

GAZETA LEKARSKA

I. Materiały do etyologii i statystyki raka.

Część II¹⁾). Wynik ankiety.

Podali

S. Serkowki i J. Maybaum [Łódź].

Wskutek doniesień różnych autorów, że liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok, zaczęto w latach ostatnich pilną na tę sprawę zwracać uwagę.

W styczniu 1904 roku w szeregu prac naukowych zwróciliśmy uwagę świata lekarskiego polskiego na tę doniosłą sprawę, a pragnąc zebrać i zestawić statystyczne dane z Królestwa Polskiego—ogłosiliśmy ankietę w celu zbadania danej sprawy u nas i jej oświetlenia. Do walki z rakiem można przystąpić, poznawszy dokładnie rozmiary tej klęski u nas; dla wielu powodów, tkwiących w samej istocie zawitej i niepewnej jeszcze etyologii, w niejednolitych danych epidemiologicznych i t. d. — trudno już dzisiaj wyrobić sobie jasny pogląd na sposób walki z rakiem. W każdym bądź razie dane tu przytoczone służyć powinny, jako bodziec do dalszej w tym kierunku pracy.

W naszej ankiecie spis jednodniowy dotyczył chorych na raka w dniu 15 stycznia 1904 roku i obejmował następujące pytania:

1) SERKOWSKI i MAYBAUM. Etyologia i statystyka raka. Cz. I. Gaz. Lek. 1904.
" " Ankieta w sprawie rozpowszechnienia raka w Królestwie
Polskiem. Czasop. Lek. 1904. N. 1.
" " W sprawie zaraźliwości raka. Medycyna, 1904.

KWESTYONARYUSZ.

- Dotyczy chorego na raka, znajdującego się w dniu 15 stycznia 1904 r. pod opieką lekarską doktora . . .
- w mieście
- osadzie
- wsi
- gubernii
- powiecie
- mając. mieszkańców
1. Inicyały chorego
 2. Wiek
 3. Zajęcie
 4. Żonaty, zamężna, wdowiec, wdowa, wolny - a.
 5. Miejsce zamieszkania: miasto, osada, wieś, ulica, dom №
 6. Gdzie mieszkał przez ostatnie lat pięć?
 7. W jakich narządach jest rak umiejscowiony?
 8. Czy w rodzinie bliższej lub dalszej chorował kto na raka i kto? ojciec — matka? brat — siostra? syn—córka? dziad—babka? stryj—wuj—ciotka?
 9. Czy można przypuścić zarażenie się rakiem od innego chorego lub przez używanie przyrządów i t. p. po rakowym?
 10. Czy w tym samym domu lub mieszkaniu chorował poprzednio kto na raka?
 11. Czy w wywiadach jest przymiot, nadużycie trunków, tytoniu, uraz.
 11. Uwagi.

Powyższą ankietę rozesłaliśmy w listopadzie i początku grudnia 1903 r. do wszystkich lekarzy, szpitali i Towarzystw Lekarskich i trzykrotnie przedłużaliśmy termin prekluzyjny do nadsyłania odpowiedzi, ostatecznie do 15-go marca 1904 roku.

Ogółem wysłaliśmy 5808 kwestyonaryuszy do 1835-u lekarzy; poczta skutkiem złych adresów w kalendarzach lekarskich, wyjazdu lub śmierci lekarzy zwróciła nam 90 kwestyonaryuszy, nie doręczonych 30-u lekarzom, zatem 1805-u lekarzy je otrzymało.

Z tej liczby odpowiedziało 767-u lekarzy, czyli 42 $\frac{1}{2}$ %, nie odpowiedziało 1038-u lekarzy, t. j. 57 $\frac{1}{2}$ %.

Powyższe 767 odpowiedzi zawierało:

- 511 ze wzmianką, iż dani lekarze w styczniu 1904 r. chorych na raka nie mieli
- i 256-u lekarzy nadesłało opisy 465-u przypadków chorobowych.

Te dwie liczby: 511 ujemnych i 256 dodatnich odpowiedzi podług poszczególnych miejscowości zestawień można w następujący sposób:

Miejscowość	o d p w i e d z i a n o	
	d o d a t n i o	u j e m n i e
Warszawa	98	187
Łódź	18	91

Miejscowość	odpowiedziano dodatnio ujemnie	
Gub. Kaliska	8	29
" Kielecka	14	19
" Lubelska	21	18
" Łomżyńska	6	12
" Piotrkowska	30	52
" Płocka	18	10
" Radomska	13	30
" Siedlecka	9	23
" Suwalska	6	8
" Warszawska	15	32
R a z e m	256	511

Ogólna liczba chorych na raka, pozostających w styczniu 1904 r. pod opieką 256-u lekarzy, wynosiła 465 osób, z tego:

mężczyzn 223 = 47,9%

kobiet 242 = 52,1%.

W poszczególnych miejscowościach podział chorych podług płci przedstawiał się, jak następuje:

Miejscowość	Mężczyzn	Kobiet	Razem
Warszawa	84	92	176
Łódź	16	19	35
Gub. Kaliska	5	5	10
" Kielecka	11	13	24
" Lubelska	22	21	43
" Łomżyńska	6	9	15
" Piotrkowska	23	28	51
" Płocka	11	15	26
" Radomska	7	13	20
" Siedlecka	10	6	16
" Suwalska	7	5	12
" Warszawska	21	16	37
R a z e m	223	242	465
%	47,9	52,1	

Z pośród chorych na raka 223-ch mężczyzn było:

 żonaty 191 = 85,7%
 wdowców 17 = 7,6%
 wolnych 15 = 6,7%

Z pośród chorych na raka 242-ch kobiet było:

 zamężnych 120 = 49,5%
 wdów 94 = 38,9%
 wolnych 28 = 11,6%

Zgoła nie uogólniając naszych wniosków, widzimy z powyższych zestawień, że 1) chorych na raka kobiet było wogóle więcej, niż chorych na raka mężczyzn, 2) wśród chorych mężczyzn, jak i kobiet przeważali żonaci (85,7%) i zamężne (49,5%), 3) odsetka żonaty chorych mężczyzn (85,7%) była znacznie wyższą, niż odsetka zamężnych chorych kobiet; natomiast 4) procent chorych na raka kobiet-wdów (38,9%) był wyższym od % chorych na raka mężczyzn wdowców (7,6%), oraz 5) podobnie % chorych na raka kobiet wolnych (11,6%) był znacznie wyższy od % chorych na raka mężczyzn wolnych (6,7%).

Podział chorych na raka podług stanu cywilnego zestawiony jest w następującej tablicy:

	Mężczyźni				Kobiety				Ogółem
	Żonaci	Wdowcy	Wolni	Razem	Zamężne	Wdowy	Wolne	Razem	
Warszawa	72	7	5	84	43	30	19	92	176
Lódź	16			16	13	5	1	19	35
Gub. Kaliska	4	1		5	1	3	1	5	10
" Kielecka	11			11	4	9		13	24
" Lubelska	19	3		22	9	12		21	43
" Łomżyńska	6			6	4	5		9	15
" Piotrkowska	21		2	23	17	9	2	28	51
" Płocka	10	1		11	9	4	2	15	26
" Radomska	6		1	7	7	5	1	13	20
" Siedlecka	9		1	10	4	2		6	16
" Suwalska	4	3		7	3	2		5	12
" Warszawska	13	3	5	21	6	8	2	16	37
Razem	191	17	15	223	120	94	28	242	465
%	85,7	7,6	6,7		49,5	38,9	11,6		

Ponieważ z ogólnej liczby [465] chorych na raka przypada na

Warszawę	176 = 37,8%
Łódź	35 = 7,5%
Kalisz	4 = 0,8%
Kielce	11 = 2,4%
Lublin	23 = 5,0%
Łomżę	1 = 0,2%
Piotrków	11 = 2,4%
Płock	6 = 1,3%
Radom	8 = 1,6%
Siedlee	1 = 0,2%

Na mniejsze miasta i osady

wszystkich gubernii 111 = 24,0%

Na wsi " " 78 = 16,8%

Razem 465 = 100%,

to o ile nie będziemy brali w rachubę, że pewna część chorych ze wsi została przewieziona do większych miast, obliczamy z powyższego, że

chorych na raka przypada na miasta i osady 387=83,2%

" " " " wsi 78=16,8%,

czyli w miastach i osadach pięciokrotnie więcej, aniżeli chorych na raka we wsiach.

