

KILKA SŁÓW  
O DZIAŁANIU FIZYJOLOGICZNYM  
I O ZASTOSOWANIU LECZNICZYM NITROGLICERYNY

PODAŁ

**Prof. Dr. Korczyński.**

(na podstawie doświadczeń wykonanych wspólnie z Kand. med.

P. MICHAŁEM JANOCHA).

---

Nitrogliceryna, zwana także glonoiną, jest azotanem glicerylu czyli gliceryny, w której 3 atomy wodoru zastąpione są trzema gruppami rodnika  $\text{NO}_2$ . Pierwszy wytworzył ją SOBRER'A w r. 1827 przez działanie kwasu azotowego na glicerynę i nazwał ją pyrogliceryną.

W zwyczajnej ciepłocie jest to ciecz olejna, bezbarwna albo żółtawa, bez woni, smaku słodkawego, a przytem palącego i korzennego. W wodzie jest nierozpuszczalna, a rozpuszcza się w alkoholu etylowym i metylowym, eterze i chloroformie.

Środka tego zaczęli używać jako leku najpierw homeopaci w Ameryce, i to za inicjatywą Konstantego HAERINGA, który jeszcze w r. 1847 i 1848, wraz z kilkoma innymi homeopatami dokonał w sposób w homeopatyi używany ba-

dań farmakologicznych i ustalił prawidła używania tego leku według zasad i sposobów homeopatycznych. Bliższe szczegóły pod tym względem odnaleźć można w dziele HÆRINGA p. t. „Amerikanische Arzneiprüfungen“ Lipsk 1857. Homeopaci amerykańscy wymieniają przyspieszenie tętna i ból głowy jako najznamiensze objawy działania nitrogliceryny, a do wskazań leczniczych zaliczają wiele stanów chorobowych, pochodzących przeważnie od zbroczeń w układzie nerwowym i w narządzie krążenia. Od tego czasu nitrogliceryna weszła do skarbcu homeopatycznego jako glo-noina i aż dotąd używaną bywa dosyć często przez homeopatów, podczas gdy aleopatya dotąd mało z leku tego korzystała.

Przechodząc do doświadczeń aleopatycznych, przede-wszystkiem wspomnieć nam wypada, że już w r. 1858 toczył się w dzienniku „Medical Times and Gazette“ spór nad własnościami fizjologicznymi i terapeutycznymi nitrogliceryny. FIELD w Brightonie po podaniu 1—2 kropeł 1% rozczy-nu, zauważył następujące objawy: Już niespełna w 3 mi-nuty po podaniu leku występowało uczucie pełności w tętni-cach po obu stronach szyi, następnie nieznaczne nudności, poczem oszołomienie, któremu towarzyszył szum w uszach. Później nastawało uczucie ściskania w dolnej części szyi, obfite poty na czole i ziewanie, ból głowy i tępy ból w dołku podsercowym, a nakoniec ospałość i nieudolność do wszelkiego zajęcia fizycznego i umysłowego. Przy-pady te utrzymywały się przez pół godziny, ból zaś głowy przeciągał się do dnia następnego. Pomyślnego działania nitrogliceryny doświadczał FIELD w rozmaitych nerwicach, a między innymi w bólu zębów. Z temi spostrzeżeniami zgadzają się w zupełności spostrzeżenia THOROWGOOD'A i BRANDY'EGO.

Do odmiennych rezultatów doszli FULLER i HARLEY, a mianowicie: po zażyciu 2 kropeł 1% rozczy-nu, zauważyli uczucie pełności w tętnicach szyjnych i lekkie zajęcie głowy bez żadnych innych przypadłości. Po zażyciu 17 kropeł

w 2 minuty, wystąpiło lekkie zajęcie głowy, a tętno z 70 uderzeń podniosło się na 96. Po zażyciu 50 kropeł 1% rozczyynu, doświadczyli rozdrażnienia, zajęcia głowy większego stopnia, otumanienia, poczem całe ciało pokryło się lekkim potem, kilka minut trwającym. Z doświadczeń tych wnoszą więc, że nitrogliceryna może być podawaną w dawkach leczniczych do ilości 50 kropeł 1% rozczyynu.

Doświadczenia najnowsze pochodzą od Williama MURREL'A (The Lancet, 18 Stycznia 1879 r.) Wykonał on 33 doświadczeń fizjologicznych na 33 osobach, z których 12 było mężczyzn a 21 kobiet, przyczem zauważył, że kobiety są wrażliwsze na działanie tego leku, aniżeli mężczyźni. Najważniejszymi przypadkami były: ból głowy, osobliwie w czole, senność, wzmocnienie działalności serca z przyspieszeniem tętna, które po 10—20 minutach stawało się dwubitnem, zwiotczenie układu tętniczego, o którym wnioskować można z dołączonych sfigmogramów, wykazujących powiększenie się wzniesień wstecznych, wreszcie zwiększenie ilości moczu w pierwszych 3 kwadransach, a najbardziej w kwadransie drugim po podaniu leku.

Zauważywszy, że działanie nitrogliceryny podobne jest do działania azotynu amyłowego, podawał ją MURREL ze skutkiem wysmienitym w *angina pectoris* i to nietylko jako lek paliatywny, usuwający chwilowe napady, ale także jako środek leczący samą chorobę, jak to widać z 3-eh przypadków, które opisuje. W innych chorobach MURREL nitrogliceryny nie podawał.

Wkrótce po ogłoszeniu rozprawy MURREL'A rozpoczęto w klinice lekarskiej krakowskiej doświadczenia fizjologiczne i lecznicze z nitrogliceryną, przyczem używano zawsze 1% rozczyynu wyskokowego. Przetworu tego był łaskaw dostarczyć klinice znany ze swej uprzejmości W-ny D-r Julian GRABOWSKI, prof. instytutu techniczno-przemysłowego w Krakowie, wytworzywszy go umyślnie na ten cel w swej pracowni. Z doświadczeń tych zdając sprawę,

poprzestaniemy dla krótkości, tylko na przedstawieniu ostatecznych wyników.

### a) Doświadczenia fizjologiczne.

Ponieważ niedostateczne urządzenie kliniki nie pozwalała na to, by badać działanie leków na zwierzętach, przeto nie wdając się wcale w tłumaczenie sposobu działania nitrogliceryny, ograniczymy się tylko do przedstawienia objawów, jakie zauważyliśmy u osób zdrowych po podaniu nitrogliceryny.

Doświadczenia wykonywał po największej części na samym sobie p. Michał JANOCHA, kand. med., do reszty doświadczeń używano w części uczniów medycyny, w części rekonwalescentów, których można było uważać jako już zupełnie zdrowych. Dawka leku wynosiła od 1—6 kropel.

Największy wpływ wywiera nitrogliceryna na n a r z ą d k r ą ż e n i a: przede wszystkim pobudza ona bardzo rychło, bo zazwyczaj już po 2 lub 3 minutach działalność serca, jak to wnioskować można z większego nasilenia uderzenia końcowego serca, z większej głośności tonów sercowych, wreszcie z obrazów sfigmograficznych, które wykazują, że ramię wstępujące tętna staje się wyższe i łączy się z ramieniem rozkurczowem pod kątem ostrzejszym. Tętno prawie stale się przyspiesza i to o 8—16 uderzeń na minutę. Równocześnie z tem nastaje zwiotczenie w układzie tętnicznym, gdyż, jak to widać z licznych sfigmogramów (których dla względów typograficznych nie dołączamy) wzniesienie wsteczne na ramienia rozkurczowem staje się wyraźniejsze a drgania sprężystości znikają. W wielu razach zauważono, że po upływie około 20 minut już prostem obmacywaniem można było stwierdzić dwubitność tętna. W wielu przypadkach tętno stawało się nieregularne i to w tej postaci, że albo nagle wolniało, ażeby napowrót się przyspieszyć albo też, że nastawała o kilka uderzeń przerwa, wynosząca mniej więcej czas 2—3 uderzeń. Wpływ ten nitrogliceryny na narząd krążenia trwa zazwyczaj do 45 minut.

a jest najwyraźniejszym między 3 a 15 minutą. Na kołatanie serca osoby do doświadczeń używane nigdy się nie skarżyły.

Drugim narządem, w którym okazują się objawy działania nitrogliceryny, jest układ nerwowy. Najstałym objawem w tym zakresie jest ból głowy. Wspomina o nim już SOBRERO, wynalazca nitrogliceryny, doświadczają go również robotnicy przy sporządzaniu nitrogliceryny zatrudnieni, a tak angielscy jakoteż i amerykańscy badacze kładą nacisk na takowy. Siedzibą tego bólu są przeważnie skronie. W ogóle trwa on dość długo, bo kilka do kilkunastu godzin; po zażyciu 2 kropeł jest niezbyt silny i więcej tępy, po zażyciu zaś 6 kropeł jest o wiele silniejszy i towarzyszy mu wyraźne tętnienie w głowie, przyczem ból głowy przy każdym skurczu serca się zwiększa. Już po małych dawkach powstaje uczucie ciepła w głowie, które po użyciu większej dawki zamienia się na bardzo nieprzyjemne i od bólu głowy daleko nieprzyjemniejsze uczucie pełności w głowie. Wykonywanie ruchów głową nie ma żadnego wpływu na nasilenie tak bólu jak i uczucia pełności w głowie. Wśród trwania tych przypadków zmniejsza się chęć, lub ustaje zupełnie możność wykonywania pracy umysłowej, a pobyt na wolnem powietrzu uskramia te przypadłości.

Mierny światłowstręt występuje po dawkach większych. Badanie wziernikowe głębi oka nie wykazuje wśród działania nitrogliceryny żadnych zmian.

Zmian w powonieniu i smaku, jak niemniej w zakresie uczucia, ruchów i odruchów, nitrogliceryna—w dawkach od 1—6 kropeł, nie sprawia. (U dużego królika już w kilka minut po podaniu 20 kropeł 1% roztworu nastąpiła śmierć wśród ogólnych drgawek).

Wśród całego trwania bólu głowy istnieje szum w uszach tem większy, im większa dawka została użyta. Szum ten podobny do buczenia jest przerywany, a przerwa w nim nastaje z końcem każdego wdechu.

Z wyjątkiem smaku piekąco-korzennego, jakim odznacza się ten lek, nawet w rozcieńczeniu więcej niż stokrotnem, w narządzie trawienia nie pociąga za sobą żadnych widocznych zmian.

Liczba oddechów i tor oddechania wcale się nie zmieniają.

Ilość m o c z u na dobę, jego własności fizyczne i skład chemiczny nie ulegają żadnej zmianie, jedynie tylko zauważyć można powiększenie chwilowe ilości moczu w drugim kwadransie po zażyciu leku, które wynosi w przecięciu około 20 ctm.

W narządzie płciowym tak u mężczyzn, jakoteż u kobiet, nie dostrzegano żadnych zmian.

#### b) Działanie lecznicze.

Pomijając przypadki niedokładnie obserwowane, używano nitrogliceryny w roztworze 1% w 35-iu przypadkach, bądź w klinice, bądź w praktyce prywatnej; z tych było 22 mężczyzn a 13 kobiet.

Nie uwzględniając rodzaju chorób, spostrzegano skutek dodatni w 18, wątpliwy w 5, a ujemny w 12 przypadkach, przyczem częściej, zauważano ujemny lub wątpliwy rezultat u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Przechodząc do poszczególnych chorób, wyniki lecznicze przedstawiają się jak następuje:

1. Z 7-iu przypadków *dusznosci napadowej przy rozedmie płuc (Asthma emphysematicum)*, u 6-iu nitrogliceryna usuwała napad duszności w przeciągu kilku lub najwyżej kilkunastu minut znakomicie, a przy systematycznym używaniu zapobiegała niekiedy na czas dłuższy pojawianiu się napadów. Wynik ujemny zauważono raz tylko u chorej, lat 60 liczącej, która okazywała co noc napady astmatyczne na podstawie starczej rozedmy płuc i przewlekłego nieżytu oskrzelowego, obok miażdżycy tętnic z następczym przerostem i rozszerzeniem całego serca, a przeważnie komórki prawej,

2. Z 13 przypadków astmy nerwowej widziano wynik ujemny w 7 przypadkach, między temi 3 przypadki na tle histeryi. Wynik wątpliwy lub mało wybitny w 4 przypadkach, z pośród których 2 odnoszą się do astmy wilgotnej czyli kataralnej. Tylko 2 przypadki odznaczały się wynikiem dodatnim.

W obu rodzajach astmy, w przypadkach gdzie nitrogliceryna działała dodatnio, nietylko uśmierzała chwilowo napad astmatyczny, ale zażywana przy następnych napadach lub podawana systematycznie 1—2 razy dziennie, niezawisłe od czasu napadów, sprawiała nadto, iż napady stawały się mniej silne, a niekiedy na dłuższy przeciąg czasu zupełnie ustępowały. Zażyta wśród napadu już zupełnie rozwiniętego, łagodziła takowy w mniejszym stopniu, aniżeli użyta w chwili rozpoczynającego lub przygotowującego się napadu.

3. W obu przypadkach tętniaków aorty, gwałtowne napady stenokardyi ustępowały nadzwyczaj szybko i daleko dokładniej aniżeli po innych lekach, a przy dłuższem, systematycznem używaniu nitrogliceryny znikwały w jednym przypadku zupełnie na czas dłuższy.

4. We wszystkich 3-ch przypadkach bicia serca wynik był dodatni. W 2 przypadkach gdzie bicie serca było czysto nerwowe, nastąpiło wyleczenie, zaś w 3-im, gdzie przyczyną była niedomykalność zastawek półksiężycowych ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego, nitrogliceryna łagodziła tylko napady.

5. Z pośród 6 przypadków *anginae pectoris*, tylko w 1-ym przypadku, gdzie napady stenokardyi polegały na miażdżycy tętnic i na stłuszczeniu mięśnia sercowego, zauważano skutek tylko przemijający, zaś w 5 przypadkach (w których napady polegały raz na niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, raz na miażdżycy tętnic, wraz ze stłuszczeniem mięśnia sercowego, raz na zapaleniu śródserdza, raz na miażdżycy tętnic, wreszcie raz nie miały podstawy anatomicznej) nitrogliceryna wywierała skutek tak pomysłny,

że go ze skutecznością żadnego innego leku porównać nie można. Działanie było tem wybitniejsze, jeżeli lek zażyty został w czasie zbliżającego się napadu. Powrotów napadu nitrogliceryna nie powstrzymała, gdzie stenokardya nie miała podstawy anatomicznej, nastąpiło trwałe wyleczenie.

6. W 1-y m przypadku płasawicy mniejszej (*chorea minor*), który dotyczył dziewczynki lat 14 liczącej, źle rozwiniętej, z blednicą i słabym rozwojem naczyń, gdzie płasawica trwała 2 lata, bromek cynku podawany przez dni 18, był zupełnie bez skutku, zaś przy podawaniu nitrogliceryny z rana i w wieczór po 2 kropel 1% roztworu, ruchy mimowolne z każdym dniem zmniejszały się, a odżywianie poprawiało się. Po 25 dniach ruchy nieprawidłowe ustały zupełnie, a ciężar ciała powiększył się o 3 kilogr.

7. W przypadku histeryi z bardzo rozległemi objawami we wszystkich sferach nerwowych, a między innymi z drgawkami histerycznemi, jak niemniej w 1 przypadku drżenia rtęciowego (*tremor mercurialis*) nie zauważono żadnego korzystnego działania nitrogliceryny. Również w 1 przypadku moczołki cukrowej u mężczyzny, 28 lat liczącego, nitrogliceryna w ilości 3 razy dziennie po 2 kropel, nie miała żadnego wpływu korzystnego na odsetkową i bezwzględną ilość cukru. W pierwszym tygodniu wśród diety mięsnej w przecięciu procent cukru wynosił 4,96%, ilość dzienna 82,2 grm.; w następnym tygodniu podczas używania makowca procent cukru wynosił średnio 3,91%, a ilość dzienna 44,12 grm.; w trzecim tygodniu przy używaniu nitrogliceryny procent cukru wynosił w przecięciu 4,4%, a ilość dzienna z powodu zwiększenia się ilości moczu podniosła się do 74,28 grm.

Zestawiając razem wyniki lecznicze, możemy je więc ująć w następujące zdania:

Nitrogliceryna jest lekiem, który bardzo szybko, dosadnie i w sposób prawie pewny usuwa napady stenokardyi, bez względu na to, czy takowa jest nerwicą samodzielną, czy też wywołaną przez wady zastawkowe, miażdżycę



tętnic lub tętniaki. Prawdopodobnie jest także dzielnym lekiem uśmierzającym bicie serca z jakiegokolwiek powodu powstałe. Jeżeli stenokardya lub bicie serca nie ma podstaw anatomicznych, nitrogliceryna jest w stanie uleczyć te przypadłości do szczętu. W stenokardyi na tle tętniaków, nitrogliceryna nie tylko jest w stanie usunąć chwilowo napady, ale nadto może do pewnego stopnia takowym zapobiegać.

W napadach astmy samoistnej w ścisłym tego słowa znaczeniu działa bardzo niepewnie, natomiast zaś w astmie oskrzelowej, która ma podstawę anatomiczną w rozedmie płucnej, działa świetnie, a jak się zdaje, nie tylko usuwa napady, ale w ogóle leczy tę nerwicę.

Z innych nerwic wartoby w płasawicy doświadczać działania tego leku.

Jako szczególniejsze zjawisko zaznaczyć nam wypada, że w przypadkach gdzie nitrogliceryna działała korzystnie, przypadki w zakresie nerwowym, a przedewszystkiem ból i rozprężanie w głowie, jakie pojawiają się u ludzi zdrowych po zażyciu nitrogliceryny, albo wcale się nie wydarzały, albo tylko w stopniu znacznie mniejszym, tak, że najczęściej chorzy skarżyli się tylko na uczucie nawału krwi do głowy lub na zajęcie głowy. Co jeszcze szczególniejsze, to ta okoliczność, że w 3 przypadkach, z których 2 później opiszemy, a 3-ci odnosi się do chorej na histeryję, bóle głowy, w postaci migreny występujące, łagodniały po użyciu nitrogliceryny.

Skutki uboczne i nieodpowiadające działaniu fizyologicznemu, zauważano tylko u chorego z moczówką cukrową, u którego oprócz szumu w uszach i bólu głowy powstawało ogólne osłabienie, tak, że chory przez cały tydzień zażywania nitrogliceryny musiał przeleżeć w łoku, czego dawniej ani potem nie czynił; raz nawet wydarzyło się bezpośrednio po zażyciu krótkie omdlenie.

Zwolnienie tętna, zamiast fizyologicznego przyspieszenia się, zauważano tylko w 2-ch przypadkach, które po-

nizej opiszemy. Obrazy sfigmograficzne są zupełnie takie same jak w doświadczeniach fizjologicznych.

W celach leczniczych bardzo rzadko posługiwano się dawką od 6—10 kropeł; najczęściej używano dawki od 1—4 kropeł. Wyjątkowo tylko posuwano się do ilości 15 kr. i to u chorego, który z własnej ordynacji zażywał bezkarnie kilka razy dziennie po 30 kropeł 1% roztworu nitrogliceryny.

Dla lepszego uwidocznienia wyników leczniczych, przytoczymy kilka krótkich opisów, zamie zczając naumyślnie takie przypadki, gdzie działanie leku było mniej pewne.

1. S. M., lat 72, urzędnik. Kaszel, który od 12 lat nawiedzał chorego na wiosnę i w jesieni, od 2-eh lat stał się stałym i w tym czasie pojawiać się począły zazwyczaj w nocy albo nad ranem napady duszności, trwające godzinę. W ostatnich tygodniach wśród potęgujących się coraz bardziej napadów duszności pojawiła się puchlina brzucha i kończyn dolnych.

Badanie wykazało 'rozedmę płucną znaczniejszego stopnia, mierny nieżyt oskrzelowy, przeważnie suchy, typowe napady duszności z utrudnieniem wydechu, sinicą twarzy i rozległymi gwizdami na klatce piersiowej; przytem miazdżycę tętnic znaczniejszego stopnia, wysięki surowicze w workach opłucnych, osobliwie po stronie prawej, miernego stopnia wysięk w jamie otrzewnej i w tkance podskórnej na kończynach dolnych obok śladu białka w moczu.

Gdy się przekonano, że środki wykrztuśne i uśmierzające nie poskramiają napadów, zaczęto podawać choremu po 3 krop. 1% roztworu nitrogliceryny przy zbliżaniu się napadu. Pod wpływem tego leku, napady duszności albo wcale się nie rozwijały, albo też występowały w postaci bardzo łagodnej i trwały bardzo krótko; kaszel się zmniejszał, ilość moczu powiększała się, a po tygodniu puchlina kończyn i brzucha ustąpiła zupełnie, zaś puchlina opłucnowa znacznie zmalała, a oddech stał się o wiele swobodniejszy. W drugim tygodniu napady duszności wcale się nie pojawi-

ły, a chory zadowolony tym sposobem z leczenia, usunął się od dalszej obserwacji.

W przypadku tym tętno za każdym razem podnosiło się z 84 na 92. Bólu głowy wcale nie było.

2. F. D., lat 71, pisarz. Kaszle od dawna i męczy się przy szybszem chodzeniu. Od 4-ch tygodni kaszel znacznie się zwiększył i pojawiły się co noc powtarzające się napady duszności, trwające kilkanaście minut, które kończyły się wykrztuszeniem miernej ilości płwocin.

Badanie wykazało rozedmę płuc znacznego stopnia, liczne firczenia, a w dolnych częściach nierówną ilość rzeń nierównobańkowatych. Oddech był miernie przyspieszony i miernie utrudniony.

Choremu polecono używać 2 razy dziennie po 3 krople 1% roztworu nitrogliceryny. Po 3 dniach chory zgłosił się wyżywszy 13 kropli leku, i opowiadał, że od pierwszego dnia napady duszności znikły zupełnie, a kaszel znacznie się zmniejszył. Badanie wykazywało istotnie, że nieżyt oskrzelowy znacznie zmalął, a mierne utrudnienie oddechu, jakie pozostało, odpowiadało zupełnie rozedmie płucnej.

Przypadów ubocznych nie było żadnych.

3. S. bankier, lat 49 (obserwacja D-ra Studzińskiego z Przemyśla). Chory otyły i krwisty z rozedmą płucną, okazuje od kilku lat napady *asthmae bronchialis*, które pojawiają się co kilka miesięcy i męczą chorego przez kilka dni z rzędu kilka razy dziennie. 2 krople 1% roztw. nitrogliceryny za każdym razem już w 3 minuty usuwały napad najzupełniej.

4. P. C., lat 66, kucharz. Rozpoznanie: *emphysema pulmonum—asthma bronchiale emphysematicum*. Od kilkunastu lat napady duszności z mniejszem lub większem nasileniem powtarzające się codziennie lub co kilka dni. Dnia 2 Kwietnia 1881 r. bardzo silny napad duszności, trwający przeszło pół godziny i połączony z sinicą. W następnych dniach używał chory codziennie 3 krople 1% nitrogliceryny, skoro zauważył zbliżanie się napadu i za każdym razem na-

pad został przerwany. Dnia 11 Kwietnia, gdy chory nie był w stanie zażyć na czas nitrogliceryny, wystąpił gwałtowny napad duszności, który jednak po zażyciu 4 kropel już w 5 minut zupełnie ustąpił.

5. G. W., lat 30. żona kupca. Rozpoznanie: *bronchitis chronica — asthma bronchiale in ind. hysterico*. W lecie 1878 r., gdy chorej dokuczały napady duszności, zalecono jej wyjazd do Szczawnicy. Przez cały czas pobytu w Szczawnicy napadu duszności wcale nie było, kaszel się zmniejszył, a chora czuła się zupełnie dobrze. W dwa tygodnie po powrocie ze Szczawnicy wystąpiły na nowo napady duszności, które mimo większych dawek bromku potassu i wzięwań chloroformu, trwały uporeczywie aż do Lutego 1879 r. i w tym czasie dobrowolnie ustąpiły. W lecie 1879 r. chora uskarżała się na dolegliwości żołądkowe i na bóle nerwowe w licznych miejscach, przeciwko czemu zalecono wodę karlsbadzką i kąpiele swoszowickie ze skutkiem pomyślnym. Aż do Czerwca 1880 r. chora czuła się zupełnie zdrową.

W tym czasie pojawił się silny kaszel, a wraz z nim napady astmatyczne, codziennie pod wieczór powtarzające się, a objawom tym towarzyszyły przypadki gastryczne i ogólne rozdrażnienie. Z tego powodu w dniu 4-ym Lipca 1880 r., polecono chorej używać po 3 krople 1% rozc. nitrogliceryny w chwili rozpoczynającego się napadu.

Dnia 12 Lipca. Badanie wykazuje znaczny nieżyt oskrzelowy; chora czuje się mocno rozdrażnioną i nadmienia, że lek nie przerywa wcale napadów duszności. Zapisano napar ipecacuanhy z morfiną.

D. 28 Lipca. Nieżyt oskrzelowy znacznie się zmniejszył, mimo to napady duszności pojawiają się co wieczór z pewnem nasileniem. Polecono zaprzestać dalszego używania środka wykrztusnego, a wrócić do nitrogliceryny. Tym razem działanie leku było świetne, gdyż po każdorazowym użyciu 3 kropel, napad natychmiast ustawał, a po tygodniu napady znikły zupełnie.

W Kwietniu 1881 r. pojawił się znów nieżyt oskrzelowy, a wraz z nim takie same napady duszności. Korzystając z poprzedniego doświadczenia, polecono chorej najpierw środek wykrztuśny, który i tym razem na napady astmatyczne nie miał żadnego wpływu, a dopiero po uśmierzeniu nieżytku oskrzelowego, podano nitroglicerynę z równie świątecznym, jak poprzednio skutkiem.

W przypadku tym nitrogliceryna była zupełnie bezskuteczną wśród nasilenia nieżytku oskrzelowego, natomiast działała znakomicie po zmniejszeniu się sprawy nieżytowej.

6. A. S., lat 37, mączarz. Od kilkunastu lat doznaje od czasu do czasu kaszlu suchego. Pięć razy przebywał zapalenie płuc. Oddech miał zawsze swobodny i nie męczył się przy chodzeniu. Od 3 lat zaczęły się pojawiać napady duszności, które od roku są bardzo gwałtowne, powtarzają się co 2 lub 3 dni, trwają od 10 godzin do 2-ch dni, a wśród takowych chory oddycha głośno ze znacznym szelestem. Od tego czasu cierpi także na bicie serca napadowo występujące, jak niemniej na bóle głowy połowiczne, połączone z wymiotami.

Badanie w dniu 7 Czerwca wykazało u indywiduum źle odżywionego, lichy zbudowanego, z klatką piersiową długą i płaską, rozedmę płucną bardzo nieznacznego stopnia, ledwie ślad nieżytku oskrzelowego, w innych zaś narządach, z wyjątkiem powiększenia wątroby miernego stopnia, nic nieprawidłowego. Rozpoznano: *asthma bronchiale nervosum* i polecono używać po 2 krople nitrogliceryny przy rozpoczynającym się napadzie.

Dnia 24 Czerwca zgłosił się chory i nadmieniał, że ile razy zażył nitrogliceryny przy rozpoczynającej się duszności, już po pół godziny miał oddech zupełnie swobodny, a jeżeli to było w czasie, gdzie doznawał równocześnie bicie serca lub migreny, wraz z dusznością znikał ból głowy i bicie serca. Od 6 dni, odkąd zabrakło mu nitrogliceryny, miewa codziennie silne napady duszności.

Badanie wykazało istotnie oddech móżolny z przeważaniem utrudnieniem wydechu, niższe, niż zazwyczaj, ustalenie przepony, liczne gwizdania, pokrywające szmery oddechowe, tętno wielkie i pełne. Dano choremu znowu pewną ilość 1% roztworu nitrogliceryny i polecono zażywać po 3 krople.

Chory zgłosił się dopiero w Kwietniu 1881 r. żądając wprost udzielenia mu nitrogliceryny. Opowiadał on, że już w kilku dni po ostatniej duszności napady tak dalece się uśmierzyły, że mógł się obejść bez zażywania leku. Od 2-ch tygodni miewa znów napady, które tak długo były znośne, jak długo starczył mu zapas nitrogliceryny, zaś od kilku dni, odkąd takowej nie zażywa, napady są bardzo gwałtowne. Choremu dano znów pewną ilość leku, jednak dotąd z dalszem sprawozdaniem się nie zgłosił.

7. A. A., lat 51, rolnik. Cierpi od roku na napady duszności, występujące codziennie, szczególnie w nocy. Wśród takiego napadu chory nie może ani leżeć ani stać, tylko musi siedzieć trzymając się rękami poręczy łóżka.

Prócz bardzo nieznacznego obniżenia granic odgłosu jawnego płuc, badanie nie wykazywało żadnej nieprawidłowości. Rozpoznano więc: *asthma nervosum*.

Ponieważ przekonano się, że już 1 kropla 1% roztworu usuwa napad, polecono choremu brać codziennie na noc po 1 kropli leku.

W tej ilości używał chory nitrogliceryny przez 1½ miesiąca i przez ten czas napad nie pojawił się ani razu. Skoro jednak zabrakło choremu nitrogliceryny, napady wróciły, powtarzając się z większym lub mniejszym nasileniem. Dla porównania skutków zapisano wtedy choremu bromek potassu w ilości 1 gramma dziennie. Chory jednak usunął się od dalszej obserwacji.

8. J. T., lat 43, konduktor kolejowy. Od roku doznaje gwałtownych napadów bicia serca, powtarzających się 2—3 razy dziennie i trwających 10—30 minut. Przytem mężczy się łatwo nawet po najmniejszej pracy fizycznej,

a przy chodzeniu często, lubo nie zawsze, pojawia się bezdech. Badanie przedmiotowe nie wykazało w żadnym narządzie w ogólności, a w szczególności w narządach oddechania i krążenia żadnych zbroczeń. Zalecono używać 3 razy dziennie po 2 krople 1% roztworu.

Już pierwszego dnia zamiast 3 napadów wystąpił tylko 1, i to o wiele słabszy i krótszy; w drugim dniu napadu nie było wcale, a w trzecim dniu 1 napad, zaledwie 3 min. trwający.

Wśród dalszego używania tych samych dawek leku przez tydzień, napady bicia serca i duszności przy chodzeniu ustały zupełnie; chory zaprzestał dalszego leczenia a po 2-tygodniach zgłosił się do kliniki, ażeby donieść, że czuje się zupełnie zdrow.

9. X., lat 40, z rozpoznaniem niedomykalności zastawek półksiężycowatych aorty i zwężeniem ujścia tętniczego lewego, z następowym przerostem lewej komórki znacznie-szego stopnia, powiększeniem zastoinowem wątroby i nieznaną puchliną brzuszna. U chorego tego pojawiały się kilka razy dziennie napady bicia serca, wśród których tętno przyspieszało się i stawało się miękkim, pojawiała się sinica twarzy i wydęcie żył szyjowych, a chory skarżył się na dotkliwy ból w dołku podsercowym. 2 krople 1% roztworu nitrogliceryny łagodziły za każdym razem taki napad i poskramiały znakomicie częstość tętna. Chory usunął się od dalszej obserwacji klinicznej.

10. L. J., dyjetaryjusz, przyjęty z rozpoznaniem tętniaka aorty, w d. 15 Października 1880 r. Obok guza tętniaczego na przestrzeni około 5 ctm., od górnego brzegu 2-go żebra, aż do dolnego brzegu 3-go żebra w linii przymostkowej lewej, najważniejszymi objawami choroby było porażenie lewej struny głosowej z następczą chrypką, stałe utrudnienie oddechania i napady duszności, połączone z bólem wzdłuż mostka, uczuciem trwogi i nieznośnym bólem głowy. Tętno uderzało 60 razy na minutę.

Gdy mimo spokoju bezwzględnego i użycia wewnętrznego morfiny, napady nie ustawały, podano w dniu 26 Października wśród napadu 3 krople 1% roztworu nitrogliceryny, poczem napad dusznicy wraz z bólem głowy rychło ustąpił i nie pojawił się przez następne 11 dni, a po zażyciu 3 kropli przez następne 5 dni napadu wcale nie było. Od 11 Listopada do 6 Grudnia tylko 7 dni odznaczały się obecnością napadów, od 6 do 16 Grudnia napady wydarzały się codziennie, a chory chcąc uśmierzyć napad, używać musiał 5—6 kropel naraz. Stan ten tłumaczył się coraz większym wzrastaniem tętniaka.

Odtąd aż do 14 Stycznia 1881 r., w którym to dniu napady duszności wydarzały się po kilka razy dziennie, a najmniejszy ruch już takowe wywoływał. Chloral i morfina pozostawały bez skutku, a chory jedynie tylko chwalił sobie nitroglicerynę jako jedyny lek, który mu napady łagodził. Leku tego dopominał się stanowczo podczas pobytu w szpitalu, tak iż mu pewną ilość tego środka przesłać musiano. Chory ten w pierwszych dniach Lutego nagle zakończył życie w skutek pęknięcia tętniaka.

Tętno po każdej dawce podnosiło się z 60 do 80, a czasem dochodziło do 90.

11. A. S., lat 50 licząca, wyrobnica, przyjęta dnia 13 Maja 1880 r. z rozpoznaniem tętniaka aorty. Najdokuczliwszym objawem były napady gwałtownej duszności i bólów w klatce piersiowej, wśród których chora jęczała tak mocno, że niepokoiła wszystkich chorych. Napady te pojawiały się codziennie, a nawet i kilka razy na dzień.

Skoro przekonano się, że morfina i *extr. Quebracho* nie łagodzą napadów, zaczęto od 24 Maja podawać 2 razy dziennie po 3 krople 1% rozczynu nitrogliceryny. Pierwszy raz podano lek podczas napadu i tenże zaraz się zmniejszył. Następnym napad pojawił się 29 Maja i po zażyciu 3 kropli zaraz ustąpił. Przez następne 3 dni napadu wcale nie było.



2 Czerwca, gdy chorej naumyślnie nie podano nitrogliceryny. wystąpiły 2 napady, z których pierwszy trwał godzinę, drugi przerwany został 3-ma kroplami leku. Odtąd podawano już chorej regularnie 2 razy dziennie po 2 krople leku i w skutek tego przez następne 12 dni nie było ani jednego napadu.

Dnia 12 Czerwca nie podano chorej naumyślnie leku, a następstwem tego było pojawienie się silnego napadu. Gdy odtąd znów powrócono do nitrogliceryny i podawano takową 2 razy dziennie, przez 34 dni, t. j. do 16 Lipca, gdy z powodu feryj odesłano chorą do szpitala, napadów wcale nie było.

Po użyciu nitrogliceryny tętno podniosło się na 76—88. W szpitalu nitrogliceryna wywierała ten sam skutek: ilekroć jej nie podano, tylekroć pojawiały się silne napady, przy regularnem zażywaniu napadów nie było. W dniu 23 Sierpnia 1880 r. nastąpiła nagła śmierć skutkiem pęknięcia tętniaka.

12. M. N., lat 20, służąca. Cierpi od roku na bóle głowy, zwłaszcza w okolicach skroniowych, które powtarzają się co kilka dni i trwają od rana do południa. Równocześnie z temi bólami, często zaś niezawisłe od takowych, powstaje kołatanie serca, któremu towarzyszy ból w okolicy serca i przykre uczucie ściskania w piersiach. Badanie przedmiotowe dawało wynik zupełnie ujemny.

Polecono używać 3 razy dziennie po 1 kropli 1% roztworu nitrogliceryny. Po 12 dniach chora zjawiała się, mówiąc, że napady bicia serca są rzadsze i co do nasilenia słabsze. W tym przeciągu czasu ból głowy powtórzył się 3 razy, ale był mniejszy i trwał znacznie krócej. W obec tego zalecono większe dawki, a mianowicie 3 razy dziennie po 3 krople. Po 14 dniach tego leczenia, napady tak bicia serca jakoteż i bólu głowy zupełnie ustały i dotąd nie wróciły.

13. S., lat 60 i kilka, emerytowany urzędnik. Od kilku tygodni okazuje objawy biernego rozszerzenia serca

i osłabienie czynności serca, prawdopodobnie skutkiem zapalenia śródsierdzia; przytem objawy infarktu krwawego płuca lewego. Do tego dołączyło się zapalenie osierdzia. Oddech był stale utrudniony ale kilka razy występował napad silnego bezdechu, wśród którego czynność serca słabła, chory siniał i chwytal się oburącz za okolicę serca, doznając w głębi gwałtownego bólu.

Obok środków pokrzepiających czynność serca, polecono choremu z końcem Sierpnia 1880 r. nitroglicerynę zrazu po 1, potem po 2, a wreszcie po 3 krople 1% roztworu. Chory w ogóle bardzo trudny do używania leków, zażywał bardzo chętnie po kilka razy dziennie nitroglicerynę i chwalił sobie niesłuchanie ten lek, nadmieniając, że on jedynie sprawia mu ulgę i łagodzi, a niekiedy usuwa napady duszniczy.

W dalszym przebiegu choroby czynność serca słabła coraz bardziej, opuchlina brzucha i kończyn wzmagala się, a w pierwszych dniach Października nastala nagła śmierć, prawdopodobnie skutkiem porażenia serca.

14. S. T., lat 60 i kilka. Rozpoznanie: *angina pectoris*, najprawdopodobniej na podstawie miażdżycy tętnic wieńcowych serca.

Morfina, wyciąg wodny makowca, wyciąg konopi indyjskich, wcale nie łagodziły napadów. 2 krople 1% roz. nitrogliceryny, pierwszy raz wśród napadu użyte, okazały skutek świetny, gdyż napad natychmiast ustąpił. Następnego dnia 2 krople 2 razy wzięte działały już daleko słabiej. Zalecono więc po 3 krople. Jak się później dowiedziano, mimo powtarzania 2—3 razy dziennie tej dawki, napady stawały się coraz gwałtowniejsze, tak, że lekarz domowy uciec się musiał do chloralu z morfiną, jednak i ten lek niewiele napady łagodził. W kilkanaście dni potem wśród napadu duszniczy chory żyć przestał.

15. E. D., lat 28, strażnik skarbowy. Cierpi od 16 lat na bicie serca, pojawiające się w napadach w mniejszych lub większych odstępach czasu i połączone z uczuciem bólu wzdłuż mostka i przedniej części lewej strony klatki pier-

siowej. Od 10 dni napady powtarzają się kilka razy dziennie i pozostawiają po sobie znaczne osłabienie. Chory przyjęty został do kliniki dnia 1 Lutego 1881 r.

Polecono choremu zażyć 2 krople 1%, roztworu nitrogliceryny, skoro spostrzeże pierwsze zwiastuny napadu; po każdorazowym zażyciu napad bicia serca i bólu w klatce piersiowej zmniejszał się co do nasilenia i co do trwania. Częstość napadów wcale się nie zmniejszała, ale przeciwnie, zwiększała się, gdyż z początku było ich 2 lub 3 na dzień później 6—8. Gdy powiększano dawkę na 6 kropel, spostrzeżono, że bóle w klatce piersiowej w ogóle zmalały, i że lek w tej ilości zażyty w samym początku napadu usuwał takowy rychło, wśród rozwiniętego napadu zażyty nie działał tak skutecznie. Mimo to napady stawały się coraz częstszymi, tak dalece, że na dzień przed wyjściem z zakładu, t. j. dnia 10 Lutego, było ich jednej nocy 11. Tętno, które podczas napadu dochodziło do 120, po zażyciu leku obniżało się do 108, a nawet 100, ruchy serca stawały się mniej nasilone, tętnice szyjowe wspólne przestawały mocno tętnieć, a tętno stawało się większe. Przypadów ubocznych nie było żadnych, nawet bólu głowy chory wcale nie doznawał.

Po wyjściu do domu, jak się chory później przyznał, zażywał po 15, 20—30 kropli kilka razy dziennie, gdyż tylko w tych dawkach doznawał ulgi.

Przyjęty napowrót w dniu 20 Kwietnia, okazywał objawy osłabienia czynności serca z następującą puchliną ogólną miernego stopnia. Napady bicia serca, bólu w klatce piersiowej i duszności głównie choremu dolegały, a tylko dawki 10—15 kropel nitrogliceryny takowe łagodziły.

Dnia 4 Czerwca chory nagle zakończył życie, a badanie pośmiertne wykazało: *Endocarditis chronica valvularum aortae cum insufficientia et stenosi ostii aortae, dilatatione et hypertrophia majoris gradus cordis sinistri cum degeneratione adiposa majoris gradus musculi cordis. Hyperaemia hepatis passiva. Tumor lienis chronicus. Catarrhus intestinorum. Ana-*

*sarca minoris gradus*. Serce ogromnych rozmiarów, ważyło 992 grammy; grubość ścian lewej komórki wynosiła 17, prawej 5 mm.

Po tem wszystkim, co powiedziano, zdaje się, że nie rozminiemy się z prawdą, jeżeli nitroglicerynę nazwiemy lekiem dzielnym, który zasługuje na to, ażeby go poddać dalszemu badaniu, tak na zwierzętach jako i na ludziach, a to w celu bliższego poznania skutków fizjologicznych, wytłumaczenia sposobu działania i ustalenia zakresu leczniczego przez ustanowienie dokładnych wskazań i przeciwwskazań. Biorąc teoretycznie, możnaby przedewszystkiem doświadczać działania nitrogliceryny przeciw padaczce, kureczowym nerwicom naczyniowym, napadom omdlenia i t. p.

*Kraków, 20 Lipca 1881 r.*

---

# ROZWÓJ nowotworów rakowych skórnych

na podstawie przypadków  
obserwowanych na klinice chirurgicznej Krakowskiej  
od r. 1860 do 1879.

OPRACOWAŁ

**Dr. H. Schramm.**

---

Z całego działu nauki o nowotworach, żadna może część nie była tyle razy i tak starannie opracowywana, jak właśnie nauka o raku. Jednak mimo badań wielu i sławnych autorów w tym kierunku, pozostaje jeszcze wiele braków z patologii raka. Nie mówię już bowiem o części teoretycznej powstawania i rozwoju tego nowotworu, a w której wielka jeszcze panuje niezgoda między badaczami, ale także strona czysto praktyczna pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Czy mamy, czy w ogóle mogą być jakie środki zapobiegawcze rozwojowi raka, czy rozwinięty już nowotwór może być usunięty przez leki wewnętrzne, czy też jedynym sposobem usunięcia tego cierpienia jest operacja, jaka jest przeciętna częstość pojawiania się recydywy, czy wreszcie, jak chcą niektórzy autorowie, leczenie raka ma się ograniczać do środków czysto symptomatycznych — oto

wszystkie pytania, oczekujące jeszcze ostatecznego rozwiązania.

Praca moja, mogąc się przyczynić do wyjaśnienia któregokolwiek z powyższych pytań, nie będzie też może zbyt cenna. Nim jednak do niej przystąpię, złożę muszę podziękowanie W-nemu Prof. Dr. BRYKOWI, za jego gotowość i życzliwość, z jaką raczył mi udzielić wszelkiego do mej pracy potrzebnego materiału i doświadczoną swą radą wskazywać kierunek moich badań.

## I.

### CZEŚĆ ETYJOLOGICZNA.

Przedmiotem niniejszej rozprawki są raki skórne wogóle, wliczając w to także raki języka i odbytnicy; raków gardzieli krtani i części pochwowej macicy, których mieliśmy po jednym przypadku, nie brałem tutaj w rachubę.

Otóż na samym wstępie zauważyć muszę, że cierpienie, którem się tu zajmujemy, należy do dość częstych w naszym kraju, a porównyując sprawozdania z kilku klinik, jakie mam przed sobą, mogę powiedzieć, że klinika chirurgiczna krakowska bardzo obfitym pod tym względem rozporządza materiałem. Na dowód tego przytaczam następujące liczby:

**TIHERSCH** obserwował w Erlangen w przeciągu lat 7 (1854—1861) 69 przypadków raka skórniego, **BILLROTH** w takim samym czasie (1860—1867) w Zürichu tylko 59; **MELZER** w rozprawie swej: „Ueber den Lippen-Krebs und die Ursache seines häufigen Vorkommen in Krain (Schmidt's Jahrb., tom 72, str. 327) cytuje: Z 63 lat wogóle wszystkich raków skóry 453, między niemi 1,42 raków wargi dolnej. **BERGMAN** z kliniki Dorpackiej opisuje 261 raków skórnych z lat 27 (1842—1869). Tymczasem do kliniki Krakowskiej przyjęto w ciągu lat 19 (1860—1879) do kliniki stałej 273 chorych z rakiem skórny. Biorąc więc przeciętną ilość przypadków rocznie mamy:

w Lublanie nieco więcej jak	7	(7,02)
w Zürichu „ „ „	8	(8,42)
w Dorpacie „ „ „	9	(9,67)
w Erlangen „ „ „	9	(9,85)
w Krakowie „ „ „	14	(14,37)

Zważywszy nadto, że znaczna ilość podobnych chorych z powodu szczupłości miejsca i ciągłego w klinice przepelnienia nie mogła być przyjętą, przyznać musimy, że rak skórny należy do cierpień w Galicyi bardzo powszechnych.

