

# GAZETA LEKARSKA

**T R E Ś C.** Do Czytelników. Str. 1. I. Prof. E. BIERNACKI. W sprawie terapii padaczki Str. 2. II. ROBERT BERNHARD. Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry. Str. 7. *Dział sprawozdawczy.* 1. L. JACOB. O zakażeniu ogólnem przez *bacterium coli commune*. Str. 12.—2. P. KRAUSE. Westfalska epidemia porażenia rdzeniowego u dzieci. P. KRAUSE i E. MEINICKE. Etiologia ostrego epidemicznego porażenia rdzeniowego u dzieci. Str. 14.—3. HOCHHAUS. *Poliomyelitis acuta*. Str. 15.—4. KIRCHOFF. O wyrazie twarzy w chorobach wewnętrznych. Str. 16.—5. L. T. BARKER i F. M. HANES. Wytrzeszcz i inne objawy oczne w przewlekłym zapaleniu nerek. Str. 18. *Wiadomości drobne.* 1. PISSAVY i M. S. CHAUVET. O leczeniu zapalenia trykowego stawów surowicą przeciwmeningokokową FLEXNER'a. Str. 19. *Przegląd bibliograficzny.* Kalendarze lekarskie na rok 1910. Str. 19. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia dnia 7-go i 21-go września 1909 r. Str. 20 i 21. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

## DO CZYTELNIKÓW.

Obejmując z wyboru współwłaścicieli kierownictwo Gazety Lekarskiej, powstrzymujemy się na razie od nakreślenia szczegółowego planu, którego trzymać się będziemy w redagowaniu naszego pisma.

To jedno chcielibyśmy zaznaczyć, że będziemy usiłowali w głównych liniach iść śladami naszych poprzedników, którzy przez ćwierć przeszło wieku, mimo wielkich nieraz trudności, zdołali utrzymywać nasze pismo na poziomie współczesnej wiedzy lekarskiej.

Hasłem ich było służenie przede wszystkim oryginalnej myśli naukowej polskiej, możliwe rozszerzanie i pogłębianie zakresu jej wysiłków.

W dzisiejszych ciężkich warunkach naszego bytu narodowego hasło powyższe wydaje nam się tem więcej żywotnem. Im większe i liczniejsze przeszkody piętrzą się na drodze rozwoju nauki naszej, tem żywsze winny być nasze usiłowania, żeby utrzymać się na stanowisku narodu, posiadającego poważne samoistne życie naukowe, żeby nie spaść do roli widzów tylko i przeżuwaczy obcych prac i pomysłów.

Z radością dostrzegamy, że bierność umysłowa, która zapanowała u nas w paru latach ostatnich, stopniowo już się rozprasza i że po krótkotrwałym okresie reakcyi poczyna się znów bardziej wyteżona praca w skromnych naszych oddziałach i pracowniach szpitalnych.

Mimo braku wszechnicy polskiej w Warszawie, mimo ubytku paru wybitnych indywidualności ze szczupłego grona naszych pracowników naukowych, wierzymy w ciągłość postępu nauki naszej i w tej dzielnicy.

Świadectwo żywotności naszej w tym względzie widzimy przedewszystkiem w poważnych treściach ostatnich Zjazdach lekarskich polskich. Widzimy je poniekąd również w zróżniczkowaniu czasopiśmiennictwa polskiego, które, dopóki nie polega na powstawaniu nowych specjalnych pism polskich, uważamy za wyraz dodatni pogłębienia naszego dorobku naukowego.

Z pewnych braków naszego pisma w stosunku do potrzeb chwili zdajemy sobie dobrze sprawę. Widząc w Gazecie ważną w warunkach naszych placówkę społeczną, w miarę sił naszych i zasobów, a wspólnie z innymi jej współwłaścicielami, dążyć będziemy do doskonalenia jej, w myśl ostatnich życzeń niezapomnianej pamięci prof. HENRYKA HOYERA, wypowiedzianych na tem miejscu cztery lata temu: „ażeby spółka Gazety Lekarskiej wytrwała nadal w jedności i pracy dla rozwoju nauki ojczyznej“.

Ażeby praca nasza była owocną, potrzebujemy poparcia tych wszystkich, którym losy naszego pisma i wogóle piśmiennictwa lekarskiego polskiego leżą na sercu, a więc tak ze strony autorów, których prosimy o zaszczytowanie nas nadal swoim współpracownictwem, jak i ze strony czytelników, których wszystkie słuszne uwagi, dotyczące się treści i formy naszego pisma, przyjmujemy z wdzięcznością i postaramy się je uwzględniać w miarę możliwości.

A. Puławski.

W. Starlkiewicz.

---

## I. W SPRAWIE TERAPII PADACZKI.

Podał

Prof. E. Biernacki.

---

28-go maja 1906 roku zwróciła się do mnie w Karlsbadzie pani M. N., lat 31, żona dzierżawcy z Królestwa, która wraz z mężem przybyła na leczenie z powodu objawów wrzodu żołądka.

Choroba — z szeregiem zupełnie wyraźnych objawów [przedewszystkiem bole po jedzeniu] — datowała przy zmiennem natężeniu, poprawach i pogorszeniach, od trzech lat; wreszcie na parę miesięcy przed przyjazdem do Karlsbadu wystąpiły kilkakrotnie obfite wymioty krwawe, które ostatecznie wyniszczyły chorą. Zostałem istotnie chorą bladą, bardzo osłabioną — choć to już było „lepiej“, umożliwiające długą podróż, — skarżącą się na bole niemal po każdym jedzeniu, także różne bole w członkach. Nogi były lekko obrzmiałe, choć serce zmian [szmerów] nie przedstawiało, a mocz okazał się wolnym od białka i cukru. Przy badaniu brzucha stwierdziłem ograniczoną silną bolesność na ucisk na kilka centymetrów poniżej wyrostka micykowanego. Chora zamężna od lat sześciu, dzieci nie miała, peryody obfite, często przyspieszone.

Ale oprócz tego pani N. zwróciła mi uwagę, że od dzieciństwa cierpi na padaczkę, której napady — według opowiadania zupełnie klasyczne — przy-

chodzą o różnych porach dnia i nocy, mniej więcej co 6 tygodni, albo i częściej. Z powodu tego cierpienia chora od wielu lat przyjmuje brom niemal stale, ponieważ, jak się przekonała, bez bromu napady przychodzą częściej i cięższe.