Stosunek chorych na raka do ogólnej liczby ludności Królestwa Polskiego [liczby wzięte ze źródeł urzędowych spisu jednodniowego w r. 1897] stanowi:

Gubernia	Ludność	Liczba chorych na raka	Przypada na 100,000 mieszkańców
Kaliska	842,398	10	1,2
Kielecka	761,689	24	3,1
Lubelska	1,159,273	43	3,7
Łomżyńska	579,300	15	2,6
Piotrkowska	1,404,031	86	6,1
Płocka	553,094	26	4,7
Radomska	815,062	20	2,5
Siedlecka	772,386	16	2,1
Suwalska	582,696	12	2,1
Warszawska	1,931,168	213	11,0
Razem	9,401,097	465	4,9

Najmniejsza więc liczba chorych rakowych przypadła na gub. Kaliską, a największa na gub. Warszawską i Piotrkowską. Jeżeli wyłączyć tak duże miasta, jak Warszawa i Łódź, to stosunek się znacznie zmieni:

ludność gub. Warszawskiej	1,931,168 z 213-u chorymi na raka		
„ „ Warszawy	736,625 z 176-u	„	„
sama gub. Warszawska bez Warszawy	1,194,543 z 37-u	„	„

T a b l i

P o d z i a ł p o d ł u g

Miejscowość	Miasta i osady z ludnością									
	800000		400000		50—25000		25—10000		10—8000	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Warszawa	84	92								
Łódź			16	19						
Gub. Kaliska					2	2				
„ Kielecka					4	7				
„ Lubelska					11	12	3	3		
„ Łomżyńska						1				5
„ Piotrkowska					3	8	6	10		
„ Płocka						6	2	2		
„ Radomska					3	5	1	2		2
„ Siedlecka						1	1	1		
„ Suwalska									2	
„ Warszawska					2	1	2	3		1
R a z e m	84	92	16	19	25	43	15	21	2	8

a w obliczeniu na 100,000 mieszkańców wypadnie w gubernii 3,1 rakowych,
a w Warszawie aż 24.

Również zmieni się stosunek w gub. Piotrkowskiej:

ludność gub. Piotrkowskiej 1,404,031 z 86-u chorymi na raka

" Łodzi 314,780 z 35-u " "

sama gub. Piotrk. bez Łodzi 1,089,251 z 51 " "

co daje na 100,000 ludności w gubernii 4,7 rakowych, a w Łodzi 11,1.

całk.

miast i wsi

do włącznie c/a								Wsi		Razem		Ogółem
8000—5000		5000—2500		2500—2000		2000—1000		M.	K.	M.	K.	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.					
										84	92	
										16	19	35
	1	1	1					2	1	5	5	10
	1	4	4	1				2	1	11	13	24
	1	3	2					5	3	22	21	43
	1	2			1			4	1	6	9	15
1	2	1	1			1	2	11	5	23	28	51
1		2	2					6	5	11	15	26
	1					1	1	2	2	7	13	20
5	1							4	3	10	6	16
2	1	1						2	4	7	5	12
5	5	1		1		1		9	6	21	16	37
14	14	15	10	2	1	3	3	47	31	223	242	465

Tabli

Podział podług

Miejscowość	22-30		30-35		35-40		40-45		45-50		50-55		55-60		60-65	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
	Warszawa (24) ¹⁾	1		3	6	11	14	12	14	9	9	14	13	11	9	8
Łódź (30)		1	3	4	1	1		1		1	2	2	1	3	4	2
Gub. Kaliska							1	2		1					2	2
„ Kielecka			1	1		1	2	2		1	1	2	1	1	2	2
„ Lubelska			2		3			6	2	3	2	2	3	3	6	1
„ Łomżyńska						1		1	1	2	2	1			2	1
„ Piotrkowska (27) (22)	2	1			5	6	2	2	3	4	4	7	2	1	2	4
„ Płocka		2	1					2	1		2	4	1	1	2	2
„ Radomska				1			2	2		2		3	2	1		3
„ Siedlecka					1						2	2		1	3	1
„ Suwalska									1				1		2	2
„ Warszawska (23)	1	1					1		1	4	5	3	3	2	3	1
Razem	4	5	7	9	16	20	22	30	22	28	29	40	27	24	37	29
% mężczyzn	1,8		3,2		7,2		9,8		9,8		13,0		12,2		16,6	
% kobiet		2,0		3,7		8,3		12,8		11,6		16,5		9,9		11,7
% ogólny	1,9		3,4		7,7		11,3		10,8		16,0		11,0		14,2	

¹⁾ W nawiasach ścisły wiek chorych.

ca II.

wieku i płci

65--70		70--75		75--80		80--85		85--90		90--95		95--100		Niemo- żebny do zba- dania		Razem		Wogółe
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
9	10	7	6		5	1	2							1	1	84	92	176
4	4	1														16	19	35
		1		1												5	5	10
1	2	2			1	1										11	13	24
4	1		2		1		1		1							22	21	43
1	2												1			6	9	15
1	2	1	1	1									(100)			23	28	51
		2	1	1	3	1										11	15	26
3			1													7	13	20
1	2	1												2		10	6	16
1	1	3	1													7	5	12
3	1	3	1	1	2		1									21	16	37
28	25	21	13	4	12	3	4		1				1	3	1	223	242	465
12,5		9,5		1,8		1,3							1,3					
	10,3		5,4		4,9		1,7		0,4				0,4		0,4			
11,4		7,3		3,4		1,5		0,2				0,2		0,8				

[C. d. n.].

II. Przypadek kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym (ductus choledochus).

KILKA SŁÓW O ROZPOZNANIU, ZABIEGACH OPERACYJNYCH I POWIKŁANIACH ZE STRONY TRZUSTKI.

Podał

A. Gabszewicz.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 26].

Dawny asystent NAUNYN'a, prof. EHRET w r. 1903 w *Semaine médicale* i w roku bieżącym w *Munch. med. Woch.* wygłosił swoje zapatrywania na rozpoznawanie siedliska kamieni żółciowych; na zasadzie bardzo licznych spostrzeżeń, czynionych na klinice NAUNYN'a, dochodzi on do wniosku, że przy rozpoznaniu kamicy w ogóle, dla pewnej liczby kamieni usadowionych w przewodzie wspólnym można przeprowadzić ściśle rozpoznanie; rozpoznanie to opierać się ma na charakterze gorączki, na żółtaczce, na stopniu bólów i badaniu krwi. Warunkiem jednak umożliwiającym to rozpoznanie, musi być zabarwienie od czasu do czasu stolców barwikami żółciowymi.

Charakter gorączki polegać ma na tem, że u chorych, u których w ogóle rozpoznano kamieć żółciową, występują zazwyczaj nagle napady wysokiej gorączki, nieraz do 40°, gorączka ta trwa dzień do 3-ch dni; tłumaczy się to tem, że kamień wklinowany głęboko w przewodzie wspólnym, utrudnia odpływ żółci, a wskutek tego bakterye, które w tym razie łatwiej przenikają z dwunastnicy do przewodu i mikroby znajdujące się już w drogach żółciowych, z powodu utrudnionego odpływu żółci, nie mogą być splukane z prądem żółci do kiszki i wywołują zakażenie, *resp.* gorączkę.

Drugim objawem, jest przemijająca i często powracająca żółtaczka; zazwyczaj występuje ona wkrótce po podniesieniu się ciepłoty ciała i znajduje się wtedy w bezpośrednim związku z tą ostatnią, t. j. powstaje jako następstwo zapalenia naczyń żółciowych wskutek zakażenia. Doświadczenia liczne, dokonane przez EHRET'a, STOLZ'a, PRUSZYŃSKIEGO i innych, wykazały, że żółtaczka przy kamicy bardzo rzadko jest następstwem bezpośrednim zatkania przewodów żółciowych, a najczęściej występuje wskutek rozwijającego się zakaźnego zapalenia naczyń żółciowych; do takiego zakażenia jednak właśnie najczęściej usposabiają kamienie umiejscowione w przewodzie wspólnym żółciowym.

Kamieniom przewodu wspólnego w ogóle nie towarzyszą zbyt gwałtowne bóle; często chorzy w okresach wolnych czują się zupełnie dobrze, a nawet

w czasie napadów nie uskarżają się na zbyt mocne bóle samoistne; niekiedy doznają tylko tępego bólu w okolicy wątroby; podczas napadu jednak dotykanie i ugniatanie okolicy prawego podżebrza sprawia mniejszy, lub większy ból.