Otóż, jak wyżej powiedziałem, w ciągu lat 19 przyjęto do kliniki stałej 273 chorych, z pomiędzy nich zaledwie 47 kobiet (17,2%), a mężczyzmu (82,8%).

Ze względu na wiek, można z tych chorych ułożyć w następujące grupy:

miedzy rokiem 22—29	było chorych	7	czyli	25%
„ „ 30—39	„ „	29	„	10,6
„ „ 40—49	„ „	75	„	27,5
„ „ 50—59	„ „	78	„	28,6
„ „ 60—69	„ „	62	„	22,7
„ „ 70—79	„ „	21	„	7,7
lat 81	miał	1	„	0,4.

O przyczynach tak znacznej przewagi chorych w wieku starszym pomówimy później.

Co do umiejscowienia nowotworu, przypadki nasze dzielą się jak następuje:

Siedziba nowotworu	Ilość przypadków	Mężczyzn	Kobiet	Procentowo
warga dolna	150	141	9	54,9%
warga górna	7	4	3	2,5
podniebienie twarde	1	1	—	0,4
nos	26	13	13	9,5
policzek	18	13	5	6,5
powieki	10	6	4	3,6
skroń	3	3	—	1,0
czoło	2	2	—	0,7

Siedziba nowotworu	Ilość przyp.	Mężczyzn	Kobiet	Procentowo
szczyt głowy	1	—	1	0,4
muszla uszna	1	1	—	0,4
język	16	14	2	6,2
tułów	1	1	—	0,4
części płciowe	19	15	4	6,9
kończyny	13	10	3	4,8
odbytnica	5	2	3	1,8.

Zatem rak wargi dolnej stanowił większą połowę najszych przypadków, raków na skórze głowy z wyjątkiem warg mamy razem 61 czyli 22,1%.

Po tych ogólnych uwagach statystycznych przecho-  
dzimy do omówienia przyczyn tak częstego występowania  
nowotworów rakowych. Przyczyny te podzielimy na dwie  
grupy, mianowicie na ogólne i miejscowe. Zaczynając od  
pierwszych, nadmienić musimy kilka słów o dziedziczności.  
Co do tej kwestyi, różne są zdania autorów. Jedni jak  
FOLLIN <sup>1)</sup>, MELZER <sup>2)</sup>, zaprzeczają wprost jej wpływu na  
rozwój nabłoniaków skórnych. Większa jednakże część ten  
moment etyjologiczny przyjmuje, z pewnem jednak ograni-  
czeniem. Od chwili mianowicie gdy THIERSCH, a następnie  
WALDEYER, starał się wykazać dla wszystkich nowotworów  
początek czysto miejscowy, zmieniło się pojęcie dziedziczno-  
ści raka o tyle, że już nie cały organizm ma podlegać ja-  
kiejś dyskrazji rakowej, lecz tylko tkanina miejscowa, np.  
wyłącznie warga dolna ma być tak zmienioną, że w niej ła-  
twiej przychodzi do rozwoju raka, niż u ludzi z tkaniną war-  
gi zupełnie prawidłową.

Przypatrzmy się do jakich rezultatów pod tym wzglę-  
dem doprowadziły nasze spostrzeżenia. Z pomiędzy 273

<sup>1)</sup> Patologie externe, tom I, pag. 306.

<sup>2)</sup> Ueber den Lippen Krebs (l. c.).



wyżej wspomnianych chorych zaledwie u 6 mogłem wykazać jakiś ślad dziedziczności, i tak, jedna chora z rakiem płaskim powieki (Jałwiga Tomczyk, wieśniaczka, lat 50) podaje, że matka jej i starsza siostra umarły na raka w tem samym miejscu usadowionego, bracia trzech innych chorych operowani byli na raka wargi dolnej, stryj piątego umarł na raka w gruczołach limfatycznych szyjowych, a wreszcie ojciec szóstego (operowanego na raka wargi dolnej) miał mieć wrzód rakowy na nosie.

Oto wszystko, do czego mnie doprowadziło śledzenie za dziedzicznością. Zatem zaledwie w 2,5% wszystkich przypadków mogłoby coś przemawiać za wpływem dziedziczności na powstawanie raka skórniego. CHARLE MOORE <sup>1)</sup> na podstawie swych badań dochodzi prawie do tego samego wyniku; według niego bowiem u 3% chorych wykazać się daje usposobienie dziedziczne, u 97% zaś nie było go ani śladu. MELZER (l. c.) u 453 chorych, obserwowanych w szpitalu lublańskim, nie mógł całkiem wykazać dziedziczności raka skórniego; na podstawie zatem tych danych musimy, jeżeli nie całkiem odmówić wpływu dziedziczności na powstawanie raka skórniego, to przynajmniej bardzo ograniczyć jej znaczenie.

Przejdźmy teraz do innego momentu przyczynowego, mianowicie do wieku chorych. Pod tym względem zestawienia nasze doprowadziły do tego samego wyniku, co i innych badaczy. Według bowiem wyżej podanej tabelki, przeszło większą połowę raków natrafialiśmy a ludzi między 40 a 60 rokiem życia. W zestawieniu BERGMAN'A <sup>2)</sup>, częścią zaś wziętych z własnych spostrzeżeń, częścią od innych autorów wziętych, jak WEBER'A, BRUNS'A, THIERSCH'A i BILLROTH'A, razem, 721 przypadkach znajdowało się 385 chorych, zatem także większa połowa między 40 a 60 rokiem życia. Uwa-

<sup>1)</sup> Schmidts Jahrb., tom 129, str. 296.

<sup>2)</sup> Notizen über die in Dorpaten Klinik beobachteten Hautkrebse.

zać więc już można zapewne, że wiek ten najbardziej usposabia do rozwoju raka w ogóle, a w szczególności raka skórniego. Do wytłumaczenia tego zjawiska, istnieją, jak wiadomo, głównie dwie teoryje, a mianowicie teoryja THIERSCH'A, według którego tkanka łączna, zanikająca w wieku podeszłym, nie może stawiać dostatecznego oporu rozrastającemu się z jednakową siłą przybłonkowi, ten zatem bierze przewagę, i bujając nietypowo daje początek rakowi; i teoryja WALDAYER'A, który nie przypuszcza tego niejednostajnego zaniku tkanki łącznej i przybłonek. Według niego kurcząca się u ludzi starszych tkanka łączna zacisnąć może w sobie pewną część komórek przybłonek, np. przez zamknięcie przewodu gruczołu w skórze lub błonie śluzowej, a komórki te pod działaniem pewnych bodźców nie zanikają jak zwykle, lecz rozrastając się tworzą pierwszy początek raka:

Badania nasze w tym kierunku, przemawiają więcej za przypuszczeniem WALDAYER'A. Mamy bowiem kilka przypadków, np. przytoczone niżej historyje choroby N. 22, N. 28, u których po lekkim zranieniu wewnętrznej strony policzka, powstał najpierw drobny guziczek, będący w związku z błoną śluzową, a ten następnie rozrastając się dał początek wrzodowi rakowemu. Nadto między naszymi choremi znajduje się 10 takich, gdzie w starej bliznie, pozostałej po skaleczeniu lub oparzeniu, powstał po kilku lub nawet kilkunastu latach guzik, z którego następnie rozwinął się nowotwór. Bardzo więc jest prawdopodobne, że kurcząca się tkanka bliznowata zamknęła w sobie kilka komórek przybłonkowych, które, zwłaszcza przy częstem drażnieniu blizny, mogłyby się stać zarodkiem nowotworu.

Jeszcze większe trudności do wytłumaczenia przedstawia nie dający się zaprzeczyć wpływ płci na częstość raków skórnych. Między 273 chorych, mamy ledwie 47 kobiet, zatem blisko na 5 mężczyzn przypada jedna kobieta. Do podobnych wyników doszli i inni badacze, i tak:

WEBER	na 200 przyp.	ma 175 męż.	a 25 kob.	czyli 7 : 1
TIHRSCH	„ 102 „ „	80 „ „	22 „ „	3,7 : 1
BILLROTH z Zür.	„ 83 „ „	63 „ „	20 „ „	3,9 : 1
„ z Wiednia	„ 33 „ „	28 „ „	5 „ „	5,6 : 1
BERGMANN	„ 261 „ „	199 „ „	62 „ „	3,2 : 1

Zbierając więc te wszystkie spostrzeżenia razem, znajdujemy, że na 952 przypadku 771 mężczyzn a 181 kobiet, czyli ilość mężczyzn do liczby kobiet ma się jak 4,2 do 1.

Stosunek ten jednak dla raków w różnych okolicach ciała nie jest jednaki; najniekorzystniejszy jest dla mężczyzn rak wargi, gdyż na 100 chorych tem cierpieniem dotkniętych, wypada ledwie 6 kobiet a 94 mężczyzn, przy raku zaś reszty twarzy, na 100 chorych przypada 37,6 kobiet a 62,4 mężczyzn. Do podobnych wyników doszedł także BERGMANN w Dorpacie, według którego na 100 raków wargi dolnej jest 90,78 mężczyzn a 9,22 kobiet, przy rakach zaś reszty twarzy 56,25% mężczyzn a 43,75% kobiet.

Gdzie przyczyna tak znacznej przewagi raka wargi u mężczyzn? Mnie się zdaje, że szukać jej należy przeważnie w tem, że mężczyźni daleko częściej wystawieni są na urazy i różnego rodzaju drażnienie wargi dolnej, a te właśnie wpływy są, jak się to będzie starał niżej wykazać, może najgłówniejszym powodem powstawania nowotworu rakowego.

Obecnie zwrócimy uwagę na inny moment przyczynowy, mianowicie na stan i zatrudnienie chorych. Uderza tu bardzo, że więcej niż  $\frac{2}{3}$  (187) chorych było wieśniakami, 43 wyrobników, 40 przypadków rozdziela się między rozmaitych rzemieślników, a tylko 3 pacjentów należało do wyższego stanu, mianowicie 1 proboszcz, 1 właściciel dóbr i córka takiegoż właściciela. Wobec tego musimy przyznać, że sposób życia naszych wieśniaków musi mieć znaczny wpływ na powstawanie zajmującego nas nowotworu, a przypisałbym tu wielką wagę złym stosunkom higienicznym po wsiach. Brudne i duszne mieszkania, bardzo mało starania o czystość skóry, nieczyste naczynia i narzędzia

np. łyżki, mogą się stać powodem, że istniejący jakikolwiek obtarcie na skórze, ulegając zanieczyszczeniu i ciągłemu drażnieniu, staje się pierwszym zarodkiem raka, być zresztą może, że i nieodpowiednie pożywienie naszego ludu, które, jak wiadomo, składa się z potraw roślinnych, i to nie szczególnie przyprawionych, przyczynia się do podniesienia skłonności do rozwoju raka. Pod tym więc względem byliśmy w zgodzie z niektórymi autorami, np. GRÜNSBURGIEM <sup>1)</sup>, który także żywienie się przeważnie istotami roślinnymi uważa za jedną z przyczyn powstawania nowotworów rakowych. Inni przeciwnie badacze, np. GIOV. GANDOLFI <sup>2)</sup> uważa dobre odżywianie się za moment uspasabiający do rozwinięcia się raka, a w najnowszych czasach ESMARCH <sup>3)</sup> poleca żywienie się pokarmami roślinnymi za środek zapobiegawczy przeciw rakowi. Że nasi wieśniacy niezbyt dużo używają mięsa, to przyzna każdy, kto zna sposób żywienia się ludu, ośmieliłbym się więc powątpiewać w skuteczność środka podanego przez ESMARCH'A.

Mniejsze już znaczenie na powstawanie raka skórniego miał ogólny stan zdrowia chorych. Z pomiędzy 273 naszych pacjentów bowiem, 15 cierpiało na długotrwałą i często powtarzającą się zimnicę, 11 przebyło na krótko przed rozwinięciem się raka tyfus brzuszny, 26 było wynędzniałych, reszta, t. j. 221 cieszyło się zawsze dobrem zdrowiem i stan ich odżywienia w dniu przyjęcia do kliniki nie pozostawiał nic do życzenia.

Wreszcie nie możemy pominąć wpływu narodowości na częstość pojawiania się raka. W kraju naszym nie brak żydów, stanowią oni dość znaczną część ludności, żyją po wsiach w tych samych prawie stosunkach higienicznych co i wieśniacy, a jednak między naszymi przypadkami było

---

<sup>1)</sup> Neue Notizen zur Histologie und Genesis der Krebsgebilde. Schmidts Jahrb., tom 78, str. 308.

<sup>2)</sup> Schmidts Jahrb. tom 55, str. 115,

<sup>3)</sup> Verhand der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

ledwie 15 izraelitów (4·5%), i co szczególne, między tem 9 kobiet a tylko 6 mężczyzn, z nich tylko jeden z rakiem wargi dolnej. Dla wytłumaczenia tej tak małej liczby mężczyzn, jedną tylko znajduję przyczynę następującą:

Każdy prawie izraelita nosi długi gęsty zarost, a tem samem mniej jest narażony na drażnienie skóry na twarzy, a zresztą żyd każdy daleko więcej przywiązuje wagi do każdego skaleczenia się, i każdą ranę troskliwiej stara się zagoić niż nasz wieśniak.

Na tem zakończymy omówienie ogólnych wpływów na powstawanie raka skór nego, a przejdziemy do drugiej, ważniejszej części etjologii, a mianowicie do przyczyn miejscowych.

Tutaj na pierwszym miejscu postawić musimy urazy, badanie bowiem nasze dowodzi wielkiego ich znaczenia, jako momentu przyczynowego, i jak to przytoczona na końcu tego rozdziału statystyka dowodzi, w znacznej części przypadków, temu głównie momentowi należało przypisać powstanie raka.

Urazy to były bardzo różne, czy to zadane narzędziami ostremi <sup>1)</sup>, czy też zgniecenia, ukąszenia, starcia przy skórka i t. p. Ograniczę się na przytoczeniu kilku wybitniejszych przypadków.

1. Szczęsny Piotr, wieśniak, lat 70 liczący, nie przypomina sobie żadnych ważniejszych chorób, dziedziczości wykazać nie można. Przed rokiem uderzyła go upadająca belka w wargę dolną. W krótkim czasie rozwinął się w miejscu zranienia guzik, sprawiający choremu nieznośne swędzenie, powodujące go do ciągłego zdrapywania tegoż

---

<sup>1)</sup> Skaleczenia warg powstawały najczęściej przy goleniu. Znaczna część naszych chorych podawała, że pierwszy guziczek nowotworowy powstawał w miejscu kilkakrotnego skaleczenia się brzytwą. A brzytwy używane przez wiejskich golarzy pewnie nie grzeszą ani ostrością ani czystością. Mamy tu więc nowy dowód, jak niebezpieczne jest zaniedbanie i zaniedbanie małych skaleczeń ze względu na możliwy z nich rozwój raka.

guzika, który wkrótce rozpadł się na wrzód o cechujących znamionach rakowych.

2. Gąsior Michał, wieśniak, lat 49, nie przebywał żadnych ważniejszych chorób prócz padaczki, której początku podać nie umie; z rodziny nikt nie cierpiał na raka. Przed 1½ rokiem zgniótł w napadzie epileptycznym zębami wargę dolną tak silnie, że ta zsiniała i obrzmiała. Siniak zginął w krótkim czasie, natomiast jednak rozwinął się w temże miejscu guzik wielkości grochu. Guzik ten z początku niebolesny, nie powiększał się przez czas dłuższy; dopiero w zimie, gdy chory wystawiał się na silne mrozy, guzik stał się tkliwy przy dotknięciu, zaczął wzrastać, a po kilkakrotnem lapolisowaniu rozpadł się na wrzód rakowy.

3. Koperek Anna, lat 50, wieśniaczka. Przed 6 laty zadrapał ją kot w prawe skrzydło nosa; powstała ztąd mała ranka, nie chciała się zgoić mimo używania różnych środków domowych. Chora przebyła następnie kilkakrotnie różę twarzy, a utrzymująca się ciągle ranka na nosie, zamieniła się powoli na wrzód, wielkości bobu, przedstawiający wszelkie cechy raka płaskiego, z którym też chora przyjęta została do kliniki.

4. Paterak Jakób, wieśniak, lat 43, dotychczas zawsze zdrowy, dziedzicznego usposobienia nie ma. Przed rokiem uderzył go sąsiad w wargę dolną, która powierzchownie pękła, a z rany nastąpiło dość silne krwawienie. W miejscu uderzenia powstał strupek, na który chory nie zwracał początkowo uwagi, aż gdy nieznaczna pierwotnie ranka zamieniła się na wrzód, zajmujący większą połowę wargi dolnej, przybył chory do kliniki, szukając pomocy lekarskiej.

5. Chudy Wojciech, lat 35, wyrobnik. Dziedzicznego usposobienia nie ma. Chorób żadnych, prócz tyfusu przed kilkoma laty, nie przebywał. Przed 1½ rokiem spadł z drabiny, z dość znacznej wysokości, przyczem zgniótł sobie prącie, które nabrzmiało i podbiegło krwią. Po ustąpieniu obrzmienia, spostrzegł na napletku guzik barwy ciemnej, który zamienił się w krótkim czasie na guz wielkości orze-

cha włoskiego. Po kilku tygodniach guz ten rozpuł i zamienił się na wrzód, który mimo używania różnych środków, jak rozczynu lapisu, siarczanu miedzi, nie goił się, lecz owszem, szerząc się coraz dalej, zniszczył prawie całą część wiszącą prącia, a sam wygląd wrzodu, jako też badanie mikroskopowe po amputacji prącia stwierdziły charakter rakowy nowotworu.

6. Opidor Józef, wyrobnik, lat 50. Cierpienie miejscowe trwa od  $\frac{1}{2}$  roku i miało się rozpocząć od obtarcia nogi niewygodnym butem. Powstałe ztąd małe obtarcie zamieniło się na wrzód, który dość szybko się powiększał wszerek i wglęb, zwłaszcza że chory zmuszony zajmować się dzienną pracą, nie mógł nogi oszczędzać. W dniu przyjęcia chorego do kliniki, 7 Stycznia 1861 r., znaleziono na nodze lewej wrzód, szerzący się od kostki wewnętrznej aż do kości łódkowatej, zajmujący część tylną wewnętrznego brzegu stopy i dolną tylną powierzchnię pięty. Dno wrzodu brodawkowate, brzegi poszarpane, wyniosłe, miejscami pokryte cienką warstwą przyskórka. Podstawa jego twar-da, na kości nieprzesuwalna. Gruczoły w pachwinie lewej miernie powiększone, miękkie i niebolesne. Chory wynędzniał. Cały wrzód oddalono w częściach zdrowych zapomocą noża, a powstały ztąd ubytek zabliznił się wkrótce, przyczem także ogólny stan chorego poprawił się znacznie. Sam wygląd wrzodu, jakoteż badanie mikroskopowe, wykonane przez prof. BRYKA, stwierdziły rozpoznanie raka. W 3-im miesiącu po opuszczeniu kliniki (w Maju 1861 r.) przedstawił się chory powtórnie. Blizna po operacji na stopie nie przedstawia zmian żadnych, natomiast gruczoły pachwinowe po stronie lewej tworzą guz, wielkości pięści mężczyzny, na powierzchni którego znajduje się wrzód grzybowaty, od czasu do czasu silnie krwawiący. Chory przyjęty został do szpitala powszechnego, w którym zmarł w Lipcu tegoż roku. Wynik sekcji nie jest mi znany.

Jeszcze jeden, jedyny w naszych spostrzeżeniach przypadek raka muszli usznej.

7. Hus Walenty; wieśniak, lat 65. Prócz trzymiesięcznej zimnicy, przebytej przed laty 30, cieszył się zawsze dobrą zdrowiem, usposobienia dziedzicznego nie można wykazać. Cierpienie miejscowe rozpoczęło się przed 7-ma laty, w którym to czasie chory uderzony został pięścią w lewą muszlę uszną, która podbiegła krwią i obrzmała. Wkrótce po ustąpieniu tych przypadków, pojawił się na muszli mały guzik, który zwolna wzrastał. W jakiś czas potem wystąpiło w otoczeniu jego kilka nowych guzików, które zwały się z pierwszym na wrzód zajmujący najgłębsze wydrążenie muszli. Wrzód ten w przeciągu lat 7-iu zniszczył całe ucho zewnętrzne, rozszerzył się na przylegające części policzka, a ku tyłowi na wyrostek sutkowy, przedstawiając w dniu przyjęcia chorego do kliniki dnia 6 Maja 1867 r. wybitne znamiona raka. Gruczoly karkowe po stronie lewej obrzmały do wielkości bobu, twarde. Chory nie zgodził się na operację.

Przykładów takich mógłbym przytoczyć znaczniejszą ilość, ograniczę się jednak na tych kilku, które dobitnie wykazują, że urazy w najrozmaitszych okolicach powierzchni ciała, mogą być przyczyną powstania raka.

W kilku przypadkach podawali chorzy oparzenie, jako przyczynę rozwinięcia się nowotworu, jak naprzykład w 2-ch następnych:

8. Gut Michał, wieśniak, lat 28, syn rodziców zdrowych, nie przebywał dotychczas prócz tyfusu przed 3-ma laty żadnych chorób. Przed rokiem oparzył wargę dolną o gorącą blachę, a strup z tego powodu powstały zdrapywał kilkakrotnie, poczem miejsce oparzone zamieniło się na wrzód, szerzący się zwolna na całą wargę, a przy przyjęciu chorego do kliniki przedstawiający wszelkie cechy wrzodu rakowego. Chory ten operowany 24 Stycznia 1874 r. żyje bez recydywy.

9. Płonka Michał, rzeźnik, lat 52, dziedzicznego usposobienia nie ma. Przed 2-ma miesiącami oparzył wargę dolną cygarem, wskutek tego powstał mały pęcherzyk, któ-



ry pękł po kilku dniach, lecz w obwodzie jego powstał wrzód, mający, w dniu przybycia do kliniki, wielkość grosza i sięgający dnem swem chrząstkowato twardem na 4 mm. w miąższ wargi. Chory operowany dnia 4 Marca 1875 zapomocą piątki (V). W 3 miesiące pojawiła się recydywa, a powtórna operacja, wykonana 29 Listopada 1875 r., spowodowała śmierć chorego, przez wystąpienie posocznicy.

Ale nie tylko świeże rany dawały początek rakowi, lecz i blizny po nich pozostałe, zwłaszcza gdy były drażnione, mogą stać się siedzibą nowotworu. Na okoliczność tę pierwszy, o ile mi wiadomo, zwrócił uwagę publiczności lekarskiej HAWKINS, a od tego czasu spostrzeżenia w tym kierunku szybko się pomnożyły i wielu autorów, jak WERNHER <sup>1)</sup>, PAKER <sup>2)</sup>, CORNIL <sup>3)</sup>, BILLROTH, THIERSCH i wielu innych przytacza tego rodzaju przypadki. Między naszymi chorymi znajduje się 10 takich, w których stara blizna, nieraz po długich dopiero latach, uległa przeobrażeniu rakowemu. Z pomiędzy nich wybieramy kilka ciekawszych:

10. Karwes Jan, wieśniak, lat 50, cierpiał często na uporczywą zimnicę, obecnie mocno wychudły, lecz zresztą zdrowy. W 20-ym roku życia został uderzony w twarz pięścią, przyczem warga dolna głęboko została rozcięta. Przed 2-ma laty (zatem w 28 lat po urazie) powstał w starej bliźnie twardy guzik, który często zdrapywany sprawiał choremu mocne bóle, a w końcu zamienił się na owrzodzenie, zajmujące, w dniu przyjęcia chorego, całą prawie połowę wargi, aż do bruzdy bródkowej, brzegi jego mocno wywiniete, dno brodawkowate, podstawa chrząstkowato-twarda. Badanie mikroskopowe wykazuje znaczny rozrost tkanki łącznej, wśród niej liczne czopy przybłonkowe, gruczoły łojowe rozdęte nagromadzonemi w nich komórkami przybłon-

1) Das akademische Hospital der Univ. Giessen. 1879, pag. 34.

2) Zeitschrift für rationelle Medizin. 1845.

3) Journal d'Academie. 1866.

kowemi. W wyjętych gruczołach limfatycznych naciek drobnoziarnisty, wśród niego gniazda wybitnych komórek przybłonkowych.

11. Michałowski Jan, wieśniak, lat 55. Z wyjątkiem kilkakrotnej zimnicy, przebytej w latach młodszych, cieszył się zawsze dobrem zdrowiem. Przed 5-iu laty zranił się przy rąbaniu drzewa w prawą połowę wargi dolnej, a rana rozciągała się od prawego skrzydła nosa aż blisko do wewnętrzznego kąta oka. Rana zagoiła się bez żadnych przypadków. Na wiosnę następnego roku powstał w środku blizny guzik, który, zamieniwszy się na wrzód, zajął w przeciągu lat 4-ch prawe skrzydło nosa i połowę wargi górnej.

12. Maćkowski Franciszek, wieśniak, lat 60. W dzieciennych latach oparzył sobie lewą piętę o gorącą cegłę i w miejscu tem powstała głęboka blizna, która w następnych latach często pękała i krwawiła. Przed rokiem blizna znowu rozpekła, lecz tym razem zamieniła się na wrzód, który mimo użycia żeradła czynnego przez lekarza, nie chciał się zagoić, i w przeciągu roku zajął całą piętę i tylną część podeszwy. Chory, operowany 5 Grudnia 1872 r., umarł po amputacji goleni, z powodu zgorzeli płatów.

W obu ostatnich przypadkach badanie mikroskopowe (prof. BRYKA) stwierdziło rozpoznanie raka.

Podobnie jak stare blizny, tak i długotrwałe wrzody zamienić się mogą bezpośrednio w nowotwór rakowy, a szczególnie wrzody zatokowate, głęboko sięgające, grożą tą niebezpieczną przemianą. Przykłady takie znajdujemy dość licznie w literaturze, i tak: OETTINGER <sup>1)</sup>, FISCHER <sup>2)</sup> i inni przytaczają przypadki, gdzie długotrwałe wrzody goleni przeszły na wrzód rakowy, BILLROTH opisuje przypadek, w którym źródółko *fontanella*, utrzymywane przez lat 28, dało początek rakowi, BERGMAN (l. c.) wspomina o cho-

<sup>1)</sup> Mittheilungen aus der chir. Abt. der Uniwers. Klinik zu Dorpat 1856, str. 213.

<sup>2)</sup> Langenb. Archiv f. Klin. Chir. Tom XII, str. 858.

rym, u którego odleżyna zamieniła się prawie przed jego oczyma na wrzód rakowy.

W naszej kazuistyce znajdujemy dwa przypadki, w których wrzody stare zamieniły się na nowotwór. Jeden z nich tyczył się mężczyzny 51-letniego, u którego od kilku lat istniejący wrzód zatokowaty na pięcie przeszedł na wrzód rakowy. W drugim przypadku u mężczyzny 59-letniego przetoki goleni, pozostałe po zgorzeli kości goleni, istniejące od lat 45, stały się wreszcie przyczyną raka goleni. Dodam tu jeszcze, że chory ten, u którego wykonano amputację uda (14 Lutego 1876), uległ recydywie, która w 2 miesiące po operacji pojawiła się w ranie amputacyjnej i gruczołach pachwinowych.

Wiadomą jest także rzeczą, że kaszaki zwłaszcza drażnione lub niedokładnie oddalone, przejść mogą w nowotwór rakowy. Do znanych już przypadków w literaturze dołączamy następujący:

Kundys Wojciech, lat 41, wyrobnik, zapadał w młodości na częste napady zimnicy, przed 3-ma laty przebył tyfus. Cierpienie miejscowe ma trwać od 6-iu miesięcy i zaczęło się jako obrzęk w okolicy skroniowej lewej wielkości bobu, miękki i niebolesny, który chory często szpilką przekłuwał i wygniatał miazgę białawą, gęstą, poczem jednak obrzęk odzyskiwał wkrótce pierwotną swą objętość, a po kilkakrotnych takich manipulacjach zaczął się powiększać i dwa miejsca przekłucia owrzodziły. Z tego powodu przybył chory 26 Kwietnia 1864 do kliniki, a stan ówczesny był następujący: W środku lewej połowy szwu strzałkowego znajdował się obrzęk wielkości jaja gęsiego, niebolesny, o podstawie stwardniałej i wyraźnie chełbocący. Na szczycie jego dwa otworki, wielkości główki od szpilki i przez nie wycisnąć można z obrzęku miazgę żółtawą nieco z krwią zmieszaną. Skóra na szczycie guza cienka, sina, u podstawy jego jednak da się łatwo w fałdę ująć, z wyjątkiem brzegu zewnętrznego, zwróconego ku skroni. Stan ogólny chorego nie pozostawia nic do życzenia. Dnia 29

Kwietnia 1864 r. wycięto cały nowotwór jak najdokładniej, a rana zagoiła się bez żadnych przypadków w krótkim czasie, pozostawiając bliznę niebolesną i przesuwalną na kości.

Badanie anatomiczne wyjętego guza wykazuje jamę wielkości orzecha włoskiego, napełnioną zrogowaciałami, po części stłuszczonejmi komórkami przybłonkowymi. Górną ścianę jamy tej tworzy cienka, w dwóch miejscach przebita skóra, dno jej wyścielone właściwą torebką kaszaka, która na samej podstawie dochodzi 6—8 mm., ku górze zaś zcieńcza się coraz bardziej i zlewa w końcu ze skórą. Po oddaleniu masy kaszakowej okazuje się ściana wewnętrzna jamy, pokryta wybujałościami kulistymi lub stożkowatymi, również zewnętrzna pierwotnie z *galea aponeurotica* zrosnięta część guza nierówna, z płatków wielkości grochu złożona. Na przekroju torebki kaszakowej tkanina jej okazuje się sucha, prawie bez naczyń, natomiast widać w niej liczne torebki, wielkości ziarenka maku, wypełnione cieczą jasną. Jakby dla stwierdzenia złośliwej natury wyjętego nowotworu, pojawiła się u Kundysa w 2½ miesiąca recydywa, chory ten operowany był jeszcze 2 razy, po ostatniej operacji, zmarł z powodu rozsiania się nowotworu na organa wewnętrzne. Dokładny opis dalszego przebiegu podam niżej mówiąc o przerzutach raków skórnych.

W 16-tu przypadkach podawali chorzy jako pierwotną siedzibę cierpienia brodawki, istniejące od urodzenia. THIERSCH tłumaczy rozwój raka, dość często na takich brodawkach występujący, w ten sposób, że odżywianie się cząstek w nich jest trudniejsze niż w reszcie skóry, łatwiej więc i prędzej ma przychodzić w nich do owych przypuszczalnych zmian odżywczych, które mają sprzyjać bujaniu komórek przybłonkowych, i jako dowód tego przytacza ten fakt, że jedyny przez niego obserwowany przypadek raka przed 30-ym rokiem życia, rozwinął się właśnie z wrodzonej brodawki. Nasze spostrzeżenia w tym kierunku do następnego doprowadzają wyniku:

1 chory	miał	lat	28
2 chorych	miało	po „	35
4 „	„	między	40 a 49
6 „	„	„	50 a 59
3 „	„	„	60 a 70.

Nadto we wszystkich tych przypadkach brodawka taka była drażnioną najczęściej przez częste zrzynanie jej brzytwą podczas golenia się lub też zranienia jej w inny sposób. Tej też okoliczności, że brodawki takie, wystając po nad poziom otaczającej je skóry, więcej bywają narażone na różnego rodzaju drażnienia, przypisałbym względnie często występujące w nich przeobrażenie rakowe.

Siedemnastu chorych podawało jako początek raka pęcherzyki, powstałe czy to po przebyciu zimnicy (*herpes labialis*), albo też pozostałe po przebyciu róży na twarzy. W jednym wreszcie przypadku wyprysk na brzuchu wywołany przez ucisk paska od spodni, zamienił się przez nieodpowiednie zachowanie się chorego na rozległy wrzód rakowy. Przypadek ten pod wieloma względami bardzo zajmujący opisany jest dokładnie.

Wreszcie, jako najważniejszy moment tak częstego pojawiania się u ludu raka skórniego, a zwłaszcza raka wargi dolnej, uważać musimy tę okoliczność, że lud nasz do zagojenia małych zranień, lub nawet rozpadlin na wargach, używa chętnie środków drażniących, np. siarczanu miedzi, ałunu, soku z fajek, lub nawet, jak to podawał jeden chory, okładów z rozcieńzonego kwasu siarczanego. Dość powiedzieć, że z pomiędzy 45 chorych, u których nowotwór miał się rozpocząć od rozpadlin na wargach, i z pomiędzy 123, u których miał bez znanej przyczyny powstać guziczek, a następnie wrzód rakowy, większa połowa przyznała się do używania wspomnianych chemicznie drażniących środków. Tutaj zaliczyłem także 28 chorych, którzy nałogowo używali fajki.

W dwóch wreszcie przypadkach przypisać musimy rozwinięcie się drugiego wrzodu nowotworowego ciągłemu

stykaniu się zdrowej błony śluzowej z istniejącym już nowotworem. Oba te przypadki przytaczam w krótkości.

13. Czisch Jerzy, wyrobnik, lat 47, dziedzicznego usposobienia nie ma. Przed 3-ma miesiącami sparzył język gorącą potrawą i od tego czasu doznawał szczypiącego bólu przy paleniu fajki, której namiętnie używał. W miesiąc potem lewa połowa języka stwardniała i rozpadła się na wrzód rakowy. Nadto w dniu przyjęcia chorego znaleziono na łuku języko-podniebiennym lewym wrzód wielkości grosza, naokoło zdrową błoną śluzową otoczony, o dnie porozpadaniem i wypociną szarawą pokrytem. Dnia 9 Grudnia 1875 r. wykonał prof. BRYK po poprzedniej resekcji szczęki dolnej sposobem LANGENBECK'A, amputację lewej połowy języka aż na 1 cent. od jego nasady, poczem wyjęty został łuk języko-podniebienny ze znajdującym się na nim wrzodem. Badanie mikroskopowe obu wrzodów, wykazało budowę ich rakową (porównaj Nr 12). Chory ten opuścił klinikę d. 25 Lutego 1876 r., wyleczony.

14. Blumenfeld Berek, lat 22, nauczyciel prywatny. Cierpienie miejscowe trwa od 7-iu miesięcy, i poczęło się obrzmieniem i stwardnieniem lewej połowy wargi bez żadnej znanej choremu przyczyny. W 3 miesiące potem miejsce stwardniałe zamieniło się na wrzód mocno rozpadły i łatwo krwawiący. W miesiąc później powstała na odpowiednim miejscu wargi górnej ograniczona stwardniałość, która na 3 tygodnie przed przybyciem chorego do kliniki zamieniła się również na wrzód o cechach podobnych do wrzodu na wardze dolnej. Gruczoły podszczękowe nie obrzmały, badanie całego organizmu nie wykazuje żadnych zmian chorobowych.

Dnia 22 Października 1872 r. wykonano na wardze dolnej plastykę metodą BLASIUS'A, na wardze górnej wystarczyła piątka. Przebieg po operacji zupełnie prawidłowy i w dni 13 chory zupełnie wyleczony opuścił zakład kliniczny.

W obu tych przypadkach ciągle stykanie się z wydzieliną rozpadającego się wrzodu wywołało przez drażnienie istniejącego może jakiegoś małego obtarcia rozwinięcie się nowotworu, trudno bowiem przypuścić, aby nastąpiło to bezpośrednio przesiedlenie się żywych komórek zistniejącego już raka na przytykającą błonę śluzową, gdyż po pierwsze, na samej powierzchni wrzodu rzadko znajdują się świeże komórki, a zresztą przeszczepianie takich komórek w celu wywołania nowotworu, dawało dotychczas zawsze wynik ujemny.

Tym więc sposobem wyczerpałbym wszystkie znane mi momenty etjologiczne, a na zakończenie tego oddziału mej pracy podaję jeszcze zestawienie naszych przypadków według przyczyn, powodujących powstanie raka.

*Dla raka wargi, twarzy, kończyn i tułowia:*

Rozpadliny (na wargach)	45 razy = 18,9%
Zranienie	20 „ = 8,4
Brodawka wrodzona	16 „ = 6,8
Pęcherzyki liszaja lub wyprysku	17 „ = 7,1
Stara blizna	10 „ = 4,2
Stare wrzody	2 „ = 0,8
Oparzenie	3 „ = 1,3
Stykanie się z wrzodem istniejącej	2 „ = 0,8
Guzik występujący bez znanej przyczyny	123 „ = 51,7

*Dla raka języka:*

Spruchniałe zęby drażniące	5 razy = 31,2%
Oparzenie się	2 „ = 12,5
Bez znanej przyczyny	9 „ = 56,3.

Dodać mi tu wypada, że wszyscy prawie ci chorzy używali bądź to przed wystąpieniem raka na języku z powodu nabytego przymiotu, lub dopiero po pojawieniu się wrzodu na języku, kuracyi rtęciowej. Jest więc bardzo prawdopodobne, że samo drażnienie śliną, rtęć zawierającą, może sprzyjać

rozwojowi raka, zwłaszcza u ludzi przymiotem dotkniętych, u których znajdujemy dość często zgrubienia przyskórka na języku (*psoriasis linguae*) i rozpadliny.

*Dla raka części płciowych:*

Wrodzona stulejka (*phimosis*) 8 razy = 42,1% *Między tem:*

1. *paraphimosis, gangrena*, z niej wrzód rakowy.

1. *Circumcisio*—rana nieczysto trzymająca zamienia się na raka.

1. Zatrzymanie moczu, napletek pęka, z rany rozwija się nowotwór.

Wyprysk	3 razy = 15,8.	U kobiet na wargach sromnych.
Zgniecenie	1 „ = 5,2.	Porównaj str. 635.
Bez znanej przyczyny	7 „ = 36 9.	

## II.

### CZĘŚĆ ANATOMICZNA.

Przystępując obecnie do opisu rozwoju raka skór nego, powiedzieć muszę, że badania nasze na tem polu potwierdziły we wszystkich szczegółach zdanie WALDAYER'A podane w jego klassykiem dziele: „Die Entwicklungs-Geschichte des Krebses.“ Trzymając się więc tego autora, podzielimy nasze przypadki na dwie główne grupy, mianowicie na raka głębokiego i płaskiego. Pierwszy z nich znajdował się daleko częściej niż drugi, stanowi bowiem, przeszło  $\frac{3}{4}$  wszystkich przypadków, mianowicie:



Wszystkie raki wargi górnej i dolnej przypadków 158			
Raki języka	z wyjątkiem	3	„ 13
Raki części płciowych	„	3	„ 16
Raki kończyn	„	5	„ 8
Raki na głowie	„	—	„ 6
Raki odbytnicy	„	—	„ 5
			206.

Co do raka płaskiego mamy:

na głowie z wyjątkiem warg przypadków	55
„ kończynach	„ 5
„ języku	„ 3
„ częściach płciowych	„ 3
„ tułowi	„ 1

Razem 67.

Nadto podzielimy przypadki raka głębokiego według ich postaci zewnętrznej na dwa działy. Dopierwszego zaliczamy wszystkie raki mocno rozpadłe, dno ich nierówne, najczęściej kraterowato pozagłębiane, powierzchownie pokryte wiotkimi brodawkami, łatwo krwawiącemi, brzegi zgrubiałe, wyniosłe, zwykle na zewnątrz wywinięte, słowem postać raka miękkiego, zwana przez WALDAYER'A *carcinoma granulorum*.

Do drugiego działu należą wrzody rakowe suche, o powierzchni drobnoziarnistej, pokrytej zwykle strupem z zeschniętej, skąpej wydzieliny, dno jego w całości wyniesione nad poziom otaczającej skóry, cały wrzód chrząstkowato zbity, słowem twardy (*carcinoma durum* FÖRSTER'A). W kilku tylko przypadkach z powierzchni takiego wrzodu wzносиły się dość liczne brodawki złożone z tkanki łącznej tworząc niejako przejście do *papilloma*.

Podział ten jest, jak się to później okaże, ważny pod względem klinicznym, gdyż druga forma pozwala na rokowanie znacznie lepsze niż pierwsza. Niestety, właśnie ta złośliwa odmiana raka przytrafia się znacznie częściej, jak nam to wykażą następane liczby:

<i>Rak miękki:</i>		<i>Rak twardy:</i>
na wardze znaleziono	113 razy	45 razy
„ języku	13 „	—
„ kończynach	8 „	8 „
„ głowie	5 „	5 „
„ częściach płciowych	14 „	2 „
„ odbytnicy	5 „	—
	<hr/>	<hr/>
Razem	158	48

Powodu tak znacznej przewagi raka mocno rozpadającego się, szukać należy, o ile mi się zdaje, w tem, że lud nasz drażni rozwijający się nowotwór najrozmaitszemi środkami i tem przyczynia się do szybszego wzrostu jego i rozpadu.

Jako dowód tego szkodliwego wpływu ciągłego drażnienia na rozwój raka, przytaczam następujący przypadek:

15. Orłów Marcin, lat 60, wieśniak. Miejscowe cierpienie poczęło się w ten sposób, że chory istniejącą od lat dzieciennych brodawkę przy brzegu czerwieni wargi dolnej często ścinał brzytwą podczas golenia się, a dość obfite krwawienie z niej tamował przez posypywanie rany siarczanem miedzi. Wskutek tego brodawka stwardniała i doszła do wielkości wiśni, nie sprawiając choremu innych dolegliwości; prócz dość przykrego swędzenia, które jednak ustąpiło od chwili, gdy chory zaprzestał golenia się. Taki stan trwał lat 5. Gdy jednak Orłów, oddawna wdowiec, poślubił młodą kobietę, zaczął się golić na nowo, poczem istniejący od lat 5-iu guz, kilkakrotnie zraniony, doszedł do wielkości orzecha włoskiego i na powierzchni owrzedział. Chory znów używał domowych środków, przeważnie sinego kamienia, a wreszcie szukał pomocy lekarskiej. Przepisywane mu maści żrące miały tylko ten skutek, że wrzód się powiększał i gruczoły podszczękowe obrzmiały. W dniu przyjęcia chorego do kliniki, d. 21 Czerwca 1863 r., znaleziono stan następujący: Wrzód rakowy zniszczył prawie całą wargę dolną, zęby sieczne dolne odsłonięte, dno wrzodu kraterowate, brzegi grube, na zewnątrz wywinięte, dno

wrzodu nieruchomo z kością zrosnięte, gruczoły podszczękowe twarde, wielkości bobu.

Wykonano resekcyję szczęki dolnej z pozostawieniem mostka szerokiego na  $\frac{1}{2}$  cent. łączącego obie części szczęk, plastykę metodą DIEFFENBACH'A i wyjęto kilka zwyrodniałych gruczołów limfatycznych. Zagojenie się rany bez żadnych przypadków, chory opuszcza klinikę dnia 30 Lipca 1863 r. Ale już w kilka miesięcy pojawiła się recydywa, której chory uległ d. 12 Grudnia 1863 r.

Z pomiędzy reszty przypadków pozwolę sobie przytoczyć następujący, który tak przez niezwykłą formę, jak i swe objawy, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę:

11. Bujak Wojciech, lat 45, wieśniak. Przebył w młodości kilkakrotnie napady zimnicy, w 24-ym roku życia zapadł na ostre zapalenie stawów, wreszcie na rok przed przybyciem do kliniki przebył tyfus brzuszny. W rekonwalescencji po tej ostatniej chorobie spostrzegł w skórze policzka lewego tuż obok gałęzi wstępującej szczęki dolnej guzik, wielkości małego orzecha laskowego, który przez kilka miesięcy pozostał niezmieniony, później jednak zaczął się bez znanych przyczyn powiększać i odtąd sprawiał choremu nieznośne bóle rwące, szerzące się wzdłuż szczęki dolnej, zajmującej lewą połowę języka i lewą okolice skroniową. Bóle te spowodowały chorego do szukania pomocy lekarskiej w klinice chirurgicznej, gdzie znaleziono stan następujący: Na  $2\frac{1}{2}$  ctm. od lewego kąta ust, znajduje się guz wielkości orzecha włoskiego, zrosnięty silnie ze skórą policzka, która zresztą nie przedstawia zmian żadnych. Powierzchnia jego od strony zewnętrznej gładka, przeciwnie od strony jamy ust, wżórkowata. Cały guz znacznej, jednostajnej zbitości, zrosnięty jest w okolicy 3-go zęba trzonowego z kością. Błona śluzowa policzka prawidłowa, nad guzem przesuwalna. W okolicy podszczękowej jeden gruczoł limfatyczny, wielkości bobu, twarde i niebolesny. Chory wynędzniały, gdyż odżywianie się z powodu gwałto-

wnych bólów przy ruchach szczęki dolnej, bardzo jest upośledzone.