Zaordynowałem leczenie zwykle w tego rodzaju przypadkach — a więc źródła karlsbadzkie, z początku „łżejsze“, później „mocniejsze“ w umiarkowanych ilościach, trzy razy tygodniowo kąpiel mineralną i trzy razy tygodniowo — gorący okład borowinowy na brzuch przez godzinę, dyetę z mięsem białym lub rybą, mało ruchu, wzgl. spokój przedewszystkiem po przyjęciu posiłku, opaskę na brzuch. Chora już w Karlsbadzie zaczęła się stopniowo poprawiać, nabierać sił, odczuwać coraz mniej bólów po jedzeniu, i t. d. i po pobycie czterotygodniowym w stanie zwykłej poprawy, przy znacznem zmniejszeniu obrzęków na nogach, opuściła Karlsbad. Przez ten czas chora spadła z 70-u do 67.8 kilogramów na wadze, w pierwszym tygodniu odbyła peryod, [przerwa leczenia z wyjątkiem wody], a po dwu tygodniach śród dnia napad epileptyczny. Brom radziłem na czas leczenia w Karlsbadzie odstawić niemal zupełnie.

Po roku [29. V. 1907] ujrzałem panią N. po raz wtóry. Znaczna miejscowa i ogólna poprawa; objawy żołądkowe ustąpiły prawie zupełnie, dokuczały tylko chorej lekkie zaparcia i od czasu do czasu bole w dole brzucha. Ale co najciekawsze — co zarówno chora, jak jej mąż przedewszystkiem podnosili — nastąpiła znaczna poprawa co do padaczki — pierwsza w tym stopniu w całym życiu chorej. Przez cały rok było ledwie kilka lekkich napadów, mimo, iż używano bromu daleko rzadziej i mniej, niż przez całe lata poprzednio. Okoliczność ta najbardziej może zachęciła panią N. do powtórnego przyjazdu do Karlsbadu. Za drugim razem chora przebyła trzy tygodnie, przerabiając leczenie podobne, jak w roku poprzednim. Przebieg kuracyi — poza „reakcją“ ogólną w drugim tygodniu, wymagającą odstawienia źródeł do 1½ doby — nic osobliwego nie przedstawił i chora w stanie zadowalającym Karlsbad opuściła. Od tego czasu jej nie widziałem.

Przypadek powyższy dobrze mi utkwiał w pamięci, chociaż, naturalnie, z wielu względów — już choćby z tego, że przejawy padaczki znane mi były tylko „anamnestycznie“ — musiał budzić różne zapytania i wątpliwości. Ważną okolicznością, bądź co bądź, pozostawał fakt, iż poprawa co do napadów epileptycznych nastąpiła zupełnie nieoczekiwanie, niespodziewanie: pani N. przyjechała do Karlsbadu leczyć się na żołądek, uważając swą chorobę nerwową raczej za ewentualną przeszkodę do należytego przeprowadzenia leczenia karlsbadzkiego; właśnie z tego powodu chora uprzedziła mię o obecności epilepsji u siebie. Trudno więc było myśleć o „sugestyi“ leczenia karlsbadzkiego, co do którego potęgi tylu przyjezdnych chorych ma jak najwyższe przekonanie, jako o zasadniczym czynniku terapeutycznym względem padaczki w danym przypadku.

W każdym razie przypadek spostrzegany nie mógł rościć sobie większego znaczenia dowodowego, póki pozostawał pojedynczym. Ale oto w parę lat po nim trafił mi się drugi, zupełnie analogiczny — przypadek ten bardziej cenny, pochodził z rodziny lekarskiej — czyli przypadek z elemen-

tem obiektywizmu lekarskiego, którego brakowało w obserwacji pierwszej. I w tym przypadku poprawa padaczki po leczeniu karlsbadzkim wystąpiła jako zjawisko uboczne, zgoła nieoczekiwane, zarówno przez otoczenie chorej, jak przeze mnie.

Kolega S. z jednego z miast powiatowych w Królestwie, bawiący w Karlsbadzie pod moją opieką z powodu objawów wrzodu żołądka, przyprowadził mi w końcu lipca 1908 r. swą 31-letnią żonę, by i ona wobec różnych objawów chorobnych przerobiła „przy okazji“ jaką kurację w Karlsbadzie. Chodziło tutaj na pierwszym planie o „anemię“, z powodu której pani S. przed kilku laty była dwa razy w Krynicy bez wyraźnej korzyści. Istotnie, chora, osoba drobna, szczupła, wprost o „*habitus infantilis*“ [waga ledwie 47,75 kilogram., wyglądała blado, skarżąc się przytem na osłabienie, brak łaknienia; ale w gruncie rzeczy był to przypadek owej pseudoanemii, którą tylokrotnie podnosiłem w przeciwstawieniu do prawdziwej niedokrwistości, pseudoanemii, przy której mimo błądy [raczej mizerny] wygląd niema rozwodnienia krwi, ani zmniejszenia liczby ciałek czerwonych, nawet nieraz jej zwiększenie, niema szmerów w sercu i t. d. Badając panią S., stwierdziłem natomiast—przy braku zmian wyraźnych w narządach wewnętrznych [nieobecności szmerów anemicznych]—wybitną bolesność przymostkową, jaką na tem miejscu opisałem dla skazy moczanowej <sup>1)</sup>, w moczu brak białka i cukru, ale wysoki ciężar gatunkowy [1026] i nader liczne szczawiany w osadzie. Stwierdziłem, innemi słowy, to samo, co stwierdzam niezmiernie często w stopniu wybitnym w przypadkach mojej pseudoanemii: objawy zaburzenia przeróbki materji, względnie objawy skazy moczanowej. Dodać należy, że przy wymienionych objawach przedmiotowych, pani S. od kilku lat skarżyła się na przejściowe boliki w rękach i w nogach.

Wywiady chorej przedstawiały się, jak następuje: [podaję je według własnoręcznej notatki, jaką kol. S. zechciał mi napisać co do choroby swojej żony]: „Chora pochodzi z rodziny nerwowo obarczonej i od dzieciństwa cierpi na niezmiernie częste i silne bole migrenowe głowy. Zameżna od lat 10-u, bezdzietna, miesiączkowanie prawidłowe co 22—24 dni. Przed 8-u laty, t. j. w 23-im roku życia dostała podczas silnego napadu migreny drgawek epileptycznych i od tego czasu migrena powracała jak dawniej, a oprócz tego co 2—2½ miesiące przychodziły najformalniejsze napady epileptyczne z całym kompleksem swoistych dla padaczki objawów. Zwykle w przeddzień napadu chora bywa niespokojna, bardzo ruchliwa, napady rozpoczynają się podczas snu około 5-ej—6-ej z rana i w ciągu następnej doby powtarzają się co 2—3 godziny, a nawet potem przez cały tydzień zjawiają się słabe napady drgawek, zwykle bez utraty przytomności. Po napadach chora czuje się bardzo przygnębiona, występuje wybitne osłabienie pamięci. Chora stale jest osłabiona, cierpi na uporczywe

<sup>1)</sup> W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej. Gaz. Lek. 1909, Nr. 1.

zaparcie, tak, że co dzień trzeba stosować irygator lub środki przeczyszczające. Z powodu padaczki stale jest prowadzona kuracja bromowa“.

