznie [nakłucie migdała] i w 6 przypadkach wykryto w migdałach obecność lasecznika tyfusowego: w 4 przypadkach istniała *angina erythematosa*, w 1 *angina follicularis* z owrzodzeniami, w 1 *angina pseudomembranacea*. Ten ostatni przypadek przedstawiał typ tyfusu krtaniowego (*laryngotyphus*): początek choroby od gorączki i objawów krtaniowych [chrypka, później bezgłos, silne bóle przy łykaniu], obfita plwocina ropna, objawy rozlanego nieżytu oskrzeli, błony wrzekome w gardzieli, nieznaczne objawy ze strony narządów brzusznych, nieznaczne rozwolnienie dopiero w końcu drugiego tygodnia. Plwocina, jak również błony fałszywe zawierają lasecznik EBERTH'a. Wnioski ze swych spostrzeżeń autor robi następujące: lasecznik tyfusowy wywołuje większość zapaleń różycowych jakie występują w przebiegu tyfusu brzuszego; może on powodować także zapalenie gardzieli wrzodziejące, co więcej, w stanie jest wywołać zapalenie gardzieli wrzekomo-błoniaste, jak w przytoczonym wyżej przypadku, który autor uważa za pierwszy w swoim rodzaju. Z przytoczonych faktów wynika jeszcze wskazanie zapobiegawcze: plwocina chorych tyfusowych może zawierać czynnik zakażenia, a zatem winna być odkażoną.

Przechodząc do bakteryologii spraw ropnych przy tyfusie brzuszny, zaznaczmy, że wywołują je, jak pouczają spostrzeżenia autora, następujące drobnoustroje: gronkowiec, łańcuszkowiec, lasecznik okrężnicy i lasecznik tyfusowy. W jednym przypadku ropa z jamy opłucnej była jałowa. Gronkowiec wywołał ropienie w 34 przypadkach. Należą tu: czyraki, ropienie gruczołów chłonnych, ropnie podskórne i głębokie, zastrzał, zapalenie ropne opłucnej i. t. d.. Przypadek ropnego zapalenia opłucnej, zakończony śmiercią, ciekawy jest z tego względu, że mamy w nim do czynienia z potrójną infekcją: zakażenie tyfusowe rozbudziło oddawna drzemiącą sprawę gruźliczą w gruczołach chłonnych; pod wpływem tej ostatniej [a nie pod wpływem zakażenia tyfusowego], jak sądzi autor, wystąpiło ropne zapalenie opłucnej; wiadomo, że gronkowca ropotwórczego napotyka się często w ropnych zapaleniach opłucnej u osobników gruźliczych. Wyłączając przypadek *pleuritis purulentae*, dochodzimy do wniosku, że gronkowiec spowodował w przypadkach autora lekkie, mało znaczące sprawy ropne w skórze, mięśniach i gruczołach chłonnych.

Łańcuszkowiec ropotwórczy 5 razy wywołał powikłania w przebiegu tyfusu lub okresie zdrowienia: 2 przypadki róży twarzy, zakończone wyzdrowieniem, raz bardzo lekką różę na lewej gołeni, raz ropne zapalenie ucha środkowego z szybkim przedziurawieniem błony bębenkowej i nareszcie jedno ropne zapalenie opon mózgowych z zejściem śmiertelnym. Nadto spostrzegął autor 2 przypadki spraw ropnych [zapalenie ropne opłucnej i wielostawowe zapalenie ropne] z obecnością łańcuszkowca otorbionego w wysięku.

Lasecznik okrężnicy (*bact. coli commune*) nie odgrywał wielkiej roli w sprawach ropnych, przez autora spostrzeganych. Raz znaleziony został we krwi na kilka godzin przed śmiercią u chorego z ropnym zapaleniem ośierdzia, wywołanem przez lasecznika tyfusowego i raz w zapaleniu opon mózgowych. To drugie spostrzeżenie nie ma wielkiej wartości, gdyż badanie bakteryologiczne dokonane zostało *post mortem*.