Na podstawie tych objawów rozpoznano *fibro-sarcoma*, wychodzące z okostnej szczęki i uciskające na nerw szczękowy dolny.

Nowotwór ten wyłuszczoneo zapomocą cięcia w kształcie klina, z podstawą zwróconą ku górze, wierzchołkiem sięgającym do kąta szczęki dolnej, przyczem oddalono okostną i wycięto kawałek nerwu w miejscu wejścia do kanału szczęki dolnej. Po oddaleniu guza pokazało się, że tenże wywołał na szczęce dolnej zanik prosty, uciskowy bez żadnych zmian zapalnych. Ubytek zastąpiono płatem czworobocznym ze skóry szyi, poczem wyłuszczoneo obrzmiały gruczoł limfatyczny. Co do dalszego przebiegu nadmieniam, że płat przyjął się w całej rozciągłości, *per primam*, z obnażonej kości nie odeszły żadne obumarłe części. Bóle newralgiczne ustały zaraz po operacyi i chory mógł swobodnie usta otwierać. Wyjęty zbity guz otoczony był dookoła na  $\frac{1}{2}$  ctm. częściami zdrowymi. Na przecięciu utkanie jego zbite, blado-różowawe, wśród niego liczne zagłębienia, dochodzące wielkości ziarna prosa, wypełnione masą gęstą, serowatą, i otoczone, jak się to po wypłukaniu tejże masy pokazało, zbitą włóknistą tkanką łączną. Przy bliższem badaniu wygniecionej masy serowatej, okazało się, że składała się z komórek przybłonkowych, otoczonych delikatną tkanką łączną. Na granicy nowotworu natrafiono na przerosłe gruczoły potowe, których kłębki umieszczone głęboko aż wśród warstw mięsnych, były mocno rozdęte przez bujające komórki przybłonkowe. Jasnem więc teraz było, że mamy do czynienia z nowotworem rakowym, wyszłym z gruczołów potowych. Jakby na potwierdzenie tego, pojawiła się już w czasie bytności chorego w klinice we 2 tygodnie po operacyi recydywa w bliźnie, w postaci guza twardego, wielkości orzecha laskowego. Chory jednak na powtórny operacyję nie pozwolił, opuścił klinikę d. 7 Czerwca 1865 r.,

ale już w Listopadzie tego samego roku umarł z powodu szybkiego rozrostu nowotworu.

Na tem zakończę rzecz o odmianach raka skór nego, a przystępuję obecnie do budowy jego mikroskopowej. I tutaj oddzielimy raka płaskiego od głębokiego.

Co do pierwszego powiedzieć możemy razem z WALDAYER'EM, że punktem jego wyjścia są przeważnie głębsze warstwy pokładu MALPIGHI'EGO, rzadziej zaś gruczoły skórne. Na 54 bowiem badanych preparatów znaleźliśmy 38 razy czopy przybłonkowe wychodzące z pokładu MALPIGHI'EGO, 13 razy wykazać się dał początek nowotworu z gruczołów łojowych, a 5 razy z gruczołów potowych. Pozwolę sobie przytoczyć jeden z wybitniejszych przypadków tego ostatniego rodzaju.

17. Izaak Klempner, piekarz, lat 60 liczący. Przed 5-iu laty zadrapał gałęzią brodawkę wrodzoną w okolicy kąta wewnętrznego oka lewego. Ranka ztąd powstała zamieniła się na wrzód, który rozszerzając się bardzo powoli, zajął w przeciągu lat 5-iu całą powiekę dolną, kąt wewnętrzny oka i część powieki górnej. W dniu 5 Czerwca 1873 r. wycięto nowotwór w całej rozciągłości, a ubytek zastąpiono płatem z policzka metodą DIEFFENBACH'ŃA. Badanie mikroskopowe nowotworu przedstawia obraz następujący: Pokład brodawkowy skóry zanikły, torebki włosowe krótkie, ściany ich zgrubiałe; widoczne tu i owdzie gruczoły łojowe przedstawiają się jako płytkie zagłębienia skóry, lub małe faszczkowate wypuklenia torebek włosowych... wypełnione stłuszczałą masą ziarnistą. Zwyr odniałe rakowe gruczoły potowe napotyamy dopiero w głębi między warstwą mięsną, jako wielkie, miejscami rozgałęzione gniazda przybłonkowe. Od gniazd tych prowadzą ku powierzchni skóry kanały proste lub pokręcone, wypełnione stłuszczałami komórkami przybłonkowymi. W opisanych wyżej gniazdach poznać jeszcze można miejscami budowę rurkowatą zwyr odniałych gruczołów potowych, a przysilnych powiększeniach widać tu i owdzie utrzymaną osłonkę własną (*membrana*

*propria*) gruczołów, do których komórki przybłonkowe ustawione są pionowo. Całość przedstawia się jako zwój gniazd okrągłych lub owalnych. Gniazda te pooddzielane są od siebie delikatnymi przegrodami, złożonymi z drobnych komórek wrzecionowatych. Rana po operacji zagoiła się bez żadnych przypadków, a chory opuścił klinikę dnia 6 Lipca 1873 roku. W 11 miesięcy potem zgłosił się chory powtórnie. Nowotwór zajmował teraz kąt wewnętrzny oka, przechodząc cokolwiek na spojówkę. Gdy jednak Klempner nie zgodził się na wyluszczenie gałki ocznej, wyciął prof. BRYK nowotwór jak najdokładniej, a zabliznienie nastąpiło bez żadnych przypadków. Dowiadując się obecnie o losie tego chorego, otrzymałem wiadomość, że już w 3 miesiące po opuszczeniu kliniki pokazała się recydywa w bliźnie. Chory jednak nie szukał zaraz pomocy lekarskiej, a dopiero w Grudniu 1877 r. operowany był w Wiedniu, gdzie mu wyluszczoneo gałkę oczną.

Wkrótce po tej operacji pojawiła się po raz trzeci recydywa, a w Kwietniu 1880 r. chory wprawdzie żyje, uskarża się jednak na różne przypadki mózgowce. Prawdopodobnie więc nowotwór dostał się do jamy czaszkowej.

W pięciu przypadkach raka płaskiego znaleźliśmy owe szczelinowate przestwory wśród tkanki łącznej, wypełnione drobnymi komórkami przybłonkowymi, różniącemi się wybitnie od komórek wrzecionowatych otaczającej tkanki łącznej, które to przestwory uważać musimy wraz z WALDAYER'EM (l. c.) za początki naczyń limfatycznych, w które się wciskają młode komórki nowotworu. Z pomiędzy tych pięciu przypadków przytaczam jeden wybitniejszy.

18. Gast Maryanna, lat 48, utrzymująca sklep z tytoniem. Cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem, przebyła 6 zupełnie prawidłowych porodów. Przed 14 laty spostrzegła tuż pod kątem zewnętrznym oka lewego pęcherzyk wielkości ziarnka maku, który po pęknięciu zamienił się na wrzodzik. Ten zagoił się po kilkakrotnem lapiowaniu i dopiero po 2-ach latach powstał w tem samym miejscu nowy pęcherzyk, który również zamienił się na wrzód. Chora tym razem nie szuka-

ła pomocy lekarskiej, wrzód szerzył się z wolna dalej, aż po 12-tu latach chora zgłosiła się do kliniki w następującym stanie: Przy kącie zewnętrznym oka lewego znajduje się wrzód, wielkości czworaka brzegi jego stwardniałe, nieco nad powierzchnię sąsiedniej skóry wystające, tylko brzeg dolny bliznowato zaciągnięty i miejscami przyskrókiem pokryty. Dno wrzodu pokryte drobnymi brodawczkami, ła two krwawiąciami, wydzielina jego surowiczo-ropiasta zasycha, a cienkie strupki powlekają miejscami dno wrzodu, który zajął jedną trzecią powieki dolnej i na kilka milim. szeroki pasek powieki górnej. Nowotwór na podstawie swej przesuwalności, spojówka oka w stanie silnego nieżyty. Dnia 15 Lipca 1876 r. wyięto nowotwór, ubytek zastępieno metodą DIEFFENBACHA. Badanie mikroskopowe wykazuje obraz następujący:

Czopy przybłonkowe wychodzą z pokładu MALPIGHIEGO, na granicy ich obfity naciek drobnokomórkowy. Wśród niego napotykamy liczne, miejscami porożdymane przestwory, ograniczone wyraźną błoną (*membrana propria*), od których wznoszą się ku pokładowi brodawkowemu skóry liczne cieniutkie wypustki. Przestwory te wypełnione komórkami, zupełnie podobnymi do komórek wchodzących w skład czopów przybłonkowych, miejscami nawet można jak najdokładniej wykazać, jak czopy te wązkiemi swemi końcami wchodzą w początek tej sieci rurek. Wśród rurek sieci widać liczne zrogowaciałe gniazda komórek przybłonkowych. Dno wrzodu stanowią włókna mięsne w rozpadzie drobnoziarnistym.

Przebieg po operacji był zupełnie prawidłowy, a w dniu 30 Czerwca opuściła chora klinikę z lekkim tylko obrzmieniem powieki dolnej. Co do dalszego losu tej chorej, powiedzieć mogę, że w Kwietniu 1880 r., a zatem blisko w 4 lata po operacji żyła w zupełnem zdrowiu, oko nie ucierpiało całkiem, a recydywy ani śladu.

Tyle co do raka płaskiego, gdyż o jego stosunku do sąsiednich gruczołów limfatycznych i o rokowaniu przy tej formie raka pomówimy później; obecnie zaś przystępuję do

rozwoju raka głębokiego. Ten początek swój miał znacznie częściej niż rak płaski z gruczołów skórnych, gdyż na 157 badanych nowotworów znajduję jako punkt wyjścia 48 razy gruczoły łojowe, 5 razy gruczoły potowe, a 54 razy pokład MALPIGHI'EGO, w kilkunastu zaś z pomiędzy tych ostatnich przypadków zajęte były równocześnie i gruczoły łojowe i pokład MALPIGHI'EGO.

Główną jednak różnicą tej formy od poprzedzającej jest, jak to już sama nazwa wskazuje, to, że nacisk komórek przybłonkowych sięga głębiej i niszczy napotykanę po drodze tkaniny. Otóż wypada mi opisać te zmiany w rozmaitych tkaninach, występujące pod naciskiem szerzącego się raka. Nie będą to wprawdzie rzeczy całkiem nowe, sądzę jednak, że nie będzie zbytecznym, jeżeli podam wyniki własnych spostrzeżeń.

Otóż przedewszystkiem podnieść muszę, że na wszystkich preparatach napotykałiśmy na granicy nowotworu naciek drobnokomórkowy, opisany przez WALDAYER'A i który podług tego badacza ma niejako przysposabiać pole dla szerzącego się nowotworu.

Jeżeli naciek rakowy dostał się do warstwy mięsnej, wtedy we włóknach jej wywoływał czworakie zmiany, a mianowicie: Najczęściej włókienka mięsne rozpadają się drobnoziarnisto, zlewając się potem z wspomnianym wyżej naciekiem, otaczającym posuwające się w głąb czopy przybłonkowe. W innych razach mięśnie ulegają zwyrodnieniu woskowemu (glasige Entartung—C. O. WEBER), włókienka ich tracą prążkowanie, stają się połyskujące i przeświecające. Daleko rzadziej napotykałiśmy trzeci rodzaj zmiany, mianowicie prosty zanik mięśni przez tak zwane miejscowe zastąpienie (territorielles Einschmelzen—VOLKMANN). W takich razach włókienka mięsne blade, o niewyraźnym prążkowaniu okazywały brzegi nierówne, jakby poszczerbione lub powygryzane przez naciskające komórki przybłonkowe. Najrzadszą zaś była czwarta zmiana, t. j. zamienienie się mięśnia w pewien rodzaj blizny przez rozszczepaenie się po-



dłużne włókienek mięsnych i zamianę ich na włókna łącznотkankowe. Obrazy tego rodzaju napotykalismy na samej granicy nowotworu i uważaemy je można za objaw dążności po otorebkowania nowotworu.

Podobne zmiany w mięśniach wywoływał także nowotwór przerzutowy, jak tego dowodzi opisany niżej rak przerzutowy w mięśniu sercowym.

W przypadkach, gdzie nowotwór doszedł aż do okostnej, znajdowalismy błonę tę zgrubiałą, nacieczoną drobnoziarnistą masą, wśród której zapuszczały się czopy przybłonkowe, kość w tych razach bywała sklerotyczna.

Przy rakach wreszcie wargi dolnej, które zajęły także szczękę samą, kość była nierówna, powyżerana przez masę nowotworową, zapuszczającą się wgłąb kości, wzdłuż kanałów HAWERS'A, a zniszczenie dochodziło w niektórych razach (np. Telik Jakób Nr 15) do tego stopnia, że z całej kości pozostał zaledwie pasek na kilka milimetrów szeroki.

Naokoło takiego zniszczenia kość była zawsze stwardniała i pokryta licznymi wyrostkami kostnymi. W jednym tylko przypadku, opisany powyżej rak policzka, spowodził prosty zanik kości bez wywołania w niej zmian zapalnych.

Co do zachowania się nerwów przebiegających w sąsiedztwie nowotworu, posiadam 3 przypadki. W jednym z nich (Robak Józef wieśniak, lat 55) rak wargi dolnej zapuścił się w kanał szczęki dolnej i zniszczył nerw w nim przebiegający tak, że na przekroju nie można było znaleźć po nim ani śladu. W drugim przypadku (Telik Jakób) nowotwór zniszczył cały prawie trzon szczęki dolnej, obrósł zupełnie nerw szczękowy, który jednak prócz zgrubienia nerwowej nie przedstawiał żadnych innych zmian, a w historii tego chorego nie znajduję wzmianki, by nowotwór wywoływał zbyt silne bóle.

W trzecim wreszcie przypadku, rak policzka wywoływał tak silne bóle newralgiczne, że chory nie z powodu samego nowotworu, lecz głównie z powodu nieznośnych bólów, szukał pomocy lekarskiej.

Wreszcie nie mogę przemilczeć, że na 13-tu preparatach zauważyliśmy wśród nowotworu zmiany w naczyniach, opisane przez WALDAYER'A, jako to: miażdżycę ich ścian, zatkanie staremi tłuszczalami skrzepami, a w jednym przypadku raka przerzutowego w płucach (opisany dokładnie) wykazać mogliśmy z wielkim prawdopodobieństwem zatkanie naczynia przez zator z masy rakowej.

Niemniej ważnym jak forma zewnętrzna i budowa mikroskopowa nowotworu jest stan sąsiednich gruczołów limfatycznych, to też starać się będą wykazać od jakich powodów zależy częstość zajęcia tych gruczołów przez nowotwór, tembardziej, że przypadki nasze dostarczają licznego pod tym względem materiału. Otóż zdaje mi się, że zasługują tu na uwagę głównie 3 punkta, mianowicie siedzioba nowotworu, jego anatomiczny charakter, a wreszcie trwanie choroby.

Co do pierwszego punktu, przypadki nasze grupują się, jak następuje:

Rak wargi dolnej przyp. 158, grucz. obrzm. 108 nieob. 50 razy.

„ twarzy i głowy	61	„	„	10	„	51	„
„ cz. płciowych	19	„	„	8	„	11	„
„ języka	16	„	„	5	„	11	„
„ kończyn	13	„	„	4	„	9	„
„ odbytnicy	5	„	„	5	„	5	„
„ tułowia	1	„	„	1			

Czyli obliczając procentowo mamy:

Przy rakach warg	gruczoły obrzmiałe w	68,3%
„ „ części płciowych	„ „	42,1
„ „ języka	„ „	31,25
„ „ kończyn	„ „	30,7
„ „ głowy i twarzy	„ „	16,8%

Przy rakach odbytnicy wymacalne gruczoły limfatyczne nie były obrzmiałe ani razu, mimo daleko posuniętej nawet sprawy chorobowej.

Do nieco odmiennych rezultatów doszedł ARNOLD <sup>1)</sup>, według niego bowiem, przy rakach warg, języka i części płciowych, rąk i nóg, gruczoly zajęte są w 50—100% przy rakach twarzy, z wyjątkiem warg, w 21%, przy rakach podudzia i moszen wcale nie.

Za przyczynę tak częstego współcierpienia gruczolów limfatycznych przy rakach warg i języka, możemy przyjąć ruchomość tych części, wskutek czego wrzód nowotworowy bywa ciągle drażniony, a nadto komórki nowotworu będąc prawie zewsząd otoczone włóknami mięsnymi, mogą być łatwo wcisnięte do naczyń limfatycznych (porównaj: ARNOLD l. c. i KÖNIG: Lehrbuch der spec. Chirurgie II Aufl. I Band Seite 371). Że zaś w zestawieniu naszym przy raku języka gruczoly były rzadziej zajęte, niż np. przy rakach części płciowych, to nam tłumaczy następna okoliczność. Przypadków tych mamy razem 16, zatem liczba stosunkowo zbyt mała, by się na niej stanowczo opierać, a nadto chorzy ci zgłaszali się już w pierwszych miesiącach choroby, a trwanie jej, jak się to zaraz przekonamy, ma także wielki wpływ na stan sąsiednich gruczolów.

*Uwagi.* Nadmienić tu muszę, że wedle ustnego uwiadomienia mnie, prof. BRYK uważa, podobnie jak inni badacze, raka języka za szczególnie niebezpiecznego, właśnie z powodu wczesnego zajmowania gruczolów limfatycznych.

Na dowód wpływu trwania choroby na częstość przerzutów, niech nam posłużą następujące zestawienia <sup>1)</sup>. Dla raka wargi:

<sup>1)</sup> Schmidt's Jahrb., tom 161, str. 64.

Trwanie choroby <sup>1)</sup>	Zgłosiło się chorych	Gruczoły zajęte		Gruczoły wolne	
		ilość	procentowo	ilość	procentowo
od 1 do 5 miesięcy	10	4	40	6	60
„ 5 „ 10 „	42	19	45,2	23	54,8
„ 10 „ 15 „	31	25	80,6	6	19,4
„ 15 „ 20 „	19	15	78,9	4	21,1
„ 20 „ 25 „	24	18	75	6	25
„ 30 „ 35 „	5	4	80	1	20
„ 35 „ 40 „	12	9	75	3	25
dłużej nad lat 4	15	14	93,3	1	6,7

*Uwaga.* Z pomiędzy chorych, umieszczonych w ostatniej rubryce, 5 było w 4-ym roku choroby, 4 w 5-ym roku, 2 w 6-ym, 1 w 7-ym, 1 w 10-ym, a jeden podawał nawet że pierwotny guziczek miał trwać lat 20, wszyscy jednak zgadzali się, że pierwotne zmiany na wardze, jako to guziczek, kilkakrotnie powtarzające się rozpadliny wargi, trwały długie lata nim nowotwór zaczął prędzej wzrastać, tak, że właściwie w przypadkach tych trudno oznaczyć początek cierpienia.

Z powyższego zestawienia zatem wynika, że w pierwszych 15 miesiącach tem częściej gruczoły były zajęte, im dłuższy czas upłynął od wystąpienia nowotworu.

W następnych miesiącach prawo to zdaje się nie mieć tej wagi, gdyż w nich procent zajętych gruczołów znowu się zmniejsza, lubo nieznacznie. Do wytłumaczenia tej sprzeczności mogą posłużyć następujące uwagi. Z pomiędzy tych 15-tu przypadków, w których mimo trwania choroby dłużej nad  $1\frac{1}{2}$  roku gruczoły nie były zajęte, 7 razy znajdujemy formę raka twardego, a ta, jak się zaraz przekonamy, rozwija się znacznie wolniej i mniej jest skłonna do robienia przerzutów na gruczoły niż rak miękki, szybko się rozpadający. U trzech chorych cierpienie miało wprawdzie trwać przeszło lat 2, lecz początek jego był u wszystkich trzech następujący: długotrwałe rozpadliny warg, które

<sup>1)</sup> Trwanie choroby obliczono na podstawie podań chorych.

po używaniu lapisu częściowo się zagoiły, później znowu zaczęły ropieć, aż w końcu zamieniły się na wrzód rakowy. Bardzo więc jest prawdopodobne, że zwyrodnienie rakowe rozpoczęło się znacznie później i dlatego mimo pozornie długiego trwania choroby, gruczoły nie ucierpiały.

W pozostałych 5-iu przypadkach nie mogłem znaleźć żadnego powodu, któryby mógł wytłumaczyć brak skłonności do przerzutów w gruczołach limfatycznych.

Przytoczę jeszcze historję choroby jedynej chorej, u której mimo 5-letniego trwania cierpienia, gruczoły przebie były wolne od przerzutów rakowych.

19. Reparowicz Regina, wieśniaczka, lat 61. Cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem, odbyła 4 prawidłowe porody, stan odżywienia dobry. Cierpienie miejscowe rozpoczęło się przed 5-iu laty rozpadnięciem się wargi dolnej, które wkrótce zamieniło się na wrzód, szerzący się powoli. Chora używała w celu wyleczenia się tylko środków obojętnych, przykładła na wargę szmatkę napojoną oliwą lub roztworem cukru. Wrzód powiększał się ciągle, zajął lewą połowę wargi, brzegi jego w dniu przyjęcia chorej do kliniki wyniosłe, mocno porozpadane, łatwo krwawiące. Dnia 14 Września 1871 r. wycięto nowotwór, a ubytek zastąpiono płatem z policzka, metodą BRUNS'A. Chora opuściła klinikę w 5 tygodni po operacyi, a w rok potem cieszyła się jeszcze zupełnem zdrowiem bez śladu recydywy.

Co do raka języka:

Trwanie choroby	Ilość przypadk.	Gruczoły zajęte		Gruczoły wolne	
		ilość	procentowo	ilość	procentowo
od 1 do 5 miesięcy	12	4	33,3	8	66,7
„ 6 „ 10 „	2	1	50	1	50
„ 11 „ 15 „	1	—	—	1	100
„ 21 „ 24 „	1	—	—	1	100

Widzimy zatem, że zestawienie nasze nie zupełnie zgadza się z powszechnie przyjętym zdaniem, według któ-

rego raki języka szczególnie są skłonne do szybkiego zajmowania gruczołów limfatycznych. Wyżej tylko (str. 659) przytoczyłem powody tej różnicy, a tutaj pozwolę sobie opisać dwa przypadki zajmujące, jeden z powodu szybkiego rozwinięcia się raka gruczołów, w których przed amputacją języka nie można było wykazać śladu ich cierpienia, drugi ciekawy o tyle, że mimo 2-letniego trwania cierpienia miejscowego, gruczoły jeszcze były wolne.

20. Suchodolska Helena, lat 36, córka właściciela dóbr. W dzieciństwie słabowita, żółwowata, w wieku młodzieńczym przebywała kilkakrotnie blednicę. menstruacja nieregularna, bolesna. Ojciec jej umarł w 60-ym roku życia na jakies cierpienie żołądka, cechujące się wymiotami krwawymi, matka i rodzeństwo zdrowe. Cierpienie na języku rozpoczęło się przed rokiem w postaci pęcherzyka na prawym brzegu języka. Pęcherzyk ten zamienił się po kilkakrotnem lapiowaniu na wrzód, który w dniu przyjęcia chorej zajmował całą prawie prawą połowę języka, sięgając aż na  $1\frac{1}{2}$  cent. od kości gnykowej. Podstawa wrzodu twarda, powierzchnia prawie gładka, brzegi ostro ścięte i nieco podminowane. Zwołane przez krewnych konsylium lekarskie poleciło energiczne leczenie jodowe, gdy jednak po 2-eh miesiącach stan chorej się nie poprawił, przystąpił do operacji prof. BRYK d. 11 Marca 1874 r. Zapomocą odgniatacza odjęto pod znieczuleniem eterem, zupełnie bez krwotoku, całą prawą połowę języka, a zabliźnienie nastąpiło bez żadnych przypadków do 24 Kwietnia tegoż roku. Blizna miękka, mowa chorej wyraźna. Badanie mikroskopowe, wykonane przez prof. BRYKA wykazało dobitnie cechy raka płaskiego. Już z końcem Maja tegoż roku gruczoły podszczękowe zaczęły obrzmiewać, z początkiem Czerwca doszły do wielkości jaja gęsiego, tworząc guz zbity. Mimo troskliwej pieczy i pobytu chorej na wsi, stan chorej szybko się pogarszał, do końca Czerwca zajęte zostały gruczoły nadobojczykowe, przyczem także wystąpiły objawy nacisku na przełyk. Z początkiem Lipca na

cie skóry przez nowotwór, a 21 Lipca 1874 r. umarła chora wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Sekcyjna nie była robiona, a powyższe szczegóły przebiegu choroby od chwili wystąpienia chorej z kliniki posiadam od lekarza, pod którego opieką pozostawała chora.

21. Piotrowicz Józef, lat 54, wieśniak. Cierpiał od młodości na spruchniałe zęby, których ostre końce, drażniąc przylegające części języka, były przyczyną częstych obtarć na jego brzegach.

Przed 2-ma laty spostrzegł na lewym brzegu języka miejsce stwardniałe, wielkości soczewicy. bolesne przy ruchach języka. Z porady lekarskiej wypalał miejsce to kilkakrotnie lapisem, poczem jednak twardy guzik rozpadł się na wrzód, szerzący się zwolna na sąsiednie części języka. Z anamnezy chorego podnieść możemy następujące szczegóły: Ojciec jego miał być chorowity i umarł wcześniej, matka, mająca już lat 90, cieszy się jeszcze dobrem zdrowiem, z rodziny nikt nie cierpiał na raka. Dzieci Piotrowicza zdrowe i czerstwe. On sam przebył w młodości zapalenie płuc, później nabawił się szankra, z którego wyleczony został przez jakieś środki wewnętrzne, których rodzaju bliżej podać nie umie. Przed 5-ju laty miał doznawać silnych bólów w okolicy wątroby, obecnie cierpi na niestrawność i biegunkę. W dniu przyjęcia chorego znaleziono stan następujący: Na lewej połowie języka znajduje się wrzód, nie przekraczający jego linii środkowej, natomiast szerzący się na dno jamy ust aż do lewego przewodu WILKINSONA. Brzegi wrzodu płaskie, tylko ku tyłowi wyniosłe i poszarpane, dno drobno ziarniste, pokryte masą słoninowatą, podstawa twarda, wydzielina z krwią zmieszana, mocno cuchnąca. Zęby po stronie lewej przeważnie spruchniałe; mowa i polykanie mało utrudnione. Gruczoły podszczękowe nieobrziałe, wątroba powiększona, przy ucisku bolesna.

Ze względu na anamnezę chorego zastosowano leczenie jodowe (*Kali jodati* 0,50 dziennie). Po wyżyciu 20 gramów tego leku, stało się dno wrzodu nieco miększe, jednak

nawet po 30 grammach jodku potassu nie widać było żadnej wybitnej zmiany we względzie wrzodu. Dlatego dnia 24 Kwietnia 1868 r. odjęto lewą połowę języka i chorobowo zmienioną część dna jamy ust zapomocą odgniatacza, strzykającą tętnicę językową lewą podwiązano. Przy badaniu nowotworu pokazało się, że łańcuch odgniatacza posuwał się przez dno jamy ust jeszcze w częściach chorych. dla tego odpowiednią część rany wypalono silnie galwanokauterem. Rana zablizniła się bez żadnych przypadków.

Przy wyjściu z kliniki dnia 20 Maja 1868 r. blizna na języka miękka, na dnie zaś jamy ust wystąpiło chrząstkowate stwardnienie. Chory nie zgodził się na powtórny operację, a dalszy jego los nie jest mi znany. Badanie nowotworu wykazuje co następuje: wyjęta część języka otoczona na  $\frac{1}{2}$  cent. naokoło częściami zdrowymi, tylko na płaszczyźnie odpowiadającej dnu jamy ust zauważano liczne żółtawe gniazda wielkości ziarna prosa, które przy badaniu mikroskopowem okazały się jako złożone z komórek przyblonkowych. Na przecięciu nowotworu widać, że powierzchnia wrzodu pokryta warstwą na 3—4 milim. sięgającą w głąb i złożoną z samych małych okrągławych komórek, które w postaci czopów zapuszczają się w głąb języka. Tylko przy tylnym wyniosłym brzegu wrzodu wykazać można wybitne komórki przyblonkowe i położone wśród nich gniazda komórek zrogowaciałych. Włókienka mięsne w rozpadzie drobnoziarnistym.

W przypadku tym więc rozpoznanie wahało się między wrzodem syfilitycznym (*gunna*) a rakiem, jednak zupełny brak wpływu jodku potassu, pojawienie się recydywy po operacji, a wreszcie badanie drobnowidzowe wrzodu kazało rozpoznać raka języka. Cierpienie to trwało lat 2, nowotwór doszedł znacznych rozmiarów, a przecie gruczoły pozostały wolne od przerzutów; przyczyny tego niezwyklego zjawiska nie jestem w stanie podać.

Przechodzę obecnie do raków na reszcie głowy. Jak to z przytoczonej poniżej tablicy widzimy, już sam rozwój



nowotworu był znacznie powolniejszy niż na wargach, tak że ledwie kilku chorych zgłosiło się w pierwszym roku cierpienia. Powodu tego możemy szukać w tem, że raki te należały prawie wyłącznie do raków płaskich, który właśnie odznacza się powolnym wzrostem. Często nawet napotykalimy częściowe zabliznienie się wrzodu z jednej strony, a powolne szerzenie się w innym kierunku, a u jednego chorego powstały w ten sposób 3 osobne wrzody na czole połączone z sobą tylko tkanką bliznowatą. Dlaczego przy tym rodzaju raka gruczoly limfatyczne mniej często obrzmiewają, to trudno nam wytłumaczyć, ograniczyć się tylko musimy do podania faktu, że gruczoly te znajdowaliśmy bardzo rzadko zajęte, a mianowicie odnośnie do trwania choroby:

Trwanie choroby	I ość przypadk.	Gruczoly obrzmiałe		Gruczoly wolne	
		ilość	procentowo	ilość	procentowo
Do końca 2 roku	10	3	30	7	70
„ „ 3 „	16	2	12,5	14	87,5
„ „ 4 „	7	—	—	7	100
„ „ 5 „	12	3	25	9	75
„ „ 7 „	6	1	16,7	5	83,3
„ „ 10 „	5	1	20	4	80
„ „ 15 „	5	—	—	5	100

Widzimy zatem, że przy rakach tej części ciała, trwanie choroby nie miało wybitnego wpływu na stan gruczolów, ważniejsza pod tym względem była siedziba nowotworu. Przeglądając bowiem historję tych 10 chorych, u których gruczoly były zajęte, znajdujemy 8 razy obrzmienie gruczolów podszczękowych, a mianowicie 5 razy przy siedzibie raka na policzku, przyczem 2 razy nowotwór należał do raka głębokiego, raz na powiece dolnej i przylegającej części policzka, a 2 razy na nosie i części wargi górnej. W pozostałych 2 przypadkach zajęte były gruczoly karkowe przy siedzibie nowotworu w okolicy skroniowej i w je

dynym przypadku raka muszli usznej, w którym jednak ucierpiała już sąsiednia część policzka. Z tego zatem widzimy, że przy rakach płaskich na głowie, raki policzka najbardziej skłonne są do przerzutów na gruczoly limfatyczne. Okoliczność ta zdawałaby się przemawiać za podniesionym już wyżej wpływem ruchomości zajętej części skóry na łatwość dostawania się materjałów nowotworu do naczyń gruczolów limfatycznych. Jeszcze mniej mam danych do wytłumaczenia, dlaczego przy rakach kończyn, części pleciowych i tułowia przy równo długim czasie trwania cierpienia u jednych chorych gruczoly limfatyczne były obrzmiałe, u drugich zaś nie. Być może, że z większej liczby przypadków dałyby się i tutaj wyciągnąć pewne wnioski, obecnie jednak muszę się ograniczyć na podaniu następnego zestawienia:

Trwanie choroby	Ilość przypadk.	Gruczoly zajęte		Gruczoly wolne	
		ilość	procentowo	ilość	procentowo
Do końca 1 roku	17	6	35,3	11	64,7
„ „ 2 „	11	4	36,4	7	63,6
„ „ 3 „	6	2	33,3	4	66,7
„ „ 4 „	1	—	—	1	—
„ „ 6 „	1	—	—	1	—
Dłużej	2	(lat 45) 1	—	(lat 25) 1	—

Do powyższego dodam tylko, że z pomiędzy 4 przypadków raka części sromnych kobiecych, 2 razy gruczoly były wolne, 2 razy obrzmiałe.

W przypadkach raka odbytnicy, z których 3 były w 1-ym roku cierpienia, 1 w drugim, a 1 w trzecim roku, gruczoly pachwinowe nie były ani razu zajęte, mimo znacznego rozwoju nowotworu.

Co do przypadków umieszczonych w ostatniej rubryce, wspomnieć muszę, że u obu tych chorych nowotwór rozwinął się z istniejących od wielu lat wrzodów goleni. Przypadki te opisane są już wyżej.

Jeszcze wybitniejszy wpływ na częstość współcierpienia z gruczołów limfatycznych posiadała anatomiczna budowa nowotworu. Dowodem tego następujące liczby:

Przy raku płaskim: przypadków 67, gruczoły zajęte 8 razy, czyli 11,9%.

Przy raku głębokim: przypadków 206, gruczoły zajęte 128 razy, czyli 62,1%.

Nadto przy dwóch wyżej wspomnianych odmianach raka głębokiego nie jednakowo często znajdowaliśmy przerzuty w gruczołach, albowiem w 48 przypadkach formy twardej były gruczoły obrzmiałe 20 razy czyli 41,7%, podczas gdy przy raku miękkim, mocno rozpadającym się na 158 przypadków, gruczoły były zajęte 103 razy czyli 68,3%.

Wreszcie muszę tu podnieść jeszcze jeden punkt ważny co do gruczołów. Już LISFRANC <sup>1)</sup> powiada, że często przy rakach gruczoły sąsiednie obrzmiewają często z powodu prostego zadrażnienia, jak to ma miejsce przy wszelkich innych wrzodach i rzeczywiście w kilkunastu wyjętych gruczołach nie mogliśmy stwierdzić mikroskopowo nacieku rakowego. Nie mamy jednak żadnych oznak, po których moglibyśmy poznać przy badaniu klinicznym, czy zarodki nowotworu już się dostały do gruczołu czy nie, bo nawet czasem nie można wymacać żadnych powiększonych gruczołów, a jednak, jak mieliśmy przykład w wyżej opisanym raku języka, rozwinął się rak następczy w gruczołach, już po oddaleniu nowotworu pierwotnego. A także pozostawienie gruczołów miękkich nie bardzo wielkich i zupełnie przesuwalnych nie jest bardzo bezpieczne, zwłaszcza przy raku wargi dolnej. Zdanie to opieram na następujących danych. W przypadkach naszych raka wargi dolnej pozostawiono gruczoły co najwięcej wielkości fasoli i zupełnie miękkie u 13 chorych. U 8 (61,0%) z pomiędzy nich zaczęły

---

<sup>1)</sup> Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié. Paris. 1841. T. I, pag. 134.

gruczoły wkrótce po operacji obrzmiewać i chorzy ci zginęli wkrótce z powodu raka gruczołów. U pozostałych 5 (38,5%) obrzmienie gruczołów znikło bez śladu i chorzy ci pozostali wolni od recydywy. Sądząc więc podług tych, lubo niewielkich liczb, należałoby każdy powiększony gruczoł limfatyczny wyluszczać jak najstaranniej. Tej też zasady trzymano się prawie zawsze na klinice prof. BRYKA i wyjmowano nieraz po kilka, w jednym nawet przypadku 11 gruczołów limfatycznych.

Nie tak niebezpieczne było pozostawienie lekko obrzmiałych gruczołów pachwinowych przy rakach części płciowych. Z pomiędzy 8 bowiem takich chorych, tylko u jednego rozwinął się rak w gruczołach, drugi wprawdzie umarł z powodu recydywy, lecz nie mogłem się dowiedzieć, w którym miejscu, czy w bliźnie, po amputacji prącia, czy też w gruczołach pachwinowych odnowił się nowotwór; u 6-iu zaś chorych obrzmienie gruczołów rozeszło się po odjęciu nowotworu bez śladu.

Przy badaniu anatomicznem wyjętych gruczołów, znajdowaliśmy pod mikroskopem albo jednostajny naciek drobnokomórkowy, wśród którego nie można było znaleźć wyraźnych komórek przybłonkowych, albo też, co częściej, wśród tego nacieku natrafialiśmy na gniazda z komórek przybłonkowych dośrodkowo ułożonych, z których najstarsze i prawie zawsze stłuszczałe znajdowały się w środku gniazda. W gruczołach tych można było już przy badaniu makroskopowym widzieć na przekroju, wśród jednostajnie soczystej tkaniny gruczołu, miejsca żółtawe, suche i więcej zbite. Przy gruczołach wielkości bobu lub jaja gołębiego natrafialiśmy często, a przy gruczołach większych prawie bez wyjątku na torbielki różnej wielkości, powstałe przez rozpad komórek przybłonkowych. Ze ścian tych torbieli wyrastały nieraz granulacje, wypełniające mniej lub więcej jamę torbiela, tak, że przekrój przez zwój takich rakowo zwyrodniałych gruczołów przedstawiał obraz bardzo rozmaity.

W ścisłym związku z poprzedzającym stoją przerzuty raka na narządy wewnętrzne, o nich też wypada mi pomówić z kolei.

Z pomiędzy wszystkich naszych chorych, zmarło 21 podczas pobytu na klinice, jeden z nich z rakiem języka nieoperowanym, z powodu daleko posuniętych suchot płucnych. 18 zmarło wkrótce i wskutek zabiegu operacyjnego, tylko 4 chorych pozostawało po pojawieniu się recydywy na klinice aż do śmierci i u wszystkich tych 4-ch sekcya wykazała przerzuty na narządy wewnętrzne.

Historyje tych chorych przytaczam w całości.

22. *Rak policzka, powstały z okaleczenia wewnętrznej jego powierzchni. Operacyja i rozległa plastyka. Śmierć z powodu przerzutów raka na narządy wewnętrzne, a mianowicie płuca i jelito cienkie. Wykazanie czopów z komórek nowotworowych w naczyniach płucnych.*

Petliński Franciszek, lat 56, rotmistrz, pochodzi z rodziców zdrowych, nie przypomina sobie żeby przebywał wazniejsze choroby. Przed  $\frac{1}{2}$  rokiem okaleczył wewnętrzną powierzchnię policzka lewego podczas czyszczenia zębów ostrem piórkiem. Powstała ztąd ranka zabiżniła się wprawdzie wkrótce, lecz pozostało płaskie stwardnienie, wielkości grosza, które powoli się rozszerzało. Za poradą lekarską stosował przez kilka tygodni ciepłe okłady z rozmaitych ziół, a gdy te nie miały żadnego pomyslnego wpływu na postęp choroby, poddał się kilkakrotnemu wypaleniu kamieniem piekielnym. Wskutek tego stwardniała część policzka zamieniła się na wrzód, który w krótkim czasie zajął lewy kąt ust i lewą połowę wargi górnej. Potem wypalano wrzód *kali caustico*, a gdy i to nie pomogło, zgodził się chory na operacyję krwawą. W dniu jego przybycia do kliniki, znaleziono stan następujący: Na wewnętrznej powierzchni policzka lewego znajduje się wrzód, sięgający aż do dziąseł obu szczęk, ku tyłowi ograniczony ramieniem wstępującem szczęki dolnej, dno jego porozpadane, pokryte blado-czerwonemi, wiotkimi, łatwo krwawiącemi

grannlacyjami, podstawa twarda, ściśle odgraniczona. Wrzód zajął także połowę wargi górnej, nie przebiwszy jednak na niej skóry, zniszczył kąt ust i rozszerzył się na wargę dolną w postaci guzowatych mocno porozpadanych wybujałości aż do bruzdy bródkowej. W otoczeniu nowotworu na wardze górnej i dolnej znajduje się kilka guzków wielkości grochu. Wrzód nigdzie nie zrosnięty z kością. Tuż pod szczęką dolną znajduje się gruczoł limfatyczny, wielkości orzecha laskowego, twardy, mało przesuwalny, drugi gruczoł dochodzący wielkości orzecha włoskiego w okolicy kąta lewego szczęki dolnej. Chory wynędzniały, cierpi na brak apetytu i częste biegunki naprzemian z zaparciem stolca. Serce powiększone w rozmiarze poprzecznym, przy wierzchołku jego szmer rozkurczowy, w płucach objawy przewlekłego nieżytu oskrzelowego, wątroba sięga na 2 palca nizej łuku żeberowego, mocz bez białka.

Dnia 22 Lutego 1867 r., wyciął prof. BRYK pod chloroformem cały nowotwór w postaci klina, którego wierzchołek leżał w połowie ramienia szczęki dolnej, a podstawa sięgał do połowy wargi górnej i prawie do prawego kąta ust na wardze dolnej. Łukowaty bok górny tego trójkąta sięgał blisko dolnego brzegu oczodołu, bok dolny zaś dochodził do brzegu dolnego szczęki. Dla zastąpienia tego wielkiego ubytku, wycięto dla wargi górnej płat podłużny z pozostałej części policzka; dla lewej połowy wargi dolnej i wyjętej części policzka odpreparowano szeroki płat ze skóry szyi; wreszcie dla prawej połowy wargi dolnej płat z odpowiedniego policzka, metodą DIEFFENBACH'A. Po odłączeniu płatu z szyi wydobyto bez trudności zwyrodniałe gruczoły limfatyczne, a po podwiązaniu tętnicy szczękowej zewnętrznej i kilku jej gałęzi zespojono przemieszczone płaty w linii środkowej wargi górnej i dolnej szwem szpilkowym, ubytek na szyi i policzkach zaciągnięto, o ile to było możebne, szwami drutowymi, a pozostałe odkryte rany pokryto opatrunkiem zwykłym. Wycięta massa przedstawia się jako trójkąt, o brzegach zaokrąglonych i nierównej podstawie,

składa się ona z policzka w całej jego grubości, połowy wargi górnej i całej dolnej. Wrzód w całym swem otoczeniu objęty jest rąbkiem błony śluzowej, szerokim na 3—4 milim., płaszczyzny cięć okazują wszędzie utkanie prawidłowe. Na przekroju nowotworu na policzku i wardze górnej widać, że naciek komórek przybłonkowych, barwy szarawej, sięga tylko do właściwej skóry, przeciwnie, na wardze dolnej znajduje się kilka rozmiękłych ognisk, przejmujących całą grubość wargi. Przy badaniu mikroskopowem okazuje się że pokład brodawkowy błony śluzowej w zakresie wrzodu jest zniszczony, brodawki skóry zanikłe pod naciskiem napierającego od wewnątrz nacieku rakowego; torebki włosowe i gruczoły łojowe zanikłe; w naczyniach na przekroju widać błonę wewnętrzną, pomarszczoną, średnią zgrubiałą, mięśnie w rozpadzie drobnoziarnistym. W gruczołach wyjętych nie można wykazać komórek przybłonkowych.