Chorej zastosowałem leczenie, jakie zwykle w przypadkach pseudoanemii, przede wszystkim z wyraźnymi objawami artrytycznymi, stosuję—a więc kąpiele borowinowe i kwasowęglowe, małe dawki „łżejszych“ źródeł karlsbadzkich [200—300 ctm. sz. dziennie], a jednocześnie—raczej ze zwyczaju, niż z osobistego przekonania i doświadczenia—nieco wody żelazistej (*Franzensbader Franzensquelle*) także 200—300 ctm. sz. dziennie. Chora kurację znosiła zupełnie dobrze, a po roku, t. j. w ubiegłym sezonie [4. VII. 1909] znowu przybyła do Karlsbadu wraz z mężem, który wynik leczenia zeszlorocznego przedstawił mi w następujących słowach:

„Po zeszlorocznej kuracji nastąpiła wybitna poprawa w wielu względach. Przede wszystkim uregulowało się trawienie i poprawił się apetyt, wygląd ogólny i siły wyraźnie lepsze. Napady migreny zaczęły przychodzić coraz rzadziej—było ich ledwie parę w ciągu roku, przytem natężenie migreny zmniejszyło się do tego stopnia, że chora, podczas napadów chodzi i jest czynna [przedtem ścinały ją zupełnie z nóg] i 0,3 pyramidonu uspokaja ból głowy. Również bardzo osłabły napady epileptyczne, przychodząc zaledwie co 3—4 miesiące; przytem napady występowały tylko pojedynczo, a nie całymi seryami, jak poprzednio, a czasem zamiast klasycznego napadu przychodziły tylko lekkie drgawki bez utraty przytomności. Wogóle wszelkie objawy nerwowe bardzo osłabły“.

Dodam, że zarówno kol, S., jak jego żona, podobnie jak to było w przypadku pierwszym, przede wszystkim cenili sobie i podnosili niespodziewaną poprawę co do padaczki. Chorą znalazłem bez porównania żwawszą, „z okiem jaśniejszem“, niż przed pierwszą kuracją karlsbadzką, kiedy pani S. czyniła na mnie wrażenie—jak to często bywa z epileptykami—osoby stępanej, półsennej, na którą mało oddziałują wrażenia świata zewnętrznego. Za drugim pobytom chora przerobiła podobny *régime*, jak poprzednio, wyłączyłem tylko wodę francensbadzką.

Śród licznych setek chorych, jacy znajdowali się pod moją obserwacją w Karlsbadzie przez ubiegłe 6 lat, miałem w rękach tylko dwa opisane przypadki padaczki—przynajmniej, mimo możliwie wyczerpujące zbieranie wiadomości, nie wiem o innych. Ale i te przypadki dostały mi się właśnie trafem: przy terażniejszych pojęciach bowiem, kiedy obecność chorób nerwowych—może właśnie najpierw padaczki—uważana jest za przeciwwskazanie do leczenia w Karlsbadzie, połączenie z padaczką nawet takich zaburzeń, jak kamica żółciowa, nerkowa, *diabetes* i t. p., nie łatwo skłoni lekarza do zaordynowania Karlsbadu i zawsze chętniej będą tutaj stosowane źródła „mniej energiczne“.

Tymczasem spostrzeżenia opisane zachęcają mocno do odmiennych zapatrywań, względnie zachęcają nie tylko do nieobawiania się leczenia karlsbadzkiego w przypadkach, wymagających takiego leczenia, a powikłanych padaczką, ale nawet wprost do próbowania Karlsbadu w samej padaczce.

Podkreślę jeszcze raz, że w obu moich przypadkach dopiero leczenie karlsbadzkie dało istotną poprawę. Chodzi, naturalnie o pytanie—czy próbować go przy wszelkiej padaczce. Jak przypomnieli choćby referaty i dyskusye na Zjeździe neuropatologów w Warszawie, trudno uważać padaczkę za zupełnie jednolite pojęcie patologiczne, wzgl. trudno co najmniej mniemać, by mechanizm powstawania napadów epileptycznych był zawsze identyczny—choćby np. w *epilepsia tardiva* u starszych ludzi ze zmianami naczyniowymi w przeciwstawieniu do epilepsji idyopatycznej wieku młodego u osobników obciążonych dziedzicznie i t. p.

A więc—nie przesądzając naprzód częstości i trwałości wyniku pomyślnego od leczenia karlsbadzkiego, na początek próbowałbym tego leczenia w przypadkach zbliżonych do moich, t. j. w przypadkach łączności klinicznej migreny z padaczką [znany związek], przy epilepsji w połączeniu z wybitnymi objawami nienormalnej przeróbki [objawami „artrycznymi“]—obfitymi szczawianami w moczu, objawami żółdkowymi i t. p.

Zwróć jeszcze uwagę, że wpływ pomyślny Karlsbadu w przypadkach przedstawionych bynajmniej nie stanowi zjawiska zupełnie odrębnego, izolowanego, ale—przeciwnie—łączy się on doskonale z najnowszymi dążeniami w terapii padaczki, kiedy coraz głośniej podnosi się potrzebę leczenia dietycznego [dieta jarska, mleczna, małosolna]—wogóle potrzebę czynników, działających w pierwszym rzędzie na przemianę materii, a nie tylko „bezpośrednio“ na układ nerwowy [jak to ma być z bromem]. Przypuszczam, że sporo tych nakazów zrodziło się bardziej drogą dedukcyjną—w myśl i w duchu teorii, iż padaczka „idyopatyczna“, jak wogóle choroby nerwowe „czynnościowe“, jest w istocie swej zaburzeniem przemiany materii, działaniem produktów przemiany nieprawidłowej na korę mózgową, samozatruciem ustroju; z drugiej strony nie można odmówić nowym kierunkom w pewnych przypadkach uzasadnienia empirycznego—stwierdzenia przez doświadczenie lekarskie złagodzenia częstości i trwania napadów padaczki przy dyecie jarskiej czy małosolnej i t. p.

Niektórzy, chętnie upatrujący jeszcze dotychczas istotę padaczki w „samozatruciu z kanału pokarmowego“, podkreślają konieczność „utrzymywania w porządku“ kanału pokarmowego, względnie—ewentualny wpływ pomyślny zabiegów dietycznych w padaczce sprowadzają właśnie na ich oddziaływanie na narząd trawienia. W drugim mym przypadku wraz z poprawą padaczki po Karlsbadzie zjawiała się i wybitna poprawa czynności jelit; jednakże w przypadku pierwszym właśnie po Karlsbadzie chorej dokuczały zaparcia, a mimo to napady epileptyczne znacznie osłabły. Nie byłbym też bynajmniej zdania, iż poprawa w moich przypadkach ustąpiła wskutek pożytecznego wpływu Karlsbadu na narząd pokarmowy, choć w obu przypadkach zaburzenia w tym narządzie istniały; zresztą wogóle nie należy mniemać, jak mniema jeszcze niejeden lekarz, iż istota działania Karlsbadu polega na działaniu na narząd trawienia. Leczenie tego rodzaju jest przedewszystkiem działaniem na przemianę materii.