Badania krwi w celach rozpoznawczych przy kamicy po raz pierwszy były dokonane przez PICK'a; doświadczenia EHRET'a wykazały, że przy obecności kamieni w pęcherzyku liczba leukocytów stale jest zwiększona, nawet w chwilach wolnych od napadów; jeżeli zaś liczba leukocytów w okresach wolnych jest jednakowa, a podczas napadów znacznie się zwiększa, to podług EHRET'a, chociaż nie można na zasadzie tego jedyne go objawu twierdzić, że kamień znajduje się na pewno w przewodzie wspólnym, ale razem z innymi wyżej podanymi objawami, przemawia on na korzyść tego rozpoznania.

EHRET obserwował 17 przypadków kamieni znajdujących się w przewodzie wspólnym, w których na zasadzie powyższych objawów, t. j. charakteru gorączki, przemijającej żółtaczki, niewielkiego stopnia bólów i badania krwi dokonane było rozpoznanie, które podczas operacji w zupełności się sprawdziło; zastrzega się jednak EHRET, że mogą być kamienie w przewodzie wspólnym, nie charakteryzujące się powyższymi objawami; w tych przypadkach jednak, w których występują one wybitnie, tam na pewno przypuszczać można obecność kamienia w przewodzie wspólnym. Taka pewność rozpoznania może być nawet pomocną i podczas samej operacji, jak tego dowodzi przypadek STOLZ'a; znalazł on lekkie zrosty pomiędzy pęcherzykiem i jelitem i pęcherzyk skurczony, zawierający kamień; kamień wyjęto, zrosty usunięto; mając jednak na względzie pierwotne rozpoznanie, poszukiwania czyniono w dalszym ciągu i w części trzustkowej przewodu znaleziono kamień, który wydobyto z wielkim mozołem; przypadek opisany przeze mnie przedstawia duże podobieństwo do powyższego.

Przed niedawnym jeszcze czasem dużo sobie obiecywano z promieni RÖNTGEN'a w celach rozpoznawczych. NAUNYN jednak w roku zeszłym wypowiedział się, że ta metoda nie wiele korzyści przyniesie w tym kierunku; otrzymywał on nieraz przy rentgenizacji w okolicy pęcherzyka żółciowego cień i rzeczywiście podczas operacji znajdował wtedy kamienie, sądzi jednak NAUNYN, że cień ten pochodzi raczej od zastoinowej żółci, niż od kamieni, które, jak wykazały badania, lepiej przepuszczają promienie, niż sama żółć; cień wyraźny zależnym będzie od ilości wapnia w kamieniach, a ilość ta jest różna, gdyż waha się od 0,5% do 21%; podług NAUNYN'a tylko kamienie, zawierające większą ilość wapnia, mogą dawać wyraźny cień na kliszy.

U chorej operowanej przeze mnie wystąpiło znaczne wychudnienie jeszcze przed operacją, gdyż, jak wyżej zaznaczyłem, w ciągu 4-ch tygodni straciła ona 12 kilo wagi; tak znaczne wychudnienie występuje zaledwie przy zwężeniach znacznych przełyku lub odźwiernika lub przy złośliwym nowotworze, czego w naszym przypadku nie było; CHAUFFARD opisując w *Sem. méd.* z roku bieżącego 2 przez siebie spostrzegane przypadki rozpoznanego kamienia w przewodzie wspólnym, również zwraca uwagę na schudnięcie, występujące w przebiegu choroby; w jednym przypadku u 38-letniego mężczyzny, u którego

przez dłuższy czas występowały rzadko tylko napady przemijającej żółtaczki z gorączką i umiarkowanymi bólami, na kilka tygodni przed operacją zaczęło się uwidaczniać wychudnienie; podczas operacji QUENU usunął kamień z przewodu wspólnego i główkę trzustki znalazł twardą, sklerotyczną. W drugim przypadku, w którym operacji usunięcia 2-ch kamieni z przewodu wspólnego w części trzustkowej dokonał HARTMANN, chora w ciągu 1½ roku miała kilka napadów z powyższymi objawami; w ostatnim jednak miesiącu żółtaczka już nie ustępowała, a przyłączyło się swędzenie przykre i stolce blade; w ciągu kilku miesięcy straciła chora na wadze 36 kilogramów; i w tym przypadku trzustka była twarda; w obu przypadkach wątroba powiększona. CHAUFFARD kładzie nacisk na to wychudnienie i sądzi, że związane jest ono najniezawodniej ze zmianami zapalnymi, jakie powstają w trzustce. KLEBS już w r. 1876 zwrócił uwagę na częstość zmian chorobowych w trzustce, towarzyszące kamicy żółciowej; szczególnie często zmiany te miano spotykać przy kamieniach usadowionych w przewodzie żółciowym wspólnym; wkrótce potem HABERSHON ogłosił spostrzeżenia, rzucające światło na sprawę związku cierpień trzustki z kamcią żółciową, a w dalszym ciągu posypały się już liczne publikacje w tej sprawie, jak MADER'a w r. 1884, KÖRTE'go w tym że samym roku, KÖNIG'a w r. 1889; w tymże roku REGINALD FITZ ogłosił obszerną pracę o wpływie kamicy żółciowej na powstawanie ostrych spraw zapalnych w trzustce. QUENU i DUVAL pod koniec roku zeszłego w *Revue de Chirurgie* ogłosili obszerną pracę, w której zestawiając znaczną liczbę ogłoszonych przypadków i przez nich samych osobiście spostrzeganych, doszli do wniosku, że zapalenie trzustki szczególnie często towarzyszy kamieniom usadowionym w przewodzie żółciowym wspólnym, o wiele zaś rzadziej kamieniom samego pęcherzyka; przytem w pierwszym razie zazwyczaj występuje postać zapalenia sklerotyczna, w drugim zaś ropna.

Najczęściej bywa spostrzegana postać przewlekła zapalenia trzustki, która prawie zawsze umiejscawia się w główce tego narządu; występuje ona jako postać rozlana lub też pod postacią rozrzuconych guziczek; w jednym przypadku TERRIER podczas operacji znalazł w główce trzustki guzik twardej, wielkości orzecha laskowego.

Histologicznie postać sklerotyczna przedstawia się dwojako, albo jako 1) *cirrhosis interlobularis*, albo jako 2) *cirrhosis intralobularis*. Naturalnie, że zmiany zapalne w trzustce mogą powstawać i bez udziału kamieni żółciowych; objawy jednak kliniczne są często bardzo zbliżone do tych, jakie charakteryzują kamieć żółciową, co nie może nas dziwić w obec tego, że zmiany sklerotyczne w główce trzustki mogą wywoływać ucisk na przewód żółciowy wspólny i na przewód VIRSUNGIANA. To podobieństwo objawów było nieraz przyczyną tego, że przystępowano do operacji, sądząc, że się ma do czynienia z kamieniami żółciowymi, a podczas operacji przekonywano się, że istnieją tylko objawy stwardnienia główki lub ropień trzustki. ANSPERGER podaje 4 takie przypadki z kliniki CZERNY'ego; podobne spostrzeżenia ogłosili także EHLER, OWEN, MIKULICZ i KÖRTE.

Być może, że badania kału, czynione przy kamicy żółciowej, rzuciłyby nieco światła na to, w jakim stanie znajduje się trzustka. CHAUFFARD ogłosił w roku bieżącym w tej sprawie swe badania; doszedł on do wniosku, że rozbiór moczu nie daje tutaj żadnych wyników; rozbiór zaś kału podług metody GAULTIER'a wykazuje, że w przypadkach, w których wydzielanie się żółci do jelita jest upośledzone, wchłania się około 60% tłuszczu, a 40% odnajduje się w kale; przy czynności upośledzonej trzustki wchłania się 15%—30%, a 70%—85% odnajduje się w kale; tam, gdzie upośledzony jest przyływ żółci i soku trzustkowego do jelita, tam wchłania się tłuszczu zaledwie do 10%, a w kale odnajduje się 90%. Te same wyniki otrzymano i w przypadku TERRIER'a, który zakończył się śmiercią.

Tą upośledzoną zdolnością wchłaniania tłuszczu należy tłumaczyć te znaczne stopnie wychudnienia, jakie występują u chorych z kamieniem w przewodzie wspólnym żółciowym z jednoczesnem cierpieniem trzustki, jak to było w naszym przypadku.