Zaraz po operacji wystąpiła gorączka przyranna, a wieczorem dnia drugiego doszła do swego szczytu 39,3° C. Po 6-ju dniach ciepłota wróciła do stanu prawidłowego. Po odjęciu szwów dnia 8-go, okazało się, że płaty na wardze dolnej zgoiły się *per primam*, na wardze górnej, zaś większa połowa przeszła w zgorzel tak, że 2 zęby sieczne, kieł, 1 ząb trzonowy i odpowiednia część wyrostka zębowego szczęki górnej zostały odsłonięte. Dnia 2 Marca lekkie dreszcze, w nocy wystąpiło klucie w boku prawym; badanie wykazało stłumienie odgłosu opukowego aż do kąta łopatki, oddech oskrzelowy, po stronie lewej oddech pęcherzykowy ostry i grubobańkowate rżężenia; ciepłota 39,6° Cels., tętno 120. Kaszlu nie ma, lecz dość silna duszność. Okłady ciepłe na bok prawy, wewnętrznie *emulsio amygd. cum aq. amygd. amar.* i chinina w roztworze 0,60 na dobę. Gdy jednak chory nie chciał tego leku zażywać, z powodu silnego pieczenia w świeżej jeszcze ranie, przystąpiono do wstrzykiwań podskórnych w dawce 0,20—0,40; ciepłota opadła do 36,5° C., tętno do

70 uderzeń na minutę i w tym stanie utrzymały się te objawy przez czas dłuższy. Następnie wstrzykiwano chininę co drugi, wreszcie co trzeci dzień, w ogóle zrobiono 21 iniekcji. Chory znosi leczenie bardzo dobrze, na miejscu wstrzykiwań utworzyły się tylko 2 małe ropnie, które się wkrótce zagoiły. Stłumienie w klatce piersiowej utrzymuje się, wystąpiła obfita śluzowo-ropna płwocina, brak apetytu, biegunka i zaparcie stolca naprzemian. Z końcem Marca chory jest w stanie opuścić łóżko na kilka godzin. Rany na twarzy zgoiły się z wyjątkiem małej przetoki na policzku lewym, gdzie wykryto kawałek obnażonej kości. Mimo to osłabienie chorego znaczne i coraz wzmagające się wychudnienie. W drugim tygodniu Kwietnia zaprzestano wstrzykiwać chininę, ciepłota zaraz podniosła się do 38° C. i tak utrzymywała się prawie aż do śmierci. Dnia 15 Kwietnia wystąpiło białko w moczu, lekki obrzęk koło kostek, w następnych dniach puchlina zajęła całe kończyny dolne, moszna i jamę brzuszną. Wzmagający się ciągle *collapsus*, wolne opadanie ciepłoty aż do 35,4, tętno przepuszczające 110—120. silna duszność. Śmierć d. 2 Maja 1867 r. przy objawach obrzęku płuc.

*Sekcyjja.* Zwłoki mocno wychudłe, rany twarzy zagojone w połowie lewej szczęki dolnej; w miejscu opisanej przetoki odszczep 2 milim. długi, 4—5 milim. szeroki, niezupełnie oddzielony. Puchlina kończyn górnych i dolnych. Czaszki na życzenie krewnych zmarłego nie otwierano. Na szyi gruczoły limfatyczne wielkości bobu, niektóre z nich torbielowatozwyrodniałe; większa część z nich na przekroju blade, zbite, w kilku żółtawe gniazda, złożone, jak się to przy badaniu drobnowidzowem okazało, z komórek przybłonkowych. Gruczoł tarczowy mały, blade, w tchawicy dużo cieczy pianistej, błona śluzowa blade. Płuca po obu stronach przez stare zrasty z opłucną żebrową dość silnie złączone. W płucu prawem na przekroju płąt górny i środkowy łupkowo zabarwiony, zbity, mało powietrza zawierający, oskrzela w nich miejscami porzsze-



rzane w jamy wielkości orzecha włoskiego, wypełnione śluzem ropiastym. W mięszu znajdują się liczne guzy, wielkości bobu lub orzecha włoskiego, zbite, o powierzchni nierównej, złożone z guzków drobniejszych, połączonych z sobą zbitą, prawie ścięgnistą tkanką łączną. Mięsz płuca w płacie dolnym kruchy, ropiasto naciekły, na powierzchni liczne guziki, podobne do wyżej opisanych. Płuco lewe zbite, oskrzela nierówno porozdymane, w szczycie blizny zwapniałe. W połowie tegoż płuca guz wielkości jaja kurzego, podobnie złożony jak guziki w płucu prawem, reszta mięszu surowiczo obrzękła.

Przy badaniu mikroskopowem znaleziono, że zbita tkanka łączna w zakresie opisanych guzów, składa się przeważnie z komórek wrzecionowatych, tworzących pasma rozmaicie się krzyżujące. W oczkach tak powstałej sieci znajdują się owalne lub wielokątne komórki przybłonkowe, częścią dobrze utrzymane, przeważnie jednak stłuszczałe. Wielkość komórek podłużnych 0,008—0,013, jądra ich 0,003, wielokątne, nieco szersze miały średnicy 0,012—0,018 mm. i po jednym jądrze wielkości 0,009 mm.

Dokładne badanie wykazało dalej, że masa przybłonkowa złożona była przeważnie w alweolach płucnych; po oddaleniu bowiem nacieku komórkowego przez wypędzowanie pozostawała tylko sieć gruba złożona z pokręconych naczyń włosowatych i tkanki sprężystej. Oczka tej sieci wynoszą 0,12—0,16 mm., średnice naczyń włosowatych 0,013—0,016 mm., ściany ich w wielu miejscach wyłożone podłużnymi jądrami, przeciwnie zaś tam gdzie masa nabłonkowa znacznie była nagromadzona komórkami okrągłymi, wielkości 0,003—0,005. W ścianach naczyń przebiegających wśród guzików nowotworowych widać liczne, owalne ubytki, które powstały po oddaleniu masy przybłonkowej i nie rzadko spotykano na przecięciach miejsca, gdzie masa nowotworowa bujała z takich otworów w ścianach naczyń w postaci podłużnych lub okrągłych czopów. Nadto naczynia wypełnione były starymi skrzepami, nie rzadko we wną-

trzu ich czopy zbitych komórek przybłonkowych, które z wielkiem prawdopodobieństwem kazały wnosić o ich początku zatorowym. Dalej na odpowiednich przekrojach widać także wciskanie się nowotworów w drobne oskrzelka.

Gruzoły oskrzelowe wielkości orzecha włoskiego, ciemno zabarwione, w znacznej części zwapniałe. W jamie osierdzia do 200 grammów cieczy surowiczej, w jamach sercowych wiotkie skrępy, zastawka dwudzielna zgrubiała, zastawki aorty zwapniałe, sztywne, luk aorty rozdęty, ściany miażdżycowo zwyrodniałe, ściany lewej komórki przerosłe. W jamie brzusznej kilka litrów cieczy surowiczej, wątroba żółtawa, tłuszczowo połyskująca, śledziona mała, torebka miejscami zgrubiała, miąższ zbity, blady. Gruzoły krążkowe powiększone, twarde. Żołądek skurczony, błona śluzowa blada, gładka. W jelicie cienkiem skąpa ilość cieczy żółtawej; w miejscu przejścia w jelito grube, tuż obok zastawki BAUHINIEGO kilka guzików zbitych, suchych, wielkości grochu, barwy żółtawej, wystających po nad błonę śluzową, a sięgających aż do warstwy mięsnej. Badanie mikroskopowe (wykonane przez prof. BRYKA) wykazało, iż składają się one z komórek przybłonkowych, złożonych w błonie śluzowej, podśluzowej, a nawet sięgających aż pod błonę mięsną. Komórki te prawie świeże, bardzo mało tłuszczowo zwyrodniałe. Nerki małe, torebka ściśle przylega, miąższ na przekroju blady, istota korowa miejscami aż na 3 milim. zanikła, żółtawa; kielichy i miedniczka szerokie. W obu nerkach kilka drobnych torbielków. Pęcherz moczowy skurezony, próżny.

Przypadek ten zatem o tyle jest zajmujący, że wykazuje jak najdobitniej sposób tworzenia się przerzutów. Znajdujemy bowiem szereg gruczolów limfatycznych rakowo zwyrodniałych od pierwotnej siedziby raka aż do jamy opłucnej, w naczyniach płucnych zaś napotykamy czopy z masy nowotworowej, od których nowotwór szerzy się najpierw w wolne przestwory alweolów płucnych i drobnych oskrzeli. Ważne są także owe otwory w ścianach naczyń, wi-

doczne po oddaleniu nacieku rakowego, one bowiem tłumaczą jak najdobitniej sposób dostawania się części nowotworu do lewego serca. Nadto przypadek ten jest o tyle szczególnie, że z całego zakresu krążenia dużego znaleziono guziki przerzutowe jedynie w ścianach jelita cienkiego, zatem w miejscu, gdzie wogóle bardzo rzadko napotykaemy jakiegokolwiek zatkanie naczyń; a jednak musimy przyznać, że i tu zarodki nowotworu dostały się drogą naczyni, trudno bowiem przypuścić, aby części nowotworu pierwotnego, połknięte, przeszły bez istotnych zmian przez żołądek i zaszczepiły się w samym końcu jelita cienkiego, tembardziej, że guziki te, złożone z komórek prawie świeżych, kazały wnosić, że powstały one już po wyjęciu nowotworu z jamy ustnej.

23. *Rak głowy, powstały z drażnionego kaszaka, trzykrotna recydywa po operacjach. Przebicie kości czaszki przez nowotwór. Śmierć z powodu przerzutów w płucach i wątrobie.*

Kundys Wojciech, wyrobnik, lat 41. Początek historii tego chorego, u którego rak na głowie rozwinął się z drażnionego kaszaka opisaliśmy wyżej, obecnie więc podajemy dalszy jej ciąg.

Kundys niedługo cieszył się dobrem zdrowiem, bo już w 2½ miesiąca spostrzegł z boku blizny, pozostałej po pierwszej operacji guzik wielkości grochu, miękki i niebolesny, w którego sąsiedztwie rozwinęły się jeszcze 4 podobne guziki, a te wzrastając dość szybko, zlały się z sobą w jeden większy obrzęk. W dniu przyjęcia chorego do kliniki z początkiem Października 1864 r., doszedł ten guz do 9 ctm. długości, a 4—5 cent. szerokości, przesuwalny na swej podstawie, tylko ze starą blizną i pokrywającą go skórą zupełnie zrosnięty. Gruczoły karkowe od wyrostka sutkowego aż do połowy mięśnia mostko-sutkowego lekko obrzmiałe, miękkie i przesuwalne. Przy wyjęciu guza dnia 10j Października, wykonanem za pomocą 2 cięć eliptycznych, zostały obnażone kości czaszki w rozciągłości

starej blizny, również oddalono część powięzi mięśnia skroniowego.

Na przecięciu okazywał guz regularną sieć krzyżujących się pasm tkanki łącznej, wśród których złożone były rdzeniaste, szarawe guziki, z dość licznie nagromadzonym czarnym barwikiem. Guziki, leżące bliżej podstawy wyjętego guza, są zbite i twarde, położone zaś więcej powierzchownie były rozmiękle, sama podstawa nowotworu składa się z cienkiej warstwy tkanki łącznej, skórą z guzem zrosniętą. bardzo zcieńczoną i sino zabarwioną. Badanie mikroskopowe wykazało, że guziki twarde składają się z długowatych komórek przybłonkowych, z których większa część była zrogowaciała lub tłuszczowo zwyrodniała. Co się tyczy skóry, to jeszcze łatwiej niż poprzednim razem wykazać się dało zwyrodnienie gruczołów potowych, gdyż na wielu preparatach można się było łatwo przekonać, że guziki leżące wśród sieci z pasm tkanki łącznej, powstały właśnie z rakowo zwyrodniałych kłębków tychże gruczołów.

Zabliźnienie rany następowało powoli, zwłaszcza z powodu oddzielania się cienkiej blaszki obnażonej kości czaszki, tak, że dopiero z końcem Stycznia 1865 r. opuścił chory klinikę z blizną różowąą, promienisto zaciągniętą i z kością nieruchomo zrosniętą. Tymczasem wspomniane wyżej obrzmienie gruczołów limfatycznych karkowych ustąpiło bez śladu. Ale już z końcem Marca pojawiła się recydywa w bliznie, a przy ponownem przyjęciu chorego dnia 15 Kwietnia 1865 r. znaleziono guz wielkości jaja kurzego, miękki, niebolesny, na podstawie swej prawie nieporuszalności; dwa gruczoły karkowe obrzmiały do wielkości bobu, miękkie i przesuwalne. Nadto cierpi chory od 3 tygodni na nieżyt oskrzelowy, a jako przyczynę jego podaje przeziębienie się przy robocie w polu. Chociaż dwukrotna recydywa mało zostawiała nadziei zupełnego usunięcia nowotworu jednak wskutek natarczywego nalegania chorego przystąpił prof. BRYK do operacji i usunął nowotwór pomocą 2 cięć półkolistych, sięgających aż do kości. Po odjęciu guza poka-

zało się, że kość czaszki w otoczeniu poprzedniej blizny była drobnymi wyrostkami kostnymi pokryta, a prawie w środku rany znajdował się ubytek blaszki zewnętrznej, wielkości czworaka, z którego wystawały grzybowate, mocno broczące wybujałości. Krwotok zatamowano przez opatrunek uciskowy i polecono spokojne leżenie w łóżku i worek lodowy na głowę. Na przekroju nowotwór barwy szarawej, skąpymi pasmami tkankolącznowymi poprzerastany, złożony, jak się to przy badaniu mikroskopowym okazało, prawie wyłącznie z powyżej opisanych komórek przybłonkowych i mocno rozdętych naczyń włoskowatych. Pierwsze dwa dni po operacyi chory nie gorączkuje, stan ogólny niezmieniony, prócz lekkiego kaszlu żadnych objawów nieprawidłowych. Przy zmianie opatrunku dnia 3-go przedstawia się masa nowotworowa wystająca z miejsca ubytku kości szara, zapadła, nie widać na niej ani ruchów tętniących, ani oddechowych. Na opatrunku skąpa ilość rzadkiej ropy. Przeciw istniejącemu zaparciu stolca polecono lekki solny środek przeczyszczający. Wieczorem tego dnia silny dreszcz z następczą gorączką  $39,3^{\circ}$  C., tętno 100. Przy rannej wizycie dnia następnego okazała się róża, zajmująca całą skórę głowy; w płwocinach obfite żyłki krwi, w płucach liczne rzeżenia, ton opukowy wszędzie jawny. Suchą zupełnie ranę opatrzono skubanką, worek lodowy odsunięto, podano znów środek przeczyszczający. Wieczorem obfity stolec, ciepłota  $39,8^{\circ}$  C., tętno 120, w nocy sen spokojny. Przez 3 następane dni stan jednakowy, 4-go dnia wieczorem ciepłota  $40^{\circ}$  C., tętno 140, w nocy męczący kaszel, w płwocinach obfite żyłki krwi. 6-go dnia obrzmienie skóry głowy ustąpiło, ale natomiast rozszerzyło się na twarz i lewą połowę szyi. Chory uskarża się na znaczne osłabienie, objawy płucne ciągle te same. W ciągu dnia dwukrotne wymioty, wieczorem ciepłota  $41,3^{\circ}$  C., tętno 160.

7-go dnia małe ropienie w ranie. Obrzmienie twarzy i szyi zmniejszyło się, róża zajęła lewą połowę klatki pier-

siowej; wieczorem ciepłota 42° C., tętno 160. Wykrztuszenie bardzo utrudnione, znaczna duszność.

8-go dnia stan ten sam, skóra sucha, rozpalona, łuszczy się w płatach.

Dnia 9-go po operacji : śmierć przy objawach obrzęku płuc.

*Sekcja.* Zwłoki wychudłe, skóra lekko żółtawo zabarwiona, licznymi płatami zeschniętego przyskrórka pokryta. W lewej okolicy skroniowej okrągła, aż do kości sięgająca rana 6 ctm. mająca w średnicy, w środku której wybujała masa grzybowata, otoczona ostrą krawędzią kostną. Kości czaszki prawidłowej grubości, warstwa gębczasta gruba. W lewej połowie szwu wieńcowego otwór wielkości centa, w otoczeniu jego blaszka zewnętrzna, drobnymi osteophytami pokryta, masa gębczasta, sklerotyczna. W zatoce sierpowatej krew płynna. Odpowiednio ubytkowi kości znajduje się na oponie twardej guz, wielkości orzecha włoskiego, otoczony rozszerzonymi żyłami, na powierzchni zgorzelińowy. Na przekroju guz ten szarawy, rdzeniasty, bardzo obfitujący w naczynia. Wewnętrzna powierzchnia opony twardej gładka, zresztą błona ta zupełnie prawidłowa. Półkule mózgowe suche, w przestworach podpajęczyczych żadnego wysięku. Miąższ mózgu blade, w komórkach kilka kropel cieczy surowiczej; w zatokach mała ilość krwi płynnej. Bliższe badanie guza z opony twardej wykazało zupełną zgodność w składzie tegoż z nowotworem wyciętym przy ostatniej operacji. Gruczoł tarczowy mały, w tchawicy i krtani śluz pienisty. Oba płuca do ścian klatki piersiowej przyczepione, w płacie górnym płuca lewego tuż pod opłucną guz, wielkości dużego jaja kurzego, żółtawy, w środku rozmiękły, otoczony zbitym miąższem płuc, mało powietrza zawierającym; w płacie dolnym liczone mniejsze, do wielkości orzecha włoskiego dochodzące guziki, wśród miąższu surowiczo obrzękłego. W płacie górnym płuca prawego liczne drobne guziki, wielkości grochu, położone tuż pod opłucną, w płacie dolnym guz, wielkości jaja gęsiego, reszta

mięszu surowiczo obrzękła. W worku osierdziowym do 200 grammów jasnej, surowiczej cieczy; ściany lewej komórki lekko przerosłe; w jamach serca zbite skrzepy krwi, zastawki aorty miążdzycowo zwyrodniałe. W jamie brzusznej do pół litra brunatno zabarwionej surowicy. Wątroba powiększona, w płacie lewym zaraz pod torebką guz, wielkości pomarańczy, żółtawy, rdzeniasty, w środku rozmiękły; podobny guz wielkości orzecha włoskiego, w płacie SPIEGEL'A. Reszta mięszu brunatna, sucha i krucha. Śledziona w dwójnasób powiększona, miąższ jej miękki. Błona śluzowa żołądka i jelit prawidłowa; obie nerki prawidłowej wielkości, blade, w lewej torbiel, wielkości bobu. Pęcherz moczowy skurczony, próżny.

W przypadku tym droga, jaką części nowotworowe dostały się do ogólnego obiegu krwi, nie jest już tak jasną jak w przypadku poprzednim. W całym bowiem przebiegu choroby zauważono tylko 2 gruczoły karkowe, miernie powiększone i miękkie, a lubo w protokóle sekcyjnym nie znajduję wzmianki, czy w nich znaleziono gniazda rakowe, zawsze jednak droga ta jest bardzo wątpliwą. Natomiast nasuwa się przypuszczenie, że części nowotworu dostały się do kości czaszki, a ztąd do płuc. Przemawia za tem zupełne przebicie kości przez nowotwór, jego obfite unaczynienie i znalezienie rozszerzonych żył w jego okolicy. Wprawdzie śmierć nastąpiła już w 8-ym dniu po operacji, zatem wątpliwe jest, by większe guzy w płucach, a zwłaszcza w wątrobie, rozwinęły się w tak krótkim czasie. Przyjając zatem musimy, że już przed ostatnią operacją istniały przerzuty w płucach i wątrobie, a ostatni zabieg operacyjny, otworenie naczyń w samym nowotworze i jego częściowe tylko oddalenie, sprawiły ostre rozsianie się nowotworu, która to sprawa, wraz z wikłającą różą sprowadziły śmierć chorego.

24. *Rak języka, powstały po ślinotoku rtęciowym i drażnieniu języka przez ząb spróchniały. Dwukrotna recydywa, bardzo znaczny obrzęk gruczołów szyjowych. Śmierć z powo-*

*du ucisku na tchawicę. Przerzuty w mięśniu sercowym i wątrobie.*

Fiderkiewicz Jan, lat 44, kupiec, silnej budowy ciała i zdrów zupełnie. Przed 2-ma laty miał wrzód na prąciu, który leczono zapomocą wcierań szaruchy. Podczas tego leczenia wystąpiła silna *stomatitis*, a w jej następstwie próchnienie zębów. z których trzonowy prawy drażnił ostremi swemi krawędziami przylegający brzeg języka, przez co powstał w tem miejscu guzik twardy, wielkości grochu. Ten wzrastał powoli i mimo spiłowania korony drażniącego zęba rozpadł się na wrzód, który w dniu przyjęcia chorego do kliniki d. 4 Października 1871 przedstawiał stan następujący: Na prawym brzegu języka w środku znajduje się wrzód, wielkości grosza, płaski, o brzegach ostrych, nieco wywiniętych, podstawa jego twarda, pokryta brodawkami blado-czerwonemi, na których leży miejscami massa słoniowata. Reszta języka, o ile to dostępne było dotykowi wydaje się prawidłową, również i łuki podniebienne. Zęby w obu szczękach przeważnie spróchniałe, nierówno poszczerbione. Obrzmienia gruczołów podszczękowych, ani karkowych wykazać nie można. Chory niezdeedydowany na operację, życzył sobie spróbować jeszcze leczenia przeciwpriemiotowego, jednak po 4-rotygodniowem używaniu jodku potassu nie widać było żadnej zmiany we wrzodzie na języku. Przyjął więc prof. BRYK do wyjęcia wrzodu zapomocą odgniatacza, które bez żadnego krwotoku wykonał dnia 20 Października 1871 r. Wyjęty kawałek języka długi i szeroki na 2 cmt., w środku niego wrzód otoczony dokoła na 4—5 milim. rąbkiem błony śluzowej zdrowo wyglądającej. Na przecięciu jej jednak równoległym do powierzchni języka, okazała się ona zbitą, blado-żółtawą, wśród niej rozsiane żółte guziki wielkości prosa, z których za uciskiem wydobyć można miazgę złożoną z komórek przybłonkowych stłuszczałych. To więc kazało się domyślać, że mimo zupełnie prawidłowej na oko tkaniny języka, przecie cięcia poprowadzone były w częściach już zwyrodniałych. Badanie mi-



kroskopowe domysł ten stwierdziło, albowiem na płaszczyznach cięć znaleziono wśród włókien mięsnych, drobnoziarnisto zwyrodniałych, liczne komórki przybłonkowe. Rana po operacji zagoiła się bez żadnych przypadków, a powstała blizna wydawała się przy wyjściu chorego dnia 20 Listopada zupełnie podatną i niebolesną. Stan ten długo nie utrzymywał się, bo już z początkiem Stycznia 1872 r. stał się język przy mówieniu i żuciu bolesny, miękka dotąd blizna stwardniała, a wkrótce pojawiły się w niej powierzchowne wrzodziki. Z tego powodu zgłosił się chory 30 Stycznia 1872 r. do kliniki. W czasie tym znaleziono na 2 cent. od końca języka, rozległyłejkowato zagłębiany wrzód, sięgający przez linię środkową języka, a ku tyłowi aż blisko do kości gnykowej, po prawej stronie zrosnięty z podstawą jamy ustnej. Gruczoły szyjowe niezajęte. Z wyjątkiem wyżej wspomnianych dolegliwości żadnego zбочenia w innych narządach. Ponieważ chory nie chciał się zgodzić na wyjęcie całego języka, ani nawet na rozcięcie policzka w celu ułatwienia przystępu do jamy ust, przeto prof. BRYK przystąpił do operacji zapomocą pętli galwanokaustycznej przy o ile można było najbardziej otwartych ustach. Metoda ta była o tyle korzystna, że cienki drut platynowy dał się głębiej wprowadzić niż gruby łańcuszek odgniatacza, a nadto używając rurki podwójnej, pod kątem zagiętej, można było podstawę języka oddzielić prostopadle od jego osi, podczas gdy odgniatacz przy tak głębokiem polu operacyjnem mógł działać tylko w linii ukośnej, a zatem tem łatwiej mogły pozostać części nowotworu nie wyjęte. Aby więc język jaknajgłębiej oddzielić, przeprowadzono drut zapomocą igły osadzonej na trzonku kątowato zgiętym, następnie przecięto bisturem łuk języko-podniebienny prawy i po połączeniu drutu z baterją, oddzielono prawą połowę języka od swej podstawy. Następnie udało mi się już łatwiej przepalic język w kierunku podłużnym, a wreszcie przez dwukrotne założenie pętli galwanokaustycznej oddalono zwyrodniałą część jamy ustnej. Przy tym ostatnim akcie zaczę-

ła krwawić tętnica językowa, którą jednak z łatwością podwiązano. Z lewej połowy języka pozostał pasek, na 2—2½ cent. szeroki. Wyjęta część języka miała kształt trójkąta 5 ctm. długa, a przy podstawie szeroka na 3 cent. Zawarty w niej guz nowotworowy, wielkości orzecha włoskiego, na przekroju szarawej barwy, prawie chrząstkowato twardy, otoczony dokoła zdrową na pozór błoną śluzową. Przy bliższem jednak badaniu wykazać się dały tuż pod strupem wśród włókien mięsnych drobne milijarne guziki, najliczniej ku podstawie języka rozsiane, złożone z komórek przybłonkowych. W pierwszych dniach po operacji pojawił się kaszel i trudności przy połykaniu, objawy te jednak wkrótce przeminęły. Ligatura tętnicy językowej odeszła dnia 6-go, strup w jamie ust oddzielił się do dnia 12-go. Rana w przedniej połowie języka zupełnie czysta, tylna zaś część jej pokryta wypociną słoninowatą. Od dnia 14-go zaczęły obrzmiewać gruczoły limfatyczne karkowe, a wkrótce potem i podszczękowe, tak, że w przeciągu dwóch tygodni powstał na prawej połowie szyi guz, wielkości pięści, sięgający od ucha do połowy szyi, ku przodowi aż do krtańni i przedzielony przez podniesiony mięsień mostko-obojęczykowy na dwie nierówne połowy. Chory nie gorączkuje, przechadza się większą część dnia po sali i prócz uczucia prężenia w prawej połowie szyi, nie skarży się na żadne inne dolegliwości; apetyt i sen prawidłowy. Rana w jamie ust zagoiła się aż do połowy języka, reszta jej zamieniła się na wrzód lejkowaty, pokryty drobnymi, blado-różowymi brodaweczkami.

W pierwszych dniach Marca, pokazało się, wśród wzmagającego się naprężenia i zaczerwienienia skóry, w okolicy prawego kąta szczęki dolnej miejsce wyraźnie chełboczące. Po nakłuciu bisturem wylało się blisko 30 grammów gęstej, żółtawej ropy. Od miejsca nakłucia ropnia rozszerzyła się dnia następnego róża na całą skórę twarzy i głowy. Po 14 dniach ustąpiła, jama ropnia się zaciągnęła i odtąd wydzielała się z pozostałego otworka skąpa ilość rzadkiej ropy. Pod

koniec Marca obrzmiały także gruczoły nadobojczykowe, tak, że guz po prawej stronie szyi sięgał od ucha aż do obojczyka; krtani wyparta znacznie ku stronie lewej. Chory musiał teraz ciągle przebywać w łóżku w położeniu na pół siedzącym, by znaleźć ulgę od dręczącej duszności. Śmierć dnia 21 Kwietnia 1872 r. wśród silnego napadu duszności.

*Sekcyja.* Zwłoki wychudłe. Po prawej stronie szyi rozciąga się od mostka i obojczyka, od brzegu mięśnia kapturowego aż do wypartej na lewo krtani guz, wielkości główki dziecka. Skóra nad nim mocno naprężona, w okolicy kąta szczęki dolnej wrzód zatokowaty, wydzielający ciecz posokowatą. Kości czaszki cienkie, w zatokach krew płynna, opony miękkie i sam miąższ mózgu przekrwione. W komórkach mózgowych do 15 grammów jasnej surowicy. Po wyjęciu języka wraz z krtanią i kością gnykową na zewnątrz okazało się, że po prawej stronie pozostał jeszcze pasek języka na 1 cent. szeroki. Część ta jak i utrzymana na 2—2½ cent. szeroka część lewa języka, zamieniona była z wyjątkiem przedniej części lewej połowy, w masę szarawą, jakby bliznowatą, wśród której znajdują się liczne torbielkowate przestrzenie, wielkości ziarna siemienia, wypełnione miazgą żółtawą. Massa ta rozszerzała się na dno jamy ust, łuk języko-podniebienny prawy i zlewała się z guzem, znajdującym się na szyi. Błona śluzowa nagłośni, jak i więzadła nalewkowo-nagłośne czerwone, surowiczo obrzękłe, wśród niej liczne guziki żółtawe, wielkości ziarnka prosa, złożone, jak się to przy bliższem badaniu okazało, z komórek przybłonkowych. Reszta błony śluzowej w krtani biała, w tchawicy śluz pienisty. Opisany guz na szyi okazuje się po rozcięciu go jako złożony ze zwoju gruczołów limfatycznych, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego, pozrastanych tak między sobą, jak i z otaczającemi je mięśniami i ścianami żyły szyjowej wewnętrznej. Poszczególne gruczoły zwłaszcza w obwodzie guza rdzeniasto naciekłe, w gruczołach bliższych języka, zwłaszcza w podszczękowych liczne

gniazda żółtawe, wielkości ziarna siemienia lub grochu, złożone z masy przybłonkowej, częścią zaś torbielki wielkości ziarna grochu, wypełnione cieczą gęstą, mętną, żółtawą. Gruczoły karkowe po stronie lewej zajęte również naciekiem rakowym, lecz w stopniu znacznie mniejszym. Gruczoł tarczowy duży, przekrwiony. Oba płuca przez dawne zrosty opłucnej, przyczepione do ścian klatki piersiowej. W lewym płacie dolnym jama wielkości jaja gołębiego, komunikującą z oskrzelem, wypełnioną śluzem ropiastym, zresztą miąższ obu płuc mocno obrzękły. W worku osierdziowym do 60 grammów cieczy surowiczej, jasnej, prawa komórka nieco rozszerzona, wypełniona wiotkimi skrzepami krwi. Na granicy między przedsionkiem a komórką, tuż pod prawem uszkiem guzik, wielkości ziarna grochu, barwy blado-żółtawej, dokładnie odgraniczony od otaczającej ściany sercowej. Badanie mikroskopowe tych guzików wykazuje obraz następujący: Wśród włókienek mięsnych widać małe gniazda, których środek stanowi kilka większych komórek o 2-ch lub 3-ch jądrach, obok nich zaś dośrodkowo ułożone mniejsze komórki przybłonkowe. Naokoło włókienka mięsne i tkanka łączna śródmięśniowa w bujaniu drobnoziarnistem. Na innym preparacie widać guziczek, złożony z 3-ch takich gniazd przybłonkowych, naokoło włókienka mięsne woskowo, miejscami kolloidalnie zwyrodniałe. Zastawki sercowe zupełnie prawidłowe. Wątroba prawidłowej wielkości, pod torebką prawego płatu guz, wystający nad powierzchnię, wielkości bobu, w środku rozmiękły, w obwodzie zbity, barwy szarawej, w otoczeniu jego kilka żółtawych, stłuszczałych komórek przybłonkowych, złożonych z guzików wielkości ziarna prosa. Reszta miąższu brunatna, przekrwiona. Śledziona mała, ciemnoczerwona. W obu nerkach prócz kilku małych torbielków nie nieprawidłowego. Błona śluzowa żołądka i jelit rozpułchniona, grubą warstwą śluzu pokryta. Pęcherz moczowy próżny.

Przypadek ten zatem przedstawia kilka zajmujących szczegółów. Najpierw pod względem praktycznym wykazuje jak najdobitniej, jak ważnem jest, zwłaszcza przy raku języka, prowadzenie cięć daleko od wymacalnych granic nowotworu. W mięsistym tym organie bowiem poszczególne komórki nowotworu zostają niejako wciśnięte pomiędzy włókna mięsne, zdaleka od granic pierwotnego wrzodu, i to tak, że przy macaniu palcem nie można wynaleźć w częściach już zakażonych żadnej różnicy, co do zbitości lub jednostajności utkania.

Najciekawszy jednak w tym przypadku jest sposób powstania przerzutów na narządy wewnętrzne. W całym przebiegu choroby nie zauważono ani dreszczów ani gorączki, śmierć nastąpiła jedynie przez ucisk guza na szyi na krtań i tchawicę, a jednak przy sekcji znaleziono przerzuty, i co szczególne, nie w płucach, lecz tylko w mięśniu sercowym i wątrobie. Musimy więc przyjąć, że do obiegu ogólnego krwi dostały się części nowotworu tylko w bardzo małej ilości i tak drobne, że przecisnęły się przez naczynia włosowate płucne i uwięzły dopiero w zakresie krążenia dużego. Analogiję do tego przypadku znajdujemy dość często i przy innych sprawach zatorowych.

25. *Rak na skórze brzucha, powstały z wyprysku. Bardzo widoczny sposób szerzenia się nowotworu drogą naczyń limfatycznych, rozchodzących się na wszystkie strony od pierwotnego nowotworu. Śmierć z wyniszczenia. Przerzuty w śródpiersiu i w płucach.*

Samek Wojciech, lat 60, pachciarz, nie przebywał dotychczas żadnej ważniejszej choroby, usposobienia dziedzicznego stanowczo nie ma. Cierpienie miejscowe odnosił chory do ucisku paska, którym się mocno spinał, przyczem ugniatane było prawe podżebrze w miejscu, gdzie się znajdowała sprzączka paska. W miejscu tem powstawały często drobne pęcherzyki, które chory z powodu przykrego swędzenia zwykle zdrapywał, przyczem skóra powierzchownie ropiała. Przy odpowiedniem leczeniu wyprysk zagoił się, po

niejakim czasie znowu wracał i znów ustępował, a chory mimo częstych powrotów choroby nie mógł się odzwyczaić od noszenia paska. Przed 2-ma miesiącami wystąpiło w wymienionem miejscu rozległe stwardnienie skóry, któremu towarzyszyły silne kłujące bóle. Bóle te wzmagaly się przy każdorazowym działaniu tłoczni brzusznej, a nawet utrudniały oddechanie. Wezwany lekarz polecił spokój w łóżku, zimne okłady i postawienie pijawek, poczem bóle się zmniejszyły, ale stwardnienie skóry utrzymywało się dalej. W celu usunięcia tegoż polecono wcieranie szaruchy, lecz już po kilku dniach ranki po pijawkach zamieniły się na małe wrzody, które pod uciskiem paska ciągle się powiększały i zarazem zlały się w jeden wrzód płaski, który mimo różnych leków nie chciał się zagoić. W dniu przyjęcia chorego do kliniki, d. 11 Listopada 1866 r., znaleziono w lewem podżebrzu wrzód nieco większy, jak dłoń mężczyzny, kształtu prawie okrągłego, sięgający od łuku żebrowego na 2 cent. ponad pępek, ku wewnątrz dochodzący do linii białej, od zewnątrz ograniczony linią sutkową. Wrzód ten na mięśniach brzusznych przesuwalny, tylko w okolicy chrząstek żebrowych mocno do swej podstawy przyczepiony. Dno wrzodu nierówno powyżerane. pokryte blademi, wiotkimi brodawkami, brzegi ku dołowi wyniosłe, guzowate, ku górze płaskie, częściowo zabliznione. Znaczna bolesność i skłonność do krwawienia. Reszta skóry w otoczeniu zdrowa, pacjent silnie zbudowany; w narządach wewnętrznych nie można wykazać żadnych zбочeń. Trwożliwy chory nie dał się żadnym sposobem namówić do operacji krwawej i dopiero po długiem ociąganiu zezwolił na wypalenie wrzodu sposobem LANDOLFI'EGO, co też prof. BRYK uskutecznił d. 23 Listopada. Strup zbity, blisko na pół centim. gruby, oddzielił się dopiero 7 Grudnia, pozostawiając dobrze granulującą ranę, która od górnego brzegu zaczęła się zablizniać. Jednak ta dążność do gojenia nie trwała długo. Wkrótce pokazały się na dolnej części wrzodu brodawki sine, grzybowate, łatwo krwawiące, a wyjęty

kawałek okazał przy badaniu mikroskopowem wybitną budowę rakową. Dlatego obłożono d. 27 Grudnia dolną część wrzodu powtórnie masą LANDOLFI'EGO. Po odpadnięciu strupa w pierwszych dniach Stycznia, stwardniało dno wrzodu, ruchomość wrzodu znikła, i widocznem było że nowotwór zajął mięśnie tkanki brzusznej, Ku końcowi tego miesiąca rozpadła się świeżo powstała blizna w górnej części wrzodu. Wkrótce potem wystąpiły drugorzędne guzy w okolicy wyrostka mieczykowatego, które sięgając aż do lewej sutki tworzyły szereg guzików przesuwalnych, dochodzących do wielkości orzecha laskowego i połączonych z sobą zapomocą twardych pasem. Koło samej sutki nagromadziły się one najliczniej i już z końcem Marca zlały się z sobą, tworząc tu guz, wielkości pomarańczy. Także wrzód na ścianie brzusznej rozszerzył się tymczasem aż po za linię białą, ku dołowi aż do pępka, a to głównie przez rozpad drobnych guzików, powstających ciągle w jego obwodzie. Również opisany guz w okolicy sutki rozpadł się na wrzód grzybowaty.

Aż dotąd sen i apetyt chorego były dobre, chory nie gorączkuje, a stan ten utrzymywał się blisko przez 2 miesiące, przyczem i nowotwór nie rozszerzał się dalej. Ale już w Lipcu zaczęły siły chorego upadać, tak, że większą część dnia musiał przepędzać w łóżku, szczególnie niszczyły go krwotoki, występujące często z owrzedziałych powierzchni. Wśród wzrastającego osłabienia obrzmiały gruczoły limfatyczne w lewej pasze, po prawej zaś rozwinęło się od górnego brzegu wrzodu pierwotnego różańcowate pasmo guzików wielkości orzecha, połączonych z sobą twardemi pasmami. Różaniec ten, szerząc się dość szybko, doszedł do prawej sutki, potem do prawej pachy, gdzie w przeciągu kilku tygodni powstał guz wielkości pięści. Podobnie od dolnego brzegu wrzodu pierwotnego wysunęły się szeregi guzików, wielkości grochu lub jaja gołębiego, połączone z sobą również twardemi, grubemi pasmami, które

wpadały do gruczołów pachwinowych twardych i bardzo znacznie powiększonych. Odtąd siły chorego nikły szybko, apetyt się zmniejszył, wystąpił suchy, męczący kaszel, a dnia 13 Września 1867 r. umarł chory przy objawach ogólnego wyniszczenia.

*Sekcja.* Zwłoki wychudłe, na dolnych kończynach opuchlina miernego stopniu. Mózg w wysokim stopniu niedokrwesty, błony mózgowe nieco surowiczo nasiąkłe. Gruczoł tarczowy mały, blady. W tchawicy skąpa ilość pienistej cieczy. Gruczoły limfatyczne nadobojczykowe wielkości grochu, blado-różowe, surowiczo nasiąkłe. Mostek po stronie lewej w okolicy przyczepienia się chrząstki 4-go żebra, której częściowo brakuje, przebity przez masę nowotworową, tak, że powstał otwór wielkości talara. Nowotwór zajmuje także zewnętrzną blaszkę osierdzia, tworząc na niej guz, wielkości orzecha włoskiego, zbitości galarety. W przednim śródpiersiu znajdują się nadto trzy guziki twardsze, blado-żółtawe. W jamie osierdzia blisko 100 grammów cieczy surowiczej. Wewnętrzna powierzchnia osierdzia gładka; w miejscu zrośnięcia z nowotworem ściana jego zgrubiała do 3 milim. Serce prawidłowych rozmiarów, w jamach jego skąpa ilość skrzepów wiotkich, zastawki prawidłowe. Oba płuca przez stare zrosty przychczone do ścian klatki piersiowej. Tak na powierzchni ich jak i wśród samego mięszu rozsiane są liczne guziki, wielkości soczewicy lub grochu, barwy żółtawej; częścią suche i zbite, częścią soczyste, rozmiękłe. Opłucna ponad powierzchownymi guzikami zgrubiała, mięsz płuca wokoło przerzutowych ognisk nowotworowych zbity, zresztą surowiczo obrzękły. Gruczoły oskrzelowe, w znacznej części zwapniałe. W jamie brzusznej blisko litr cieczy surowiczej, w zakresie pierwotnego wrzodu ściana brzuszna w całej swej grubości zmieniona w jednolitą, zbitą, żółtawą, miejscami galaretowatą masę, której granicę tworzy na 3 milim. gruba otrzewna. Wewnętrzna powierzchnia tejże błony w całej jej rozciągłości, gładka, poły-



skująca. Wątroba barwy brunatnej, w pęcherzyku żółciowym skąpa ilość zielonej, lepkiej żółci. Śledziona mała, sucha, niedokrwista, torebka jej pomarszczona, miejscami zgrubiała. Żołądek skurczony, próżny, zresztą prawidłowy, także cały przewód pokarmowy nie przedstawia żadnych zbroczeń. Obie nerki prawidłowej wielkości, blade, w pęcherzu kilka kropel moczu. Gruczoły w okolicy sutkowej i pachowej lewej na przekroju żółtawe, suche, miejscami torbielowato zwyrodniałe. W prawej pasze i w obu pachwinach gruczoły naciekle masą przybłonkową, częścią suche, częścią na miazgę rozpadłe.

Przypadek ten zatem różni się swym przebiegiem od wszystkich poprzedzających. Jest on zupełnie analogiczny do ogłoszonego przez VIRCHOW'A <sup>1)</sup> raka mięsnego płuca i dla wytłumaczenia jego przebiegu musimy przyjąć wraz z VIRCHOW'EM <sup>2)</sup> że komórki nowotworu dla jakichś nieznanych przyczyn nie przechodzą swobodnie przez gruczoły limfatyczne, lecz gromadzą się w nich, wypełniają szczerlnie ich światło, a nawet miejscami przebijają ich ściany, tworząc w ten sposób wraz z obrzmiałymi gruczołami owe szeregi mniejszych i większych guzów, połączonych z sobą twardymi pasmami.

---

### III.

#### CZEŚĆ KLINICZNA.

Obecnie przystępuję do najważniejszej części mej pracy, mianowicie do oznaczenia raka skór nego, częstoci i cza-

---

<sup>1)</sup> VIRCHOW. Trois observations de tumeurs épithéliales généralisées. Gazette méd. de Paris 1855, p. 212.

<sup>2)</sup> VIRCHOW. Die Krankhaften Geschwülste. Berlin 1863. Tom I, str. 53.

su pojawiania się recydywy, oraz do omówienia wyników operacyjnych. Punkta te pod względem praktycznym mają wielkie znaczenie, niestety, dokładne ich rozwiązanie o tyle jest trudne, że chorzy opuściwszy zakład kliniczny rzadko tylko zgłaszają się powtórnie i dla tego nie mamy tak dokładnych i zupełnych wiadomości o wynikach operacyjnych w ogóle, jakby to było pożądane. Aby jednak o ile można jak najwięcej pozbierać potrzebnych wiadomości, przesłano ze strony kliniki do ks. proboszczów gmin, z których pochodzili chorzy, odpowiednie prośby z zapytaniem o stan zdrowia operowanego, czas recydywy i śmierci. Mimo wielu trudów jednak, nie udało mi się zebrać potrzebnych wiadomości o wszystkich naszych chorych, a to głównie z powodu, że ludzie ci przybywając do kliniki podawali często fałszywie swe mieszkania, tak, że odszukanie ich było niemożliwe. Tak więc opierać się muszę tylko na 189 przypadkach, z których 125 odnosi się do raków wargi, 8 do raków języka, 37 przypadków raka na innych okolicach głowy, 11 na częściach płciowych, a 8 na kończynach i tułowiu.

Jak to już wyżej nadmieniałem, raki warg i języka różnią się znacznie tak co do czasu trwania sprawy chorobowej, jak i względnie częstości jej powrotów od raków na innych okolicach głowy, kończynach i tułowiu, tak, że i tutaj zmuszony jestem raki wargi i języka osobno wziąć pod uwagę.

Najpierw więc co do czasu trwania choroby. Z pomiędzy 125 operowanych, o których dalszym losie pewne posiadam wiadomości, 50 umarło wskutek recydywy, a 6 wskutek zabiegu operacyjnego, z pozostałych zaś 69—4 umarło na inne choroby (2 razy zapalenie płuc, raz cholera i raz ogólna puchlina), wszyscy 4 po upływie przeszło lat 3-ich od czasu operacji, reszta 65 była przy życiu w czasie otrzymania wiadomości o nich od ks. proboszczów. Co do tych ostatnich zatem, nie mogę obliczać całego trwania choroby, być bowiem może, że u kilku lub kilkunastu z nich pojawi się jeszcze recydywa. Muszę się zatem ograniczyć na po-

daniu trwania sprawy chorobowej od jej wystąpienia aż do dnia wykonania operacji.

Otóż według podania tych chorych, miało trwać cierpienie:

u 1	lat 7
„ 1	„ 6
„ 4	„ 5
„ 1	„ 4
„ 4	„ 3
„ 7	„ 2
„ 8	więcej jak 1 rok
„ 16	1 „
„ 27	mniej jak 1 „

czyli, obliczając przecięciowo, mielibyśmy w przypadkach, w których nie przyszło do recydywy, trwanie choroby blisko  $1\frac{1}{2}$  roku.