## II. Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry.

Podał

**Robert Bernhardt,**

ordynator szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

W ciągu ostatnich trzech lat miałem w leczeniu—jako rentgenoterapeuta—163 przypadki choroby zwanej rakiem. Z tej liczby 59 należało do kategorii przypadków nieuleczalnych (*casus incurabiles et inoperabiles*), w 28-u rentgenoterapia miała wesprzeć mniej lub więcej ciężkie zabiegi operacyjne, zaś 76 przypadków zaliczyć wypada do właściwej dziedziny rentgenoterapii.

Względnie znaczna liczba [59] przypadków pierwszej kategorii zależy w moich spostrzeżeniach od tego, że w roku bieżącym wcielono do mego oddziału 12 łóżek liczącą salę kobiet, dotkniętych nieuleczalną postacią raka. Jednakże i w praktyce prywatnej częstokroć zachodzi potrzeba leczniczego naświetlania tego rodzaju nieszczęśliwych chorych—morfomanów w dodatku, szukających jeżeli nie wyleczenia, to przynajmniej ulgi w swych cierpieniach. W rzeczy samej, racjonalnie i umiejętnie prowadzona rentgenoterapia niemal zawsze daje w tych razach to, co dać może i czego się po niej spodziewamy. Nadzieje zaś nasze opierają się tutaj głównie na działaniu objawowym.

Przy leczniczym naświetlaniu nieoperacyjnych, nieuleczalnych postaci raka odróżnić należy 2 grupy zjawisk: działanie miejscowe—w kierunku zmniejszenia się guza i dodatni wpływ na ogólny stan chorego, ujawniający się pośrednio, głównie wskutek kojącego, bój uśmierzającego działania promieni X.

Grupy te znajdują się do pewnego stopnia w związku przyczynowym, gdyż znikanie nerwobólów pochodzenia uciskowego najwidoczniej zależy od zmniejszenia się nowotworu. Należy więc w każdym przypadku dążyć do możliwie wysokiej skali efektu leczniczego i energicznie naświetlać guz. Wprawdzie twory rakowe należą do tkanek względnie mało wrażliwych na promienie X [wrażliwość jest 2 razy mniejsza niż np. skóry], jednakże w wielu przypadkach można klinicznie stwierdzić niewątpliwe zmniejszenie, skurczenie się guza. Spostrzegamy to zwłaszcza przy głębokich rakach skóry, przy rakach gruczołu przyusznego, tarczowego, krtani, sutki, gruczołu krokowego, przy przerzutach rakowych w gruczołach chłonnych. Niektóre przypadki trudno poddają się bezpośredniej ocenie klinicznej, np. raki macicy z przerzutami miejscowymi w tkance łącznej okołomaciczej. W tych jednak razach o stopniu zmniejszenia się nowotworu sądzić można na zasadzie ustępowania objawów uciskowych na sąsiednie narządy, np. na pęcherz moczowy.

Równoległe ze zmniejszaniem się guza ustępują też i bole i stopniowo poczynają znikać objawy ucisku na otaczające narządy. Zaznaczyć jednak

należy, że kojące działanie promieni ROENTGEN'a ujawnia się o wiele wcześniej, aniżeli stwierdzić się da choćby najnieznaczniejsze zmniejszenie się guza. Dobrotliwy ten wpływ występuje częstokroć już w kilka godzin po pierwszym naświetlaniu, dotyczy to jednak przeważnie bólów ogólnego charakteru, ściśle związanych z miejscem schorzałem. Co się zaś tyczy bólów w dalszych narządach, bólów typu neuralgicznego, zależnych od ucisku, który nowotwór wywiera na pnie i gałązki nerwowe, to zaznaczyć trzeba, że tego rodzaju objawy bolowe ustępują dopiero później, stopniowo i równolegle ze zmniejszaniem się guza. W taki sposób znikają zupełnie lub częściowo nerwobole głowy i twarzy przy naświetlaniu raka szyi i gruczołu przyuszynego, znikają bóle międzyżebrowe przy raku sutki, znikają neuralgiczne bóle w dolnych kończynach przy raku macicy, bóle w pracy i żołądki przy raku gruczołu krokowego i t. d. W tych razach zazwyczaj spostrzegamy jednoczesne ustępowanie i innych objawów uciskowych, np. duszności przy raku krtani i gruczołu tarczowego, obrzęki górnych kończyn przy raku sutki z przerzutami w gruczołach chłonnych pachowych, bolesne parcie na mocz przy raku macicy lub pęcherza. Nawiasem jeszcze dodam, że w 2-u leczonych przeze mnie przypadkach raka żołądka z uporczywymi wymiotami wymioty ustały zaraz następnego dnia po pierwszym naświetlaniu i nie powtarzały się w ciągu długich miesięcy.

Wraz z ustąpieniem bólów ogólny stan chorych zazwyczaj ulega znacznej poprawie. Zjawia się lepszy sen, wzmagają się łaknienie, anemia się zmniejsza. Wygląd chorych zmienia się na korzyść, przybywa na wadze, a dalsze stosowanie morfiny staje się częstokroć zbytecznym. Na tę poprawę jeszcze wpływa—w razie obecności owrzodzeń rakowych—zmniejszenie się wydzielin i częściowe, a niekiedy nawet kompletne [choć niestety chwilowe] pokrycie owrzodzeń naskórkiem.

Taki stan podtrzymywać można—stosownie do ciężkości przypadku—przez krótszy lub dłuższy czas, niekiedy przez długie tygodnie i miesiące, kombinując świetlne leczenie z energicznym arsenikowo-chinowem. Naturalnie, bóle po pewnym czasie powracają, co wszak wynika z samego przebiegu sprawy chorobnej. Jednakże przez umiejętne naświetlanie nieraz się udaje usuwać je wielokrotnie, a przynajmniej znowu łagodzić w bardzo znacznym stopniu. Następuje wreszcie chwila, gdy wszystko zawodzi i chory umiera przy objawach charłactwa lub na skutek przerzutów w narządach wewnętrznych.