Lasecznik tyfusowy wykryty został w 6 przypadkach ropnych powikłań

tak w przebiegu tyfusu brzuszego, jak również w okresie zdrowienia. Należą tu: zapalenie opon mózgowych (lasecznik EBERTH'a + *streptoc. pyogen.*), zapalenie ropne osierdzia, ropienie gruczołów podszczękowych, ropień podotrzewnowy, 2 przypadki ropnego zapalenia opłucnej. We wszystkich przypadkach [prócz pierwszego] lasecznik EBERTH'a występował w czystej hodowli. Oba przypadki *pleuritis purulentae*, jak to widać z przytoczonych historii choroby, cechowały się początkiem niewyraźnym oraz słabo wyrażonymi objawami ogólnymi. W obu przypadkach pierwsze nakłucie dało ropę, zmieszaną ze krwią i zawierającą prątki tyfusowe w czystej hodowli, lecz prątki te szybko zniknęły z wysięku, tak, że przy późniejszych nakłuciach otrzymano już ropę jałową. W obu przypadkach szybko nastąpiło wyzdrowienie bez zabiegu chirurgicznego. Przebieg zupełnie podobny do dopiero co opisanego widzimy w dalej przytoczonym przez autora przypadku ropnego zapalenia opłucnej, w którym wysięk, przy kilkakrotnem, w różnych odstępach czasu dokonywanem badaniu, okazał się jałowym. Autor sądzi, że zapalenie to wywołał również lasecznik tyfusowy, który jednak, dzięki energicznej fagocytozie, zdążył zniknąć z wysięku, zanim przystąpiono do pierwszego nakłucia.

Ze spostrzeżeń autora nad występowaniem lasecznika tyfasowego w sprawach ropnych, wikłających przebieg tyfusu brzuszego lub następujący po nim okres zdrowienia, da się wyprowadzić następujące wnioski:

1) Ropienia zależne od lasecznika EBERTH'a są częste w tyfusie brzuszonym;

2) ropieniom tym nie towarzyszą najczęściej żadne objawy ogólne, żaden odczyn gorączkowy; ciepłota może trzymać się nawet poniżej normy. Sprawy te przebiegają skrycie, wskutek czego należy ich szukać, aby je dokładnie rozpoznać. Autor nigdy nie przypuszczałby, że ma do czynienia ze sprawą ropną w 3 spostrzeganych przez siebie przypadkach ropnego zapalenia opłucnej, gdyby nie był zrobił nakłucia próbnego;

3) sprawy te występują najchętniej przy końcu tyfusu lub w okresie zdrowienia;

4) nie są one najczęściej złośliwe; autor tylko raz jeden spostrzegł zejście śmiertelne, spowodowane ropnem zapaleniem osierdzia;

5) w ropie występuje energiczna fagocytoza. Na barwionych preparatach z ropy można widzieć, jak dużo laseczników zamkniętych jest w leukocytach i jakie mnóstwo ich przytem ulega tam rozpadowi. Wkrótce nie można ich wykryć w wysięku inaczej, jak drogą hodowli, a jeszcze po pewnym krótkim czasie zasiewy pozostają jałowe. Tej to właściwej wybitnej fagocytozie przypisać należy małą stosunkowo złośliwość spraw ropnych, wywołanych lasecznikiem EBERTH'a.

(*Revue de Médecine*. Nr. 6. Czerwiec. 1897 r.) Stanisław Pechkranc.

Wiadomości drobne.

— 1 — 3 —

— Prof. CZERNY prawie co pół roku spostrzega przypadek zgorzeli po karbolu. Ostatnio ogłasza znowu 3 przypadki zgorzeli po roztworach kwasu karbolowego. Zgorzel była na palcach. Dzięki działaniu znieczulającemu, chorzy chętnie na długo zostawiają okłady z roztworem kwasu karbolowego. Ponieważ nawet po 1% roztworze może nastąpić zgorzel, przeto CZERNY radzi zupełnie zaniechać używania karbolu do okładów, a stosować inne środki odkażające (*plumb. acet.*, słabe roztwory sublimatu, roztwór kwasu bornego lub salicyłowego).

(*Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 16).

M. R.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Ценаурою, Варшава 21 Августа 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.