Z pomiędzy tych wyleczonych, stan wolny od choroby trwał:

u 1	lat 13
„ 1	„ $11\frac{1}{2}$
„ 1	„ $10\frac{1}{2}$
„ 3	„ 8
„ 5	„ 8 i kilka miesięcy
„ 5	„ 6 „ „
„ 2	„ 5 „ „
„ 10	„ 4 „ „
„ 12	„ 3 „ „
„ 9	„ 2 „ „
„ 10	więcej jak 1 rok
„ 6	mniej jak 1 „

Jeżeli więc razem z BERGMAN'EM i innymi autorami przyjmiemy za ostateczny czas pojawiania się recydywy przy raku wargi lat 3, do czego nas zresztą upoważnia i nasze własne badanie, natenczas podług powyższego wykazu mielibyśmy 44 uleczeń pewnych, co stanowi 35,2%

odliczając od 124 znanych przypadków i 25 uleczeń niepe-  
wnych czyli procentowo 20%.

Przejdźmy teraz do chorych, którzy umarli czy to  
z powodu recydywy, czy też wskutek zabiegu operacyjnego.  
Mamy ich, jak to już wyżej wspomniałem, 56. Obliczając  
u nich ogólne trwanie choroby, przychodzimy do następnego  
zestawienia.

u	1	całe	trwanie	choroby	wynosiło	11 <sup>2</sup> / <sub>3</sub>	lat
„	1	„	„	„	„	8	„
„	1	„	„	„	„	7	„ i kilka mies.
„	1	„	„	„	„	6	„ „ „
„	3	„	„	„	„	5	„ „ „
„	6	„	„	„	„	4	„ „ „
„	6	„	„	„	„	3	„ „ „
„	2	„	„	„	„	3	„ „ „
„	13	„	„	„	„	2	„ „ „
„	6	„	„	„	„	2	„ „ „
„	8	„	„	„	„	1	„ „ „
„	3	„	„	„	„	1 rok	„ „ „
„	5	„	„	„	„	mniej jak 1	„

Nadmienić tu muszę, że tych kilku chorych, u których  
cierpienie trwało lat 5 i więcej, należało właśnie do tych,  
u których nowotwór pozostawał bardzo długo w pierwot-  
nych swych stadyjach, tak, że trudno było oznaczyć wła-  
ściwy jego początek. I tak, chorym, u których śmierć na-  
stąpiła dopiero w 11 lat, licząc od początku choroby, był ów  
Orłów, którego historję podałem wyżej (N. 15), u którego,  
jak to widziliśmy, guzik na wardze, doszedłszy pewnej  
wielkości, pozostawał w jednakowym stanie lat 5. W in-  
nych z pomiędzy tych przypadków, przebieg choroby prze-  
rywany był przez operacje, po których wcześniej lub póź-  
niej pojawiała się recydywa.

Biorąc więc średnio z powyższego zestawienia wypa-  
dałoby jako czas trwania raka wargi, lat blisko 3.

Tak było w przypadkach operowanych. Ważnem by  
było jednak wiedzieć, czy operacja nawet w razie pojawie-

nia się recydywy przedłuża życie chorego, czy też nie? Żałuję mocno, że do dania odpowiedzi na to pytanie za szczupły mam materiały, gdyż z pomiędzy 24 chorych nieoperowanych. tylko u 4-ch, którzy zgłosili się w tak posuniętym okresie choroby, że o operacji już nie mogło być mowy, wiadomy mi jest dzień ich śmierci. U jednego z nich cierpienie trwało w ogóle 2½ roku, u dwóch po lat 2, u jednego rok 1, średnio zatem rok 1 i 10 miesięcy. Są to jednak, jak już powiedziałem, liczby zbyt małe, by z nich jakiegokolwiek wyciągać wnioski <sup>1)</sup>, w każdym razie nie sprzeciwia się to przypuszczeniu, że operacja przedłuża życie chorego.

Przejdźmy teraz do czasu pojawiania się recydywy. Pod tym względem przytoczyć mogę tylko 26 przypadków, co do innych bowiem w listach ks. proboszczów podana była tylko data śmierci i rak jako jej przyczyna, nie było jednak wzmianki o czasie wystąpienia recydywy. Według zatem znanych przypadków choroba odnowiła się:

raz	1	po	3½	roku
„	1	„	1½	„
„	1	„	12	miesiącach
„	1	„	11	„
„	1	„	10	„
razy	3	„	6	„
„	1	„	5	„
„	5	„	3	„
„	1	„	2	„
„	3	„	1½	„
„	2	„	1	„
„	4	mędzy	2	a 3 tygodniem
„	2	po	1	tygodniu,

czyli obliczając przecięciowo mielibyśmy, że recydywa pojawia się po 5½ miesiącach.

<sup>1)</sup> KÖNIG oznacza czas trwania raka wargi na 1 do 4-ch lat. Handbuch der spec. Chirurg. Tom I, str. 262.

W celu zużytkowania i innych przypadków dla obliczenia przynajmniej przybliżenia czasu recydywy, obliczałem czas, jaki upłynął od dnia operacji do dnia śmierci chorego. Liczby te grupują się jak następuje:

1	chory	żył	po operacji	5 ¼	lat
2	chorych	żyło	„ „	4	„ i kilka miesięcy
6	„	„	„ „	2	„ „ „
18	„	„	„ „	1	rok
4	„	„	„ „	1	„
19	„	„	„	mniej jak 1	„

Biorąc zatem przecięciowo, mamy czas życia po operacji w razie pojawienia się recydywy 1 rok i 3 miesiące.

W całym zestawieniu mamy tylko 3 przypadki, w których chorzy żyli po operacji dłużej niż lat 3. Jeden z nich był po pierwszej recydywie powtórnie operowany, drugim jest ten sam, u którego recydywa nastąpiła dopiero po 3½ roku, o trzecim niewiadomo mi, jak długo żył po pojawieniu się recydywy. Na 50 zatem przypadków mamy tylko jeden, w którym recydywa nastąpiła w kilka miesięcy po upłynionych 3-ach latach. To więc uprawnia nas do przyjęcia tych z pomiędzy operowanych za radykalnie uleczonych, którzy najmniej lat 3 wolni byli od powrotu choroby.

Zadamy sobie teraz pytanie, co powoduje występowanie recydywy? Odpowiedzieć na to musimy: przede wszystkim późne zgłaszanie się do lekarza, a mianowicie w okresie gdy gruczoły limfatyczne już uległy naciekowi nowotworowemu. Na dowód, jak ważnym jest stan sąsiednich gruczołów pod względem rokowania co do pojawienia się recydywy, przytaczam następujące zestawienia:

	Gruczoły wolne		Gruczoły zajęte	
	ilość wypad.	procentowo	ilość wypad.	procentowo
Wyleczeń dłużej nad lat 3 . . .	26	57,8	18	22,50
Wyleczeń krócej nad lat 3 . . .	10	22,2	15	18,75
Wystąpiła recydywa . . . .	8	17,8	42	52,50
Śmierć po operacji. . . . .	1	2,2	5	6,25

Widzimy zatem, że przy wolnych gruczołach ilość recydyw była przeszło 3 razy mniejsza niż ilość wyleczeń pewnych, podczas gdy przy istnieniu przerzutów rakowych w gruczołach, ilość recydyw była przeszło 2 razy większa niż ilość wyleczeń.

Gruczoły te były najczęstszym miejscem recydywy, albowiem na 37 przypadków, w których miejsce to było mi znane, wypada tylko 11 razy blizna, a 26 razy gruczoły limfatyczne.

Niemniej ważną co do wpływu na częstość recydywy była forma nowotworu; a mianowicie czy rak w danym przypadku należał do opisanego wyżej raka miękkiego; w pierwszym bowiem razie recydywa bywała znacznie większą. Na potwierdzenie tego wystarczą następujące liczby:

	Ilość przypadków operowanych	Ilość przypadków o znanym wyniku	Ilość recydyw i śmierci po operacji		Przypadków bez recydyw			
			Ilościowo	Procentowo	Dłużej nad lat 3		Krócej nad lat 3	
					Ilościowo	Procentowo	Ilościowo	Procentowo
Forma twarda . . . .	45	38	6	15,8	26	68,4	6	15,8
Forma miękka . . . .	10,5	87	50	57,4	18	20,7	19	21,9

Zestawiając zatem jeszcze raz przypadki raka wargi dolnej mamy:

wyleczeń:  $\left\{ \begin{array}{l} \text{dłużej nad lat 3} \text{ przypad. } 44 \text{ czyli } 85,2\% \\ \text{krócej nad lat 3} \text{ „ } 25 \text{ „ } 20 \end{array} \right.$

recydyw i śmierci po operacyi 56 czyli 44,8%.

Procent śmiertelności obliczony od wszystkich operowanych wynosi 6 na 150, czyli 4%.

Co do raka języka, to przypadków o znanym wyniku mam tylko 8. Jest to zatem liczba bardzo mała, jednak tem szczególniejsza, że w niej mieszczą się dwa przypadki o niezwykłym przebiegu. Jak to już bowiem wyżej wspomniałem, rak języka uważany bywa jako bardzo złośliwy, bardzo często i w krótkim czasie powodujący nawroty choroby. Tymczasem między naszymi przypadkami cierpienie trwało 2 razy zatem w 25% dłużej niż lat 5. W jednym mianowicie recydywa pojawiła się dopiero w 8 lat po operacyi, drugi operowany żyje według otrzymanej od ks. proboszcza wiadomości w lat 5 i 11 miesięcy po operacyi. Natomiast 6 pozostałych przypadków zasługuje na to piętno złośliwości, jaką nosi rak języka; albowiem dwóch chorych zmarło już w rok po operacyi, jeden w 6, a drugi w 3 miesiące, dwóch uległo zabiegowi operacyjnemu, a mianowicie jeden z nich z powodu gwałtownego krwotoku następowego, tak, że nawet podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej nie zdołało już uratować życia chorego, drugi na zgorzelinowe zapalenie płuc po ekstyrpacyi prawej połowy języka metodą osteoplastyczną BILLROTH'A (patrz N. 6). Nadto w jednym z tych przypadków (opisany wyżej Fiderkiewicz) znaleziono przy sekcyi liczne przerzuty w narządach wewnętrznych.

Obliczając czas trwania choroby na podstawie tych 6-iu przypadków, mamy, przeciętnie biorąc, nieco więcej nad 1 rok. Recydywa pojawiała się przeciętnie w  $1\frac{1}{2}$  miesiąca po operacyi.

Wreszcie przytaczam historję obu chorych, u których przebieg raka języka zboczył niejako od reguły.



26. *Rak języka zajmujący prawą połowę. Operacja odgniataczem. Recydywa dopiero po latach ośmiu.* Józef Biłas, wieśniak, lat 46, przebył w młodości trzymiesięczną zimnicę, przed rokiem zapadł na dysenteryję, która trwała 4 tygodnie, nie przebywał stanowczo przymiotu, dziedzicznego usposobienia wykazać nie można, używa namiętnie fajki i napojów wysokowych. W Czerwcu 1864 r. uczył podczas koszenia siana silny ból kłujący w języku, na który z początku mało zważał. Gdy ból jednak stawał się coraz silniejszy. używał przeciw niemu płukania z octu, a później za poradą lekarską lapisował, powstały wrzód na prawym brzegu języka. Gdy cierpienie wzmagało się coraz bardziej, udał się Biłas do szpitala. w którym przebył kilkotygodniową kurację sublimatową. Gdy jednak mimo to wszystko wrzód a z nim i bóle szerzyły się coraz bardziej, przybył dnia 1 Lutego 1865 r. do kliniki krakowskiej, gdzie znaleziono stan następujący: Na prawej połowie języka znajduje się wrzód, sięgający od połowy prawego brzegu aż do końca języka, brzegi jego na zewnątrz wywinięte, poszarpane, dno porozpadane, pokryte brodawkami łatwo krwawiąciami, podstawa jego twarda, bolesność znaczna, mowa i polykanie bardzo utrudnione. Jeden gruczoł podszczękowy prawy, obrzmiały do wielkości orzecha laskowego, twardy. Odjęcie nowotworu wykonał prof. Bryk zapomocą odgniatacza, po roztwarciu, o ile się tylko dało, szpary ust tępemi hakami i wyciągnięciu języka ku przodowi. Krwawienie z tętnicy językowej zatamowano przez podwiązanie jej w ranie; wreszcie wyluszczone powiększony gruczoł limfatyczny. Wyjęty nowotwór otoczony dokoła na  $\frac{1}{2}$ —1 ctm. zupełnie zdrowymi tkankami na przekroju wycisnąć z niego można ciecz gęstą, białawą; w licznych miejscach widać ognisko wielkości ziarenka maku lub soczewicy, wypełnione masą ateromatyczną. Badanie mikroskopowe wykazało wybitne cechy raka głębokiego, w wyjętym gruczole naciek drobnokomórkowy, komórek przybłonkowych znaleźć nie można. W 8-y m dniu po operacji pojawił się krwotok z rany, który jednak

ustał po wstrzykiwaniach wody lodowej do jamy ust i okładach lodowych na szyję. Zresztą przebieg zupełnie prawidłowy; w dniu 3 Marca 1865 r. opuszcza Biłas klinikę z ranami zupełnie zagojonemi. Aż do Lutego 1873 r., zatem lat 7 i 11 miesięcy chory był zupełnie wolny od cierpienia, dopiero w tym czasie wystąpiły bóle w języku, dawna blizna stwardniała i owrzodziła. Chory zgłosił się do kliniki 27 Maja 1873 r., a stan jego był następujący: Cały prawy brzeg języka zamieniony na wrzód mocno porozpadany, łatwo krwawiący, twarda jego podstawa wyczuć się daje aż do kości gnykowej, również dno jamy ust po stronie prawej i okolica podszczękowa prawa aż do górnego brzegu chrząstki tarczowej okazuje się twardą i zbitą. Mowa i połykanie bardzo utrudnione. Wobec tak znacznego rozrostu nowotworu i nędznego stanu odżywiania chorego, zaniechano powtórnej operacji, a w kilka tygodni potem chory uległ swemu cierpieniu.

27. *Rak płaski języka po operacji bez recydywy po latach przeszło pięciu.* Dowsilas Maryja, lat 40 licząca, żona rzeźnika z Żywca, zawsze zdrowa, przeżyła 3 prawidłowe porody. Obecny stan odżywiania dobry. W rodzinie nikt nie cierpiał na raka. Przed 10-ma tygodniami spostrzegła małą krostkę na końcu języka po prawej stronie. Krostka zamieniła się na wrzodzik, który mimo lapisowania i płukania ust chloranem potassu szerzył się coraz dalej. W dniu przyjęcia chorej 12 Maja 1874 r stan miejscowy następujący: Prawa przednia połowa języka zamieniona na wrzód, o podstawie chrząstkowato twardej, dno brodawkowate, pokryte szarą masą, silnie doń przylegającą, brzegi jego wyniosłe, nieco na zewnątrz wywinięte. Przy dotyku znaczna bolesność. Gruczoły podszczękowe nie obrzmięte. Dnia 18 Maja odciął prof. BRYK zapomocą odgniatacza prawą połowę języka blisko 1 cent. po za wyczuwalną granicą nowotworu. Krwawienie z rany bardzo małe ustało pod wstrzykiwaniami wody lodowej. Badanie mikroskopowe wykazało wybitne cechy raka płaskiego. Przebieg po ope-

racyi nie przedstawia nic szczególnego. Stan chorej był tak dobry, że nie można jej było dłużej zatrzymać w klinice jak dni 13. Dnia 1 Czerwca wyszła z raną jeszcze mocno granulującą. Chora ta, jak już wyżej wspomniałem, żyje zupełnie zdrowa do dnia 20 Marca 1880 r.

Przechodząc do raków na innych okolicach głowy, podnieść muszę raz jeszcze, że nowotwór w tej okolicy ciała miał przebieg daleko powolniejszy, niż raki gdziekolwiek indziej umieszczone.

Między naszymi przypadkami bowiem mamy zaledwie trzy, w których chorzy zgłosili się do kliniki w pierwszym roku cierpienia; natomiast znajdujemy kilka gdzie mimo kilkunastoletniego trwania, nowotwór nie był bardzo rozwinęty i po odpowiedniej operacji recydywa się nie pojawiła. Następne zestawienie wykazuje ogólne trwanie choroby w przypadkach operowanych, w których chorzy ulegli powrotowi nowotworu:

u 1 chorego	cierpienie trwało	lat	19		
„ 1	„	„	„	„	16
„ 1	„	„	„	„	13 i kilka miesięcy
„ 1	„	„	„	„	12
„ 1	„	„	„	„	11½
„ 1	„	„	„	„	9
„ 1	„	„	„	„	3 „ „
„ 1	„	„	„	„	5 „ „
„ 2 chorych	„	„	„	„	2 „ „
„ 2	„	„	„	„	1 „ „
„ 1	„	„	„	„	3 miesiące

czyli biorąc przeciętną z tych 13 przypadków, mielibyśmy trwanie ogólne choroby blisko lat 8.

Do ocenienia czasu pojawienia się recydywy mam tylko 6 przypadków, ale i te wykazują odrębność raka twarzy z wyjątkiem warg od raka i innych okolic ciała, a mianowicie o tyle, że tylko w 3-im z pomiędzy nich recydywa pojawiła się w ciągu pierwszego roku po operacji; w trzech zaś innych stan wolny od choroby trwał znacznie dłużej, niż to

bywa zwykle. W jednym z nich bowiem pojawiła się choroba powtórnie dopiero w lat 4 w bliźnie po pierwszej operacji, drugi chory był wolny przez lat 5 od cierpienia; trzeci zaś z tych przypadków jest najciekawszy. Chora bowiem (Beile Ulan, lat 70 licząca, handlarzka) operowana była po raz pierwszy w roku 1860 z powodu raka płaskiego, mającego według podania chorej trwać lat 8. Nowotwór zajmował wówczas wewnętrzny kąt oka lewego i zniszczył połowę powieki górnej i dolnej, zostawiając jednak gałkę oka nietkniętą. Po odjęciu części zwyrobniałych, zastąpił prof. Bryk ubytek płatem odpowiednio uformowanym ze skóry czoła. Przez lat 11 chora zupełnie była zdrowa i dopiero w lecie roku 1871 przedstawiła się powtórnie z recydywą w bliźnie pooperacyjnej: Nowotwór miał się pojawić dopiero przed kilku tygodniami, rozwijał się jednak tym razem szybko, zajął już bowiem gałkę oczną. Chora nie zgodziła się na wyluszczenie oka, opuściła zakład kliniczny, ale już w 8 miesięcy potem umarła wśród objawów zajęcia mózgu.

Dwóch z pomiędzy operowanych umarło wkrótce po zabiegu operacyjnym, jeden z nich z rakiem policzka uległ gnilnemu zapaleniu nosa, drugi zapadł po plastyce nosa za pomocą płatu z czoła na różę głowy, do której przyłączyło się dławcowe zapalenie płuc i ropne zapalenie opon mózgowych.

W przypadkach operowanych, w których nie przyszło do recydywy, trwanie choroby było następujące:

u 1	nowotwór	istniał	15	lat
„ 1	„	„	12	„
„ 1	„	„	10	„
„ 2	„	„	8	„
„ 3	„	„	7	„
„ 2	„	„	5	„
„ 2	„	„	4	„
„ 1	„	„	3	„

„ 6 operowanych lat 2 „ i kilka miesięcy  
 „ 3 „ „ 1 „ „ „  
 „ 2 mniej jak 1 rok

czyli biorąc przecięciowo, wynosiło trwanie choroby w tych przypadkach lat  $5\frac{1}{2}$ .

Z pomiędzy tych przypadków upłynęło od operacyi:

u 1 operowanego lat 10  
 „ 1 „ „ 8 i kilka miesięcy  
 „ 1 „ „ 7  
 „ 2 „ „ 6 „ „  
 „ 1 „ „ 5 „ „  
 „ 3 „ „ 4 „ „  
 „ 6 „ „ 3 „ „  
 „ 5 „ „ 2 „ „  
 „ 2 „ rok 1  
 „ 2 krócej jak rok 1.

Przyjmując więc tę samą zasadę, co przy rakach wargi dolnej, mielibyśmy 15 uleceń pewnych, to jest takich, gdzie stan wolny od choroby trwał najmniej 3 lata, a 9 uleceń wątpliwych, czyli obliczając procentowo liczby znanych 37 przypadków, mamy:

40,54% uleceń dłużej nad 3 lata

24,32% „ krócej „ 3 „

35,13% recydyw i śmierci.

Procent śmiertelności obliczamy od liczby wszystkich operowanych (2 na 51) wynosi 3,7%.

Pod każdym zatem względem rak na głowie dał pomyślniejszy rezultat niż rak na wargach.

Co do raków na innych okolicach skóry, mianowicie na częściach płciowych, tułowiu i kończynach, to liczba przypadków o znanym wyniku jest tak mała, że nie można z nich wyciągnąć żadnych ważniejszych wniosków. Wystarczy dla nich zestawienie, które dla ogólnego lepszego przeglądu, zamieszczam poniżej:

Siedziba choroby	Ilość przypadków operowanych	Ilość przypadków oznaczonego w tym wycinku	Ilość przypadków rezydwy i śmierci		Ilość przypadków rezydwy		Przebieg choroby aż do zgłoszenia się do kliniki		Przebieg choroby po jej wyjawianiu się rezydwy w miastach		Przebieg choroby od operacji do śmierci		Ilość przypadków po operacji	
			liczba	procent	Dłużej nad 3 lata	Krócej nad 3 lata	liczba	procent	do 1 r.	od 1 r. do 2 r.	do 1 r.	od 1 r. do 2 r.	liczba	% od przypadków operowanych
Warga dolna i górna . . .	150	125	56	44,8	44	35,2	25	20	1 r. 7 m.	5 1/4	1 1/4 r.	6	40,0	
Język . . .	13	8	7	87,5	1	12,5	—	—	6 m.	1 1/2 *	2 1/4 r.	2	15,4	
Głowa z wyjątkiem warg i języka . . .	54	37	13	35,14	15	40,54	9	24,32	4 1/2 m.	35	3 1/2 r.	2	5,7	
Kończyny i tułów . . .	14	8	7	87,5	1	12,5	—	—	3 1/2 r. †	2	1 1/4 r.	4	28,5	
Części płciowe	19	10	3	30	4	40	3	30	1 1/2 r.	—	1 r.	1	5,3	
Odbytka . .	2	1	1	—	—	—	—	—	1 1/4 r.	—	27 dni	1	50	
Summa . . .	252	189	87	46,04	65	34,39	37	19,67	—	—	—	16	63,5	

\*) Z wykluczeniem przypadku rezydwy po 8 latach.

†) Z wykluczeniem przypadku, w którym rak rozwinął się z wrzodów trwających lat 45, gdyż to oznaczenie właściwego trwania nowotworu jest niemożliwe.

W ostatniej części mej pracy mam zamiar pomówić nieco o leczeniu raka skór nego na klinice krakowskiej. Mówiąc o leczeniu mam właściwie na myśli operacje przedsiębrane dla usunięcia nowotworu, gdyż innych środków używano tylko w kilku przypadkach. U jednego chorego mianowicie, z rakiem płaskim na czole, używano pędzlowania roztworem azotanu złota przez dni 13 bez żadnego skutku (chory ten nie chciał zezwolić na operację). W jednym przypadku zastosowano ciasto z chlorku cynku i w jednym ciasto LANDOLFI'EGO; w obu tych razach nowotwór szerzył się dalej, prawie bezpośrednio po odpadnięciu strupa. Nie rozszerzając się więc dalej nad wartośćią podobnych środków w leczeniu raka, przechodzę do sposobów operowania.

Główną zasadą w nich było prowadzić cięcia jak najdalej, przynajmniej 1 cm. od wyczuwalnych granic nowotworu i zastępowanie tak powstałego ubytku przez odpowiednią plastykę. Rany w ten sposób zadane i płaty przemieszczone goiły się prawie zawsze *per primam intentionem* a wyniki osiągnięte, mianowicie głównie niewielki procent pojawiania się recydyw w tak operowanych przypadkach, udowadnia naocznie, że nie potrzebne jest przypiekanie brzegów rany, powstałych po odjęciu nowotworu, środkami żrącymi, jak to radzi np. CAMPBELL <sup>1)</sup> lub zaniechanie plastyki i pozostawienie rany do zagojenia się przez ropienie <sup>2)</sup>.

W następującej tabliczce zestawilem przypadki nasze raka wargi dolnej, według sposobu operowania, z wyjątkiem tych, w których była potrzebna resekcja szczęki; przypadki te bowiem podam obszerniej osobno.

Z zestawienia tego przekonamy się, że tem lepsze osiągamy wyniki, im zabieg operacyjny jest mniejszy, im potrzebna do zastąpienia ubytku plastyka jest mniej rozle-

1) Schmidt's Jahrb., Tom 146, str. 341.

2) JÜNGKER. Berlin klin. Wochenschrift. VII. H. 12 März 1873.

gła, czyli, co na jedno wychodzi, tylko we wcześniejszym okresie nowotworu operujemy.

Nadto przekonamy się raz jeszcze o niepomyślnym wpływie zajęcia gruczołów limfatycznych przez nowotwór, gdyż w takim razie procent pojawiania się recydyw był przy równie raniących sposobach operowania znacznie większy (patrz tabl. str. 705 i 706).

Przy rakach języka operowano 9 razy zapomocą odgniatacza bez operacyj wstępnych, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym potrzeba było dla łatwiejszego dostępu rozplatać policzek sposobem JAEGER'A. W 4-ch przypadkach nowotwór szerzył się tak daleko ku podstawie języka, że dla oddalenia zwyrodniałych części potrzebna była resekcja szczęki; przypadki te przytaczam obszernie niżej. Z 9-iu wspomnianych przypadków, 4 razy tylko nie było żadnego krwotoku po odgnieceniu języka. W 4-ch innych potrzebne było podwiązanie tętnicy językowej w ranie amputacyjnej, a w 2-ch z pomiędzy nich po usunięciu się ligatury musiano podwijać tętnicę *in continuitate*. W obu tych przypadkach powstały rozległe ropnie na szyi, które bardzo przedłużały przebieg pooperacyjny.

Trzymając się porządku zachowanego w ciągu całej pracy, przechodzę do operacyj, wykonywanych przy rakach na innych okolicach głowy. Najważniejszą część z nich stanowiły raki nosa, w których, z wyjątkiem 3-ch przypadków, ubytek zastępowano plastyką. Płaty brano przeważnie z czoła, 2 razy tylko operowano według metody LANGENBECK'A.

Nie należy tu do mnie oceniać osiągnięte wyniki, co do lepszej lub gorszej postaci nowo utworzonego nosa, dla nas ważnem jest podać częstość pojawiania się recydyw, a co do tego, jako też co do wyników plastyk na innych częściach twarzy, wystarczy następne zestawienie, z którego przekonywamy się, że wyniki te na różnych częściach twarzy niewiele się różnią od siebie (patrz tabl. str. 707).



Metoda operowania	Ilość przypadków	Ilość przypadków o znanym wyniku		Ilość rezydwy i śmierci po operacji		Wypadki bez rezydwy		Przebiegienny czas leczenia w dniach	U W A G I.	
		Ilość	procent	Ilość	procent	dłużej nad 3 lata	krócej nad 3 lata			
		Ilość	procent	Ilość	procent	Ilość	procent			
Klin pionowy czyli piątka rzymska	28	21	3	13,3	14	66,7	4	20	11	Rany wargi goiły się bez wyjątku <i>per primam</i> , tylko w przypadkach zajęcia gruczołów (8 razy) rana na szyi potrzebowała dłuższego czasu do wyleczenia. We wszystkich przypadkach rezydwy, gruczoły były zajęte.
Blasius	27	21	8	38,1	9	42,8	4	19,1	21	Częste pojawianie się rezydwy zależy od tego że aż 21 razy gruczoły były zajęte. W jednym przypadku nawet potrzeba było dla wyluszczenia zwyrodniałego gruczołu podwiązać tętnicę szyjową wspólną. Zabieg ten operacyjny przeszedł bez żadnych przypadków. Chory opuścił klinikę wygojony, ale umarł wkrótce z powodu rezydwy. We wszystkich przypadkach powrotu gruczoły były zajęte.
Anvert	14	12	2	16,7	6	50,00	4	33,3	28	W 3 z pomiędzy nich wystąpiła po założeniu obrąbka nowej wargi zgorzel brzegu płata. W jednym z nich przyłączyła się róża twarzy mimo to płat przyjął się <i>per primam</i> . Z pomiędzy 6 przypadków bez rezydwy 3 razy gruczoły były zajęte a 3 razy nie.

Metoda operowania	Ilość przypadków		Ilość przypadków o znanym wyniku		Ilość re-edyw i smierci po operacji		Wypadki bez reedywy		Przebiegny czas leczenia w dniach	T W A G I
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent		
Brunns 2 płaty z policzka	24	23	15	65,21	5	21,78	3	13,05	31	
Dieffenbach	18	16	7	43,75	7	43,75	2	12,50	28	
Syme	8	7	7	10,0	—	—	—	—	27	
Langenbeck	11	8	1	12,5	—	—	7	87,5	25	
Malgaigne	1	1	—	—	1	—	—	—	35	
Jaesche	1	—	—	—	—	—	—	—	24	
Sédillot	1	1	—	—	—	—	1	—	25	

Nowo utworzona warga po większej części mocno przerasta, opada swym ciężarem, tak, że chory musi ją podpierać opaską. Jeden z operowanych umarł z zapalenia płuc. Na 15. przyp. reedywy, gruźczoły 9 razy zajęte a 6 razy nie.

U pięciu chorych warga nowoutworzona była po zagojeniu za krótką, nie pokrywała zębów. Jeden chory umarł po przyłączeniu się róży i zapalenie płuc. W przypadkach reedywy tylko raz gruźczoły były wolne.

We wszystkich przypadkach gruźczoły obrzmiały. W jednym przerzuty na organa wewnętrzne.

Gruźczoły limfatyczne zajęte we wszystkich przypadkach. Wyniki funkcyjne bardzo dobre w ostatnich latach.

Warga funkcyjnie bardzo dobrze. Gruźczoły limfatyczne zajęte i ekstyropowane.

Płaty przyjęły się *per primam*. Gruźczoły ekstyrop. Zagojenie się rany *per primam*.

Metoda operowania	Ilość przypadków operowanych	Ilość przypadków o znanym wyniku	Ilość rezydów i śmierci po operacji		Przypadki bez recydywy				Przebiegny czas leczenia w dniach	U W A G I
			Ilość procent	Ilość procent	krócej nad 3 lata	dłużej nad 3 lata	Ilość procent	Ilość procent		
Nos	25	16	6	32,5	5	31,25	5	31,25	38	Wszystkie płyty przyjęły się <i>per primam</i> , tylko gojenie ran na czole zabierało dużo czasu. Jeden chory umarł <i>ex meningitide</i> .
Policzek	16	11	3	27,27	6	54,55	2	18,18	29	Przeważnie używano płytki Dieffenbach'a. Jeden chory umarł z powodu zapalenie płuc przy siedzibie raka na wewnętrznej stronie policzka.
Powieki	8	7	2	28,57	3	42,37	2	28,57	34	Plastyka przeważnie podług Dieffenbach'a.
Skroni	3	1	—	—	—	—	1	—	30	
Czolo	2	2	1	50	1	50	—	—	18	U jednego chorego wystąpiły przerzuty w organach wewnętrznych.

Nie mogę sobie jednak odmówić przyjemności przytoczenia obszernie następnego przypadku raka policzka, w którym mimo bardzo znacznej rozległości nowotworu, udało się po kilkakrotnych rozległych plastykach osiągnąć wynik bardzo zadawalniający.

28. Królikowski Józef, lat 47, wieśniak. Prócz kilkakrotnego tworzenia się ropni w okolicy obojczykowej lewej, cieszył się zawsze dobrem zdrowiem, z krewnych nikt nie cierpiał na raka. Przed 9-ma miesiącami spostrzegł na wewnętrznej powierzchni policzka lewego guzik twardy, wielkości grochu, który rozpadł się na wrzód, zwłaszcza po używaniu siarczanu miedzi i w ciągu kilku miesięcy przebił całą grubość policzka. Jako jedyną przyczynę podaje chory tę okoliczność, że sąsiedni ząb spruchniały wykłuwał często niebardzo ostrożnie i niebardzo czystym patyczkiem.

W dniu przybycia chorego do kliniki 3 Grudnia 1875 roku znaleziono stan następujący: Lewy kąt ust, tudzież przyległa część wargi górnej i dolnej zniszczona przez wrzód wielkości czworaka, kotlinowato rozpadły, o dnie brodawkowatym, mocno krwawiącym i twardym. Wrzód ten szerzy się na wewnętrznej stronie policzka, który zrosnięty jest z wyrostkiem zębowym szczęki dolnej i górnej, tak, że chory może otwierać usta zaledwie na  $\frac{3}{4}$  cent. W odległości  $1\frac{1}{2}$  cent. od kąta ust policzek przebity przez wrzód raka. Pod szczęką dolną po stronie lewej wymacać można kilka gruczołków wielkości fasoli, przesuwalnych i chrząstkowato twardych. Ogólny stan zdrowia nie pozostawia nic do życzenia; dnia 13 Grudnia przystąpił prof. Bryk do operacji. Najpierw rozcięto w połowie wargę dolną, drugie cięcie czołenkowato od końca pierwszego cięcia wzdłuż brzegu szczęki dolnej i na  $1\frac{1}{2}$  cent. od niego oddalone aż do kości jarzmowej. Następnie, po rozcięciu wargi dolnej w połowie, poprowadzono cięcie tuż pod skrzydłem nosa aż do zetknięcia się z cięciem drugim na kości jarzmowej. Ograniczony w ten sposób trójkąt z wierzchołkiem na ko-

ści licowej-oddzielono zapomocą skrobaczki od szczęki dolnej i górnej. Po podwiązaniu strzykających tętnic, ponieważ mięśnie skrzydlaste i mięsień żwacz były zajęte naciekiem rakowym przeto aby je nieco dokładniej oddalić resekowano łuk jarzmowy. Przy oddzielaniu nowotworu z tej okolicy przeciętą została *art. maxill. interna*, a gdy jej nie można było ująć szczypczykami, założono pod tętnicę haczyk ostry, używany przez prof. BRYKA przy podwiązaniu tętnic w polu operacyjnym głęboko położonem, ujęte części miękkie ściągnięte pętlą drucianą, a po odszrubowaniu haczyka od jego trzonka przymocowano go dla unieruchomienia pętli do ostatniego zęba szczęki górnej. Ubytku tak wielkiego, że patrząc z boku można było jak najdokładniej widzieć ruchy języka i drogę każdego kęsa do przełyku, nie zastąpiono odrazu odpowiednią plastyką, a to dlatego, aby w razie pojawienia się recydywy, czego przy tak głębokiej siedzibie nowotworu należało się spodziewać, aby w takim razie można powracający nowotwór natychmiast oddalić. Z tego więc powodu postanowił prof. BRYK czekać zupełnego zabliznienia się brzegów rany, a tymczasem po dokładnem oczyszczeniu rany pokryto ją poduszczką z waty salicylowej, którą przytrzymano odpowiednią opaską. Chory, po operacyi spokojny, odżywia się pokarmami płynnymi.

Dnia 20 Grudnia wystąpiła róża, która trwała dni sześć, nie sprowadziwszy żadnych złych następstw.

D. 29 Grudnia oddzieliła się nekrotyczna blaszka ze szczęki górnej, wskutek czego otwartą została jama HIGHMOR'A. Z dalszego przebiegu zasługuje na uwagę, że do dnia 24 Stycznia 1878 oddzieliły się od powierzchni resekcyjnych łuku jarzmowego kawałki nekrotycznej kości. Rana zablizniając się sprowadza ankylozę szczęki dolnej, przeciw której polecono używanie rozwieracza HEISTER'A.

Dnia 26 Stycznia otwór do jamy HIGHMOR'A zamknął się; na powierzchniach resekcyjnych bujne granulacje. W dniu tym zauważono na miejscu przecięcia wargi górnej stwardniałość, która w ciągu dni następnych zamieniła się na wrzód rakowy.

Dnia 4 Lutego przystąpiono do zastąpienia ubytku za pomocą plastyki. W pierwszym akcie odpreparował prof. BRYK płat z lewej okolicy międzygnykowej dla zastąpienia lewej połowy wargi dolnej, który też zespojono szwem szpilkowym z odświeżonym brzegiem prawej połowy wargi. W drugim akcie przepiłowano szczękę dolną między 1 : 2 zębem trzonowym i dla utworzenia sztucznego stawu wycięto klin kostny, szeroki na  $\frac{3}{4}$  cent. W trzecim akcie odpreparowano płat z czoła, tak uformowany, aby mógł zastąpić ubytek policzka, którego brzegi dokładnie odświeżono i lewej połowy wargi górnej, z której poprzednio oddzielono jak najdokładniej nowo powstały wrzód rakowy.

Przebieg po operacji bardzo pomyślny. Płat czołowy, w którym została przednia gałąź tętnicy skroniowej, przyjął się w zupełności *per primam*. Tylko płat z szyi zastępujący lewą połowę wargi dolnej przeszedł w swej górnej wewnętrznej połowie w zgorzel tak, że zęby sieczne sterczą niepokryte. Sztuczny staw funkcjonuje dobrze. Rozległa rana na czole pokryła się cała granulacjami, oddzieliło się tylko kilka cieniutkich blaszek kości, wielkości soczewicy.

Dnia 20 Marca przystąpiono po raz trzeci do operacji, w celu zastąpienia ubytku wargi dolnej, powstałego z powodu zgorzeli. Odpreparowano więc płat o szerokiej nasadzie z podbródka i okolicy nadgnykowej prawej, brzegi ubytku wargi, jakoteż nowo utworzonego policzka odświeżono i płat zespojono szwem szpilkowym.

Przebieg po operacji nie zostawił tym razem nic do życzenia; rana powoli zabiłżniła się na czole tak, że chory opuścił klinikę d. 5 Kwietnia zupełnie wyleczony, a z listu ks. proboszcza jego gminy dowiaduję się, że pacjent ten żyje w dniu 19 Marcu 1880 r., zatem blisko 4 lata po operacji bez śladu recydywy i ma zupełnie dobrze funkcjonującą szczękę dolną.

Z kolei rzeczy wypadałoby mi mówić o operacjach przy rakach części płciowych i kończyn. Rzeczę tę jednak pomijam, gdyż operacje te zasadały się na amputacji zajętej części, a znana liczba wyników, podana zresztą już

wyżej, jest zbyt małą, aby z niej można wyciągnąć ważniejsze wnioski co do zajmującego nas tu przedmiotu. Pozwolę sobie tylko podnieść jedną okoliczność. BERGMANN (l. c.) podaje, że z pomiędzy amputowanych z powodu raka na kończynach otrzymał wiadomość o losie czterech i wszyscy ci chorzy żyli w lat kilka po operacji. W naszych przypadkach wiadomy mi los 3-ch chorych po opuszczeniu kliniki, a tylko jedna z nich (Katarzyna Miskiewicz, lat 40, z rakiem na grzbiecie ręki, istniejącym od pół roku), żyła po amputacji przedramienia lat 3 bez recydywy. U dwóch innych z rakiem na kończynach dolnych wystąpiła recydywa już w 4 miesiące po operacji i to gruczolakach pachwinowych.

Co do raka odbytnicy, to operowano chorych tylko dwóch. U jednego naciek nowotworowy sięgał tylko na kilka linii po nad zwieracza i chory ten, operowany zapomocą galwanokauteru, opuścił klinikę wyleczony, w dniu 16-ym po operacji. Druga chora zgłosiła się w bardzo posuniętym okresie cierpienia. Nowotwór bowiem zajął znaczną część ścian odbytnicy i tylną ścianę pochwy. W tym przypadku operował prof. BRYK zapomocą galwanokauteru, wyjąwszy w ten sposób całe prawie *rectum* i tylną ścianę pochwy. Chora jednak uległa gnilnemu zakażeniu krwi w dniu 27-ym po operacji.

Wreszcie przechodzę do przypadków, w których dla usunięcia nowotworu potrzebną była resekcja kości. Przypadków takich posiadam 23, a w nich znajdujemy 1-ą resekcję szczęki górnej, a 21 resekcji szczęki dolnej, między niemi jeden przypadek, gdzie równocześnie potrzebne było oddalenie łuku jarzmowego, i 1 resekcję zewnętrznego brzegu oczodołu. Dla lepszego przeglądu przypadki te podaję w następnym zestawieniu. Nadmienić tylko muszę, że 7 z pomiędzy nich (od 2—8) ogłoszone były przez prof. BRYKA w dziele: „Beiträge zu den Resektionen (LANGENBECK's Archiv XV). Dla całości przedmiotu jednak podaję ją jeszcze raz tutaj, a to tem bardziej, że o losie 2-ch z pomiędzy tych chorych otrzymałem dotyczące wiadomości (w dziele prof. BRYKA N-ra 14 i 17).

Numer i data operacyi.	Imię, wiek i zatrudnienie chorego.	Siedziaba choroby i jej trwanie.	Metoda operowania.	Ważniejsze przypadki w przebiegu leczenia.	Wynik.
1. 28 Sycz. 1878.	Stanglik Paweł, lat 63, wieśniak.	Rak pierwotny podniebienia twardego. Choroba trwa od 5 mies. Wzrost zajmuję lewą połowę podniebienia twardego — m i ę k i o zupełnie zdrowe.	Resekcya częściowa szczęki górnej.	Szczekija nie wykazała żadnych zmian prócz ogólnej niedokrwiistości.	Śmierć d. 28 Sycz. 1878 r. wśród obławów upadku sił.
2. 5 Czerw. 1863.	Orbów Marcin, lat 35, wieśniak.	Rak pierwotny wargi dolnej i szczęki trwający od 1 1/2 roku, przysyła niezupełnie.	Wyjęcie kłosa prostopadkowego obejmującego cały nowotwór. Resekcya trzonu szczęki dolnej z zastawieniem mostka łączącego obie części reszkowane, szerokiego na 1/2 cent. Plastyka wargi według Dieffenbach'a. Wyjęcie starszych gruczołów podniebnych szczękowych.	Widziałe zapalenie stawowe dołnego płata płuca prawego od 2 do 14 dnia po operacyi.	Wyłeczone opuszcza kłosa 21 Lipca. Rezydya w gruźlicach w gruźlicach szczytch. Śmierć w rok po operacyi.
3. 29 Maja 1866.	Grudek Władysław, lat 35, wyrobnik.	Rak pierwotny wargi dolnej zajmujący kość, trwający od 1 1/2 roku.	Wyjęcie nowotworu przez cięcie czteroboczne. Resekcya trzonu szczęki dolnej między 1 zębami trzonowemi. Plastyka podług Bruns'a. Wyjęcie wyrostka szczękowego.	Zgorzeł brzoza nowoutwórzzonej wargi dolnej. Oddzielenie się nekrotycznych blaszek z powierzbni resekcyjnych. Zresztą przebieg pomyślny.	Wyłeczone opuszcza kłosa 1 Lipca. Według powstanych wargi w domosiel żyje od 1870 r. bez rezydwy.