Z powyższego wynika pod względem technicznym, że przy naświetlaniu leczniczym należy postępować niezmiernie umiejętnie, ściśle stosując się do warunków topograficznych danej miejscowości i indywidualizując każdy przypadek. Przedewszystkiem jednak unikać wypadu podrażnienia skóry. To bowiem jest przeszkodą w leczeniu i nie pozwala na dalsze naświetlania w terminach najkorzystniejszych dla chorego. Dlatego też nie radzę jednorazowo i w danym miejscu przekraczać tak zw. dawki normalnej [epilacyjnej = 1 S. N. = 5 H = 10 X = 0—I Bordier] z wyjątkiem postaci owrzodziałych. Naświetlam rurkami 5—6 W poprzez filtr z glinu, stosując jego grubość [1, 2, 3 mm.] do głębokości położenia ogniska chorobnego i mierząc dawkę pod fil-



trém zapomocą chromometru BORDIER'a. Obliczanie ilości promieni X, które zatrzymują, wchłaniają różne warstwy guza, uskutecznia się podług wzorów KIENBÖCK'a lub BORDIER'a. Koniecznie należy dbać o to, ażeby naświetlać guz z wszystkich lub kilku stron. Dla nowotworów płaskich jest to jednak niemożliwe. Te należy naświetlać albo metodą wieloogniskowego ustawienia (*multiloculaere Stellung*), albo—co lepiej—podzielić powierzchnię na kilka mniejszych uczastków i na każdy zaaplikować normalną dawkę. Głębokie rakowate twory policzków można jednak naświetlać z 2-u stron: od zewnątrz po przez skórę i od wewnątrz przez jamę ustną. Guzy mniej więcej okrągłatego kształtu [na kończynach] są dostępne z wielu stron. Guzy półkuliste [sutka] najlepiej będzie podzielić na kilka odcinków i naświetlać podług metody t. zw. ognia krzyżowego (*feu croisé*). Do nowotworów pęcherza i gruczołu krokowego można się dostać z 3-ch stron: przez powłoki brzuszne, krocze i odbyt. Tak niewdzięczne w leczeniu raki macicy naświetlam poprzez powłoki brzuszne, przez pochwę i, gdzie można, jeszcze przez odbyt.

Dodam, że w celu uczulenia tkanki rakowej na promienie X częstokroć podaję wewnątrznie na  $\frac{3}{4}$  godziny przed naświetlaniem jeden proszek *Chinini hydrochlor.* 0,35—0,50 lub też zastrzykuję pod skórę 0,10 *Chinini dihydrobromici* na kwadrans przed seansem.

Stosując w moich spostrzeżeniach wyżej przytoczoną technikę, niemal zawsze osiągałem mniejszą lub większą poprawę, niekiedy nawet względnie długotrwałą. Najefektowniejsze było, jak zwykle, działanie końące promieni ROENTGEN'a. Tylko w przypadkach raka języka działanie to zazwyczaj zawodziło albo też było przemijające.

Z przytoczonej liczby 59-u spostrzeżeń w 2-u tylko udało mi się wywalczyć pożądany wynik kliniczny. Przypadki te dotyczą mężczyzny i kobiety z bardzo rozległym i głębokim nabłoniakiem skóry twarzy, zakwalifikowane jako nieoperacyjne i nieuleczalne. Po ścięciu brzegów tych owrzodzeń rakowych, wyłyżeczkowaniu dna i energicznem naświetlaniu nastąpiło zupełne zabliznienie. Jednakże nie umiem powiedzieć, czy rezultat okazał się trwałym, gdyż do tej pory nie widziałem tych pacjentów i nie miałem też żadnych o nich wiadomości. Trzeci, zupełnie analogiczny przypadek [K.] znajduje się dotychczas w kuracji i jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

Te ostatnie 3 przypadki stoją właściwie na rubieży drugiej grupy, obejmującej spostrzeżenia, w których stosowałem rentgenoterapię w okresie pooperacyjnym. Zebrałem i zestawilem 28 takich przypadków, z nich jednak tylko 11 podlega bliższej ocenie. W 5-u bowiem leczenie było bardzo niedostateczne i o dalszych losach tych chorych nie posiadam żadnych wiadomości. 12 dalszych spostrzeżeń należy do tej grupy tylko oficjalnie, jedynie dlatego, że naświetlania były wykonywane w okresie pooperacyjnym. Pozatem zaś były to przypadki operowane wielokrotnie—2, 3 nawet 5 razy, gdzie pomimo licznych zabiegów chirurgicznych nawroty ciągle się powtarzały. Do leczenia rentgenoterapeutycznego skierowywano tych chorych dopiero wtedy, gdy nożem już więcej nic nie dało się zrobić. Były to więc przypadki nieoperacyjne i nieuleczalne, które powinny raczej były wejść do pierwszej mojej

grupy. W danych bowiem warunkach nie mogło być mowy o jakimkolwiek współdziałaniu chirurga i rentgenoterapeuty. Bo jak dziś przy fulguracji ściśle odróżniamy 2 momenty w postępowaniu leczniczym: moment chirurgiczny i moment elektryczny, przyczem drugi zazwyczaj bezpośrednio następuje po pierwszym, tak też i przy rentgenoterapii naświetlania lecznicze powinny być wykonywane w możliwie krótkim czasie po zabiegu operacyjnym. I jest rzeczą oceny każdego poszczególnego przypadku, czy zaszyć ranę operacyjną i naświetlać po przez opatrunek, nie czekając nawet zdjęcia szwów, czy też naświetlać świeżą bliznę, czy też, jak to ujawnić się winno podczas operacji, nie zaszywać rany, lecz zablizniać ją *per secundam*, jednocześnie aplikując energiczne dawki promieni X. Operacja bowiem ma w tych razach przekształcić głęboki twór rakowy w bardziej powierzchowny i uprzystępnić działanie nań promieni ROENTGEN'a. Tylko w takich okolicznościach liczyć można, mojem zdaniem, na *maximum* zapobiegawczego działania promieni ROENTGEN'a. Jeżeli zaś naświetlać w 3 do 6-u miesięcy po operacji, ewentualnie wtedy, gdy już wystąpiły nawroty, wtedy warunki znacznie się zmieniają na niekorzyść chorego. Rentgenoterapia staje tutaj w rzędzie paliatywów, jak w przypadkach nieuleczalnych. I tak też oceniałem sytuację w wyż. wzmiankowanych 12 spostrzeżeniach, gdyż było oczywistą rzeczą, że ci chorzy zostali skierowani do rentgenoterapii li tylko dlatego, *ut aliquid fiat*, by nie mieli wrażenia, że nie ma dla nich ratunku, że zostali zupełnie zaniechani przez lekarzy. „Jeżeli panu światło nie pomoże, to nic więcej już nie pomoże”—wszak zwykło się mówić w takich razach.

Illustracją tego rodzaju przypadków może służyć choćby następujące spostrzeżenie:

G. W., 48 lat. Rak zuchwy. Operowany 3-krotnie. Wkrótce po ostatniej operacji przystąpiłem do naświetlań, mając do czynienia z poprzecznowalnym owrzodzeniem 6:3—4 ctm., o brzegach wzniesionych, bardzo twardych, guzowatych. Bole. Przypadek oceniłem jako beznadziejny. Leczenie miało na celu zabliznienie owrzodzenia i zniesienie bólów. Owrzodzenie rozgranaczyłem na 2 połowy i naświetlałem każdą oddzielnie, aplikując po 7 H. [5-go i 7-go V. 1909].—9. VI. Owrzodzenie zablizniło się, brzegi nieco niższe. Bole znikły niemal zupełnie.