Zmiany chorobowe trzustki, towarzyszące kamieniom, w znacznym więc stopniu mogą wpływać na ujemny wynik po operacji, jaką się przedsiębierze w celu usunięcia kamieni; sok trzustkowy, nie mogąc się dostatecznie wydzielać, może nawet niekiedy wywołać zatrucie śmiertelne, jak to wykazały liczne doświadczenia, czynione na zwierzętach przez GULEKE; na tegorocznym Zjeździe międzynarodowym w Lizbonie w kwietniu CHIARI z Pragi zwraca uwagę na związek, zachodzący pomiędzy zgorzelą tkanki tłuszczowej, a działaniem soku trzustkowego przy zmianach zapalnych trzustki.

Zdaje się, że w tym kierunku droga do badań stoi jeszcze otworem, a współdziałanie internistów może i tutaj nie mniejszą przynieść korzyść, jak i przy chorobach żołądka, nadających się do leczenia chirurgicznego.

L I T E R A T U R A .

- 1) LANGENBUCH. Deutsche Chirurgie. Zeszyt 45. Część 2.
- 2) KÖRTE. Deutsche Chir. Zeszyt 45 d.
- 3) KEHR. Handbuch der prakt. Chir. T. 3.
- 4) NAUNYN. Zur Naturgeschichte der Gallensteine. Mitteil. aus den Grenz. d. Med. u Chir. T. 14. Z. 5. 1905.
- 5) H. EHRET. Le diagnostic de siege des calculs biliaires. Sem. médicale. 1903. Nr. 1.
- 6) H. EHRET. Zur Diagnostik der Choledochussteine. München med. Woch. 1906. Nr. 3.
- 7) TERRIER. Revue de Chir. 1906. N. 2 (Soc. de Chir.).
- 8) QUENU. Revue de Chir. 1906. N. 4 (Soc. de Chir.).
- 9) OMBREDANNE. Le broiement des calculs du cholédoque. Revue de Chir. 1905. Nr. 11.
- 10) QUENU et DUVAL. Pancréatites et lithiase biliaire. Revue de Chir. 1905. N. 10.
- 11) A. CHAUFFARD. La lithiase du cholédoque. Sem. méd. 1906. N. 2.

- 12) TERRIER. *Revue de Chir.* 1906. N. 3 (Soc. de Chir.).
- 13) EHRET u. STOLZ. Ueber die Bedeutung von Fremdkörpern in den Gallenwegen. *Mitteil. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir.* 1901. T. 8. Z. 4—5.
- 14) EHRET u. STOLZ. Zur Lehre des entzündlichen Stauungsicterus. *Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir.* 1902. T. 10. Z. 1—2.
- 15) TUFFIER. *Revue de Chir.* 1895. N. 6 (Soc. de Chir. z 15-go maja).
- 16) GULEKE. Ueber die experimentelle Pancreasneurose (Ref. w *Centr. f. Chir.* N. 15. 1906).
- 17) Le paneréas et la nécrose du tissu adipeux. *Sem. méd.* 1906. N. 18 (15 Kongres międz. w Lizbonie).
- 18) W. MARTIG. *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege.* Basel. 1893.
- 19) KÖRTE. *Beiträge Z. Chir. der Gallenwege.* 1905. Berlin.
- 20) J. PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych. *Gazeta Lek.* 1903.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

179. Miecznikow. O zapobieganiu syfilisowi.

Do środków ochronnych przeciwko syfilisowi, od dawna przez publiczność stosowanych, należy obmywanie członka roztworem sublimatu. Ale środek ten, jak wykazał autor na małpach, nie przynosi żadnej korzyści: Miecznikow szczepił małpom syfilis i po godzinie wcierał w miejsca zarażone roztwór 1‰ sublimatu; a mimo to po 3-ch tygodniach na miejscach szczepienia utworzyły się typowe pierwotne stwardnienia. Przyczynę bezskuteczności w ten sposób stosowanej rtęci autor upatruje w tem, że sublimat nie potrafił przeniknąć we wszystkie szczeliny. Następnie autor przeprowadził szereg innych doświadczeń: szczepił małpom syfilis, a potem wcierał maści rtęciowe (szarą, kalomelową lub z białego tlenku rtęci); we wszystkich bez wyjątku 11-u przypadkach, gdzie maść stosowana była w godzinę do 11½ g. po zaszczepieniu, pierwotny objaw nie rozwinął się, gdy tymczasem u innych kontrolowanych zwierząt, którym nie wcierało maści, rozwinęły się typowe pierwotne objawy.

Należy zauważyć, że powtórne szczepienie syfilisu małpom, którym poraz pierwszy po zaszczepieniu wcierało ze skutkiem maść rtęciową, wywołało u nich typowe stwardnienie: z tego możemy wnosić, że wcieranie maści nie tylko zabija zarodek syfilisu miejscowo, ale i nie pozwala mu przeniknąć do ustroju. W celu przekonania się, czy wcieranie maści rtęciowej działa dodatnio i przy wrzodzie miękkim, SALMON w 2-ch przypadkach szczepił wydzielinę miękkiego szankra i po godzinie wcierał w to miejsce maść kalomelową; wynik otrzymał ujemny: po 2-ch dniach rozwinął się miękki szankier.

Na mocy powyższych badań MIECZNIKOW radzi po spółkowaniu w przypadkach podejrzanych wcierać w ciągu 5-u minut maść kalomelową, lub z białego tlenku rtęci. Jest to zabieg nie kłopotliwy i podług M. napewno skuteczny.

180. Blaschko. O wykryciu krętków białych w tkance syfilitycznej.

Oglądając preparaty pierwotnego objawu syfilitycznego, barwione sposobem LEWADIT'ego, BLASCHKO zauważył, że krętki białe rozmieszczone są w preparacie nierównomiernie: najwięcej ich znajduje się w ścianach naczyń i naokoło nich, bardzo niewiele w świetle naczyń, dalej znajdujemy sporo ich w tkance łącznej, gdzie leżą wzdłuż włókienek i w przestrzeniach chłonnych. Bezpośrednio pod owrzodzeniem i na jego powierzchni krętków nie znajdujemy, a w naskórku tylko niewiele. Powyższy obraz histologiczny autor objaśnia w następujący sposób: krętki dostają się do ustroju prawdopodobnie przez małą ranę, skupiają się naokoło i w ścianach naczyń; niezmierną liczbą krętków przedostaje się do samego światła, ale tam wkrótce ginie, w przeciwnym razie już przy obecności pierwotnego objawu mielibyśmy objawy ogólne, które następują prawdopodobnie wówczas, kiedy spora liczba krętków przedostanie się do układu krwionośnego z pierwotnego wrzodu i gruczołów. Dalej ogromną liczbę krętków znajdujących w tkance łącznej autor objaśnia tem, że tkanka ta przedstawia dobre warunki dla rozwoju krętków.

Brak krętków w samych komórkach i obecność ich w przestrzeniach chłonnych możemy objaśnić sobie tem, że podczas wędrówki krętki wybierają te miejsca, które przedstawiają najmniej oporu.

Nareszcie znajdujemy krętki w naskórku, co autor objaśnia dążeniem krętków do tlenu; fakt ten jest dobrodziejstwem dla ustroju, który w ten sposób pozbywa się ich; czy krętki te giną w naskórku, czy też wydalają się żywe—nie wiadomo; jeżeliby to drugie przypuszczenie się sprawdziło, wtedy lepiej nieowrzodziła byłyby również bardzo zaraźliwe.

(*Medizinische Klinik*. 1906. Nr. 13).

Springer.

181. Risso i Cipollina. Wyniki leczenia syfilisu surowicą.

Pierwsze próby leczenia syfilisu surowicą dokonane zostały w 1891—1892 r. przez FEULARD'a, TOMMASOLI'ego i KOLLMANN'a, którzy szczepili syfilitykom surowicę krwi normalnych zwierząt. Następnie PELLIZARI, przypuszczając, że surowica krwi syfilityków II-go i III-go okresu zawiera antytoksyny, zastrzykiwał tę surowicę chorym na syfilis. Dopiero MAZZA wprowadził racjonalne leczenie surowicą: mianowicie uodporniał zwierzęta, zastrzykiwał im surowicę syfilityków i surowicę tych zwierząt zastrzykiwał syfilitykom. W ślady jego poszli RICHETS, HERICOURTS, TRIBOULET, GILBERT, FOURNIER i wielu innych. Wszyscy oni stwierdzili, że surowica ta działa dodatnio na objawy syfilityczne, a niekiedy daje nawet dobre wyniki w tych przypadkach, w których leczenie swoiste zawiodło. Risso i CIPOLLINA zastosowali z dobrym wynikiem odpowiednio przyrządzoną surowicę w przypadkach II-go i III-go okresu syfilisu i w dwóch przypadkach parasyfilitycznych (*tabes dorsalis*).