7 Lutego 1868.	Wach Jan, lat 60, wieśniak.	Rak pierwotny wargi dolnej i policzka zajmujący prawą połowę trzonu szczęki dolnej, trwający od 1 1/2 roku.	Wyjęcie zwyrodniałej wargi i policzka. Resekcya od prawego kąta aż do kła. Pokrycie ubytku płatom z szwi. Wyjęcie zwyrodniałych gruczołów limfatycznych.	Róża twarzy. Ropień na szwi, częściowo zgorzeł płaciu, wznosił brzoza nowej wargi. Został płac przywiązany do 25 Kwiecia 1872 bez rezydwy.	Wyłeczone opuszcza kłosa 19 Kwiecia. Według powstanych wargi w domosiel żyje od 1870 r. bez rezydwy.
5. 13 Grudn. 1868.	Samaciarz Franciszek, lat 40, wieśniak.	Rak pierwotny wargi dolnej, zrosnięty ze szczęką, trwający od 1 1/2 roku.	Odcienie nowotworu i resekcya szczęki dolnej. Plastyka wargi według Brunns'a. Oddzielenie gruczołów limf. zwyrodniałych.	Zadnych szczególnych przypadków ze strony resekcyjnej. Szczególnie zwolnienie jętna przy bardzo wyrokłej ciupłocie. Przechodziło leczenie przez wycieranie szaruchy.	Wyłeczone opuszcza kłosa 14 Sycz. 1869 r. Rezydya w gruźlicach.
6. 12 Kwiecia. 1869.	Burkot Jan, lat 63, wieśniak.	Rak języka, podniebienia miękkiego i jamy ust, trwający od 9 miesięcy, wakatę drażnienia przez zęby spruchniałe.	Osteoplastyczna resekcya szczęki dolnej według Billrotha. Odcienie prawej połowy języka i sąsiednich zwyrodniałych części.	Zaraz od początku przyplaczone z coraz wzmagał się duszność.	Umiał lat 2 Lipca 1869 r.
7. 21 Syczn. 1870.	Kozima Łukasz, lat 57, wieśniak.	Rak wargi dolnej i trzonu szczęki trwający od 1 roku.	Wyjęcie wargi z nowotworem w postaci oworoboku. Resekcya trzonu szczęki między pierwszemi zębami trzonowemi. Plastyka wargi metodą Bruns'a. Oddzielenie zwyrodniałych gruczołów limfatycznych.	Esafoliacja blaszek kostnych i powierzbni resekcyjnych.	Wyłeczone opuścił klinię 21 Lutego. Rezydya w gruźlicach i podszczękowych. Śmierć w rok po operacyi.
8. 23 Sycz. 1870.	Iwanicki Szymon, lat 62, wieśniak.	Rak wargi dolnej i trzonu szczęki dolnej, trwający od 2 lat.	Operacyjniak w przypadku poprzedzającym.	Przypadki plucze z coraz wzmatającą się dusznością.	Umiał 25 Sycz. na ranie zapalenia płuc.



Numery i data operacji.	Imię, wiek i zaradnienie chorego.	Skład choroby i jej trwanie.	Metoda operowania.	Ważniejsze przynady w przebiegu leczenia.	Wynik.
9. 22 Kwiet. 1874.	Jankiewicz Stanisław, lat 64, właściciel realności.	Rak wargi dolnej — Recydywa po operacji metodą Brunsa z d. 8 Lipca 1873. Guz wielkości jaja ptasiego zajmujący bliźnię środkową nowo utworzoną warstwę, sięgający w okolice podszczękową, częściowo z kosciami zrosnięty.	Oddalenie nowotworu za pomocą dwóch cięższych listych. Wycięcie kawałka trzonu szczęki dolnej na 1 cent, szerokości piłą kątaszkową. Zespolenie kłosań szwami drutowymi. Pokrycie ubytku podług Sylene'a.	27 Kwietnia. Wystąpiła róża trwająca dni 4. Gorączka doszła do 40,5°C. 6 Maja. Z rany pod szczęką wyrasta guz o cechach nowotworowych, który 15 Maja wypadło galwanizowaniem. Ponowne wystąpienie recydywy. 8 Czerwca. Podjęzelenie reszekowanych kłosań jest stałe.	Opuścił klinikę 11 Lipca niewyleczony zszereżony się nowotworem.
10. 1 Maja 1875.	Dziubek Ignacy, lat 72, proboszcz.	Rak pierwotny, zajmujący przednią połowę dna jamy ustnej, zrosnięty ze szczęką.	Rozcięcie wargi dolnej w linii środkowej, resekcja wyrostka zębowego szeroko dolnej z pozostawieniem łuku na 1/4 cent. szerokości.	Przebieg pomysłowy. Od powierzenia resekcji kłosań oddzielił się kawałek nekrotyczny. W Lipcu pojawiła się recydywa, którą wypalono żelazkiem.	Opuścił klinikę dnia 6 Czerw. 1875. Umarł w kilka miesięcy potem z powodu recydywy.

11 29 Listop. 1875.	Płonka Michał, lat 62, wieszniak.	Rak gruczołowy podszczękowy po operacji raka wargi dolnej, piątki z dnia 4 Marca 1875. W okolicy podszczękowej guz wielkości pięści, ze szczęką zrosnięty. Na szczęście jego wrzód rakowy wielkości centa.	Podwiązanie art. carotis communis na omoloidus Resecycja szeroko od pierwszego zęba siecznego do drugiego trzonowego. Wyłuszczenie guza wraz z mięśniami języka po stronie prawej	Ze strony mózgu żadnych przypadów. Wzmągnię się z dnia na dzień objawy obrzęku płuc. Temp. w dniu śmierci doszła do 40°C. <i>S e k c y j a.</i> Żyłki móżdżkowe znacząco po obu stronach jednostrajnie rozszerzone na przekroju blade załamują się obfito łożyska, piersiowej Szczę wrostka, niesiętego błędy i kruchy. Wątroba i śledziona prawidłowe. Nerki małe, powiększone. Nierowna, bliznowata zaciągnięta. Istota korowa wązka, brodawkę zanikłe. Kłębiły i miedniczka rozszerzone; błona śluzowa moczowodów zgrubiała, szara. Podobnie błona śluzowa pęcherza którego mięśnie są mocno przetłoste. Płimosis znacznego stopnia. Rana po operacji i jej otoczenie przesięknęte posoką.	Śmierć z powodu obrzęku płuc dnia 3 Grudnia 1875 r.
12. 13 Grudnia 1875.	Krukowski Józef, lat 47, wieszniak.	Rak pierwotny podszczękowy, trwający od 9 miesi. Nowotwór zajmuje wewnątrz część policzka, zrosnięty z wyrostkiem zębowym szeroko gębny i dolny.	Resecycja szeroko dolnej dla utworzenia sztucznego stawu, sposobem Esmarrowskiego; rozcięta piastyka. Dokładny opis patrz str. 708.	Przebieg zakłócony przyąpieniem róży, po jej ustąpieniu stan bezgroczkowy z wyjątkiem 3 dni, gdzie ciepłota doszła do 38,5°C częściowa zgorzeł przesięzonego płatu z szwi. Z powierzenia resekcji oddzielił się blaszkowate sekwestry.	Wyczerpany opuścił klinikę d. 5 Kwiet. 1876 r. Wzdętych pewnych wiadomości zły bez recydywy do 19 Marca 1880 r.

Numer i data operacji.	Imię, wiek i zatrudnienie chorego.	Stadzia choroby i jej trwania.	Metoda operowania.	Ważniejsze przypadki w przebiegu leczenia.	Wynik.
13. 9 Grudnia 1875	Cisich Jerzy, lat 47, wyróbnik.	Pierwotny rak języka, trwający od 3 miesięcy. Nowotwór zajmuje lewą połowę języka, sięgając na 1 cent od jego nasady. Przyjęta część dna jamy ust, jakoteż mięsień idący od szczęki do języka, rakowo nasadzony, kilka gruczołów limfat., podszczepionych obrzmiało.	Podwiązanie tętnicy językowej lewej według Malgaigne'a. Resekcja szczęki Langerbeck'a. Wytnięcie lewej połowy języka wraz z zwyrodniałą częścią dna jamy ust przyrzeczeniem podwiązanie tętnicy językowej prawej. Szew kostnyrdynowy. Wyjęcie gruczołów limf. zwyrodniałych.	Zgorzel obu końców kości reszekowanej. 21 Stycznia wydotylo sekwester na 1 cent. drugi obok niego ka-walek korzenia zębowego. Do dnia 25 Lutego po-żalenie kości dość silne, ale cznie kości dość silne, ale szłał pod szczęką, po stronie prawej guz twarwy wielkości jaja kurzego. Guz ten uształwiał się w guzole nowotwor. zropiał, a jama zguż pozostała zgoła. Od zupełnie. Zastępowana w-wa-55 że mimo odjęcia lewej połowy języka, pozostała część tak się rozwinęła że język jak w stanie normalnym. Wypchnął całą prawie ja-mę ust. Ruchomość tylko ku przodowi upośledzona. Gorączka w ciągu leczenia doszła do 39,7°C.	Wyleczony opuści klini-kę 27 Lutego 1876 r.
14. 16 Marca. 1876.	Przeplóra Józef, lat 52, wiesniak.	Rak pierwotny war-żki dolnej, trwanie lat 3. Nowotwór zajęł całą warżkę dolną, sięgał i do jamy ust, się- gał na 1 cent od jej nasady.	Resekcja trzona szczęki piłą tańcuskową po stro- nie prawej przy zabie trzo- nowym drugim po stronie lewej przez ką. szczęki.	Ciepłota wynosząca przed operacją 38,5°C, dnia następnego do 40,0°C nocem stała op adłała aż do 37,0°C. Przbieg zupełnie normal-ny.	Wyleczony opuści klini-kę dnia 19 kwietnia 1876 r. Dal-

15. 31 Marca 1876.	Wojnar Wojciech, lat 57, wiesniak.	Gąjka po stronie le-wej aż do nasady je-zyka. Gruczoły limf. podszczepkowe obrzmiały.	Wynieszenie zajętych gru-chołów limf. Odjęcie całego guza za pomocą odgnia- tacza. Chetloplastyka z 2 płatów według Syme'a.	W miejscu oddalonego kawałka szczęki wytworzył się wał chrzastkiwarto- twarwy; ruchy szczęki do- bry.	szy los jego nieznany.
		Rak warżki dolnej; rezydya po opera- cji wykonanej meto- dą Scudliff'a w d. 20 Paźd. 1875. Cała okolica nadżyłkowa zamieniona w jeden guz nieruchomo ze- szczęką zrosniętą, na szczękale obrzmiało- ty.	Częściowa resekcja trzona szczęki dolnej z pozosta- wieniem wyrosła zębowa- go i okostnej. Ciepło piono- we prowadzono piłą Kistela, częściowo reszekrorem Nyrupa. Wycięcie wszyst- kich mięśni języko-gnyko- wych i języko - szczeko- tnie językowych.	Po operacji zatrążono zębó- chorych którym się w- sędzieli. Naszutrz szczękę wyjął sobie sam zębownik i pokrył sam po- trawę płynną lubo z trnd- nością. W nocy 2 kwietnia nagły napad duszności. Kieram chory ulęgił mimo wyłączenia obrzmiałego języka wykonanie trache- otomii i oddechania sztucz- nego.	Śmierć z za- duszenia z po- wodu nagłego obrzęku języ- ka 2 Kwieśn. 1876 r.

Numer i data operacji.	Imię, wiek i zatrudnienie chorego.	Siedziba choroby i jej trwanie.	Metoda operowania.	Ważniejsze przypadki w przebiegu leczenia.	Wynik.
16. 16 Paźdź. 1876.	Petrik Jakób, lat 31, wyręblik.	Rak gruczołów, re- cydwa po operacji metodą Sennego z d. 3 Maja 1875 r. No- wotwór znaczący rozmiarów. Granice jego od zew na 3 tr: brzeg wewnętrzny mięśnia mostka sut-	Cięcie wzdłuż brzo- wca, mięśnia mostko- wego się do dolnego brze- ga obrzaski obrękowej; Podwiązanie czoła i omni- mentu Coopera. Wyłus- czenie gruczołów limfat. Ilość nowotworu dużym	zgrubiała. W jamach ser- ca krew ciemna płynna. Wątroba prawidł, rozmiarów, miękkie twardzielniki, rozmiarów szalków niewyraźny. Siedzi- ska 1 1/2 rasy powiększo- na, miękkie ciemno- czerw. Nerki jednostronnie śluzo- barwione. Błona śluzowa śluzowata, błędną, na szczy- tach jej śluzowate drobne wy- naczenia. Jęzzyk znacz- nie obrzęknięty, wiska się międko żęły, zakrywając przesmyk gardłowy. Błona na śluzowce podniebienia miękkiego i kolo nagłośni obrzękła. Na przedniej ścianie szyi rana 3 cent. Śledziona po wykonanej tra- cheotomii.	Niewielezo- ny opisał klinię 4 16 Grudnia 1876 z szeregiem nowotworo- wym.

17. 6 Listop. 1876.	Stręczak Jan, lat 49, góral.	Rak pierwoty war- ski dolnej zajmujący jej prawą połowę kolo kąta ust, zros- nięty z kosciami. Gru- czyły podszczekowe limf. obrzmiałe	kowego, od przodu i góry gruczoł przy- uszny od dołu kość grywkowa, która pra- wie cała obrzmiała jest nowotworem. Na skórze w okolicy ką- ta szczęki dolnej kil- ka wrzodów, z 1 1/2- rych jeden komuni- kuje z owroźdzeniem na dnie jamy ust, po stronie prawej.	10 Listop. Zespojenie zbył wielkiej szpary ust, po częściowem odsłanianiu jej brzegów. Wycięcie mięsca rezydwy. 14 Listop. Wystąpiła róża trwałąca dni 6. Gorączka doszła do 40,5°C. W skutek tego rozszło się zespójnie- nie szpary ust. 30 Listop. Pierwsze wsta- pienie rezydwy w ranie pod broda. Stan ogólny do- bry. Ciężota, między 37,8 a 36,5 kg. 13 Grud. Rany prawie zu- pełnie zagojone. Wrzód re- zydwy pod broda powię- ksza się. Chory nie powa- ża na ponowną operację. 10 Listop. Wystąpiła róża na twarzy. Od 17 do 19 tegoż miesiąca małe krwotoki z jamy ust powstrzymano le- cząc przykrywaniem wody lo- doszła do 40° tego dnia szatawny krwotok dla no art. carot. com. metodą Coopera. Przy padło po tej Róża ustąpiła odciąż prze- bieg prawidłowy. Ciężota między 37,5 a 36,5.	Wyleczony opisał klini- kę 16 Grudn. 1876 r. W dwa ty- godnie potem wystąpiła re- cydwa kło- rej choroby uległ 17 W. z. 1877 r.
---------------------------	---------------------------------------	--	--	---	---

Numer i data operacji.	Imię, wiek i zatrudnienie chorego.	Siedziba choroby i jej trwanie.	Metoda oprowania.	Ważniejsze przypadki w przebiegu leczenia.	Wynik.
18. 12 Kwiecień 1877.	Olaohowski Stanisław, lat 58, leśniczy.	Rak języka trwający od 8 mies. Nowotwór zajmuje prawą połowę języka aż na 1 1/2 cent. od jego podstawy. Jedną gruczoł podżuchwowy części podżuchwowy powiększony	Podwiązanie tętnicy językowej prawej, amputacja kanała. Resekcja szczytu dołnej według Langenbecka. Wyuszczenie prawej połowy języka. Szew kostny drutowy. Wyuszczenie gruczołu limfat.	Krwotok nastąpił z rany na języku. Podwiązanie tętnicy językowej lewej. W 6 dni po operacji po odejściu krwi towarzyszącej, który usiał dopiero po podwiązaniu carot. comm. dzia. Mimo to chorey w kwadrans potem umarł z ostrej niedokrwistości. Sekcja wykazała otwór w carotis communis blisko 6 mm. nad odejściem tętnicy językowej, w którym to miejscu tętnica otoczona była ropniem, sięgającym do miejsca ligatury na tętnicy językowej. Mózg w obu półkulach zarcwino niedokrewny.	Umarł z powodu następnego krwotoku dnia 19 kwietnia 1877 r.
19. 9 Maja 1887.	Szemla Piotr, lat 50, wyrobnik.	Rak języka, trwający od 1/2 roku. Nowotwór sięga na 1 cent. od nasady języka z tyłu i z przodu, tylko sam koniec i brzeg jego lewy wolny. Gruczoły podżuchwowe obrzmiałe.	Podwiązanie ebu tętnicy językowej. Resekcja szczytu według Langenbecka i wyuszczenie całego języka i wymacalych gruczołów. Szew kostny drutowy.	Krwotok nastąpił z kilku drobnych naczyń w podstawie języka zatamowany wodą lodową. Od 23 Maja chorey może już poruszać rękami i nogami, chylający się sekwester z powierzechni reszekcyjnych. 28 Maja język zupełnie zagojony bliżną miękką molią.	Opisał klinicznie dnia 28 Czerwca 1877 rana amputacja języka z wyjątkiem z wyjątkiem należącej przeto-ki prowadzącej do oddzielenia języka od ciała.

20. 25 Październik 1867.	Wiesławski Jan, lat 60, wiesznik.	Rak wargi dolnej, zrosnięty z kosciami śródniebny, trwający od 1 1/2 roku. Gruczoły limf. obrzękłe.	Resekcja trzonu szczytu dołnej z wawartego między obydwoma kłami. Wyjęcie nowotworu wraz z mięśniami idącymi do języka. Ekstirpacja gruczołów i oczyszczenie języka na pięci. Plastyka metodą Brunsa.	Przebieg leczenia bez żadnych powikłań. Cięplota doszła raz do 40° C. zresztą aż do 9 Maja utrzymywała się powyżej 38° C.	Umarł d. 25 Maja. 1778 r. z powodu rezydwy.
21. 9 Maja 1878.	Babik Wawrzyniec, lat 65, strażnik kolejowy.	Rak gruczołów podżuchwowych, jako recydywa po operacji raka wargi pięcioletniej. 18 Listopada 1875 r. Pod kątem prawym szczytu dołnej guz, wielkości małego jabłka, z kosciami zrosnięty	Resekcja szczytu dołnej od zęba trzonowego drugiego do kła. Wyjęcie guza wraz z kosciami. Zespojenie błony śluzowej policzka z dzielnia tej ostatniej od rany zewnętrżnej.	Przebieg leczenia bez żadnych powikłań. Cięplota doszła do 40,2° C. Pożniej utrzymwała się między 37 a 38° C. Połączenie części reszekowanych szczytu zbitą masą bliznowistą.	Wyteżony opuszczył klinię d. 8 Czer. 1878. Dnia 16 kwietnia 1879 r. przedstawił się z recydywą, w bliznie po operacji tak posuniętej nie była możliwa.
22. 29 Maja 1873.	Drug Jan, lat 63, wiesznik.	Rak wargi dolnej, trwający od roku po operacji m. e. t. o. d. 26 Lipca 1874 r. Guz nowotworu wielkości orzecha włoskiego w miejscu dawnego blizny z kosciami zrosniętymi.	Resekcja szczytu dołnej od zęba ścieżnego Chelipona, metodą Auersta.	Krwotok nastąpił z rozciągnięciem rany — nowe zespojenie — krwotoki ustami dołnej pod tamponami uferosekychorato. W skutek tego płat częściowo przeszedł w zgorzel. 3 Lipca zespojenie brzoğu płatu po oddzieleniu się części zgożonej. Gorączka w	Opisał klinicznie dnia 6 Lipca 1879 r. z nową przeto-ką pod bro-żką. Według pomysł wia- domości recydywa pojawiła się w 3

Numer i data operacji.	Imię, wiek i zatrudnienie chorego.	Siedziba choroby i jej trwanie.	Metoda operowania.	Ważniejsze przypadki w przebiegu leczenia	Wynik.
23. 15 Lutego 1876.	Żanacha Błazel, lat 58, wiesniak.	Rak płaski w okolicy skroni prawej. Recydywa po operacji wykonanej metodą Dieffenbacha w d. 23 Stycz. 1873. Recydywa w 8 m. cu po operacji. Wrzód wielkości talara zrosnięty z brzegiem oczodołu.	Wycięcie nowotworu za pomocą 2 cięć półkolistych. Resekcja brzoju zewnętrznego oczodołu prawego. Wypalenie żelazem powierzchni resekcyjnej.	czasie trwania zgorzeli doszła 40.20 C. Po sześciu dniach opadła trzymając się niżej 380 C.  Przebieg zupełnie prawidłowy. 5 Marca oddzielił się blaszkowaty sekwester wielkości soczewicy. Po operacji stan bezgorączkowy.	miesiące potem.  Opuścił klinikę d. 26 Mar. 1876 r. z raną zdrowo granulującą. Umarł z powodu recydywy 21 Czerw. 1876 r.

Z powyższej zatem tablicy wynika, że na 23 przypadki mamy zaledwie 3 chorych wolnych dłużej nad lat 3 od recydywy (13,6%), 6 umarło wskutek zabiegu operacyjnego (26,1%), u 11 pojawiła się wkrótce po operacji recydywa (47,9%). 3 chorych opuściło wprawdzie zakład kliniczny z raną pooperacyjną wygojoną, dalszy ich los jednak nie jest mi znany. Śledząc za przyczyną tak znacznego procentu śmiertelności, znajdujemy, że 2-ch chorych umarło z powodu gnilnego zapalenia płuc, wskutek dostania się wydzieliny rany do płuc oddechowych.

U jednego chorego nastąpiło niepomysłne zakończenie z powodu obrzęku płuc, a powikłanie to da się wytłumaczyć istniejącem oddawna przewlekłym zapaleniem nerek, wywołanem przez utrudniony odpływ moczu i zwyrodnieniem mięśnia sercowego, tak, że organizm, już poprzednio osłabiony, nie mógł znieść znacznego obrażenia operacyjnego.

Czwarty przypadek (N. 15) wykazuje wybitnie, jak niebezpiecznem jest przecięcie mięśni języka, idących do szczęki dolnej. Organ ten, obrzmiały wskutek rany, a następnie podtrzymywany przez swe mięśnie ku przodowi zamknął wejście do krtani, tak, że mimo wszelkich środków ratunku, nie można już było chorego wyrwać śmierci przez zaduszenie. Jeden tylko chory umarł z powodu krwotoku następczego, powstałego po przeżarciu ścian tętnicy domózgowej przez otaczający ją ropień. Przypadki, w których chorzy zmarli z powodu powrotu nowotworu, są także o tyle zajmujące, że recydywa pojawiała się bardzo wczesnie po wykonaniu operacji, tak, że u 4-ch chorych stwierdzono ją już w czasie ich pobytu w klinice, a mianowicie: u jednego już w 3 dni po operacji, u dwóch po dniach 14, jeden tylko wolny był od cierpienia przez 3 miesiące. Wogóle z tych chorych żaden nie żył dłużej nad 1 rok po opuszczeniu kliniki. Z przebiegu pooperacyjnego zasługuje na uwagę częste pojawianie się róży twarzy, znajdujemy ją bowiem w 5-iu przypadkach, czyli 21,7 %, a za przyczynę tego musimy przyjąć to, że właśnie rany u tych

chorych najmniej były narażane na zanieczyszczenie przez rozkładające się w jamie ust pokarmy. Powikłanie to jednak nie miało żadnego ważniejszego wpływu na przebieg choroby. Mimo wysokiej bowiem gorączki, dochodzącej zawsze do  $40,5^{\circ}$  C., żaden z tych chorych nie umarł, 2-ch z nich nawet pozostało wolnymi od recydywy dłużej niż 3 lata, u innych 3-ch jednak róża nie przeszkodziła wystąpieniu i szerzeniu się recydywy, co zatem nie przemawia za przypuszczeniem, jakoby róża miała własność niszczenia już istniejącego nowotworu. Nadto podnieść tu muszę, że w znacznej części przypadków połączenie resekowanych części kości nastąpiło dopiero po oddzieleniu się mniej lub więcej rozległej blaszki nekrotycznej kości. Przypadków takich jest 8, a zatem komplikacja ta występowała, po otrączeniu przypadków śmierci wkrótce po operacji, w 47%. Połączenie części szczęki dolnej następowało prawie zawsze, zwłaszcza po wyjęciu kawałka szczęki, zapomocą zbitnej bliznowatej tkanki łącznej. Najpomyślniejszy był przebieg w przypadkach, w których można było pozostawić mostek kostny, łączący obie części szczęki. Jeden tylko podobny przypadek zakończył się śmiercią, z powodu cofnięcia się języka obrzmiałego ku krtani, po wycięciu jego mięśni wraz z dolną częścią trzonu szczęki. Wreszcie podnieść muszę, że staw sztuczny, utworzony metodą ESMARCH'A, dał wynik bardzo zadawalniający.

---

# Czy przymiot [syphilis] jest chorobą dziedziczną? <sup>1)</sup>

PODAŁ

**Ż. Króweczyński**

ze Lwowa.

---

Historija najrozmaitszych nauk wykazuje, że z postępem odkrywamy błędy naukowe w zjawiskach przez wieki za dogmaty uznawane, a w nauce o chorobach wene-rycznych wiele podobnych przykładów znajdujemy. Takim dogmatem, pozornie najprawdziwszym i niedającym się obalić, jest odziedziczenie przymiotu. Że przymiot jest dziedziczny, nikt o tem dzisiaj nie wątpi, bo codzienne doświadczenie potwierdza, iż z matek przymiotowych rodzą się dzieci przymiotowe, a ojcowie tą chorobą dotknięci bywają niekiedy powodem przymiotu swojego potomstwa. Pomijam tutaj do historyi należące zapatrywanie HUNTER'A, utrzymującego, że przymiot wtórorzędny nie jest dziedziczny, za którego powagą wielu lekarzy, jak GIRTANNER, WENDT, HENKE, a wreszcie KLUGE, PAULI, a nawet RICORD, te same zapatrywania wygłaszali — i nie uwzględniam twierdzenia wyznawców szkoły fizyologicznej, którzy przeczą

---

<sup>1)</sup> Czytane na III-im Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.



istnieniu przymiotu, nie mogli tem samem uznawać jej dziedziczności; dzisiaj, powtarzam, mimo różnorodnych zapartywań nikt nie wątpi, że przymiot jest dziedziczny. Przecież po bliższem rozpatrzeniu nasuną się nam niektóre wątpliwości, osłabiające dogmat odziedziczania przymiotu, a zestawienie tych wątpliwości stanowić będzie treść mojego wykładu. Najpierw porozumieć się należy, co przez choroby dziedziczne rozumiemy, co stanowi ich cechę, gdzie ich źródło i które cierpienia do dziedzicznych zaliczamy. Powszechnie uznajemy za choroby dziedziczne: gruźlicę (*Tuberculosis*), krwawiaczkę (*Haemophilia*), cukromocz (*Diabetes mellitus*), dnę (*Arthritis*), raka (*Carcinoma*), a wreszcie rozmaite cierpienia nerwowe, jak: padaczkę (*Epilepsia*), maciennictwo (*Hysteria*) i t. d., a nakoniec przymiot (*Syphilis*). Wspólną ich cechą jest, że przechodzą z rodziców na potomstwo w wielu pokoleniach, niekiedy zaś z rodziców na wnuków, lub na boczne linije potomków i zawsze występują one po kilku lub kilkunastu latach jako cierpienie pierwotne, podczas gdy pierwotnie i zaraz po urodzeniu się nie zdradza przyszłego cierpienia, ukrytego pod formą odziedziczonego usposobienia, jak tego uczą patologowie. Wprawdzie w wyjątkowych przypadkach zdarza się, że dziecię, zrodzone np. z gruźliczych rodziców, w krótkim czasie po urodzeniu ulega zwyrodnieniu gruźliczemu opon mózgowych, ale te przypadki zawsze pozostają wyjątkowe, w przeciwieństwie do nieporównanie większej ilości przypadków gruźlicy, objawiającej się po kilku lub kilkunastu latach. Jeżeli podana definicyja chorób dziedzicznych jest prawdziwą, w takim razie, z wyjątkiem przymiotu, obejmuje ona wszystkie wyliczone powyżej choroby, ale przymiotu podciągnąć tutaj nie możemy, albowiem przymiot rodziców nie usposabia potomstwa do cierpienia, lecz rodzi się ono z rozwinięta, lub cò najpóźniej w przebiegu kilku lub kilkunastu tygodni rozwijającą się chorobą, nigdy nie przenosi się na dalsze potomstwo jak na wnuków, albo na boczne linije. Nie wspominam o tak zwanym: późnym a odziedziczonym przymiocie (*Syphi-*

*lis hereditaria tarda*), o którym często trudno stanowczo powiedzieć, czy nie jest on nabytym po urodzeniu, albo czy objawy przymiotu wrodzone, z początku nieznacznego, nie były przeoczone, a późniejsze i groźniejsze symptomy uznano za pierwsze przypadki choroby, pozornie późno się objawiającej. Nie mając odpowiedniego doświadczenia, nie śmiem przeczyć istnieniu późnego, a wrodzonego przymiotu, niezbitą jednak prawdą pozostaje twierdzenie, że przymiot nie przenosi się na dalsze potomstwo jak na wnuków, albo na boczne linie. Przeciwnie, wielu autorów twierdzi, i to nie bez podstawy, że przymiot rodziców nie usposabia potomstwa zdrowo urodzonego do przymiotu, a przypadek MIREUR' A, w którym ojciec z objawami wczesnego przymiotu spłodził dziecię zdrowe, we dwa lata później chore na przymiot, skutkiem zarażenia ojca przez pocałunek, stanowczo potwierdza, że dziecię z ojca przymiotowego urodziło się zdrowe, bez dyspozycji, która nie była ani mniejszą ani większą niż zawsze, a zarażenie nastąpiło w bardzo zwykłych warunkach. Może jednak ktoś zarzucić, że niewolnicze trzymanie się definicyi, jakkolwiek odpowiada wymaganej w nauce ścisłości, nie jest słuszne w skomplikowanych naukach przyrodniczych. Znając trudność definicyi muszę jednak zauważyć, że innych chorób infekcyjnych, jak odra, ospa, płonica (szkarlatyna), przecież nie nazywamy dziedzicznymi, chociaż, w wyjątkowych przypadkach z organizmu matki przenoszą się na noworodków lub płody, a te choroby, równie jak przymiot, występują albo jeszcze u płodu znajdującego się w łonie matki, albo u noworodka bezpośrednio po urodzeniu — lub dziecię rodzi się z rozwiniętymi objawami choroby, które mają tę wspólną cechę z przymiotem, że na dalsze pokolenie, ani na boczne linie się nie przenoszą. Jeśli o ospie mówimy, że dziecię się zaraziło w łonie matki — dlaczego mówimy, że przymiot odziedziczyło? i to stanowi pierwszą a ważną wątpliwość co do odziedziczania przymiotu. Zawila i wiele wyjaśnień potrzebująca sprawa fizjologicznego odziedziczania zależy, jak ogół

fizjologów twierdzi, od własności nasienia i jajka — a najwięcej zwolenników liczy to twierdzenie, które obu zarodkom ustroju, tak męskiemu nasieniu, jakoteż jajku kobiety równy przypisuje współdział. Dla wytłumaczenia zjawiska odziedziczenia posiłkują się fizjologowie twierdzeniem, że w nasieniu, względnie jajku, są złożone pewne kształty przyszłego organizmu. „Die Erbllichkeit ist eine Form-Vererbung“ — a to odziedziczanie kształtów uważają za przyczynę dziedzictwa własności fizjologicznych, jako też patologicznych. Nie będę przytaczał z patologii przykładów, popierających twierdzenie fizjologów, wspomnę tylko, że do powyżej wymienionych chorób dziedzicznych da się ono zupełnie zastosować, a znowu wyjątek stanowić będzie przymiot. Jeżeli jeszcze możnaby przypuścić, że przymiot nabyty przed zapłodnieniem mógłby zmienić kształty nasienia, względnie jajka — to niewątpliwie nikt nie przypuści, aby przymiot nabyty wśród ciąży, a najpewniej mogący się udzielić płodowi, jak to M. ZEISSL'A przypadek niezawodnie stwierdza — powtarzam, aby przymiot nabyty wśród ciąży mógł wpłynąć na kształt jajka lub nasienia już nieistniejącego, bo w płód rozwiniętego. A przecież i ten przymiot nazywamy niesłusznie odziedziczonym. Wyjątek pod tym względem stanowi CAZENAVE, posługujący się nazwą *Syph. congenita*; BAZIN i FOURNIER — *Syphilis par transmission placentaire*, HUTCHINSON — *Syphilis by acquisition*; a VAJDA za przykładem ANGEZIUS'A — *postconceptionale humorale Infection*. Nikt nie odmówi mi słuszności, że dla obu tych rodzajów odziedziczonego przymiotu nie powinna przysługiwać jedna i ta sama nazwa, bo jeśli w pierwszym razie przymiot jest odziedziczonym, to w drugim nie jest w ten sam sposób z rodziców udzielonym. Jeżeli odziedziczenie zależy od własności nasienia i jajka — niechaj nie powiem za przykładem fizjologów — od kształtów zarodków przyszłego ustroju, to w takim razie możnaby powątpiewać, czy nasienie, względnie jajko-przymiotowych rodziców, posiada odmienne własności — a przedewszyst-

kiem czy może zawierać zarazek przymiotowy. Opierając się na stwierdzonym zjawisku, że twory fizjologiczne nie zawierają zarazka, odmawiają niektórzy autorowie nasieniu możności zawierania zarazka. O ślinie, pocie, mleku matki wiadano oddawna, o krwi starałem się dowieść w niedawno ogłoszonym artykuliku, a o nasieniu mamy prawo przypuszczać, że ono nie jest syfilitycznie przeobrażone, na podstawie szczepień nasieniem przymiotowego człowieka, dokonanych przez MIREUR'A, które stanowczo były ujemne. Tutaj jednak wypada mi nacisk położyć na jedną okoliczność, iż twory fizjologiczne mimo to mogą być przyczyną przymiotu, albowiem one mają własność zachowywania zarazka — i odróżnić nam należy domieszkę zarazka do fizjologicznej wydzieliny od przymiotowego przeobrażenia fizjologicznej wydzieliny, jakie zdaniem wielu autorów, nie istnieje. Znowu mógłby mię spotkać słuszny zarzut, że na hipotezie fizjologów i doświadczeniu MIREUR'A buduję gmach, którego nietrwałość wykazuje sama jego podstawa. Na to winienem odpowiedzieć, że dotąd nie stanowczo nie twierdziłem, ale wykazuję wątpliwość, a doświadczenie MIREUR'A dozwala przecież mieć pewne wątpliwości co do odziedziczenia przymiotu. Dodajmy do tego bardzo częste zjawisko, że z ojców przymiotowych, chociażby obarczonych wczesnemi, a więc i zaraźliwemi objawami przymiotu, potomstwo bywa zdrowe, gdy matka nie przebyła przymiotu; dodajmy zresztą owe wyjątkowe przypadki, w których matki przymiotowe rodzą dzieci zdrowe, a powątpiewania nasze będą tembardziej usprawiedliwione.

Przypuśćmy na chwilę, że stanowczo dowiodłem, iż przymiotu odziedziczyć nie można, a do celu tego bynajmniej nie zdążyłem, ale poczuwałem się do obowiązku poddania dyskusji dogmat o odziedziczaniu przymiotu i usprawiedliwienia tej dyskusji podniesionemi wątpliwościami, jakim więc mógłby być przymiot u potomstwa, jeśli nie jest odziedziczonym? Mógłby być nabytym, a udzieleniem wytłumaczyć możemy przymiot dzieci zrodzonych z ma-

tek i ojców przymiotowych, a nawet owe wyjątkowe przypadki, w których dzieci przymiotowe rodzą się z matek zdrowych, a ojców przymiotowych, jako też te dziwactwa natury, podane przez CASPARY'EGO — porody bliźniacze — w których jeden płód jest przymiotowy, a drugi zupełnie zdrowy. Pragnąc wytłumaczyć przytoczone zjawiska przymiotu odziedziczonego, natrafimy na wielkie trudności, a nie-rych z nich zupełnie wytłumaczyć nie umielibyśmy. FOURNIER w najnowszym dziele: „*Syphilis et mariage*” mimo że przychyła się do twierdzenia, że nasienie przymiotowego nie zaraża, obawia się rozprawy o niezaraźliwości nasienia przymiotowego, a właściwie przypuszcza, że nasienie może zarażać. Dla usprawiedliwienia sztucznego rozumowania, podaje on, że zapłodnienie jest owym czynnikiem, powodującym, że nasienie przymiotowego wywołuje przymiot. Rozumowania FOURNIER'A pod tym względem są bardzo niejasne, a jak sądzę, i niesłuszne. Łatwiej pojąć można, że matka nabędzie przymiot od dziecięcia zarażonego przez ojca przymiotowego, gdy przypuszczamy, że nasienie zawiera zarazek przymiotowy, aniżeli podzielając zdanie, że nasienie przymiotowego nie jest chorobowo przeobrażone, a mimo to ma być powodem choroby matki, nabywającej przymiot od dziecięcia spłodzonego przez ojca przymiotowego. Zkądże zapytać można z całą słusnością, powstaje dziecię przymiotowe, jeżeli nasienie nie zawiera zarazka i chorobowo nie jest przeobrażone? Do przypuszczenia nabywania przymiotu wraz z zapłodnieniem zmuszają FOURNIER'A następujące okoliczności. Przedewszystkiem twierdzi FOURNIER, że u matek, przymiotowe dzieci rodzących, a których choroba nie powstała przez zarażenie w zwykły sposób, przymiot przebiega zupełnie inaczej, niż w przypadkach nabytego przymiotu w zwykłych warunkach, dalej, nie może on wytłumaczyć sobie powstania przymiotu u żon przymiotowych mężów, gdy one nie cierpiały na pierwotne objawy przymiotowe, a wreszcie w nasieniu zapładniającem upatruje źródło przymiotu żon, których mężowie według

podania, nie stwierdzili żadnych zmian przymiotowych u siebie. Wiemy z doświadczenia, ile na podania najtrojskliwszych nawet o swoje zdrowie chorych zważać należy, i nikt nie zaprzeczy, że zapewne w znacznej ilości przypadków, niech nie powiem we wszystkich, przeoczono pozornie nic nie znaczące objawy przymiotu. Każdy z doświadczonych syfilidologów wie, jak znikomo, szczególnie na błonach śluzowych, rozpoczynają się niekiedy objawy przymiotu; lekkie zaczerwienienie i bardzo nieznaczne zgrubienie przybłonka, lub jego nadżarcie, stwierdzone jednego dnia, przekształcają się w przebiegu kilku dni w bardzo charakterystyczny naciek przymiotowy, w lepieź płaski, *Condyloma latum*, a czy w zmianie przedstawiającej się w formie zgrubienia lub nadżarcia nie było zarazka, nikt stanowczo twierdzić nie może. Że u kobiet rodzących dzieci przymiotowe często nie znajdujemy śladów pierwotnej infekcji, tego zaprzeczyć niepodobna, ale jak też często nie możemy znaleźć u kobiet przymiotowych śladów infekcji pierwotnej, po pewnym czasie, chociaż je sami dokładnie obserwowaliśmy. Przeczyć w tych przypadkach istnieniu pierwotnych objawów nie będziemy, bo widzieliśmy je sami, a jak nieprawdziwem byłoby twierdzenie, że w tych przypadkach musiało zarażenie nastąpić w niezwykły sposób i bez pierwotnego objawu, tak niesłusznem wydaje mi się twierdzenie FOURNIER'A, że w przypadkach niestwierdzonej pierwotnej infekcji koniecznie musiało zarażenie nastąpić po zapłodnieniu od dziecięcia przymiotowego. Niepodobna jednak zaprzeczyć, iż przymiot matek, rodzących dzieci przymiotowe, u których nie stwierdzono pierwotnej infekcji, inaczej przebiega — ale wyciągnięty ztąd wniosek, że to zależy od sposobu jej nabycia, nie musi być bezwzględnie prawdziwy. Przedewszystkiem nie możemy stanowczo twierdzić, że w tych przypadkach nie rozpoczyna się choroba pierwotnym objawem. Sam FOURNIER wykazał, że częstą siedzibą pierwotnego objawu przymiotowego bywa część pochwowa macicy, a ten objaw przeoczony

następował pozornie słuszną podstawę do twierdzenia, że przymiot może powstać bez objawu pierwotnego. Na pytanie, w ilu przypadkach przeoczamy objaw pierwotny, odpowiedzieć nie możemy, a nawet twierdzenia, że we wszystkich przypadkach przeoczamy objaw pierwotny, stanowczo obalić niepodobna. Cóż bowiem wyklucza możliwość powstawania pierwotnego objawu przymiotowego w tych miejscach, które dla zwykłego badania są niedostępne? Dla wytłumaczenia powstania objawu pierwotnego na migdałkach lub łukach, przypuszczamy, że zarazek bezkarnie przeszedł jamę ustną, a na migdałku wywołał objaw pierwotny, bo na nim nadżarcie się znajdowało. Dlaczegoż, pytam się, nie mógłby się w wyjątkowych przypadkach wytworzyć pierwotny objaw w szyi macicy, lub na błonie śluzowej, wewnątrz jej wyścielającej? Doświadczenie uczy, że nie ma miejsca na ciele, na którym nie mógłby się pierwotny objaw wytworzyć, a w takim razie na jakież przeszkody natrafia zarazek, bezkarnie przeszedłszy przez pochwę, jakie warunki i jakie czynniki nie dopuszczają do wytworzenia się objawu pierwotnego? Zanim stanowczo można by twierdzić, że przymiot u matek, rodzących dzieci przymiotowe, przebiega bez pierwotnej infekcji, należałoby udowodnić, że siedzibą tych zmian nie może być błona śluzowa szyjki macicy, lub jej wnętrza, i z niezbitą pewnością wykluczyć wytworzenie się w niezwykłym miejscu, jednym słowem, przeoczenie pierwotnego objawu. A to zdaje mi się przy obecnym stanie wiedzy naszej jest niemożliwe. Najsilniejszym argumentem, przytoczonym przez FOURNIER'A, za nabywaniem przymiotu po zapłodnieniu od dziecięcia przymiotowego, jest niejednokrotnie stwierdzony fakt zmiennego przebiegu choroby, wniosek jednak, że przyczyny tego szukać należy w sposobie nabycia choroby nie jest usprawiedliwiony. Przebieg przymiotu, zależny przede wszystkim od własności organizmu, w którym choroba się rozwija, bywa bardzo różny, gdy zarażenie w zwykłych warunkach następuje, że on zależy od funkcji organizmu,

przemawia za tem ta okoliczność, iż mamki, zarażające się od dzieci przymiotowych przy karmieniu, więcej cierpią i u nich przymiot bywa groźniejszym. Wreszcie bynajmniej nie stwierdzono, że własności zarazka przymiotowego są zawsze jedne i te same. Już to zjawisko, że wytwory chorobowe późnego przymiotu nie są zaraźliwe, pozwala twierdzić, że własności zarazka są zmienne, a przypominając doświadczenia PASTEUR'A z zarazką cholery kur, mamy prawo dorozumiewać się, że poznamy w przyszłości warunki, od jakich siła zarazka i jego własności zależą. Zmienny więc przebieg przymiotu bynajmniej nie udowadnia, że matki wraz z zapłodnieniem nabyły chorobę. Jeżeli zaś przypuścimy, że pierwotny objaw z jakiegokolwiek powodu przeoczono, pojmiemy, dlaczego matka rodzi dziecię przymiotowe, pomimo, że ani jajko, ani nasienie nie jest przez przymiot zmienione, a w jaki sposób mogłoby się to dzieć, poznamy zaraz. Gdyby więc przyszłość okazała, że rzeczywiście niesłusznie przymiot zaliczamy do chorób dziedzicznych, a właściwie, że potomstwo nie odziedzicza jej, w takim razie przypuszczenie, że potomstwo zaraża się najczęściej od matki, a w wyjątkowych przypadkach od ojca, powinno być przyjęte właśnie dlatego, bo niem wszystkie możliwe odmiany przymiotu potomstwa i wszystkie napotykanne zjawisko wytłumaczyć można. Weźmy dla przykładu następujący przypadek CHARRIER'A, nie wytłumaczony pojęciem obecnem o przymiocie dziedzicznym. Oto ojciec przymiotowy płodzi równocześnie dwoje dzieci: jedno rodzi się z żony, poprzednio zarażonej od męża, a drugie z nałożnicy zupełnie zdrowej. Z żony urodzone dziecię jest przymiotowe, z nałożnicy zdrowe — dlaczegoż, pytamy, nasienie syfilitycznego ojca, jedno i to samo, daje inny owoc? Otóż niewątpliwie dlatego, że matka zawsze jest chorą i od niej zaraża się dziecię, a ponieważ nałożnica nie jest przymiotową, nie może dziecię spłodzone z ojca przymiotowego nabyć choroby od zdrowej swej matki. Równie łatwo wytłumaczymy sobie przymiotem nabytym wszystkie przypadki płodzenia



dzieci zdrowych przez ojców, w chwili płodzenia cierpiących na objawy przymiotu wczesnego. Podany przez FOURNIER'A przypadek, obserwowany przez M. RAYNAUD'A, zawsze służyć będzie na poparcie twierdzenia o niezaraźliwości nasienia. W tym przypadku mężczyzna przymiotowy, nabywszy choroby przez spółkowanie z obcą kobietą, a nie z żoną, długi czas wstrzymywał się od stosunku płciowego z żoną, ale nareszcie dnia pewnego spółkował z żoną, poczem niezwłocznie zgłosił się do RAYNAUD'A, aby mu udzielić wiadomości o fakcie. RAYNAUD stwierdził w chwili badania objawy przymiotowe wczesne w ustach i zabronił wszelkiego obcowania płciowego, a mimo to w dziewięć miesięcy później urodzone dziecię było zupełnie zdrowe i zdrowe zostało do chwili ogłoszenia tego przypadku przez FOURNIER'A, t. j. w dziesięć lat później. Jakże wytłumaczyć sobie urodzenie dziecięcia zupełnie zdrowego z ojca przymiotowego, gdy nasieniu będziemy przypisywać zaraźliwość. Tymczasem wychodząc z założenia, że nasienie nie zawiera zarazka, pojmiemy urodzenie się dziecięcia zdrowego, a zarażeniem się w łonie matki wytłumaczymy wszystkie owe przypadki, w których dzieci urodzone są przymiotem dotknięte. Spytajmy się jednak, czy takie nabycie byłoby możliwe, i czy jakiegokolwiek zjawiska popierają to przypuszczenie. Wychodząc z założenia, iż tylko przez zetknięcie się przymiotu z organizmem zdrowym przymiot powstaje, łatwo pojmiemy, że w łonie przymiotowej matki płód, powstający z jajka i nasienia nieprzeobrazonego przymiotowo, a więc płód zdrowy, mógłby nabyć przymiot, stykając się ciągle z organizmem przymiotowym matki, w której łonie pod wpływem zakażenia może wytworzyć się zmiana, dostarczająca bezpośrednio zarazka. To przypuszczenie tłumaczy rodzenie się dzieci przymiotowych z matek, przymiotem dotkniętych przed i po porodzeniu. Jeżeli zmiana się nie wytworzy, w takim razie matka przymiotowa urodzi dziecię zdrowe, co w każdym razie należy

do wyjątków, podczas gdy w regule przymiotowa matka rodzi dzieci przymiotowe. Do wyjątkowych zdarzeń należy przymiot potomstwa z powodu choroby ojca, przyczem matka bywa niekiedy zupełnie wolną od zakażenia. Te przypadki tłumaczymy mechaniczną przymieszką zarazka do nasienia, który to zarazek, mniejsza o to, gdzie wytworzony, czy na zewnętrznych częściach płciowych, czy na błonie śluzowej cewki, przez dłuższy czas zachowuje się w fizjologicznych tworach macicy, dopiero wówczas zaraża przyszły organizm, czyli płód, gdy on stanowi całość dla siebie. Matka w takim razie wolna od przymiotu urodzi dziecię przymiotowe, mogące nawet matkę zarazić przy karmieniu. Zaraz tutaj dodać muszę, że to tłumaczenie jest sztuczniejsze, ale mimo to prawdopodobne. Porody bliźniacze, o jednym płodzie zdrowym, a drugim przymiotowym tworzą zagadkę, której odziedziczeniem przymiotu rozwiązać niepodobna; natomiast przypuszczenie nabytego przymiotu tłumaczy nam, dlaczego jeden płód jest zdrowy, a drugi przymiotowy, a mianowicie, organizm jednego płodu styka się z częścią organizmu matki, na której twór przymiotowy się znajduje, w miejscu zaś zetknięcia się drugiego płodu z organizmem matki, zmiana przymiotowa się nie wytworzyła. Posługując się powyższymi przypuszczeniami, łatwo pojmemy, dlaczego matka, pozornie nieprzymiotowa, a rodząca dziecię przymiotowe, nie ulega przy karmieniu swych dzieci chorobie przymiotowej nawet w takim razie, gdy dziecię ma wyraźne objawy chorobowe w jamie ustnej, a mianowicie dlatego, że sama jest przymiotową. Za tem przypuszczeniem przemawia doświadczenie CASPARY'EGO, który, jak wiadomo, szczepił bezskutecznie takiej matce wydzielinę przymiotową; za tem przemawiają również doświadczenia FINGER'A, obecnego asystenta kliniki przymiotowej w Wiedniu, który powyższe doświadczenie, jak z jego ust osobiście słyszałem, trzykrotnie z ujemnym wynikiem powtórzył. Odpowiedzmy jeszcze na pytanie, czy

cokolwiek upoważnia do przypuszczenia, że takie zmiany w macicy są możliwe. Wprawdzie patologia wykryła w błonach do płodu i matki należących zmiany niewątpliwie przymiotowe; czy one są zaraźliwe i czy one właśnie są źródłem przymiotu dzieci, o tem nie wiemy. Gdyby nawet one niemi nie były, to jeszcze powyższe przypuszczenie podtrzymać moglibyśmy zjawiskiem, na które w ostatnich czasach zwrócono, za przykładem TARNOWSKIEGO, uwagę, że zaraźliwość organizmu przymiotowego, szczególnie wybitna we wczesnych okresach zakażenia, bywa często powodem wytwarzania się zmian przymiotowych. Zapłodnienie i ciąża z pewnością zadrażniają macicę przymiotową, a jej drażliwość bywa może powodem wytworzenia się zmiany przymiotowej, z której moglibyśmy ani śladu nie stwierdzić po urodzeniu dziecięcia, jak często nie stwierdzamy pierwotnego wrzodu przymiotowego, szczególnie u kobiet, obok najwcześniejszych zmian przymiotowych. Zawsze jednak powstanie zmiany, dostarczającej zarazka przymiotowego zupełnie wystarczyłoby dla zarażenia rozwijającego się płodu, którego choroba, pozornie odziedziczona, rozwija się bez widocznego śladu pierwotnego objawu na organizmie dziecięcia, który to pierwotny objaw po za ustrojem dziecięcia mógłby się znajdować. Te przypuszczenie dorzuciłem tylko dla okazania, że nie braknie sposobu tłumaczenia przymiotu nabytego w łonie matki — nie przywiązuję jednak do nich żadnej wagi na razie, ale raz jeszcze chcę nacisk na to zjawisko położyć, że definicyja chorób dziedzicznych nie odpowiada cechom odziedziczonemu przymiotu, a przedewszystkiem, że zachowanie się płynów fizjologicznych w ogólności i szczepienia nasieniem przymiotowym w szczególności, a wreszcie niektóre zjawiska kliniczne, osłabiają dogmat odziedziczania przymiotu. Na zakończenie jeszcze raz powtarzam, że nie kusilem się stanowczo dowieść, że przymiot nie jest dziedziczny, albowiem to przy dzisiejszym stanie nauki o odziedziczaniu, jest niemożliwe, ale spełniłem obowiązek, podając rozważkę wielce szanownego

Zgromadzenia te wątpliwości, które przeciw odziedziczeniu zakażenia przymiotowego przemawiają.