5. IX. Widoczne pogorszenie. Zaniechałem dalszych naświetlań.

Co się teraz tyczy pozostałych 11-u przypadków, w których skombinowane leczenie chirurgiczno-rentgenowskie przeprowadzone zostało podług prawideł sztuki, to spostrzeżenia te w krótkim streszczeniu przedstawiają się jak następuje:

1. Rak macicy i pochwy—u 25-letniej kobiety. Owrzodzenie wielkości rubla srebrnego mieści się na tylnej ścianie pochwy i po przez sklepienie przechodzi na szyjkę maciczną. Badanie drobnowidzowe potwierdza kliniczne rozpoznanie.

*Exstirpatio uteri per vaginam. Resectio partialis vaginae.* Zabliznienie przez rychłozrost.

Natychmiast po wytworzeniu się blizny przystąpiłem do naświetlań w IX. 1906 r. Naświetlałem *per vaginam* i przez powłoki brzuszne ukośnie z 2-u stron, aplikując na każde miejsce po 5 H. Chora wyjechała pozornie zdrowa i pomimo napomnień nie stawiała się do dalszych naświetlań.

W III. 1907 wystąpiły objawy nerwobolu kulszowego po stronie lewej. Przy badaniu wyczuwało się stwardnienie wielkości śliwki w tkance łącznej małej miednicy, poniżej linii bezimiennej. Powtórne naświetlania w marcu i kwietniu wywarły tylko względnie krótkotrwały kojący wpływ, wobec czego zaniechałem dalszych zabiegów światłoleczniczych.

W maju chorej zastrzykiwano surowicę przeciwrakową [DOYEN'a?], lecz bez widocznego skutku. W końcu tegoż miesiąca chora nagle zmarła wskutek przerzutu, przy objawach mózgowych.

2. Kobieta 42 lat, MM. Rak macicy z umiejscowieniem głównie na szyjce. *Exstirpatio per vaginam*.

Rentgenoterapię rozpocząłem w X. 1908. Naświetlano po 5 H. pod filtrem *per vaginam, per anum et abdomin.* 4 serye. Jak dotychczas—11 miesięcy od początku leczenia—chorą pod względem klinicznym można uważać za zdrową.

3. 36-letnia L. Około pół roku po operacji. Rak sutki lewej. Nawrót w bliźnie.

W bliźnie i jej brzegach 4 guzki wielkości od bobu do orzecha laskowego.

Od 22. I. do 28. III. 1907 r. zaaplikowano około 12 H. na bliźnię i guzki. Wytworzyło się brudno-brunatne zabarwienie skóry.

19. IV. 1907. Dwa mniejsze guzki wessały się zupełnie, dwa większe zmniejszyły się o  $\frac{3}{4}$  i zmiękły. Prócz tego naświetlałem powiększone gruczolypachowe lewe [filtr 10 H], nadobojczykowe lewe [10 H] i prawe [7—8 H]. Pachowe zmniejszyły się o  $\frac{3}{4}$ , nadobojczykowe o połowę.

4. S. K., 50 lat. Rak sutki lewej. Po operacji nawrót w bliźnie.

Operowana dwa razy. Pierwsza operacja w marcu 1905. Recydywa. Druga operacja—w pierwszych dniach października 1907 r. (*exstirpatio tumoris et glandularum subaxill. sin.*). 20. III. 1908 r. stan następujący:

Blizna w okolicy byłego gruczolu sutkowego lewego jest czerwona, nacieczona, twarda, o powierzchni nierównej. U brzegów blizny widać drobne twory guzowate. Blizna pod pachą lewą jest blada i miękka. Silne bole. Ruchy w lewym barku są utrudnione i bolesne.

Naświetlanie blizny w okolicy lewej piersi. 20. III. 1908 r. dano 5 H.—

13. IV. Blizna bledsza, bardziej miękka i równiejsza. Bole znikły. Ruchy swobodniejsze. 13. IV. i 4. V. zaaplikowano po 2 H $\frac{1}{2}$ . 26. VI. 5 H. 20. VII. notowałem: blizna blada miękka gładka; guzowatości nie wyczuwa się. Bólów niema. Ruchy zupełnie swobodne. 14. XI. Przy jednym ze szwów wyczuwa się w głębi blizny nacieczenie wielkości grochu. 5 H li tylko na podejrzany infiltrat. 3. XII. Nacieczenie zmniejszyło się i zmiękło. 15. XII. — 5. H.—11. I. 1909. Nacieczenie znikło zupełnie. 15. I. 1909, 8. II. i 26. V. dano po 2 H $\frac{1}{2}$  na całą bliźnię.

Naświetlanie pod pachą. 20. III. 1908—5 H.—13. IV, i 4. V. dano po 2 H<sup>1/2</sup>. 26. VI. i 26. IX. również zaaplikowano po 2 H<sup>1/2</sup>. Gruczołów niewyczuwa się. Blizna biała miękka. Chora jest zupełnie bez objawów od stycznia roku bieżącego [1909].

Przez cały czas trwania rentgenoterapii stosowano [z przerwami] energiczne leczenie arsenikowe [wstrzykiwania] <sup>1)</sup>.

5. 46-letnia B. Rak piersi lewej. Guz wielkości małej cytryny. Wycięcie guza. Szew. Rychłozrost.

Naświetlania blizny rozpocząłem w tydzień po zdjęciu szwów, w lutym 1908 r. Ogółem dałem 4 serye naświetlań po 4—5 H., w 4—6-tygodniowych odstępach. Leczenie zakończono w sierpniu 1908 r. Chora jest bez objawów klinicznych po dziś dzień. [19 miesięcy od operacji].

[D. c. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 1. L. Jacob. O zakażeniu ogólnym przez bacterium coli commune.

O ile zapalne i ropne sprawy umiejscowione, spowodowane przez lasecznik okrężnicowy, stanowią zjawisko dość pospolite na przestrzeni przewodu kiszkiowego, dróg moczowych i żółciowych, oraz narządów płciowych kobiety, o tyle zakażenie ogólne, wywołane przez ten zarazek, należy dotąd do rzadkości. Z pośród kilkudziesięciu takich przypadków, zebranych w piśmiennictwie przez LENHARTZ'a, CANON'a i innych, odliczyć jeszcze należy te, w których badanie krwi wykonano tylko na trupie, gdyż, jak to dziś wiadomo, *bac. coli* po śmierci przedostaje się z łatwością z kiszki do układu krwionośnego.

W 13-u przypadkach autora w 3-ch wrotach zakażenia stanowił przewód kiszkiowy, w 3-ch—drogi żółciowe, w 3-ch—moczowe, w 3-ch—narządy płciowe kobiece, w 1-ym nie zostały klinicznie stwierdzone.