Celem otrzymania surowicy zastrzykiwali pod skórę lub wewnątrz jamy otrzewnej zwierzętom [psom, osłom i kozom] krew syfilityków nieleczonych, znajdujących się w drugim okresie. Umyślnie w celach uodpornienia zastrzykiwali krew, nie zaś samą tylko surowicę, gdyż należy przypuścić, że zarodki syfilisu znajdują się nie tylko w surowicy, lecz i we krwi.

Doświadczenia te z surowicą uodpornionych zwierząt przekonały autorów, że przy dłuższem stosowaniu surowicy można otrzymać dobre wyniki: tak, w 3-ch przypadkach drugorzędowego syfilisu, klinicznie wyleczonych, gdzie chorzy i po zniknięciu objawów syfilitycznych leczyli się przez dłuższy czas surowicą, nawrotów nie zauważono, natomiast w 2-ch innych przypadkach drugorzędowego okresu syfilisu, niedostatecznie leczonych, nawrót nastąpił dość prędko. Należy zauważyć, że przy drugorzędnym syfilisie polepszenie może nieraz nastąpić już po kilku zastrzyknięciach, a niekiedy dopiero znacznie później.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki, otrzymane przez autorów w trzeciorzędnym syfilisie: otóż w kilku przypadkach, gdzie swoiste leczenie nie przyniosło żadnej korzyści, pod wpływem leczenia surowicą chory prędko powracał do zdrowia; tak np. w jednym przypadku *osteoperiostitidis* czaszki z martwicą kości znaleziono ogromne owrzodzenie, trwające już 3 lata z obfitą wydzieliną ropną. Energiczne leczenie ręką i miejscowe leczenie rany nie dało żadnych wyników; a po zastosowaniu leczenia surowicą wydzieliną szybko zmniejszyła się, duża powierzchnia owrzodzenia pokryła się z początku tkanką włóknikową, a następnie kostną. W innym znów przypadku z dużymi owrzodzeniami gumatycznymi nastąpiło zabliznienie po 26-u zastrzyknięciach.

Prócz swoistego działania surowica działa i znieczulająco, jak to było w 2-ch przypadkach parasyfilitycznych [wiad rdzenia kręgowego], w których po zastosowaniu surowicy bóle znacznie zmniejszyły się.

Nadto surowica działa dodatnio i na cały ustrój: apetyt wzmagają się i chory przybiera na wadze: w 1-ym przypadku z *dermatitis ulcerosa penis* chory przed stosowaniem surowicy był o tyle wycieńczonym, że można było myśleć o charłactwie rakowatym: po 2-ch miesiącach leczenia surowicą chory przybrał na wadze 8 kilo.

Niekiedy pod wpływem zastrzyknięcia surowicy powstają zaburzenia w postaci gorączki, pokrzywki, obrzęku sąsiednich gruczołów, ale zaburzenia te są przejściowe i nie pozostawiają po sobie żadnego śladu; z drugiej strony można uniknąć ich, zmniejszając dawkę surowicy lub zastrzykując ją co drugi dzień.

Co się tyczy ilości zastrzykiwanej naraz surowicy, to porównawcze badania przekonały autorów, że przy stosowaniu większych dawek leczenie trwa krócej i otrzymuje się wyniki lepsze, niż przy stosowaniu mniejszych dawek.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1906. Tom LXXIX).

Springer.

182. Marcus i Welander. Przyczynę do leczenia syfilisu z szczególnem uwzględnieniem zastrzykiwań wewnątrzżylnych sublimatu.

Lecznicze działanie rtęci w syfilisie należy objaśnić sobie tem, że rtęć wchłaniając się do krwi, dostaje się następnie do wszystkich tkanek ustroju, gdzie wywiera wpływ zabójczy na mikroby syfilisu i sprowadza zanik objawów syfilitycznych. I rzeczywiście, im rtęć łatwiej wchłania się do ustroju, tem prędzej znikają objawy syfilisu. W tym celu najlepiej zastrzykiwać rtęć do żył, wtedy bowiem czas potrzebny do wchłaniania się rtęci do ustroju sprowadza się do zera, gdyż rtęć w ten sposób stosowana dostaje się bezpośrednio do ustroju. Autorzy przeprowadzili badania w tym kierunku na znacznej liczbie chorych, zastrzykując im codziennie do jednej z żył podskórnych ramienia jeden ctm. sz. następującego roztworu: *Rp. Sublimati 1,0, Natrii chlorati 3,0, Aq. destill. 100,0*; liczba zastrzykiwań nie przewyższała 30. Wynik leczniczy był bardzo dobry: w jednym przypadku już po 8-u zastrzyknięciach znikła obfita wysypka, w innym znów owrzodzenie na podniebieniu zagoiło się po 12-u zastrzyknięciach i t. d. Żadnych poważnych ogólnych zaburzeń przy tego rodzaju stosowania rtęci nie zauważono: autorzy spostrzegali lekkie podrażnienie dziąseł i nieznaczne nerek. We krwi żadnych zmian nie znaleziono. Do ujemnych stron tej metody należą bóle miejscowe, które nieraz występują natychmiast po zastrzyknięciu, dalej nacieczenie i obrzęk nieraz całej górnej kończyny. Objawy te zależne są od wadliwego zastrzyknięcia, mianowicie kiedy zamiast do żył rtęć dostanie się zewnątrz żył lub do ściany. Do stron ujemnych tego sposobu należy także szybkie względne wydalanie się rtęci z ustroju.

Jednocześnie z powyższemi badaniami autorzy przeprowadzili doświadczenia z olejkiem mercuriowym, wprowadzonym w użycie przez MÖLLER'a i BLUMQUIST'a do zastrzykiwań wewnątrzmięśniowych i doszli do przekonania, że przetwór ten najlepiej nadaje się do tych zastrzykiwań, gdyż nie wywołuje żadnych lub prawie żadnych bólów, żadnego lub prawie żadnego nacieczenia. Rozumie się, iż rtęć znacznie powolniej dostaje się do ustroju niż przy zastrzykiwaniach wewnątrzżylnych; ale i znacznie powolniej zostaje wydalona.

Z powyższego wynika, że w tych razach, gdy istnieją groźne objawy, i chcemy, aby rtęć działała jak najprędzej, należy stosować zastrzyknięcia sublimatowe wewnątrz żył, jeżeli zaś nie zależy nam na czasie, powinniśmy zastrzykiwać olejek mercuriowy w mięśnie. W praktyce szpitalnej autorzy trzymają się następującego sposobu: po wstąpieniu do szpitala chorey otrzymuje woreczki rtęciowe i jednocześnie olejek mercuriowy co 5-y dzień; wszystkiego robią trzy zastrzyknięcia; w ten sposób z jednej strony [dzięki woreczkom rtęciowym] następuje szybkie wchłanianie się rtęci, z drugiej strony powolne wydalanie się jej z ustroju [dzięki zastrzyknięciom olejku mercuriowego].

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1906. Tom LXXIX).

Springer.

183. Hoffmann. Badania doświadczalne nad zaraźliwością krwi syfilityków.

Już w połowie zeszłego stulecia WALLER, anonimowy lekarz z Palatynatu, LINDWURM i BELLIZARI doświadczeniami na ludziach dowiedli zaraźliwości krwi syfilityków w świeżych okresach choroby: z 18-u przypadków szczepionych, w 7-u rozwinęły się typowe objawy miejscowe i następnie ogólne. Rozumie się, że nikt nie pozwoli sobie obecnie robić podobnych doświadczeń na ludziach. Autor przeprowadził swe badania na małpach. Celem otrzymania czystej krwi bez żadnej domieszki, autor obierał miejsca, wolne od wysypki syfilitycznej, zwykle brał okolice zgięcia łokciowego; odpowiedniem nacięciem obnażał żyłę średnią, w którą wkłubał igłę. Świeżo otrzymaną krew natychmiast wcierał w uprzednio zrobione nacięcia na brwiach i w brzegi powiek u małp. Z 4-ch przypadków w 2-ch po niejakiem czasie rozwinęły się typowe stwardnienia, w których znaleziono krętki blade. Doświadczenia więc autora potwierdziły dane, otrzymane już przed pół wiekiem, mianowicie, że w świeżych przypadkach krew syfilityków jest zaraźliwą, ale z drugiej strony te same doświadczenia wykazują nam, że krew syfilityków nie jest bardzo zaraźliwą, gdyż w przypadkach wspomnianych badaczy na 18 szczepień otrzymano 7 tylko dodatnich, a z 4-ch przypadków autora, tylko w 2-ch wynik był dodatni.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1906. Nr. 29).