Jakkolwiek rzeczy się mają, t. j. czy przypuszczenia moje będą potwierdzone, czy okażą się fałszywymi, w każdym razie obecnie wydaje mi się odpowiedniejszą nazwa dla przymiotu powstającego lub istniejącego u dzieci nowonarodzonych — „przymiot wrodzony“ aniżeli „odziedziczony“ — albowiem pierwsza nazwa bynajmniej nie przesądza w jaki sposób choroba powstaje, podczas gdy przez przymiot odziedziczony należałoby koniecznie rozumieć chorobę, powstałą skutkiem chorobowych własności jajka i nasienia.

---

# W KWESTYI BUDOWY ŚCIĘGIEN.

PRZEZ

**Jana Bronikowskiego.**

---

Wszystko to, co kiedykolwiek pisano o tkance łącznej, zaczynając od HENLE'GO, a kończąc na spostrzeżeniach nowszych histologów, można streścić w tem, że tkanka łączna złożona jest z pęczków włóknistych z porozrzucanymi komórkami gwiazdkowatymi i wrzecionowatymi, zwanymi ciałkami tkanki łącznej. Takie pojęcie o budowie tkanki łącznej odbiło się najwyraźniej na określeniu budowy ścięgien, które z tej tkanki są złożone.

HENLE <sup>1)</sup> badając histologiczną budowę ścięgien, opisuje znajdujące się w nich jądra, a napotykanne przez niego w niektórych ścięgnach blaszki prostokątne, są opisane bardzo powierzchownie.

LANGHANS <sup>2)</sup> opisuje w ścięgnach wrzecionowate komórki z jądrami ekscentrycznie ułożonemi.

---

<sup>1)</sup> Canstatt's Jahresbericht 1851.

<sup>2)</sup> Beiträge zur Histologie des Sehngewebe in normal. und pathol. Zustände. Würzburg. Naturwiss. Zeitschrift V. 1864.

Komórki zauważane w ścięgnach przez BAUR'A <sup>1)</sup>, ROLLET'A <sup>2)</sup> KÖLLIKER'A <sup>3)</sup>, GRUSSENDORF'A <sup>4)</sup>, HOYER'A <sup>5)</sup>, mają kształt mniej lub więcej do wrzecionowatego podobny.

LIEBERKÜHN <sup>6)</sup>, badając sprawę kostnienia ścięgien u ptaków, wspomina o blaszkach prostokątnych, w których czasami napotykał jądra.

LESSING <sup>7)</sup>, przedsięwziąwszy badania w tymże kierunku, opisuje rzędy komórek prostokątnych, w których jednak nigdy nie zauważył jądra.

RANVIER <sup>8)</sup>, badając histologiczną budowę ścięgien ogonowych u szczurów i myszy, w pierwszej swej na tem polu pracy, przyszedł do osobliwszych wniosków, które chociaż okazały się mylnymi, zasługują jednak by wspomnieć o nich. W preparatach ze ścięgien wyrwanych z mysich ogonów, RANVIER zauważył równoległe ułożone wzdłuż ścięgna pręgi, złożone z komórek, widocznych tylko przy znacznem powiększeniu. Przy traktowaniu ścięgna azotanem srebra, granice między komórkami barwią się na czarno. Ztąd RANVIER wyprowadza wniosek, że między komórkami temi istnieje sklejająca je substancja międzykomórkowa, podobna do tej, która skleja komórki nabłonko-

1) Die Entwicklung der Binde substanz. Tübingen 1858.

2) Untersuch. über die Structur des Bindegewebes. Wiener acad. Sitzungsber. 1858.

3) Neue Untersuch. über die Entwickel. des Bindegewebes. Würzburg 1861.

4) Ueber die Spindelförmig. Körperch. des Bindegewebes. Zeitschrift für ration. Med. 1865. 3. te Reihe XXVI. Heft. 1, 2.

5) Ein Beitr. zur Histologie bindegewebiger Gebilde. Arch. für Anat. und Physiol. Jahrg. 1865.

6) Ueber die Ossification. Arch. für Anat. und Physiol. Jahrg. 1860. N. 6. Tabl. XX, fig. 2.

7) Zur Histologie der Bindegewebsknochen. Zeitschrift für ration. Medic. 1861. 3. te Reih. XII. Heft. 3.

8) Archives de Physiologie 1869. II. Des éléments cellulaires des tendons et du tissu conjonctif lâche (tissu cellulaire).

we. Każda z tych komórek ma kształt blaszki prostokątnej, zawierającej jądro; w stanie normalnym zwinięta jest w rurkę; swobodne brzegi blaszki jako też i komórki między sobą spojone są substancją międzykomórkową. Rząd takich pierścieni komórkowych tworzy długą rurkę, idącą wzdłuż ścięgna, ułożoną wzdłuż mięśni włókien. U starych indywiduów rurka taka, zdaniem RANVIER'A, otoczona jest pochwą sprężystą, tworząc tym sposobem mocne sprężyste naczynie dla plazmy, żywiącej tkankę ścięgna.

Pogląd RANVIER'A podziela także RENAUT <sup>1)</sup>. Za jasny dowód istnienia rurek RANVIER'A uważa on tak ten fakt, że przy wygotowywaniu ścięgien w kwasach, po zniszczeniu włókien zostają rurki, okryte pochwami, tak też i to, że na cięciach poprzecznych w preparatach mikroskopowych ścięgien, zjawiają się figury okrągłe, które według jego zdania, są niczem innym, jak tylko przecięciem rurek RANVIER'A.

W powtórnej swej pracy RANVIER <sup>2)</sup> przyznaje mylność dawnych swoich przekonań co do budowy ścięgien i rezultaty jego ostatnich spostrzeżeń w tym kierunku dokonanych zgadzają się z wynikami, które otrzymał:

BOLL <sup>3)</sup>. On badał też ścięgna ogonowe szczurów i myszy, i jest zdania, że komórki, ułożone w rzędy w kierunku podłużnej osi ścięgna, nie mają takiej regularnej prostokątnej formy, jaką im przypisuje RANVIER, lecz mają kształt nieregularnych blaszek, od których udawało mu się przesledzić idące w głąb ścięgna wyrostki. Przy badaniach swych BOLL traktował preparata ścięgien kwasem octowym, przyczem włóknistość tkanki znikła, bo włókna sta-

<sup>1)</sup> Archives de Physiologie. IV. Sur la transformation vésiculaire des éléments cellulaires des tendons.

<sup>2)</sup> Nouvelles recherches sur la structure et le développement de tendons. Arch. de physiol. norm. et path. 1874. 1.

<sup>3)</sup> Arch. für mikrosk. Anat. hrsgb. v. Max SCHULTZE. 1871. VII. Hft. 4. Untersuch. über den Bau und die Entwick. der Gewebe.

wały się przezroczystymi, a komórki wyraźniej się uwydatniały, kontury ich i duże w nich jądra stawały się widocznymi. Za charakterystyczną cechą dla tych komórek BOLL uważa pręgę idącą wzdłuż komórki, barwiącą się karminem mocniej, niż protoplazma całej komórki; prędze tej BOLL daje nazwę pręgi sprężystej (elastische Streifen).

Określając stosunek komórek do pęczków włóknistych, BOLL powiada, że komórki układają się na pęczkach, stanowiąc tym sposobem pochwę dla pęczków pierwotnych. Ciało komórki, zdaniem BOLL'A, przechodzi w cieniutką błonę, która na poprzecznych cięciach mikroskopowych ścięgien daje rysunek figury gwiazdkowatej.

A. KEY i RETZIUS <sup>1)</sup>, zgadzając się ze zdaniem BOLL'A, dodają, że między komórkami, tworzącymi pochwę dla pierwotnych pęczków ścięgien, znajduje się substancja międzykomórkowa, która chociaż trudno, ale daje się zabarwić azotanem srebra.

BRUCE <sup>2)</sup> przekonywa, że pochwa komórkowa okrywa pęczek tylko do połowy, druga zaś jego połowa nie jest okryta.

LÖWE <sup>3)</sup> znowu twierdzi, że oprócz pochwy komórkowej, otaczającej pierwotne pęczki ścięgien, istnieje jeszcze i pochwa sprężysta.

WALDAYER <sup>4)</sup>, Le GOFF et RAMONAT <sup>5)</sup> i inni zgadzają się mniej więcej z wyżej przytoczonymi poglądami. Ostatni w jądrach komórek zauważyli i jąderka.

<sup>1)</sup> Arch. für mikrosk. Anat. hrsgb. v. Max SCHULTZE. IX. Heft 2. Studien in der Anat. des Nervensystemes.

<sup>2)</sup> Jahresber. über die Forsch. der Anat. und Physiol. hrsgb. v. HOFFMANN und SCHWALBE. 1 Bd.

<sup>3)</sup> Zur Histologie des Bindegewebs. Medicin. Jahrbüch. hrsgb. v. kk. Gesellschaft der Aerzte. Jahrg. 1874. Heft. 3. 4.

<sup>4)</sup> Ueber Bindegewebezellen. Arch. für mikrosk. Anat. hrsgb. v. la Valette St. George in Bonn und WALDEYER 1874. Bd. XI. Heft. 1.

<sup>5)</sup> Recherches sur les éléments cellulaires qui entrent dans la composition des tendons. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. Publié p. ROBIN 1875. N. 1.



Praca moja, rozpoczęta jeszcze przed cofnięciem przez RANVIER'A pierwotnego jego poglądu, miała na celu utrwalenie pojęcia o stosunku zachodzącym między komórkami i jej włóknami w ścięgnach i chociaż stosunek ten uważam za wyjaśniony wskutek drugiej pracy RANVIER'A, jednak uważam za rzecz posiadającą pewne znaczenie i mogącą służyć do jaśniejszego przedstawienia pojęcia o budowie tkanki łącznej wogóle, a ścięgien—w szczególności, opisanie preparatów które otrzymałem, posługując się nowszymi sposobami badań histo-mikroskopowych.

Do badań moich używałem ścięgien z przepony rozmaitych zwierząt ssących i człowieka, ścięgien z nóg ptaków i żab, a najwięcej ścięgien ogonowych szczurów białych i myszy domowych, najłatwiej bowiem dają się preparować; rozrywając ogon na cząstki koło każdej oderwanej części zostaje kilka nici ścięgnistych, które odrazu na polu mikroskopu mogą być ułożone i badane w stanie zupełnie świeżym, w jakimkolwiek płynie neutralnym.

Dla barwienia preparatów używałem karminu, mieszaniny jego z kwasem pikrynowym, anilliny (szczególniej błękitnej), haematoksyliny, chlorku złota, azotanu srebra; prócz tego kwas chromny, pikrynowy i osmowy, których używałem jako odczynniki w innych celach, służyły zarazem i do barwienia.

Jako odczynniki używałem rozmaitych kwasów i rozmaitych stopni ich stężenia. Używałem kwasu siarczanego, solnego i octowego, a również pikrynowego, szczawioowego, winnego, mrówkowego i innych. Użycie mocnych roztworów kwaśnych i alkalicznych przy badaniu budowy ścięgien uważam za nieużyteczne, bo od nich zmienia się bardzo sama tkanka i kształt komórek. Słabe (0,5%—1%) zaś roztwory kwasów: octowego, winnego, mrówkowego, jeżeli działanie ich jest krótkim, pomagają badaniu elementów komórkowych: sprzezoczyszczają one pęczki włókien, przez co komórki i włókna sprężyste uwydatniają się wyraźniej. Kwasu osmowego używałem do izolowania ko-

mórek: od słabych (0,1%—1,5%) jego roztworów włókna oddzielają się od siebie i przy lekkim rozskubywaniu komórki zabarwione tym kwasem na brunatno izolują się doskonale. Poddawałem ścięgna działaniu kwasu osmowego w ciągu rozmaitego czasu i 20-godzinne działanie jego uważam za najodpowiedniejsze, gdyż elementa tkanki prawie nie zmieniają się od działania odczynnika przez powyższy przeciąg czasu. Dla izolowania pierwotnych pęczków z komórkami dobrze jest używać roztworu (0,1%—1%) chlorku złota: kawałek ścięgna zanurzałem w roztworze tej soli, a przemywszy dobrze wodą destylowaną wkładałem w wodę destylowaną z domieszką spirytusu (3j na 3jjj) dla uniknięcia zapleśnienia preparatu. Czas potrzebny do tego, żeby działanie odczynnika wyraźnie się uwydatniło, zależy od mocy użytego roztworu: 0,1%—0,2% roztwór potrzebuje działać 3—5 minut, a 1% roztwór i w jedną minutę rozdziela pierwotne pęczki ścięgien, przyczem udaje się często oddalić od pęczków komórki, których protoplazma już na drugi dzień przy działaniu na preparat światła słonecznego barwi się na fioletowo; włókna barwią się na takiż kolor, ale mniej silnie, zaś jądra komórek pozostają niezabarwionymi.

Woda barytowa i woda wapienna, chociaż dobrze rozdzielają włókna, ale bardzo zmieniają kształt komórek.

Daleko mniej zmieniają się komórki przy macerowaniu ścięgien w *jodserum* (trochę tylko pęcznieją). Po 4—5 dniach takiego wyczerzenia kawałek ścięgna należy przenieść do lekkiego (0,2%) roztworu kwasu chromnego, a rozskubane szpilkami preparaty takich ścięgien dają doskonale wyobrażenie tak o kształcie komórek jako też i o ich stosunku do włókien.

Macerowanie ścięgien w płynie MÜLLER'A (znany roztwór dwuchromianu potassu i siarczanu sodu) potrzebuje długiego przeciągu czasu, a preparaty tak przygotowane są twarde do rozskubywania.

Dla przeprowadzenia cięć poprzecznych postępowałem także rozmaicie: za najlepszy, bo prawie nie zmieniający tkanki ścięgna uważam sposób sztucznego zamrażania eterem; ze stwardniałego w ten sposób ścięgna łatwo zrobić można cięcie poprzeczne. Spirytus i kwas chromny chociaż czynią ścięgno twardem, jednak od nich kurczą się komórki i dają obraz niedokładny.

Dobrym jest także sposób RANVIER'A przeprowadzania cięć przez całą masę ogona szczura (można to zastosować i do nóg ptaków i drobnych zwierząt) po pozbawieniu go przedtem soli wapiennych, przez wymoczenie takich preparatów w lekkich roztworach kwasu solnego lub pikrynowego; chociaż nie powiem żeby działanie tych odczynników nie zmieniało tkanki.

Żeby otrzymać poprzeczne cięcie równe i cienkie, małe kawałeczki ścięgien wkładałem w roztopioną mieszaninę wosku i oliwy, albo też w żelatynę i po zastudzeniu robiłem cięcia przez całą masę.

Nie zaniechałem także sposobu rozgotowywania ścięgien, zupełnie świeże ścięgna gotowałem rozmaicie długo w wodzie destylowanej czystej i z domieszaniem rozmaitej ilości rozmaitych kwasów; w czystym spirytusie także gotowałem ścięgna i rozgotowywałem je w spirytusie rozproszonym wodą z dodaniem rozmaitych kwasów.

Najlepsze preparaty otrzymywałem przez gotowanie ścięgien w słabym roztworze (0,1%—1%) kwasu szczawowego i winnego, a gdy do tego używałem ścięgien poprzednio roztworem chlorku złota zabarwionych, zamiast 1% roztworu kwasów tych, używałem 2% ich roztworu, rozproszonego na wpół spirytusem.

Opisawszy sposoby badania, któremi się posługiwałem i które zmieniałem w miarę potrzeby, przystąpię teraz do określenia wyników, jakie otrzymałem, badając cierpliwie budowę ścięgien. Za najodpowiedniejsze uważam wyjaśnić preparaty, które można trzymać wyżej przytoczonymi sposobami badania.

Przy badaniach moich posługiwałem się mikroskopem HARTNACK'A (używałem najczęściej ok. N. 3; obj. N. 8) i mikroskopem SCHICK'A (okul. N. 2; obj. N. 7 i 9).

Rozpatrując ściętno tylko co wyciągnięte z ogona szczura lub myszy, albo też wyjęte z przepony tylko co zabitych innych zwierząt, czy też nogi żaby, po potraktowaniu 1% roztworem azotanu srebra i dobrem przemyciu wodą destylowaną, wystawione na działanie słońca, widzimy, że składa się ono z kilku (2—7) pęczków, z których każdy otoczony jest pochwą endotelijalną. Fig. 1 wyobraża jeden taki pęczek. Przy małym przybliżeniu obiektywu do preparatu, łatwo zauważyć, że pęczek ten podzielony jest niezbyt wyraźnie widocznymi pręgami (p. p. p.), idącymi wzdłuż ściętna, na kilka (3—6) jeszcze mniejszych grup, pęczków pierwotnych. Każda taka pręga złożona jest z rzędu komórek, zawierających jądra; kontury komórek i jądra niewyraźnie się uwydatniają, bo okrycie endotelijalne zaciemnia wnętrze preparatu.

Wskutek działania na ściętno 0,1% roztworu kwasu osmowego w ciągu 20 godzin, albo 0,5% roztworu chlorku złota w ciągu 2-ch minut, ściętno rozdziela się na włókna, a przy rozskubywaniu szpilkami komórki łatwo się izolują, w kształcie mniej lub więcej regularnych blaszek; jedne z nich są zwinięte w rurki, drugie do połowy rozwinięte, a inne zupełnie rozwinięte, w formie rozłożonej księgi, z pręgą wzdłuż komórki idącą (pręga sprężysta BOLL'A). Fig. 2 przedstawia kilka takich komórek, izolowanych kwasem osmowym.

Rozskubawszy ściętno, wyczone w *Jodserum*, a później w rozcieńczonym kwasie chromnym, można izolować komórki w formie blaszek zupełnie rozwiniętych, z dużym okrągłym albo owalnym jądrem, ułożonym ekscentrycznie, bez pręgi BOLL'A, podobne do tych, jakie widzimy na fig. 3 ułożone na pęczku. Pręga sprężysta (elastische Streifen) BOLL'A jest objawem sztucznym; przy rozwijaniu się komórek robi się bruzda, która trudno się wyrównywa, a pod

mikroskopem wydaje się jakby pręgą, mocniej niż inne części komórki zabarwioną.

Jako dowód istnienia substancji międzykomórkowej może służyć: 1-o że przy rozskubywaniu ścięgien udaje się czasem izolować kilka komórek mocno ze sobą spojonych; 2-o że przy działaniu azotanu srebra, granice między komórkami barwią się na czarno, a chlorkiem złota na ciemnofioletowo, i 3-e że po rozgotowaniu ścięgien w kwasie winnym, kiedy włókna zupełnie już się rozpadną mocno spojone komórki pozostają w postaci dość długich pasów, jak to widzimy na fig. 4-ej, przedstawiającej preparat otrzymany tym sposobem.

Opisawszy komórki, przechodzę do wyjaśnienia preparatów, określających stosunek tych komórek do włókien tkanki łącznej. Gdy na zupełnie świeże ścięgno działać słabym roztworem jakiegokolwiek kwasu (szczawowego, winnego, octowego), to pęczki włókniste stają się przezroczystymi, a pręgi komórek jaśniej się uwydatniają (fig. 5). Przy dalszem działaniu tychże kwasów, pęczki się rozdymają (pęcznieją), a wąskie pręgi komórek stają się coraz szerszemi. Jeżeli ścięgna poprzednio były zanurzone w roztworze karminu, to pęczki pozostają prawie niezabarwione, a komórki uwydatniają się wyraźnie w formie różowych prostokątnych blaszek z mocno zabarwionem jądrem. Jeżeli do barwienia użyto błękitnej aniliny, to jądra barwią się na liliowo, a protoplazma komórki zostaje błękitną, co stanowi bardzo ładny preparat. Fig. 6 przedstawia rozszerzone pręgi komórek.

Już samo rozszerzanie się komórek przy oddziaływaniu środków rozszerzających pęczki jasno dowodzi, że komórki pierścieniem otaczają pęczki, i jeźliby komórki przedstawiały rurki, leżące między pęczkami, to działałoby się wbrew przeciwnie: ściśnięte rozszerzonymi pęczkami komórki musiałyby się zwęzić. Najlepszym jednak dowodem, że komórki otaczają pierwotne pęczki włókien są preparaty otrzymywane przy rozskubywaniu ścięgien, traktowanych

chlorkiem złota (fig. 7), a także preparatów w *Jodserum* macerowanych, (jaki wyobraża fig. 8 i 3). Przy oddzieraniu komórki, na pęczkach czasami zostaną ziarnka protoplazmy, co dowodzi mocnego przystawania komórek do pęczków włóknistych.

Ze wszystkiego cośmy powiedzieli, wyprowadzić można wniosek, że ścięgna składają się z pęczków włóknistej tkanki łącznej i włókien sprężystych; pierwotne pęczki włókniste otoczone są spojonymi ze sobą komórkami, tworzącymi tym sposobem pochwę dla pęczka pierwotnego.

Czy te pęczki, oprócz wyżej opisanych pochw komórkowych mają jeszcze i pochwy sprężyste, określić trudno. Być może, że włókna sprężyste spojone ze sobą tworzą takie pochwy, za czem przemawia wiele kropkowatość linii stanowiących gwiazdkowaty wizerunek cięć poprzecznych (fig. 9). Kropki te mogą być wyrażeniem przecięć włókien sprężystych, albo przedstawiają one ziarnka protoplazmy przeciętych pochw komórkowych. Dalsze badania przyczynią się dopiero do rozjaśnienia powyższej kwestyi.

---

### OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

---

- Fig. 1. Pęczek ze ścięgna ogonowego całego szczura, traktowany 1% roztworem azotanu srebra.
- Fig. 2. Kilka komórek z przepony psa, nogi żaby i ścięgien ogonowych białego szczura, izolowanych działaniem kwasu osmowego w ciągu 21 godzin.
- Fig. 3. Izolowany pęczek pierwotny ze ścięgna ogonowego białego szczura, otrzymany przez wymoczenie ścięgien w *Jodserum* (przez 4 dni).
- Fig. 4. Rzędy komórek otrzymane po rozgotowaniu ścięgien w roztworze 2% kwasu winnego z równą częścią spirytusu.

- Fig. 5. Ścięgno ogonowe myszy w stanie świeżym, po krótkim działaniu roztworu kwasu winnego.
- Fig. 6. Takież ścięgno po dłuższym działaniu kwasu octowego.
- Fig. 7. Izolowany pęczek pierwotny ze ścięgna szczura, traktowany chlorkiem złota.
- Fig. 8. Kilka pęczków pierwotnych ze ścięgna ogonowego szczura, izolowanych przez wymoczenie w *Jodserum*.
- Fig. 9. a) Cięcie poprzeczne ścięgna ogonowego szczura starego.  
b) Cięcie poprzeczne ścięgna ogonowego szczura młodego.
-

PRZYCZYNKI DO DZIEJÓW  
MEDYCyny W POLSCE

zebrane przez

**Ernesta Sulimczyka Swieżawskiego**

---

XIX.

Doktór magister Mikołaj i szkoła poznańska wyższa

---

Układać życiorysy ludzi głośniejszych, ale prywatnych, a nawet i z panującej rodziny, jest tem trudniej, im bardziej w przeszłość się cofamy. Już wiek XIV i XV przedstawia nielada łamigłóWKi, a to z tej racyi, że brano nazwiska (jak później w XVI w. wiadomem to jest wszystkim i niespecyjalistom z przykŁadu Marcina Wolskiego, a później Bielskiego) od swych posiadłości. Ze zmianą zaś ostatnich, odmieniano i pierwsze. W epoce dawniejszej, w wieku XII i XIII nawet i tej nieraz wątlej i chybnej deszczki ocalenia nie ma genealog łowiący *raros nantes in*



*gurgite vasto*. Przydomki i imiona wiodą tu często na bezdroża.

Tak okazało się wbrew D-rowi WOYCIECHOWSKIEMU, że mogą być trzy i cztery osoby jednoimienne, Piotr Magnus zwane, a nie identyczne. <sup>1)</sup> Taką samą omyłkę <sup>2)</sup> zawiera i dzieło D-ra SMOLKI „Mieszko Stary i jego wiek“ (str. 67).

<sup>1)</sup> Na dowód naszego twierdzenia musimy przytoczyć z dawniejszej pracy Tad. Woyciechowskiego *Chrobacyja* I, str. 263 n. 10, że identyfikuje komornika Petrus Bozanowic z 1153 r. z komesem Petrus Magnus—obu wspomnianych w dokumentach Zagojskich (Bartoszew. *Cod. dypl. Pol.* III 4, 8) i pisze: „Jeżeli Petrus Magnus jest Piotrem Duninem, tedy byłaby to jedyna dokumentna wiadomość o ojeu Piotrowym z nazwy Bozanowic.“ Godna uwagi, że Mosbach wynalazł dla Dunina patronymik Włostowic (za Włodzimierzowic). Dokument zaś mogiński Salomei (*Kod. Wielkop.* N. 33) ma Petrus Magnus filius Wszechborii palatinus Cuiaviensis et castellanus cruschvicensis (z tytułami Dunina, ale bez patronymiku!)

<sup>2)</sup> Marcin Grabiche wnuk (nepos) ś. p. Hugona, qui cognominatus est bucr (*Rzyszcz. Cod. Dypl. Pol.* II, str. 6) właściciel „spudowników“—ma (zdaniem Smolki) mieć taki rodowód: Dziad jego Hugo, gwoli swemu imieniu, uznany za cudzoziemca, ma być tą samą osobą co Hugo, któremu rocznik palideński (*Pertz Mon. Germ.* 16 str. 82) przypisuje ważną rolę w wygnaniu Władysława II-go z Polski, mianowicie udzielenie pomocy jego braciom. Ponieważ Piotr Włostowicz Dunin gra w naszych kronikach rolę owego Hugona, lubo oślepieniem do wskazanego końca nie doprowadzoną—możnaby sądzić, że źródło niemieckie tego bohatera miało na myśli, nieco zmieniając jego dzieje, z powodu oddalenia, lub może właściwiej je podając (!). Jest to może tem prawdopodobniejsze, że imię Piotra (egzorcysty) w kalendarzu sąsiaduje z Hugonem i wraz z nim Duninowi służyło. Wiemy w każdym razie, że Mieszko I i II w źródłach niemieckich noszą imię Lamberta naszym nieznanem, (*Zarysy badań kryt* I, str. 45 n. 1 i II str. 48 n. 4), a ten fakt usprawiedliwia nadanie przez nas Duninowi drugiego imienia.

Drugim członkiem wstępnym rodu Marc. Grabiche wedle prof. Smolki, ma być Paweł syn Stupona czy Tergona (*Kod. Wielkop.* N. 33 nie 40 i roku 1218 nie 1238 (jak u Smolki), co nie ma innej za sobą racji prócz poprawki Stupo v. Tergo na Hugo. Zaczem Marcin „grabież“ to jest syn grabi (czyli hrabiego, comesa) a wnuk (czy siostrzan) Hugona bukra okazuje się mieć fałszywą genealogiją u D-ra SMOLKI.

Dwa te przykłady zacytowaliśmy, by okazać trudność zadania i omyłki biegłych.

I po takim wstępie, zaczynamy opowieść naszą o osobie, której dzieje utkają się wyłącznie niemal z prostych wzmianek jej imienia, tytułu naukowego i zawodu. Te dane, oraz prawdopodobieństwo chronologiczne, są jedyne sprawdzianami tożsamości „magistra Mikołaja, fizyka lub doktora“ w różnych miejscach między 1271 a 1316 r. pojawiającego się. Ramy wskazane, przykłady cytowane i inne szczegóły tłumaczą, czemu wciągnęliśmy tu osobistość już raz przez nas wspomnianą w innej kombinacji.

Najdawniejszy znany nam szczegół o „magistrze Mikołaju fizyku“ znajdujemy pod datą 8 Sierpnia 1271, gdy jako świadek znalazł się w orszaku i na akcie z tej daty Bolesława (Pobożnego) księcia Wielkopolski i *Kujaw*, za jego pobytu w Włocławku <sup>1)</sup>. Wiedzieliśmy do tej pory z dziejów tego księcia, stryja i teścia dwu przywrócieli Polsce tytułu królewskiego (1295 Przemysław II, 1320 Władysław Łokietek żonaty z córką Pobożnego) — że wywierał znaczny wpływ na północne okolice ówczesnej Polski. Tak pośredniczył między Eufrozyną i jej synem Łokietkiem z ich ludźmi, amiedzy zakonem w sprawie zabójstwa 1273 r., spełnionego na osobach pana Nirfryda z towarzyszami i pana Hildebranda, członka załogi na burgu w Chełmnie <sup>2)</sup>. Sprawa ta dotyczyła księstwa łęczyckiego, załatwiano ją w Włocławku. Być może, że za drugi objaw wpływu Pobożnego należy uważać potwierdzenie, jakie po 12 Grudnia 1268 dał aktom swobód dla kościołów Włocławskiego i Kruszwickiego, wydanym przez jego ś. p. „stryja“ Kazimierza Kujawsko-Łęczyckiego i tegoż syna a swego brata Ziemomysła, księcia Kujaw <sup>3)</sup>.

1) Kod. Wielkop. N. 614.

2) Rzyszcz. II, str. 87—89.

3) II, str. 77—78 nagłówek źle pater za patruus.

To potwierdzenie wygląda na akt opiekuna legalizującego działalność pupila.

Tytuł księcia Kujaw, noszony w 1271 r., nadaje wiele prawdopodobieństwa naszej hipotezie o wpływie Pobożnego na Kujawy, Łęczycę i t. d.; umożliwia dedukcją identyczności Mikołaja naszego jeszcze jednym względem, to jest względem, bawienia Mikołaja przy osobie Pobożnego i przenoszenia się z tymże onego fizyka z Wielkopolski do Kujaw i od wrotnie.

Wzgląd na te okoliczności jest nam powodem, iż z osobą Mikołaja fizyka, wraz z Pobożnym, jawiącą się w 1271 r. w Włocławku, łączymy „medyka Mikołaja (bez uczonego tytułu magister), który 1275 r. w dniu pierwszego Maja był jako świadek przy boku Łokietka, już księcia Łęczycy i Kujaw <sup>1)</sup>).

Prawdopodobieństwo tej hipotezy wzmaga fakt, że 18 Kwietnia 1316 znów w Kujawach (w Brześciu) występuje „magister Mikołaj fizyk“, który w kłęskach miasta Poznania stracił różne przywileje i nadania, udzielone mu przez króla Przemysława († 1296) i przez samego Łokietka. Te odnawia 1316 r. Łokietek. Dotyczą zaś najprzód spadków ojczystych medyka (wsi Daszewice i Szewce), dalej darowizn Przemysława (Czołowo, Sławsko), oraz potwierdzenia kupna (Benkowa? od Piotra ze Starej Łąki za 50 grzywien dawniej i świeżo wsi Spilhowo przed bramami Poznania). Pojawienie się osobistości jednego imienia i zajęcia, rodem z jednej i tej samej ziemi, w drugiej — po tak długim odstępie czasu — jest w każdym razie godne uwagi.

Łokietek temu doktorowi z czasów Przemysława króla nie tylko potwierdził owe dawne nadania, ale nadto wyzwolił poddanych Mikołaja od uciążliwości prawa polskiego, nadając korzyści prawa niemieckiego, które polegały na przykład na poborze (jak w jego przywileju) kar sądowych

<sup>1)</sup> Rzyszez. I, str. 95—97.

w całości, ze spraw przed jego forum toczonych; dalej—na korzystaniu ze wszech danin, już nie do kasztelana dla państwa, ale do dworu medyka idących i t. p. <sup>1)</sup>).

Ponieważ medyk nasz przebywa w r. 1271 jako gość w Kujawach w otoczeniu Bolesława Pobożnego (ks. kaliskiego), a w r. 1275 i 1316 został tam dla spraw osobistych, nieulegać się tedy zdaje wątpliwości, że jedną z nim osobą jest <sup>2)</sup> znany w 1294 r. „magister Mikołaj medyk nasz“ (t. j. Przemysława II, króla Polski 1295—1296). Oczywiście bowiem jest to ten sam lekarz, o którego wynagrodzeniu przez owego z i m o w e g o k r ó l a wspomina Łokietek w 1316 r. Nie inną też chyba osobą jest bawiący w 1304 r. w Głuszynie przy wojewodzie poznańskim Mikołaju „magister Mikołaj medyk <sup>3)</sup>” oraz w 1306 r. „magister Mikołaj fizyk“ „uproszony“ (*rogatus*) do spisania darowizny, jaką czyni Michał, wojewoda kaliski, biskupowi poznańskiemu w Pyzdrach <sup>4)</sup>).

Jeszcze raz spotykamy naszego medyka w r. 1309 4 Września w Poznaniu, na akcie Henryka I „z Bożej łaski dziedzica Królestwa Polskiego, księcia Szlązka, pana Głogowa i Poznania“, współzawodnika Łokietka, „dziedzica Królestwa Polskiego, a księcia południowej i wschodniej Polski.“ Piszą tam naszego medyka (jeżeli to on jest) „Mikołaj n a s z (t. j. Henryka) medyk.“ <sup>5)</sup> Okazuje to, co najmniej, że w Wielkopolsce, ciągle od 1271—1316 występuje lekarz Mikołaj, jej monarchom służący przeważnie; jedynie w łatwo dających się wytłumaczyć razach, opuszczający prowincję ojczystą. O odstępstwo polityczne nie można go winować, bo 1275 jest przy pupilu swego księcia; z kolei

1) Kod. Wielkop. ed kórniek. II, str. 323. N. 982.

2) Kod. Wielkop. ed kórnie. str. 92. N. 720.

3) *ibid.* str. 238 N. 887.

4) str. 249 N. 900.

5) Kod. Wielkop. ed kórnie. II, str. 267 N. 926.

jest lekarzem synowca pierwszego swego pacjenta (Przemysława). Po tego zgonie takąż służbę pełni przy jego następcy legalnym, jak to Łokietek sam wyznał, t. j. przy Henryku; nareszcie gdy Łokietek po śmierci Henryka, coraz większe uznanie w kraju uzyskiwał, medyk nasz uciekł się do niego w interesie prawnym.

Akt z 1294 jest bardzo ważny (N. 900, K. W.). W tym akcie bowiem nasz medyk jest uproszony do spisania aktu, jako świadomy tej sztuki. co znajduje objaśnienie w dokumencie z r. 1294 <sup>1)</sup>, w którym on medyk i Stefan archidyjakon gnieźnieński zostali przez Przemysława II policzeni do *nostri litterati*, to jest do kleryków i notaryjuszy. Wśród tych oni byli doświadczonymi (*periti*) w badaniu przywilejów, więc mówiąc bez ogródki, w trudnej sztuce czytania i pisania po łacinie.

W ogóle nie lekceważmy tego przydomku *litteratus*, który jeszcze w r. 1295 <sup>2)</sup> znajdujemy zestawiony tak (*litterati et illiterati*) przy godnościach duchownych i świeckich, jak i 1239 przy Henryku Brodatym w głośniej z tradycyi wsi „Psie pole“, są wymienieni *litterati et illiterati* <sup>3)</sup> jako jednoznacznik niemal pospolitszej denominacji *nobiles et simplices, nobiles et clerici*. Toć takie uprawnienie sztuki pisania, z tytułem świeckim lub duchownym, dowodzi wzrostu cywilizacji, podniesienia się ceny zdolności umysłowych od czasu, kiedy Zbigniewa, syna Władysława Hermana i jakiejś szlachcianki z domu Prawdziców <sup>4)</sup> obelżywem słowem obrzucano: żaka <sup>5)</sup>, w Anglii będącego zaszczytną nieraz oznaką królów (Henryk Beau-Clerc).

<sup>1)</sup> Kod. Wielkop. str. 97, N. 125, mylnie ten podano r. 1297 niezgodny z indykcją siódmą.

<sup>2)</sup> str. 107, N. 737.

<sup>3)</sup> Dypl. mogli., str. 13, N. 17.

<sup>4)</sup> Gallus w Mon. Bielow. I str. 431, Bogułał II str. 491.

<sup>5)</sup> Mon. Bielow. I str. 490 *ut clericus* nie klecha, tylko żak (dyjakon = dzak, żak) obecnie jeszcze „uczeń.“

Chlubą tedy jest dla naszego medyka, iż był uznany za biegłego żaka.

Nie dość jednak na tej chlubie. Z aktu 1306 r. wynika, że nasz doktor był *professor artis medicinae*. Tytuł to tak niezwyčajny i tak nowe światło rzucający na stan wychowania publicznego w Polsce ówczesnej, że warto rzecz o nim coś więcej.

Z tego tytułu niewątpliwie zdaje się wynikać, że nasz Mikołaj był nie tylko lekarzem wolno praktykującym, jak oni wszyscy w owej epoce, w sukienkę duchowną przybranym, ale że nadto wykładał medycynę w jakiejś szkole. Byłby to fakt niezmiernej doniosłości, bo by wieść o takiej szkole uprzedzała o półsetek lat z górą wszechnicę krakowską, nie licząc, że przed tą wzmianką z 1306 r. istnieć te wykłady w szkole wielkopolskiej mogły dość długo.

Niezmiernie tedy ważną rzeczą dla dziejów umysłowości wielkopolskiej, która już tak wczesnie dochodzi do tak wygórowanych potrzeb, iż szkoła wyższa musi je zaspokajać, jest wysledzenie dowodów bytu takiej szkoły. Kładziemy nacisk na te potrzeby umysłowe Wielkopolan, tak świetnie już w samym początku XIV w. reprezentowane, nie tylko dla uwydatnienia jasnej tej strony w obrazie dotąd tak ciemnym XIII i XIV wieku, ale i dla antytezy z umysłowością chrobacką już czasów Kazimierza W, której czoło, to jest sam król i pierwsi dygnitarze musieli akt łaciński mieć sobie tłumaczony (*vulgariter perlecto*) 1343 po polsku <sup>1)</sup>.

Jak wiadomem było z prac źródłowych Łukaszewicza <sup>2)</sup>, już istniała szkoła przy katedrze (*ecclesia major*) w Poznaniu w chwili, gdy wyrokiem miejscowej kapituły 1263 r. założono kościół parafijalny. Świadcstwo to z połowy XIII wieku o szkole katedralnej w Poznaniu zawiera

<sup>1)</sup> Mon. Med. Aevi. I 225.