1) Zakażenie, pochodzące z kiszki, częściej spotyka się u niemowląt; u dorosłych stanowi wielką rzadkość, zwłaszcza w zestawieniu z częstością odnośnych spraw ropnych umiejscowionych (*appendicitis, peritonitis*). Sposób najścia lasecznika okrężnicowego bywa przytem dwojaki: albo dostaje się do krwi wprost z kiszki w przebiegu przewlekłych lub ostrych cierpień kiszkiowych (*enteritis, tbc.*), i daje wtedy obraz kliniczny, zbliżony do obrazu zatrucia mięsnego lub paratyfusu; lub też z ogniska zlokalizowanego (*appendicitis*) następuje zakażenie żył sąsiednich, szerzące się w górę do żyły wrotnej (*pylophlebitis*), skąd z łatwością przechodzi do krwioobiegu ogólnego. Z pośród 7-iu

<sup>1)</sup> Już po napisaniu tej pracy doszły mnie następujące szczegóły dalszego przebiegu. We wrześniu r. b. prof. M. KUZNIKOW, stale obserwujący chorą, wykrył w głębi blizny na piersi 2 bolesne twarde guzki wielkości bobu. Wycięcie guzków 16. IX. Szew. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało, że utworzenie się guzków zależało od obfitego nasycenia tkanki solami wapiennymi. Pierwiastków rakowych w tkance wyciętej nie wykryto.

opisanych dotąd przypadków pierwszej kategorii 4 zakończyły się śmiercią. Bakterie we krwi stwierdzono już w pierwszych dniach po zakażeniu. Liczba białych ciałek krwi niezawsze była zwiększona. W nielicznych przypadkach drugiego rzędu (z *pylephlebitis*) zasługiwał zwłaszcza na uwagę brak objawów miejscowych cierpienia kiszkiowego [napięcia ścian brzusznych, nacieczenia, bolesności okolicy biodrowej prawej]. Natomiast bolesność i obrzmienie wątroby oraz żółtaczką zwracały rozpoznanie raczej w stronę pierwotnego zakażenia dróg żółciowych. Początek zakażenia cechował się pospolicie dreszczem wstrząsającym, ciepłota miewała najczęściej charakter ropnicowej, liczba leukocytów bywała stale zwiększona. Zejście, przy znaczniejszym obszarze zakrzepu, zawsze śmiertelne. Opisano zresztą przypadek zakażenia ogólnego przez lasecznik okrężnicy z ropnia dookoła kiszki ślepej dobrze otorbionego— bez pośrednictwa zakrzepu żył.

2) Zakażenia dróg żółciowych przez *bact. coli com.* opisywali pierwsi autorzy francuscy. *Colihaemia* jednak towarzyszy mu rzadko. W 3-ch przypadkach autora napady kamicy żółciowej poprzedzały na długo wybuch zakażenia ogólnego. Objawy ogólne i miejscowe były ciężkie. Żółtaczką, zresztą różnorodnego natężenia, stale. Niekiedy tylko wywiady pozwalały odróżnić cierpienie od zapalenia wyrostka robaczkowego.

3) Przypadków zakażenia ogólnego z dróg moczowych opisano dotąd zaledwie 10. Obraz kliniczny bywa niejednakowy zależnie od tego, czy wrota zakażenia stanowił obwodowy, czy ośrodkowy kierunek dróg moczowych. W wypadku pierwszym częstsze są kombinacje zakażenia *coli* z ziarnikami ropotwórczymi [zwłaszcza gronkowcami]. Odróżniać należy postać ciężką, z przerzutami ropnymi w różnych narządach, i lżejszą, w której ustrój szybko opamnowuje i pozbywa się zakażenia. Ta ostatnia postać najczęściej miewa źródło w ostrym zapaleniu miedniczek. Dreszcze wstrząsające w obrazie klinicznym stanowią prawidło. Objawy lokalne [bole, obrzmienie nerki, zmiany w moczu] są żywe. Ostry napad rzadko kończy się śmiercią. *Colihaemia* w przebiegu *colipyelitis* jest rzadkością [1 na 66 przypadków]. Jeszcze rzadziej zakażenie ogólne pochodzi z pęcherza [ogółem 2 przypadki]. Zakażenie lasecznikiem okrężnicy w kombinacji z gronkowcami lub paciorkowcami bywa wreszcie przyczyną t. zw. gorączki cewkowej (*Urethralfeber*), powstającej najczęściej w następstwie cewnikowania, przy którym zarazki wiskają się niejako bezpośrednio do krwi przez uszkodzoną błonę śluzową. Zakażenia te ustrój przemaga zwykle szybko.

Biorąc pod uwagę łatwość przedostania się lasecznika okrężnicy do krwiobiegu z pochwy, oraz wielką częstość podczas miesiączki, ciąży i połogu odnośnych zapaleń pęcherza i miedniczek nerkowych, rzadkość zakażenia tym lasecznikiem w *sepsis puerperalis* jest zadziwiająca. W jednym z przypadków autora *colisepsis puerperalis* [stwierdzona badaniem krwi i śluzu z szyjki macicznej] spowodowała ropne zapalenie gruczołu tarczowego (*strumitis*). W innym zakażenie ogólne powstało drogą zakrzepu w żyłę nasiennej, który rozszerzył się stąd na ż. główną. We wszystkich 3-ch przypadkach stwierdzono jednocześnie zakażenie swoiste dróg moczowych (*pyelitis*). Zestawiając ogólnie cechy kliniczne opisanych dotąd przypadków *colihaemiae*, otrzymujemy obraz następujący: Z pomiędzy 50-u przypadków w 11-tu wrota zakażenia stanowił przewód kiszkiowy, w 15-tu drogi żółciowe, w 13-tu drogi moczowe, w 9-iu narządy płciowe kobiece i w 2-u nie zostały wykryte. W 60% przypadków notowano dreszcze wstrząsające. Ciepłota najczęściej miała typ ropnicowej, z wielkimi wahaniami. Zdarzały się jednak przypadki ciężkie [zapewne silnie toksyczne], z ciepłotą zaledwie podgorączkową. Spadek ciepłoty w zdrowieniu odbywał się przeważnie powolnie, *per lysin*. Liczba leukocytów w przypadkach, poczynających się od *pyelitis*, bywała tylko nieznacznie zwiększona, dochlo-

działa do wyższych cyfr w przypadkach z ropieniem, najwyższych zaś — w *pylo-phlebitis*, zależnej od zapalenia wyrostka robaczkowego. W jednym przypadku *colienteritidis*, mimo stwierdzonego zakażenia krwi, leukocytozy nie stwierdzono. Stopień leukocytozy, według dotychczasowych spostrzeżeń, znaczenia prognostycznego nie posiada. Uderza bądź co bądź leukocytoza, zauważona w *colisepsis*, w zestawieniu z leukopenią, notowaną w zakażeniach lasecznikiem pokrewnej grupy tyfusowej. Wysypki skórne widywano tylko wyjątkowo. LENHARTZ w 1-ym przypadku spostrzegał pęcherze z zawartością ropną (*pustulae*) na skórze brzucha. Ropnie przerzutowe spotykano bądź co bądź rzadziej, niż w zakażeniach pospolitych, bo tylko w 22,5% przypadków. Do wyjątkowych w tym względzie należy przypadek MEYER'a w którym zanotowano, jako objaw septyczny, zapalny stan okostnej licznych kości paliczkowych rąk. Śmiertelność, według dotychczasowej statystyki, uwzględniając tylko przypadki *colihaemiae*, stwierdzonej za życia, wynosi 40,5% [w zestawieniu z 88,2%, jakie daje zakażenie gronkowcowe, 83% — zakażenie paciorkowcowe i 51,7% — pneumokokowe].