Springer.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

37. Muiracytynę przeciw osłabieniu płciowemu pochodzenia nieorganicznego (*impotentia sexualis functionalis*) zachwalają wszyscy badacze, którzy posiłkowali się tym nowym środkiem. Jest to połączenie: *Ext. fluid. Muirae Puamae* [drzewo rosnące w Brazylii] z owolecytyną i zarobione na pigułki z *Pulv. Rad. Rhei*. Składnikiem działającym ma być ciało krystaliczne, podobne do alkaloidu, *muirapuama*, które według badań REBOURGEON'a i prof. GOLL'a z Zurychu ma działać wzmacniająco (*tonicum*) i pobudzająco na ośrodek płciowy w rdzeniu lędźwiowym (*aphrodisiacum*). Prof. NEVINNY, podając środek ten zwierzętom, przekonał się iż muiracytyna może być bez szkody i niebezpieczeństwa podawaną, iż działa wybitnie na narządy płciowe. Po podaniu królikom do 50-u pigulek, a psom do 70-u, zauważył tylko napeężnienie (*turgor*) jąder i zwiększenie wydzieliny nasienia; w moczu nie było białka, krwi, walczków, a na sekcji nie znaleziono żadnych zmian w nerkach, jądrach lub innych narządach. POPPER (*Berl. klin. Woch. 1906. Nr. 25*) powtórzył w klinice prof. SENATOR'a w Berlinie doświadczenia NEVINNY'ego i próbował tego środka u 6-u chorych dotkniętych *neurasthenia sexuali* i przekonał się, iż można go podawać bezkarnie i że w osłabieniu płciowem czynnościowem działa jako *aphrodisiacum*. Chorym dawał 3—6 u pigulek dziennie.

W. G.

33. Leczenie syfilisu wstrzykiwaniami oleju merkuriolowego.

GLÜCK leczył 495 chorych olejkiem merkuriolowym, wprowadzonym w użycie przez BLOMQUIST'a. Olejek merkuriolowy przedstawia się w postaci szarej półpłynnej masy i zawiera 90% czystej rtęci; składa się z mieszaniny merkuriołu, lanoliny i oleju migdałowego. Merkurioł, chemicznie amalgamat glinu i magnezyi, przedstawia się w postaci szarego proszku. Do zastrzykiwań autor używał przetwora, rozcieńczonego suchym olejkiem migdałowym, wprowadzonego przez MOELLER'a i zawierającego 45% oleju merkuriolowego. Chorzy otrzymywali zastrzykiwania co czwarty dzień w ilości 1½ podziałek strzykawki LANGSCH'a, t. j. 0,1 rtęci, przyczem objawy znikaly po 7-u — 10-u zastrzyknięciach, t. j. w ciągu 4-ch do 7-u tygodni.

Doświadczenia z olejkiem merkuriolowym i porównawcze badania z zastrzykiwaniami sublimatu doprowadziły autora do następujących wniosków:

1) Zastrzykiwania oleju merkuriolowego nie wywołują zwykle żadnych miejscowych objawów; tylko wyjątkowo chorzy uskarżają się na uczucie ciężkości w kończynie, trwające kilka godzin; również tylko w pojedynczych przypadkach na miejscu zastrzyknięcia powstają bezbolesne nacieczenia; tworzenia się ropni dotychczas nie spostrzegano.

2) Olejek merkuriolowy działa pewnie i energicznie na rozmaite objawy we wszystkich okresach syfilisu. Ale w tych przypadkach, gdzie z jakiegokolwiek powodów zależy nam na czasie, należy zastrzykiwać sublimat, gdyż olejek merkuriolowy powolniej wchłania się, a więc i później przejawia działanie.

3) Użycie oleju merkuriolowego zwykle nie pociąga za sobą żadnych poważnych powikłań, ale niekiedy zdarzają się zatępy płuc, jakoteż przejściowe podniesienie ciepłoty ciała. W wyjątkowych razach wywołuje nagle ciężkie zapalenie ust, które nieraz występuje dopiero po upływie kilku tygodni od skończenia kuracyi rtęciowej.

4. Nawroty, jakoteż powstawanie świeżych objawów syfilisu podczas samej kuracji zdaje się rzadziej zdarzają się przy stosowaniu olejku merkuriołowego niż sublimatu.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis. Tom LXXIX.*)

Springer.

39. A. Exner. Leczenie płaskich naczynek zapomocą radu.

Niewielkie naczyniaki jamiste dają się zwykle usunąć drogą chirurgiczną; wielkie zaś, pod postacią t. zw. znamion płomienistych probowano leczyć elektrolizą i światłem FINSÉN'a, lecz wyniki stosowania tych zabiegów nie były dotąd przekonujące.

EXNER proponuje sposób, polegający na oświetlaniu naczynek promieniami radu. Autor przypisuje wyniki leczenia stosowanej przez siebie technice, którą też pokrótce opiszemy. Przedewszystkiem należy określić wrażliwość skóry pacjenta na działanie promieni radu. Wrażliwość ta zależy od płci, wieku i koloru uwłosienia. Następnie, należy dążyć do jednostajnego oświetlenia całej powierzchni naczyniaka, i w tym celu wykreślamy dermografem kwadraty [około 1,5 cm.], które poddajemy kolejno działaniu radu; w celu uniknięcia pigmentacji na granicy kwadracików, względnie słabiej oświetlonej, staramy się, wykreślając za następnym razem nowe kwadraciki, o nowy podział powierzchni naczyniaka. Nakoniec, nigdy odczyn nie powinien przechodzić poza granice oparzenia drugiego stopnia.

O wynikach leczenia sądzić można dopiero po kilku miesiącach, gdyż przy rozległych naczyniakach trudno oświetlić jednostajnie wszystkie kwadraciki. Ponieważ jednak zabarwienie, wywołane działaniem promieni radu, znika pod wpływem światła słonecznego, należy po zabiegu wystawić skórę w ciągu jakich dwóch miesięcy na działanie słońca, i wtedy dopiero, w razie potrzeby, poddać naczyniak powtórnemu działaniu radu.

Opisywane przez E. SCHMIDT'a powstawanie blizn z rozszerzeniem lub nowotworzeniem naczyń objaśnić należy wyłącznie nieprawidłowem dawkowaniem promieni, gdyż SCHMIDT, działając w ciągu 20 minut do 1½ godziny, otrzymywał oparzenia trzeciego stopnia, które nie mogły goić się inaczej, jak tylko zapomocą blizny.

Nadmienić nakoniec musimy, że doświadczenie autora opiera się na dokładnie uleczonych przypadkach naczynek twarzy i szyi.

(*Wiener klinische Wochenschrift. 1906, Nr. 23.*)

H. Goldberg.

40. Nowargan, proteinat srebra, zawierający 10% Ag, jest to żółty proszek, łatwo rozpuszczalny w zimnej wodzie. Roztwór jego nie daje osadu ani z kwasami, ani z alkaliami, ani z ciałami białkowymi i ich produktami [krew, surowica, wydzielina błony śluzowej], wobec czego bez ujmy dla tkanek może działać na warstwy głębokie. Według SCHWAN'a (*Therapeutische Monatshefte. 1906*) nowargan znakomicie nadaje się do leczenia trypra: pod wpływem zastrzykiwań wyciek ropy i gonokoki prędko znikają. Roztwory należy przygotowywać świeże w ciemnej flaszce. SCHWAN rozpoczął od ¼% i dochodził do ½% roztworu.

Springer.

41. Phenyform nowy środek antyseptyczny, otrzymany przez chemika STEPHAN'a jako produkt polimeryzacji alkoholu oksybenzylowego. Przedstawia się jako proszek szaro białawy, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie, chloroformie i benzolu, łatwo rozpuszczalny w ługach alkalicznych, amoniaku, alkoholu i acetonie, a trudniej w eterze i occie. Badany w instytucie fizyologicznym Berlińskim przez dra SCHULTAN'a, okazał się zupełnie nietrującym.