<sup>2)</sup> Obraz histor. m. Poznania, II, str. 7 i nast. Historyja Szkół I, str. 12, 16, *Attonnen*. Bielowski II, str. 588, rozdz. 141.

i drugą ciekawą wiadomość, że nowy kościół ani procesyj odbywać w niedzielę, ani szkoły otworzyć nie miał prawa. Co zatem idzie, że szkoła katedralna posiadała monopol nauki w Poznaniu. I zdaje się, że go posiadała lat trzysta.

Ponieważ scholastyk, członek zarazem kapituły, brał zarazem miano od swych obowiązków nauczycielskich, które pełnił w szkole katedralnej, oczywiście tedy z bytem pierwszego scholastyka w Poznaniu należy łączyć istnienie szkoły katedralnej tamże. Za biskupa poznańskiego Arnolda, zmarłego 16 Stycznia 1211 r. <sup>1)</sup>, scholastykiem był Bogufał <sup>2)</sup>. Zatem przynajmniej od pierwszego znanego scholastyka Bogufała można datować działalność szkoły tamtejszej katedralnej.

Przeciw temu zdaniu pozornie walczy Łukaszewicz <sup>3)</sup>, który z miejsca trzeciego, jakie imię Benedykta, scholastyka krakowskiego koło 1207 r. zajęło w liczbie członków kapituły, wywnioskował, że scholastyk krakowski już w onej dacie był prałatem, więc nie nauczycielem istotnym lecz dozorcą szkoły katedralnej. Toż samo analogicznie wypadłoby rzecz o Bogufale, scholastyku poznańskim. Istotnie, Benedykt krakowski należał do kapituły krakowskiej <sup>4)</sup>, a z nim współcześnie 1212 r. wymieniony bezimienny (*et magister puerorum* mógłby dowodzić, że już na początku XIII w. scholastyk i nauczyciel są d w i e m a odrębnymi osobami tak w Krakowie jak i w Poznaniu (o co ostatnie głównie nam chodzi). Atoli w Krakowie 1224 znaną jest „parafija Ś. Maryi“, bo istnieje Stefan „*parrochianus St. Mariae de Cracov*“ <sup>5)</sup> a kościół ten parafijalny miał także

<sup>1)</sup> Kod. Wielk. NN. 66, 74. Mylnie więc kalendarz krakowski (Mon. Bielów. II str. 908) pisze 1209.

<sup>2)</sup> Kod. Wielk. N. 104.

<sup>3)</sup> Historyja szkół I, str. 9, N. 3 *sub scripsi*.

<sup>4)</sup> Roku 1212 w liczbie osób do *ecclesia S. Venceslai* należących wymieniony Ben. *Mon. Med. Aevi I*, N. 8. 1220: *Isti vero in capitulo*. (Rzyszer. I, str. 22) toż samo. Umarł Benedykt 4 Łutego 1224. (*Monum. Bielów. II*, 802, 914.

<sup>5)</sup> *Mon. Med. Aevi I*, str. 19.

szkołę. Więc bezimienny magister *puerorum* u P. Maryi uczył, a Benedykt był aktualnym scholastykiem „mistrzem“ przy katedrze, jeszcze 1224 r. Obowiązki długotrwałe utrzymywania i obsadzania mistrza przez scholastyka, dalej istnienie wsi „Mistrzowie“, stanowiących uposażenie scholastyków kapituły krakowskiej, sandomierskiej (w XV wieku), płockiej 1322 r. <sup>1)</sup> udowodniają, że scholastyk był w ogóle mistrzem po szkołach katedralnych polskich, chyba od chwili założenia wsi owych i kapituł odnośnych.

Nie wymieniamy całego szeregu scholastyków poznańskich, będących prawdopodobnie nauczycielami w miejscowej szkole katedralnej. Lecz wprost przechodzimy do aktu z 1302 r. <sup>2)</sup>, który znosi monopol naukowy tej szkoły. W tej dacie mianowicie rajcy poznańscy: Hejman zwany Kaifaszem, Herman Gubinko, Ludwik syn Przemysława, Paczołd szewc, Konko Gisle, Bruno ze Środy, Guncel rzeźnik i Eberhard (Hebrahard w akcie) pisarz miejski wystąpili do ówczesnego biskupa Andrzeja w imieniu miasta z prośbą następującej osnowy: Z powodu niebezpieczeństwa, na jakie często bywały narażane ich dzieci przez wylewy rzeki Warty i zmuszone będąc iść daleko, wypadałoby w kościele u Ś. Maryi Magdaleny pozwolić odbywać processyje i szkołę otworzyć, „bez uszczerbku szkoły katedralnej.“ Biskup z kapitułą do obu proźb się przychyła, zastrzegając jednak sobie i swej kapitule prawo mianowania *rectorem scolae*.

Mówiąc nawiasem, prawo nominacyi nauczycieli zależało od władzy świeckiej samej, lub wraz z duchowną. Tak np. w Koenigsbergu pod Bydgoszczą, wójt z rajcami lubo za zgodą plebana to czyni. Nowej Nieszawie tego prawa, służącego jej od Jagiełły, nieodmówiono za Kazimierza III

<sup>1)</sup> *Liber. benef.* Długosza I, str. 79, 329. Kod. Mazow. Lubomirskiego, str. 44, N. 57.

<sup>2)</sup> Kod. Wielkop. N. 855, tom II. str. 211, u Łukaszewicza *Historja szkół I*, str. 16, podany jako z 1303 r.



Jagiellończyka 1460 r. W Wieliczce 1465 spór o tę nominację toczący się między rajcami i plebanem, zdecydował król na rzecz ostatniego. W 1444 r. we Lwowie sami rajcy obierają nauczyciela, a w Wyszogrodzie mocy przywileju z r. 1382 i Fordoniu z racy nadania w 1424 r., pospołu to czynią rajcy i pleban <sup>1)</sup>. Dowodzą te fakta, że oświata często zależała od kierunku świeckiego, i że były przynajmniej słabe objawy walki między dwiema władzami o kierownictwo.

Poznań, jak widzimy, otrzymał szkoły ręką duchowieństwa prowadzone. Lecz i tu biskup z kapitułą, warując z góry sobie prawo nominacji mistrza, *tacite* przyznali miastu możność požądania, aby ono stało się jego udziałem; mimo woli wydali się z tem, że autonomia miejska obejmowała i autonomię w wychowaniu.

W szkole tej parafijalnej, u Ś. Mar. Magd., postanowionej 1302 r., wolno uczyć było do (*usque*) Donata i do Katona. Pierwszego autora była grammatyka w dwu częściach *Ars sive editio prima de litteris, syllabisque pedibus et tonis* i *Editio secunda de octo partibus orationis*, czyli *Donatus major* i *Donatus minor*, drukowane pierwszy raz w Polsce 1515 i 1503 r. Drugiego są tak zwane wiersze katonowe (drukowane 1532 r.), przekładane przez Klonowicza (*Disticha Catonis*) w swoim czasie <sup>2)</sup>.

*Scola major*, czyli katedralna, już temi przedmiotami się nie zajmowała, jak widać z zakresu (*usque*) wskazanego dla parafijalnej. Odbywszy kurs Donata i Katona (*quibus perlectis*) uczniowie ostatniej mogli, jeśli chcieli, udać się do szkoły większej biskupiej (*ad scolam nostram majorem*). Tu, jak wspomnieliśmy pod rokiem 1306, witał ich *professor artis medicinae*, mistrz Mikołaj, prawdopodobnie tak długo wy-

1) Rzyszcz. II, str. 696, 927. Helcel. Star. Pom. Pr. Pol. II, N. 3726. Akt Grod. i Ziem. V, str. 136, Gawarecki. Przywileje, str. 264, Rzyszcz. II, str. 832.

2) Maciejowski. Piśmiennictwo Polskie III, str. 77.

kładający, jak sięgają o nim wzmianki, to jest do 1316 r. Co i jak wykladał, można tylko wywnioskować z samego tytułu „fyzyk“, dawanego niekiedy Mikołajowi; a odpowiedniego wyrazowi „fyzyka“, obejmującej naukę lekarską, pojętą i stosowaną wedle zasad powag medycznych starożytności, więc Hippokratesa lub Gallena.

Gdyby chodziło tu o praktykę, to jakie takie wyobrażenie o rodzajach leków, jakoteż dowód, że ówczesna medycyna była przynajmniej posądzoną o działanie, świadome racy i wielkości choroby na zasadzie dyjagnozy umiejętnej, mielibyśmy ze wstępu do ustaw kościelnych kardynała Gentilis'a. Legat ten papieżki 1309 r. na Węgry i Polskę tak porównywa w aryndze do swych rozporządzeń i środki zaradcze religijne z medycznymi. <sup>1)</sup> „Różne lekarze, stosownie do rozmaitości chorób, leki zadają, a wyszedziwszy p o d ł u g z a s a d n a u k i ważność choroby, odpowiedniami środkami działają. Na ważniejsze żelazo *ferrum* t. j. operacją stosują, inne ogniem traktują (wypalenie); te zaś co legkiem opatrunkiem na zdrowostan dadzą się przekinać, ratunek znajdują w niegroźnych (*facilia*) przeciwdziałających lekach.“

Ogólnik ten prawie nie mówi, zwłaszcza że wyrzeczony przez Włocha, do Włoch łacniej jak do Polski może być stosowany.

Natomiast, rys następny, przypadkowy zaiste, daje lepsze wyobrażenie o sposobie myślenia naszego mistrza Mikołaja i profesora medycyny. W r. 1306, Michał, wojewoda wielkopolski, czyniąc darowiznę nastół biskupi, z warunkiem palenia światła „uczciwego i uroczystego“ za duszę jego, jego żony, przodków i krewnych, wystawia dwa akty w tej mierze niemal dosłowne. Jeden spisuje „uproszony“ o to medyk Mikołaj, znany nasz professor medycyny w szko-

<sup>1)</sup> Helcel, St. Pom. Pr. Pol. I, str. 390.

le katedralnej poznańskiej. Drugi akt wychodzi zpod pióra Gerlibusa, proboszcza ze Słupcy, także o to uproszonego. Tym sposobem dokumenty owe wyglądają na testament na dwie ręce spisany, przez dwie różne osoby. Z pewną modyfikacją, jest to stan rzeczy, zauważony przy śmierci Bolesława Wstydliwego, której towarzyszy lekarz i spowiednik <sup>1)</sup>). Występował tam 1279 r. doktor Radzław i franciszkanin Bogufał; teraz 1305 r. furtę do lepszego żywota otwierają mniejszej wielkości ziemskiej: professor medycyny i proboszcz.

Ciekawą jest różnica stylizacji obu specjalistów w spisaniu woli testatora.

Medyk przystępuje wprost do osnowy rzeczy, do samego zapisu. Tymczasem proboszcz wpisuje na czoło aktu cały ustęp, pełen religijnych uwag i spostrzeżeń <sup>2)</sup>). Rzekłbyś, że medyk, który skalpelem, lupą, retortą, ważkami znurtowawszy wszystkie tkanki, komórki, zakątki... organizmu ludzkiego — jeżeli nie pyta sceptycznie: „a gdzie

---

<sup>1)</sup> „Przyczynki do dziejów medycyny“, I, str. 5. Domysł nasz tam wyrażony że dr. Radzław między r. 1302 a 1304 spisywał swą ostatnią wolę i podpisał tyle już paszportów na tamten świat, sam wreszcie sobie wizę położył, stwierdza się z IV tomu *Mon. Med. Aevi* (IV A. str. 31, N. 288). W r. 1313, 7 Września, Wawrzyniec, krewny magistra Rasława medyka, całą część, którą miał we dworze (*in curia*), a nie g d y ś należącym do tego magistra na ulicy Grodzkiej (*in p'atea castrensi*) przekazał w posiadanie swym synom, Mikołajowi, Przybkowi, Bogusławowi i Stefanowi. Mamy tu dowód na nową majątność dotąd nieznaną dr. Radzława, oraz wskazówkę prawdopodobnej daty śmierci tegoż.

<sup>2)</sup> „Ja Michał... pamiętny doli ludzkiej, której zawsze grozi wrodzona kruchość, której od samego początku życia przewodzi władza śmierci, w pełni zdrowej myśli i żywej pamięci, pragnąc duszy mojej... dopomóż, aby z nadania uczynionego kościołom wszechmocnego i wiecznego Boga (dla Jego chwały założonym) brał ufność w Jego bezgraniczną łaskę nie gardzącą sercem ukorzonem i skruszonym“... i dopiero właściwy tekst zapisu następuje.

owa dusza?—to przynajmniej dość sucho i krótko załatwia się z wynurzeniami myśli i uwag, tak łatwo innym osobom nie jego fachu, przychodzącym pod pióro. Fakt małomówności magistra Mikołaja tam, gdzie proboszcz ze Słupcy tak jest złotousty—godzien uwagi przy pamięci zwłaszcza, że zwykle wówczas nosili sukienkę duchowną—i medycy.

Możnaby to poczytać za dowód wielkiej trzeźwości poglądów mistrza Mikołaja.

Katedra medyczna przezeń objęta w szkole poznańskiej nieucierpiałaby chyba na tem.

Przeglądając dowody zabiegliwości duchownych o oświatę, znajdujemy np. 1410 r. rozkaz powiększenia dochodu z beneficjów tym kanonikom i prebendarzom kapituły włocławskiej, którzy dla nauki bawią w szkołach uprzywilejowanych. 1483 r. w kapitule płockiej ustanowiono fundusz na egzaminowanych professorów do teologii i prawa kanonicznego, *scolaribus et simplicibus personis*, więc uczniom i świeckim, mających się wykladać. W kapitule gnieźnieńskiej Wojciech Jastrzębiec (1433—1436) wynosił Eugenijusza IV papieża (1432—1446) o katedry magistra teologii i doktora prawa kanonicznego do wykładu tych nauk dla penitencyjarzy, może opierając się na istnieniu już w 1317 r. profesury prawa kanonicznego, w osobie kanonika gnieźnieńskiego Andrzeja. (Może to jednak professor poznański). Obniżonym później wymaganiom gwoli (licencyjat i bakałarz), 1469 r. mianowano na ten urząd bakałarza teologii i magistra medycyny Wojciecha z Opatowa (1471 dr. med.). 1513 Łaski wyznaczył dwie prebendy dla nauczających prawa kanonu i teologii <sup>1)</sup>.

Zaledwo 1505 r. na skargę króla Aleksandra papież Julijusz II pozwolił czterem duchownym lekarzom praktykować, *citra adustionem et incisionem*, więc bez

---

<sup>1)</sup> Źródeł nie podajemy, odsyłając ogólnie do przygotowanych już „Przyczynków do dziejów edukacji w Polsce.“

wypalania i wyrzynania <sup>1)</sup>. O wykładach jednak medycyny w ten sposób, jak to widzimy w szkole katedralnej poznańskiej, prowadzonych, dotąd nie udało nam się nigdzie śladu znaleźć. Jest tedy fakt niemałej wagi, i dość silnie go akcentować, zdaje się, nigdy nie zawadzi, w oczekiwaniu obfitszych, da Bóg, innostronnych danych.

Jaki obrót wzięły te wykłady medycyny po śmierci magistra Mikołaja — nie wiemy dotąd.

Od r. 1340 występuje kanonik Ambroży, „magister szkoły poznańskiej,“ znany jeszcze w 1357 r. <sup>2)</sup>, w którym prezentacji Jana, rektora *scholarum* przy katedrze poznańskiej dokonywa scholastyk gnieźniński Kelczo <sup>3)</sup>. Czy medyczny wykład miał tu jeszcze miejsce? — czy wspomniany powyżej kanonik gnieźniński Andrzej, professor prawa kanonicznego w r. 1317 <sup>4)</sup> wykładał w tejże samej szkole co Mikołaj, nadając jej tym sposobem charakter jeszcze niezwykleszy? Są to wszystkie pytania ciekawe, a zaspokoić się niedające do tej pory. O katedrze prawa kanonicznego w Poznaniu w XIV wieku możnaby potakująco się wyrazić ze względu na program nauk kolegijum Lubrańskiego (1519 r.), który ją obejmował. O medycynie to kolegijum nie słyszało.

Dotąd więc magister Mikołaj, professor medycyny 1306 r. jest... unikatem w Polsce XIV-wiecznej.

<sup>1)</sup> „Materiały do dziejów farmacji w Polsce.“ Swieżawski Wenda, str. 3 (odbitka z „Wiadomości farmaceutycznych.“)

<sup>2)</sup> Kod. Wielkop. N. 1202, 1283, 1306, 1360.

<sup>3)</sup> Kod. Wielkop. N. 1360.

<sup>4)</sup> Kod. Wielkop. N. 981 z Tejnera I, 211.

**C Z Y N N O Ś C I**  
**TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.**

---

**PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.**  
**ROK 1881.**

Posiedzenie XV, bijologiczne V, d. 31 Maja 1881 r.

**PREZES: Hoyer.**

*Treść:* I. Odczytanie protokołu. II. Korrespondencyja.  
III. Uczenie pamięci D-ra A d a m o w i e z a. III. Jubileusz P i r o g o w a. IV. D z i e w u l s k i. Zagęszczenia optyczne mieszanin wody z alkoholem.

I. Protokół posiedzenia z dnia 26 Kwietnia r. b., po odczytaniu, przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci D-ra Adama Ferdynanda A d a m o w i e z a, b. professora b. Uniwersytetu Wileńskiego, członka honorowego naszego Towarzystwa i proponuje przez ogólne powstanie uczcić pamięć zmarłego — co też uczyniono.

III. Prezes zawiadamia iż w dniu 5 Czerwca r. b. obchodzonym będzie w Moskwie jubileusz 50-letniego zawodu lekarskiego P i r o g o w a, i proponuje posłać jubilatowi dyplom na członka honorowego naszego Towarzystwa. Propozycję przyjęto.

IV. D z i e w u l s k i przypomniawszy, iż jeśli będziemy mieszać wodę i spirytus z sobą, to objętość mieszaniny nie jest równa summie objętości dla tych części osobno wziętych, lecz daleko mniejsza, zaznacza, iż i zdolność optyczna ulega zmianie. Następnie D. przytacza oznaczone przez siebie współczynniki załamania różnego stopnia mieszanin wody i spirytusu.

Z n a t o w i e z miał czytać pracę o gazie oświetlającym warszawskim. Z przyczyn jednak od niego niezależnych musiał pracę zapowiedzianą cofnąć z porządku dziennego.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

## Posiedzenie XVII, dnia 21 Czerwca 1881 r.

### PREZES: Hoyer.

*Treść:* I. Odczytanie protokołu. II. Korresponden-  
cyja. III. List D-ra D o m a n s k i e g o. IV  
B r a u n. Sprawozdanie z kandydatury E r-  
l i c h a. V. Wybór delegata do kommissyi je-  
dnodniowego spisu m. Warszawy i debaty nad  
uwzględnić się mającemi pytaniami z dziedziny  
medycyny. IV. Kandydatura D-ra S t a g i e n-  
s k i e g o.

I. Protokół posiedzenia z dnia 7 Czerwca r. b., po odczytaniu, przyjęto.

II. Nadesłano:

W a s s e i g e. Ablation d'une tumeur kystique d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche.

The medical news and abstract. 1881.

The American journal of the medical sciences. 1881.

III. Prezes odczytuje list D-ra D o m a ń s k i e g o z Krakowa, w którym zawiadamia, iż zgodnie z życzeniem naszego Towarzystwa, złożył — w imieniu takowego—wieniec na grobie ś. p. D-ra J a n i k o w s k i e g o.

IV. B r a u n odczytał sprawozdanie z pracy D-ra E r l i c h a.

V. Z powodu listu Prezydenta miasta, proszącego Towarzystwa o wyznaczenie ze swego łona członka-delegata do kommisyyi mającego się odbyć w dniu 27 Czerwca r. b. jednodniowego spisu ludności miasta Warszawy, postanowiono skorzystać i zaproponować, aby przy takowym spisie uwzględnionemi zostały pewne pytania, mające związek ze statystyką lekarską.

Dla stawiania tych pytań, Prezes Towarzystwa proponuje wysłać z łona Towarzystwa osobny komitet, z uwagi jednak, iż spis ludności ma nastąpić za kilka dni, postanowiono przystąpić zaraz do rzeczy.

M a r k i e w i e z utrzymuje, iż należy postawić wymagania daleko szersze, a mianowicie, zdaniem jego, aby statystyka lekarska z mającego się odbyć spisu ludności mogła odnieść jaką korzyść, należałoby uwzględnić wiek, a mianowicie aby spisano ludność wedle grup wiekowych, dalej — trzebaby uwzględnić proceder, dale — należałoby spisać ludność wedle mieszkań (sutereny, facyjatki, pięttra, front i t. d.), wedle stanu cywilnego (zamężni, niezamężni, wdowy i t. d.), wedle dzielnic miasta, wedle wyznań, wreszcie należałoby uwzględnić ilość kalek różnego rodzaju.

D u n i n dodaje, że dobrze by było gdyby chciano uwzględnić ilość osób zamieszkujących jeden pokój i żeby zrobiono podział racjonalniejszy niż istniejące obecnie cyrkuly.

Towarzystwo przyjęło aby kommisyyi spisu ludności podano do uwzględnienia pytania postawione przez M a r k i e w i e z a, a na owego przedstawiciela do kommisyyi spisu wybrało S z o k a l s k i e g o.

VI. Prezes przedstawia na członka korespondenta D-ra S t a g i e ń s k i e g o z Algieru, który jako kwalifikację nadesłał pracę: „Prologomènes à l'étude de l'acclimatation de l'homme“. 1875. Kandydaturę popierają: L u b e l s k i i A n d e r s. Sprawozdawca: L u b e l s k i.

Na tem posiedzenie ukończono.

IV. Gajkiewicz.



Posiedzenie XVIII, bijologiczne VI, d. 28 Czerwca 1881 r.

PREZES: **Orłowski.**

*Treść:* I. Odczytanie protokołu. II. Uczenie pamięci ś. p. Skody. III. Weinberg. Hydrografia okolic Warszawy. IV. Markiewicz. O ławkach szkolnych.

I Protokół posiedzenia z dnia 31 Maja r. b., po odczytaniu, przyjęto.

II. Prezes zawiadamia o śmierci członka Towarzystwa prof. Skody, i proponuje przez powstanie z miejsc uczyć pamięć zmarłego—co też uczyniono.

III. Weinberg odczytuje pracę: „Hydrografia okolic Warszawy.“ Jako sprawozdawca kommissyi wodnej, powołanej do życia przez p. Prezydenta miasta we Wrześniu 1879 r., na żądanie Podkomitetu sanitarnego obywatelskiego, W. opisuje wyniki poszukiwań wody w okolicach naszego miasta. Zbadano przestrzeń 14 wiorst kwadratowych położoną pomiędzy szosą Radomską, drogą idącą do Góry Kalwaryi, a plantem kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Na gruntach 8-iu wsi badano wszystkie studnie i wody otwarte, robiono odpowiednie pomiary i niwelacje celem oznaczenia kierunku spadku wód, dokonywano rozbiórów chemicznych i mikroskopowych wszystkich napotkanych wód. Kommissya przysłała do przekonania, że jakkolwiek okolice Warszawy—jako płaskie—nie zawierają zdrojówsk wytryskowych, obfitują jednak w niezmierną ilość wody zdrojowej, to jest wody znajdującej się w ruch. Stwierdzono, że we wszystkich gliniankach (miejscach pozostałych po wybraniu gliny) znajduje się szary mulek (martwica), po przebiciu którego wytryskało obfite źródło wody, nie dające się zatamować i wypełniające w krótkim czasie całą gliniankę. Obniżenie zwierciadła wody przy pompowaniu byłoby niezmiernie trudnem. W gliniance wsi Włochy spompowano do 50 tysięcy stóp sześciennych wody na dobę, przyczem zwierciadło jej obniżyło się tylko na 1/4 cala, czyli, że dopływ wody w tej gliniance wynosi 42 tysiące stóp sześciennych. Ponieważ w okolicy badanej znajduje się 20 podobnych glinianek, mogą więc one dostarczyć do 200,000 stóp sze-

ściennych wody na dobę. Rozbiór chemiczny tych wód, wziętych w chwili pompowania, wykrył iż one mają dobre własności higieniczne, średnią twardość i zaledwie ślady chlorków i azotanów. Woda ta ma prawdopodobnie odpływ do Wisły, za czem przemawia okoliczność, że kiedy we wsi Włochy pokład wodonośny napotkać można na głębokości 30 stóp, to w okolicach rogatek Jerozolimskich trzeba wywiercić 60—80 stóp, a na powiślu do 600 stóp.

Jakkolwiek wyniki niwelacyi nie pozwalają przyjąć, aby wodę tę można rozprowadzić naturalnym spadkiem po całym mieście, to jednak nie ulega wątpliwości, że dałaby się ona doprowadzić do pewnego zbiornika, z kąd siłą pary mogłaby być wpędzana do wysoko położonych rezerwoarów.

M a r k i e w i c z powiada, iż dla Warszawy potrzeba w ogóle około  $2\frac{1}{2}$  milionów stóp kubicznych wody na dobę, że zatem sprowadzenie wody z okolicy zaspokoić może tylko potrzebę wody do picia, że koniecznem jest zaprowadzenie wodociągów wody wiślanej.

IV. M a r k i e w i c z, wspomniawszy jaki jest cel dobrej ławki szkolnej i jakie warunki winna posiadać dobra ławka, zastanawia się ile powinna mieć ona siedzeń, i że budowa jej ma być taką, aby zapewniała uczniowi możność łatwego wstawania, przyczem blat powinien zachodzić na siedzenie, M. zwraca uwagę na konieczność stosowania wymiaru ławek do wymiaru ciała dziecka, a więc na konieczność posiadania w szkole kilku wielkości ławek. W końcu M. przedstawia 2 ławki, które wystawione były w pałacu Brühlowskim.

J a s i ń s k i proponuje, aby kwestyja urządzenia ławek szkolnych, jako bardzo ważna dla lekarza i pedagoga, była jeszcze raz podjętą w Towarzystwie.

Na tem posiedzenie ukończono.

W. Gajkiewicz.

Posiedzenie XIX, d. 6 Września 1881 r.

PREZYDUJĄCY: **Lebiedziński.**

*Treść:* I. Odczytanie protokołu. II. Korresponden-  
cyja. III. **P e r k o w s k i.** Kazyistyka chi-  
rurgiczna. IV. **S z o k a l s k i.** Skaleczenie  
rogówki.

Z powodu nieobecności Prezesa i Wiceprezesa przewodniczy najstarszy,  
wiekiem kol. **L e b i e d z i ń s k i.**

I. Protokół posiedzenia z dnia 21 Czerwca r. b., po odczytaniu  
przyjęto.

II. Nadesłano:

**J. T a l k o.** Les lipomes diffus des paupières superieures. —  
Les kystes séreux congénitaux de l'orbite, au des sous de la paupière infé-  
rieure avec la microphthalmie evincidente. — Le développement anormal  
anormal des poils sur la surface conjonctivale des deux paupières de l'oeil  
droit.

Tablicy śmiertności i rodzajemności kijewskawo nasilenia.

**K o r e z y ń s k i.** Z kliniki lekarskiej prof. **K o r e z y ń s k i e-**  
**g o** w Krakowie.

Odezot medicinskawo departamenta.

Książka pamiątkowa 3-go Zjazdu lekarzy i przyrodników pol-  
skich (czeska).

**v. L e s s e r.** Die chirurgische Hilfsleistungen bei dringender  
Lebensgefahr.

III. **P e r k o w s k i** przedstawił chorego, będącego dowodem  
skuteczności przecięcia gałązek nerwu uszno-skroniowego, przeciw  
uporczywym nerwobólom w rozgałęzieniach n. szczękowego dolnego. Ope-  
racyja ta, przed rokiem dokonana, natychmiastowo, bezpowrotnie usunęła  
nader dokuczliwe cierpienia, od lat pięciu trwające, a które odtąd więce-  
j się nie pojawiły. W chwili bowiem silnego napadu rwy twarzowej w lewej  
połowie zuchwy i skroni się umiejscowiającej, po bezskutecznem zasto-  
sowywaniu wszelkich znanych leków, P. wązkim nożykiem prostopa-  
dle na 0.005 m. zagłębionym, pomiędzy główką wyrostka kłykciowego

a przeciwskrawką ucha ukłut podłużnie części miękkie na przestrzeni 0,010 m., a z niemi więc nie pień główny nerwu uszno-skroniowego, to warzyszący tętnicy skroniowej, lecz małe gałązeczki tego nerwu, prostopadłe z niego wychodzące, a poprzecznie się kierujące ku zewnątrz-nemu przewodowi ucha—przeciętymi zostały. Skuteczność tego niezwyklego środka P. tłumaczy zmniejszeniem pobudliwości powierzchni bębienka usznego, otrzymującego znaczną niteczkę nerwową od n. uszno-skroniowego, a nadającą temu nadwyzyczajną jego czułość, a której podrażnienie bywa jednym ze stałych punktów wyjścia (aury) tych upartyoh nerwobólów.

Drugi przedstawiony chory przez P e r k o w s k i e g o, był dotknięty upartą prozopalgiją, od lat przeszło 13-tu rozpościerającą się na wszystkie rozgałęzienia lewego nerwu trójdzielnego. Otóż P. dokonał u chorego wyciągnięcia n. szczękowego dolnego poniżej podstawy czaszki, ułorowawszy sobie przystęp do niego od strony jamy ustnej. Po rozwarciu, opuszczeniu o ile można ku dołowi żuchwy i wyciągnięciu języka na prawo, ku przodowi i ku górze, przeciął błonę śluzową nieco naprzód brzegu przedniego wyrostka dziobiastego i ścięgną mięśnia skroniowego lewego; poczem przez otwór tak uczyniony lewy jego wskaziciel wsunął się pomiędzy ścięgną wspomnianego mięśnia a mięśniem skrzydlastym wewnętrznym, a to w celu d o m a c a n i a i u t r z y m a n i a tego palca, na kolcu kanału zębowego dolnego, będącego punktem przewodnim dla dokonywanej operacyi; otóż po nad tym punktem nerw zębowy dolny, najgrubszy z gałęzi końcowych n. szczękowego dolnego, przylegając do n. językowego, przechodzi wraz z nim pomiędzy gardzielą a mięśniem skrzydlastym wewnętrznym. Opierając się więc na tych stosunkach anatomicznych, powyżej i po nad unieruchomionym wskazicielem, P. wprowadzał z góry ku dołowi tępy haczyk, aby później kwartosem jego zahaczyć oba wspomniane nerwy, wydobyć je na zewnątrz dla dokonania wyciągnięcia na całym pniu n. szczękowego dolnego; wyciągnięcie to jednak, dokonane wedle wskazań czynionych dla tej dziś tak modnej operacyi — okazało się bezskuteczne — gdyż po upływie 9-iu dni nerwobóle wróciły z dawną swą gwałtownością. P. musiał więc następnie na dosyć znacznej przestrzeni dokonać wycięcia tych obu nerwów, i od tej to chwili chory cieszy się jak najzupełniejszym spokojem, nieznanym mu od lat 13-tu.

Pam. Tow. Lek. T. 77, Z. 1V.

Kończąc swój komunikat P. zwraca szczególną uwagę na drogę przez jamę ustną, którą sobie utorował przystęp do 2-ech końcowych gałęzi n. szeregowego dolnego, gdyż jeśli są przypadki, na szczęście nader rzadkie, gdzie cierpienia chorego są tak straszne swym ogromem, że chirurg pobudzony, zagniony przez samego pacjenta, musi uciekać się do wszelkich środków będących w jego mocy dla przyniesienia mu ulgi, to P. sądzi, że sposób jakiego użył dla społecznego odkrycia n. zębowego dolnego i językowego, i łatwość dokonania tychże resekcji, należy przekładać nad skomplikowane a bardziej niebezpieczne kostne operacje W a r r e n a i V e l p e a u, dla odszukania jednego tylko nerwu zębowego dolnego.

W dyskusji J a s i ń s k i zapytuje, czy przy naciąganiu nerwu nie zauważono zmian w tętnie i oddechaniu, która cechuje się zrazu przyspieszeniem, a później zwolnieniem. Tak np. O b a l i ń s k i te zmiany uważa za najpewniejsze kryterium miary naciągania nerwu.

W drugim przypadku byłoby to tem ciekawsze, że P. naciągał mały nerw. Kiedy tymczasem niektórzy (W o l b e r g) sądzą, że te zmiany mogą wystąpić tylko przy naciąganiu większych pni nerwowych (*ischiatricus*).

P e r k o w s k i powiada, że oddech był zmieniony skutkiem tego że operowano w ustach, na tętno zaś nie zwrócił uwagi.

J a s i ń s k i pyta o przebieg rany pooperacyjnej, sam bowiem naciągał 2 razy bezskutecznie nerwy przy tabes, przyczem rana goiła się bardzo źle, następowało silne ropienie i oddzielały się całe kawały zmarzwiałej tkanki. Sądzi też, że dziś zanadto często naciągają nerwy i zanadto modną zrobiono tę operację.

P e r k o w s k i przyznaje, że istotnie rana bardzo długo się goiła.

D u n i n nadmienia co do przypadków operowanych przez J., a które pod jego znajdowały się obserwacją. Jeden z nich dotknięty był *tabe atactica* w wysokim stopniu i znać było zmiany odżywcze zarówno w skórze jak i w mięśniach. Rana pooperacyjna cechowała się głównie brakiem odczynu zapalnego: mięśnie niepokryte ziarniną przez długi czas były widoczne, skutkiem czego rana podobna była do przecięcia zrobionego na trupie. Te jednak przypadłości ze strony rany, należy zdaniem D. położyć na karb ogólnych zaburzeń trójecznych, wskutek samej

sprawy chorobnej, a nie wyciągania nerwu. Nie sądzi też D. aby w ogóle wyciąganie nerwu kulszowego samo przez się wpływało na opóźnienie gojenia rany, boć przecież te części skóry, gdzie się robi cięcie, nie otrzymują gałęzi od n. kulszowego, ale i od innych nerwów spłotu lędźwiowego (n. skórny uda zewnętrzny) i krzyżowego (n. kulszowy mały, skórny uda tylny).

M a r k i e w i c z powołując się na najnowszą pracę L a n g e n b u c h a, zwraca uwagę, że autor ten pomimo że robił wyciąganie 32 razy na rozmaitych nerwach, nie wspomina nic wcale o złych następstwach tej operacji, ani o późnem gojeniu się rany. M. sądzi, że duża ilość wyciągań nerwów dokonana przy *tabes* z pomyślnym skutkiem przez L a n g e n b u c h a powinna zachęcić lekarzy do wykonywania tej operacji. Zwraca jednak uwagę, iż należy to robić we wcześniejszym okresie, t. j. wtedy, kiedy, zdaniem L a n g e n b u c h a, choroba ogranicza się do nerwów obwodowych. Jest też M. zdania, że wiele przemawia za przypuszczeniem L a n g e n b u c h a, według którego *tabes a'actica* jest pierwotnie chorobą nerwów obwodowych, a później tylko szerzy się na rdzeń.

D u n i n także wierzy w możliwość dobrych skutków wyciągania nerwów przy *tabes*, sądzi jednak że nie należy się zbyt spieszyć z tłumaczeniem sposobu działania tej operacji. Zwraca on uwagę na doświadczenia B r o w n-S é q u a r d'a, które pokazały, że samo wyciąganie zmienia zupełnie fizjologiczne stosunki rdzenia np. wywołuje znieczulenie po stronie przeciwnej. Dalej przytacza przypadek E r l e n m a y e r'a gdzie wyciąganie nerwu usunęło objawy *tabes*, gdzie jednak po śmierci nie znaleziono żadnych zmian w rdzeniu — nie był to więc przypadek *tabes dorsualis*. Dalej sądzi D., że są dane, przemawiające przeciw obwodowemu początkowi choroby, jako to: obustronność występowania, brak objawów zapalenia nerwów, objawy wyraźnie rdzeniowego pochodzenia, (t. z. *myosis spinalis*), a wreszcie ograniczenie processu zwyrodniającego do ściśle ograniczonego systematu włókien w rdzeniu, skutkiem czego ta choroba uważana bywa za t. z. „Systemerkrankung.“

M a r k i e w i c z nie przeczy że pewne objawy przy *tabes*, jak również i obustronność choroby muszą mieć przyczynę centralną, możliwe jednak jest, że ta powstała w skutek cierpienia nerwów obwodowych. Wreszcie dodaje M., że zdaniem L a n g e n b u c h a, tylne pęczki

rdzenia kręgowego są prostem przedłużeniem nerwów obwodowych i nie jako za istotę nerwową obwodową uważane być winny.

B a u e r e r t z zwraca uwagę na to, że czasami inne cierpienia np. *neuritis multiplex* mogą dawać obraz podobny do *tabes* i w takich przypadkach naciąganie może przynieść korzyść, co jeszcze nie przemawia za tem aby i *tabes* miało się leczyć wyciąganiem nerwów. Sądzi też B. że kwestyja wskazania do naciągania jest zarazem kwestyją rozpoznawania *tabes* od innych cierpień.

III. J a s i ń s k i przedstawia chorego, który przybył do szpitala z *gonitis fungosa*, zatoki ropne były liczne i daleko sięgały. Choremu zaproponowano amputacyję. Kiedy jednak na nłą się nie zgodził, leczono go wyczekującym sposobem. Jakoż końce stawowe uda i piszczeli, a także część rzepki pooddzielały się, wytworzyła się ankyloza i rana w zupełności się zagoiła.

IV S z o k a l s k i opowiada następujący przypadek: Chory uderzony został w twarz ostem, którego jeden kolec utkwił w oku. Po kilku dniach chory zgłosił się do S. z objawami silnego podrażnienia ze strony oka. S. próbował wyjąć kolce szczypeczkami, to jednak się nie udało. Również nie powiodła się próba wyjęcia dwiema igielkami wbite mi w rogówkę obok kolca. Wtedy S. przeciął na brzegu rogówkę, wprowadził szczypeczki i wyciągnął kolec, który się zgiął we dwoje, ale nie zламаł. Nastąpiło zmętnienie soczewki, nieznaczny *hypopion*, wszystko to jednak, przy odpowiednim leczeniu, wkrótce do normy powracać zaczęło.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za sekretarza: D u n i n.

---

Posiedzenie XX, dnia 20 Września 1881 r.

PREZES: Hoyer.

Treść: I. Odczytanie protokołu. II. Korrespondencyja.  
III. Kandydatura F i l i p o w i c z a. IV. B a u e r e r t z. *Tabes dorsalis*.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia, po odczytaniu, przyjęto.

II. Nadesłano:

Słownik terminologii lekarskiej polskiej. Kraków 1881,

Klin k. Wydanie dzieła Oczki.

Tablicy śmiertności i rodźajemosti kijewskawo nasieleniã.

M a l e z. O stosowaniu środków przeciwnilnych drogã wziewań.

III. S z o k a ł s k i przedstawia na członka F i l i p o w i e z a i jako kwalikacyję jego przedstawia pracę: „Ueber Basedow'sche Krankheit“ 1870 i „Mchy Tatrzańskie“ 1881. Kandydaturę popierają: B a u e r e r t z i D u n i n.

IV. B a u e r e r t z przedstawia chorego wyleczonego z wiađu paciierzowego (*tabes dorsalis atactica*). Chory ten przedstawił się B. w Październiku 1879 r. Ma lat 60, ale dotychczas zupełnie zdrów, i raz tylko przechodził trypra i raz szankra. Od lat 5 doznaje osłabienia nóg i utrudzenia przy chodzeniu, bólów rwących w nogach z ich podrygiwaniem a wreszcie opasujących bólów krzyża. Później przyłączyło się utrudnienie przy oddawaniu stolca i moczu, a także bardzo dokuczliwe ziębienie nóg. Badanie wykazuje: Chód ataktyczny i to tylko przy pomocy laski i przy ciągłym patrzeniu chorego na nogi; przy zamkniętych oczach chory zupełnie ustać nie może. Gruba siła mięśniowa zachowana. Czuć znacznie upośledzone, chory dotknięcia nie umiejscawia, odruchy skórne zachowane. Odruchu kolanowego wcale nie ma. Źrenice równo słabo oddziaływają na światło. B. stosował galwanizacyję rdzenia kręgowego, wysłał chorego do Ciechocinka, a ostatecznie przepisał mu kuracyję zimną wodã.

Poprawa następowała zwolna, ale ciągle, tak, że dziś chory uważa się za zupełnie zdrowego. Chodzi dobrze i daleko bez zmęczenia się, a nawet przy zamkniętych oczach parę kroków zrobić jest w stanie. Czuć żadnych nie przedstawia zboczeń, pęcherz i kiszka prosta działają prawidłowo. Jeden tylko odruch kolanowy nie powrócił.

Jako *pendant* do tego przypadku B. opowiada o przypadku opisanym przez prof. S h u l t z e g o z Heidelberga w ostatnim zeszytce (T. XII, Z. 1) „Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.“ I tu także przy kilkakrotnem zastosowaniu prądu stałego, stan chorego do tego stopnia się poprawił, że pacjent uważał się przez lat 9 za zupełnie zdrowego, pozostał tylko brak odruchu kolanowego i lekkie zaburzenie w oddawaniu moczu. Chory po 9 latach umarł w skutek przypadkowego otrucia, a badanie anatomiczne wykryło znaczne zwyrodnienie pęczków klinowych B u r d a c h'a, częściowe zajęcie pęczka G o l l'a i znaczne



zcieńczenie całego rdzenia. Przypadek ten jest bardzo pouczający, dowodzi bowiem, że zniknięcie objawów *tabez* nie dowodzi bynajmniej jego uleczenia: pewne objawy zniknąć mogą nawet przy wysoko posuniętych zmianach w rdzeniu.

Na tem posiedzenie zakończone.

Za sekretarza: Dunin.

Posiedzenie XXI, d. 27 Września 1881 r.

PREZES: Hoyer.

*Treść:* I. Odczytanie protokołu. II. Ochorowicz.  
Wykład o hypnotyzmie. III. Wybory.

I. Protokół posiedzenia z dnia 20 Września r. b., po odczytaniu, przyjęto.

II. Prof. Ochorowicz ze Lwowa miał wykład o niektórych zjawiskach hypnotyzmu — snu magnetycznego i katapleksyi.

III. Następnie przystąpiono do wyboru członków czynnych i związkowych.

Na *członków czynnych wybrano:*

Chrostowskiego Bronisława, Erlicha Jana, Kornięwicz Edwarda, Radziszewskiego Stanisława, Rosenthala Alberta.

Na *związkowych wybrano:*

Domąńskiego z Krakowa, Friedmann'a z Vösslau, Drouineau z Rochelli, Mauriac'a z Bordeaux.

Nie otrzymali dostatecznej liczby głosów:

D-r Weitzenblut i D-r Wolberg Ludwik.

Na tem posiedzenie zakończone.

w zastępstwie za sekretarza: E. Klink.

Fig.1.



Fig.2.



Fig.4.



Fig.5.

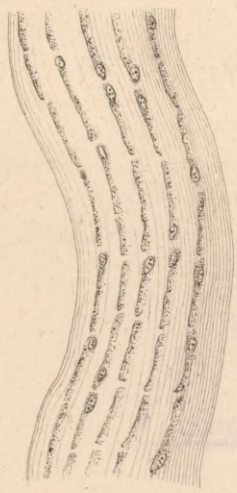


Fig.6.



Fig. 7.

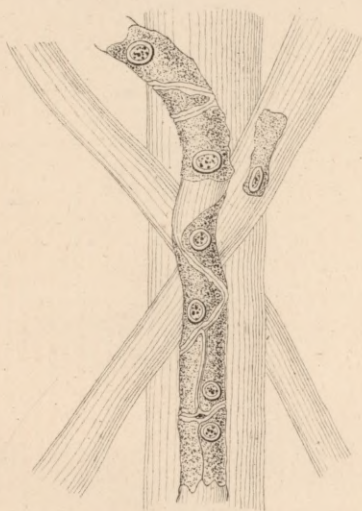


Fig. 8.

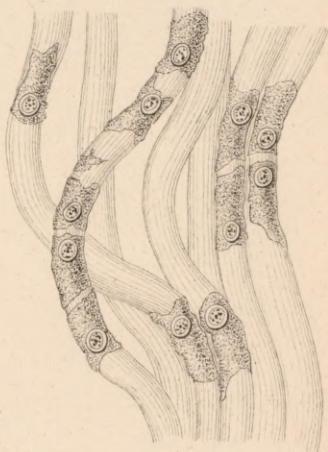


Fig. 3.



Fig. 9.