W. G.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 20-go marca r. b.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 26].

Różniczkowe rozpoznanie między otosklerozą a przewlekłym nieżytem ucha średniego daje się ustalić na zasadzie badania słuchu zapomocą sposobów WEBER'a — RINNE'go, SCHWABACH'a GELLE'go i piszczałki GALTON'a. Rozpoznanie otosklerozy będzie ustalone przy istnieniu następujących danych: przy badaniu kamertonami będziemy mieli wobec znacznego przytępienia słuchu na mowę, posunięcie się ku górze dolnej granicy tonów, wydłużone przewodnictwo kostne i RINNE ujemny (*trias* BEZOLD'a), brak zmian chorobowych na błonie bębenkowej i w jamie bębenkowej, zupełną drożność trąbki EUSTACHIUSZA, przekrwienie błony śluzowej wzgórka, postępującą głuchotę w wieku między 20 — 40 r. życia i obarczenie dziedziczne. Prócz tego przedmuchiwanie sposobem POLITZER'a lub kateterem nie wpływa na poprawę słuchu w otosklerozie. Rokowanie jest w otosklerozie niepomyślne. Wszelkie sposoby i metody leczenia nie dały żadnych wyników i nie powinny być odtąd stosowane w przypadkach otosklerozy. Niektóre z nich, a szczególnie kateter, działają nawet szkodliwie. To samo stosuje się i do środków wewnątrznie stosowanych. SIEBELMANN do 10-u lat stosuje z dobrym wynikiem fosfor, który też G. zaleca obecnie otosklerotykom i obiecuje sobie od środka tego, wcześniej stosowanego, poprawę w przypadkach otosklerozy.

Zastanawiając się w końcu nad postulatami metody zapobiegawczej u chorych na otoskleroze, G. wyraża wątpliwość co do możliwości urzeczywistnienia postulatów KOERNER'a, t. j. zabronienia wstępowania w związki małżeńskie chorym na otoskleroze, natomiast sądzi, że zapobieganie powinno polegać na wczesnem rozpoznaniu otosklerozy u dzieci i stosowaniu u nich fosforu i wpływaniu na wybór zawodu.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne d. 27-go marca 1906.

MALINOWSKI FELIKS miał odczyt o rzadkiem cierpieniu, chorobie DARIER'a t. zw. „*Psorospermiosis follicularis vegetans*” z przedstawieniem odpowiedniej chorej i obrazów mikroskopowych, rzucanych zapomocą epidiaskopu na ekran.

W niniejszym odczycie w stosunku do istniejących dotychczas badań, następujące dane należy uważać za nowe:

1) Pod względem klinicznym: umiejscowienie wykwitów wzdłuż nerwów przeważnie skórnych, co rzuca nam światło na ciemną dotychczas etiologię tej sprawy; obserwowane tworzenie się i rozwój wykwitów: na obwodzie ogniska najczęściej zjawia się ledwie dostrzegalny czopek, podobny z wyglądu do tłuszczowych czopków, zatykającej gruczoły łojowe, i bardzo powoli się powiększa; naskórek naokoło czopka wznosi się, tworząc wałeczek, niczem nie różniący się od normalnej skóry, po pewnym czasie czopki przestają się rozszerzać i wałeczek naokoło nich zaczyna się stale zmniejszać, nakoniec czopek odpada, pozostawiając po sobie zlekka zaróżowioną i jakby troszeczkę ścięczałą skórę.

2) Pod względem anatomo-patologicznym następujące wyniki są godne uwagi: przy t. zw. chorobie DARIER'a mamy do czynienia z akantolizą, t. j. rozpadem komórek kolezastych, i z dyskeratozą, wiodącą do wytwarzania t. zw. ciał okrągłych (*corps ronds*). Nieprawidłowe i nadmierne rogowacenie prowadzi do gromadzenia się mas rogowych, które uciskają skórę właściwą, wywołują stan jej zapalny i zanik brodawek, kiedy na obwodzie wykwit brodawki się wydłużają, przez co utrzymuje się jakby wałeczek wokół czopków rogowych. Po ustaniu akantolizy i dyskeratozy, otrzymujemy na gładkiej *cutis* naskórek, różniący się od normalnego jedynie brakiem sopli nabłonkowych, czyli taki sam obraz, jak w bliznach skórnych.

Poprawę znaczną w danym przypadku spostrzegali autor przy stosowaniu β - naftolu 10% z szarem mydłem w maści.

B. R. GEPNER opisał sześć przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia, spostrzeganych u dzieci do 7-go roku życia. Poza gorączką mniej lub więcej silną [ciepłota do 39,3°] i bardzo szybkim tętnem, uderzało we wszystkich przypadkach silne opuchnięcie powiek, z powodu którego wezwano do tych chorych okulistę. W czterech stwierdzono nieznaczne skórne obrżenia [3 razy zdrapanie skóry twarzy, raz oparzenie stopy]. 3 przypadki zakończyły się śmiercią między 3-m a 7-m dniem wśród objawów *septico-pyaemiae*. W jednym z nich była stosowana surowica MARMORKA. Dwa ostatnie po jednorazowym wstrzyknięciu surowicy TAVEL'a skończyły się pomyślnie po 48 godzinach. Gałki oczne nie były zajęte, dno oczów bez zmian, z worka łącznikowego nie było wydzieliny z wyjątkiem jednego przypadku, przy którym znaleziono obfite *Diplobacillus Morax Azenfeld*. G. uważa to za przypadkową domieszkę. Przypadki te G. uważa za zakażenie paciorkowcowe; badania krwi nie wykonano. G. dodał opis przypadku, przebiegającego klinicznie, jako *conjunctivitis diphtheroides*, wywołanego zakażeniem paciorkowcowem, co stwierdzono badaniem drobnowidzowem. *Porta ineundi* — zdrapanie skóry na twarzy noworodka, wydobytego kleszczami. Śmierć na 15-y dzień przy objawach *septico-pyaemiae*. Opierając się na 2-ch ostatnio spostrzeganych chorych, G. gorąco poleca stosowanie surowicy TAVEL'a w podobnych przypadkach.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne dnia 3-go kwietnia 1906 r.

WACŁAW ŁAPIŃSKI przedstawił 18-dniowe dziecko płci męskiej z wrodzonym guzem w okolicy krzyżowo-ogonowej. Guz jest wielkości co najmniej dwóch pięści dorosłego człowieka i jest połączony z kością ogonową i dolną częścią kości krzyżowej zapomocą dość szerokiej szypuły. Budowa guza jest wielce różnorodna; obok części wypełnionych płynem mózgowo-rdzeniowym wyczuwają się części twarde, niemal kostne. Twór zaliczyć należy do rzędu potworniaków (*teratoma*).

CHELCHOWSKI KAZIMIERZ wygłosił rzecz p. t. „Epidemia włośnicy”. Praca ta drukowana była w „Gazecie Lek.” № 24, 25.

W dyskusyi SOKOŁOWSKI dodaje do wygłoszonego odczytu opis przypadku obserwowanego przez siebie. Jak wiadomo, przed 2-ma laty panowała w Krakowie jakoby influenza z obrzękiem powiek. S. widzi analogię w przebiegu tego cierpienia z przypadkami prelegenta i przynajmniej przypadek owej krakowskiej influency, spostrzegany tu w Warszawie, uważa za trichinozę.

Pewien kupiec z Warszawy pojechał do Krakowa, tam w hotelu jadł szynkę surową. Na drugi dzień zachorował, był silny obrzęk powiek, w 2-gim

tygodniu choroby przyjechał do Warszawy, gorączkował, miał objawy nerwowego rozdrażnienia, bezsenność, obrzęki kończyn wskutek zakrzepów żylnych, do tego dołączyły się zawały w płucach, niedomoga serca, duszność, gorączka w granicach 39°—38°. Cała sprawa ciągnęła się 2 miesiące. Potem stopniowo nastąpiło wyzdrowienie. Jak widać z przebiegu choroby, nie można tu dopatrzyć się typowych objawów grypy. Wzywany na poradę prof. SENATOR, który widział dużo przypadków trichinozy, uznał ten przypadek również za trichinozę. Do wyników badania mięsa na trichiny mówca nie przywiązuje zbyt wielkiego znaczenia zapobiegawczego. Zdaniem mówcy ważniejsze ma znaczenie sposób jedzenia mięsa. U nas jadają rzadko surowe mięso i dlatego przypadki trichinozy zdarzają się rzadziej, niż gdzieindziej. Niewątpliwie muszą być przypadki cięższe i lżejsze. W literaturze znajdują się wzmianki o tem, że w cięższych przypadkach trichinozy występują powikłania ze strony naczyń w postaci zakrzepów. Jeżeli trichiny wtargną od razu do krwi, wtedy brak objawów ze strony przewodu pokarmowego—a natomiast dominują objawy ogólne.

POLIKIER zaznacza, że przed 25-u laty miał możność przyjrzenia się z bliska epidemii trichinozy, wielce zbliżonej pod względem objawów do opisanej przez prelegenta. Pięciu studentów polaków w Dorpacie nazajutrz po spożyciu szynki, przysłanej jednemu z nich, ciężko zaniemogło; u jednego z nich, który zapijał szynkę znaczną ilością wódki i piwa, przebieg był łagodny i ograniczył się do silnych wymiotów; natomiast u pozostałych wystąpiły poważne objawy: znaczne obrzmienie powiek i kończyn, zwłaszcza dolnych (*oedema malleolorum*), silna i stała gorączka od 39° do 40°, oraz bóle w różnych częściach ciała, zwłaszcza w kończynach i okolicy przepony. Z polecenia prof. VOGEL'a sprowadzono z Płocka pozostałą szynkę, w której znaleziono trichiny. Choroba zakończyła się u wszystkich wyzdrowieniem.

ZIELIŃSKI EDWARD zaznacza, że robiąc sekcye w liczbie około 4 tysięcy, — dwa razy tylko przypadkowo znalazł trichiny i to oba razy nie u tutejszych mieszkańców. Jeden był Niemcem, drugi pochodził z Poznańskiego.

Na zapytanie RZĘTKOWSKIEGO w kwestyi terapii, CHEŁCHOWSKI odpowiada, że leczył chorych swych kalomelem.

GRZANKOWSKI wygłosił rzecz pod tyt. „Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy”. Praca ta drukowana była w „Gazecie Lek.” w № 19 i 20-ym.

LEŚNIOWSKI w dyskusyi zaznacza, że GRZANKOWSKI skłania się ku pochwowemu operowaniu macicy, dotkniętej rakiem, gdy, zdaniem jego, najbardziej wymaganiom ogólnochirurgicznemu odpowiada operowanie od strony brzucha. Pzytoczone przez G. dane statystyczne, wykazujące 20 — 25% śmiertelności przy operacyi brzusznej, opierają się na spostrzeżeniach dawnych; nowsze obserwacye podają śmiertelność znacznie mniejszą.

Zarzut, że nie podobna usunąć wszystkich gruczołów chłonnych, dotkniętych rakiem, nie jest zupełnie słuszny; spostrzeżenia, poparte badaniami postmiertnym zwłok operowanych, lecz zmarłych z choroby przypadkowej, wskazują, że udawało się usuwać zwyrodniałe gruczoły doszczętnie. Główna zaleta sposobów brzusznych operowania macicy rakowej polega nie na możności usuwania gruczołów chłonnych — te późno zabijają chore, lecz na możności jak najrychlejszego wycinania przymacicza które, jak to wykazały bardzo dokładne odnośne badania, są w 55 — 70% wszystkich przypadków naciezione rakowo w chwili operacyi, i które warunkują owe tak rychłe i tak częste zjawianie się nawrotów miejscowych. Najrozleglejsze nawet metody pochwowe nie mogą pozwolić na tak rozległe i doszczętne wycinanie przymacicz.

HORODYŃSKI wypowiada się w tym samym duchu, co kol. LEŚNIOWSKI.

KRYŃSKI oponuje przeciwko tendencyi doszczętnego operowania. Uważa, że operowanie powinno być przystosowane do każdego oddzielnego przypadku.

CZARKOWSKI przytacza opis operowanych przez siebie przypadków raka macicy, w których dokonywał doszczętej operacji. Mówca zabieg ten uważa za możliwy do wykonania i wskazany.

Ign. L.

Wiadomości bieżące.

— Sekcja chirurgiczna, istniejąca przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, wybrała „Gazetę Lekarską” na swój organ. Sprawozdania z posiedzeń tej Sekcji drukowaliśmy już w r. b. Dalszy ciąg protokularnych sprawozdań wydamy w całości, jako osobny dodatek, w № 30-ym.

— Do rady zarządzającej w świeżo zorganizowanej w Warszawie „Macierzy polskiej” wybrano 2-ch lekarzy: CHEŁCHOWSKIEGO KAZIMIERZA i NUSBAUMA HENRYKA.

— Towarzystwo Lekarskie Lwowskie na posiedzeniu nadzwyczajnym administracyjnym zatwierdziło wniosek zarządu, iż organem Towarzystwa jest „Lwowski Tygodnik Lekarski”.

— Docent prywatny chirurgii we Lwowie, dr ROMAN BARĄCZ mianowany został nadzwyczajnym tytularnym profesorem.

— Dziekanem wydziału lekarskiego w Krakowie wybrany został prof. KOSTANECKI.

— W Krakowie otrzymała dyplom lekarski HELENA DONHAISER-SIKORSKA, pierwsza kobieta, która całe studia lekarskie odbyła w uniwersytecie Jagiellońskim.

— Towarzystwo lekarzy galicyjskich w r. 1905 liczyło członków czynnych 459 na 1500 lekarzy w Galicyi. Towarzystwo to na stałe pensye dla wdów i sierot po lekarzach wydało w r. 1905 koron 7650, na zapomogi jednorazowe koron 6253, razem 12903. Czysty majątek Towarzystwa wynosi 561098 koron; do niego należy „Morszyn”; łoży też na wydawanie organu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, mianowicie „Przeglądu Lekarskiego”, który dostarcza członkom bezpłatnie.

— Z inicjatywy dra MIKOŁAJSKIEGO, niezmiernie czynnego redaktora czasopisma „Głos Lekarzy”, Izba lekarska wschodnio-galicyjska uchwaliła z d. 1-go października r. b. utworzenie bezpłatnego biura porady i obrony prawnej dla lekarzy, które będzie obejmowało działy: 1) informacyi prawnej w stosunkach lekarzy do publiczności, instytucyi pracodawczych [kasy chorych, gminy], władz autonomicznych i rządowych, 2) podatkowy, 3) sądowy [ściąganie honoraryów od dłużników, obrona lekarzy w sprawach cywilnych i karnych], 4) sanitarno-administracyjny [obrona przeciw bezprawnym zarządzeniom administracyjnym], 5) prasowy [obrona prawna przeciw niesłusznym zarzutom dziennikarskim].

— W półroczu zimowem 1905/6 na wszystkich uniwersytetach niemieckich uczęszczało na medycynę 6080 słuchaczy, z tych 895 cudzoziemców.

— W czerwcu otwarto w Anglii w Midhurst [Sussex] „King Edward VII Sanatorium” na 100 niezamożnych suchotników, z funduszu 200000 funtów sterlingów, ofiarowanego królowi angielskiemu na cele filantropijne przez SIR ERNESTA CASSELS’a.

— Babiński na zasadzie, iż główną cechą objawów histeryi jest pojawianie się ich pod wpływem autosugestyi i możność znikania ich przez perswazyę, radzi histeryę nazywać „*pathiatisme*“ od słów greckich: „*πειθώ*“ [perswazyja] i „*ιατός*“ [uleczalny], co mogłoby mieć tę dobrą stronę, iż nawet mianem przestano by wiązać z macicą tę chorobę, która przecież właściwa jest i mężczyznom i dzieciom, a której nazwy tak boją się niektóre chore i właśnie histeryczki, a to z powodu, iż publiczność zwykła czynić ją zależną od cierpienia narządów płciowych kobiety.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez dra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**.

1. Badania doświadczone z dziedziny trofiki mięśni [wpływ zmian cyrkulacyjnych i innerwacyjnych na mięśnie].
2. Bakteryologia krwawej biegunki.
3. Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy blednicy i niedokrwistości.
4. Badania nad swoistością *Spirochaete pallida* (*Schaudin-Hoffman*).
5. Zmiany w nadnerczu przy *arteriosclerosis*.
6. Patogeneza t. zw. *mycosis pharyngis*.
7. Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31-go marca 1907 r. Za najlepsze dwie prace napisane na wybrane tematy, z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone zostały dwie nagrody po rb. 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego, każda w 300-u egzemplarzach, które stanowią będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ul. Niecała № 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsca ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.