Wreszcie uwagi bakteriologiczne. Krew do posiewu najlepiej brać z żyły na szczycie gorączki, po dreszczu wstrząsającym, gdyż bakterye w krwi przez czas tylko krótki zachowują swoją żywotność. Pożądane są większe ilości krwi do posiewu, około 20 ctm. sz. i w tych bowiem warunkach wyrastają przeważnie nieliczne kolonie lasecznika. Za najlepszą pożywkę uważa autor agar, rozlany na płytkach, z dodatkiem 5% *Natri glycocholicci*. Zazwyczaj dodatnio [w 16-tu na 18 przypadków] wypada również badanie bakteriologiczne moczu.

(*Deutsches Archiv f. klin. Mediz.* t. 97, z. 3 i 4, str. 303—347). W. St.

## 2. P. Krause [Bonn]. Westfalska epidemia porażenia rdzeniowego u dzieci.

P. Krause i E. Meinicke [Hagen]. Etiologia ostrego epidemicznego porażenia rdzeniowego u dzieci.

Sporadyczne przypadki porażenia rdzeniowego u dzieci (*paralysis spinalis infantum*) zdarzają się corocznie w różnych krajach. Ale bywają i epidemie tej choroby. W Norwegii w ciągu lat 3-ch [1903, 4 i 5 r.] zachorowało 1053 dzieci, z których 145 zmarło [13,8%]. W Szwecji zdarzyła się taka epidemia w r. 1899 koło Sztokholmu [54 przyp.], dalej w r. 1905 [przeszło 1000 przyp. w całej Szwecyi] i w r. 1906 [50 przyp.]. W r. 1907 spotykamy epidemię porażenia rdzeniowego w Nowym Jorku [przeszło 800 przyp.]. W tymże roku zanotowano znaczną liczbę tego cierpienia w Wiedniu i Hradcu.

Od czerwca do tego czasu panuje w Hagen i jego okolicy epidemia wyżej wspomnianej choroby. Do 5-go b. m. zanotowano 436 przypadków, z których 66 zmarło. Zbadano dokładnie przeszło 100 przypadków [9 sekeyjnych]. W 90% przypadków choroba zaczynała się od zaburzeń w przewodzie pokarmowym, mianowicie od silnej biegunki, rzadziej od zaparcia stołca. Wymioty zdarzały się rzadko. W 3-ch przyp. z początku była *angina*, w 2-u zapalenie płuc. Gorączkę notowano we wszystkich przypadkach [prócz jednego], przytem obfite poty. Płyn mózgowo-rdzeniowy wydobywał się zwykle pod wysokim ciśnieniem [140], był przezroczysty, zasadowy, zawierał małą liczbę limfocytów. We krwi znajdowano nieznaczne zwiększenie limfocytów, w trzech przypadkach — hipoleukocytozę. W wielu razach zanotowano, że cała rodzina jednocześnie z dziećmi miała biegunkę. Chorzy po większej części mieli bole przy ucisku na kręgosłup, na potylicę i na kończyny dolne.

Objawy porażenia zjawiały się zwykle w ciągu kilku dni, a w każdym razie w ciągu 1—3 tygodni od początku choroby. Porażeniu ulegały najpierw mięśnie szyi [głowa opadała w tył lub na barki], następnie dopiero występowało porażenie tych grup mięśniowych, które zostawały porażone na czas dłuższy lub na zawsze. Co do częstości, porażenia te zdarzały się w takim porządku: noga, ręka, obie nogi i jedna ręka, pęcherz.

Na początku porażenia i przez pierwsze godziny po niem zjawiała się wysoka gorączka, często niedowład pęcherza i kiszek. Gorączka znika bardzo prędko [czasem w parę godzin], dzieci się silnie pocą, przytomności nie tracą wcale. Otoczenie dopiero po pewnym czasie orientuje się, że dziecko ma porażoną którąś z kończyn. Zdarza się i tak [choć rzadko], że wogóle porażenia znaleźć nie można.

Porażenie zawsze było wiotkie (*schlaffe*), odruchy ścięgnowe zniesione, skórne zachowane, czucie skórne tylko w jednym przypadku było zniesione.

Ze zmian pośmiertnych K. podkreśla wybitne zmiany na całej przestrzeni kiszek, znalezione we wszystkich przypadkach; zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, mianowicie blaszek PEYRE'a i grudek chłonnych (*Follikel*), zwłaszcza też w okolicy zastawki okrężnicy; gruczoły krezkowe były mocno obrzmiałe, śledziona znacznie powiększona. Histologiczne zmiany w rdzeniu będą ogłoszone później; makroskopowo znaleziono tylko *leptomeningitis*.

Za wrota zakażenia uważa K. przewód pokarmowy, chociaż nie mógł dociec, w jaki sposób zakażenie dochodzi do skutku [woda, mleko, mięso, owoce?]. Najczęściej ulegają zakażeniu niemowlęta. W okolicach, gdzie panowała epidemia, jednocześnie zdarzyła się jakaś zaraza wśród kurcząt. W tychże okolicach autor zwrócił uwagę na szczególną chorobę dębów: młode pędy były pokryte jakimś białym nalotem. Jak objaśnia prof. STAHL z Jeny, ta choroba dębów zjawiała się w Niemczech od roku i zależy od pasożyta, podobnego do *oidium*.

Leczenie polegało na odosobnieniu chorych, podawaniu kalomelu i olejku rycynowego. Przekłucie łądźwiowe wielokrotnie usuwało już poczynające się objawy porażenia.

Łącznie z MEINICKE'm przerobił K. cały materiał kliniczny i sekcyjny pod względem bakteryologicznym [hodowla, szczepienie zwierząt i t. d.] i doszedł do wniosków ujemnych. Doświadczenia na małpach jeszcze są nieskończone. Żadnego pasożyta swoistego nie znaleziono. U świnek morskich w wielu razach następowała śmierć po zaszczepieniu materiału, pochodzącego od chorych na porażenie dziecięce [mózg, rdzeń, płyn mózgowo-rdzeniowy]. Świnki ginęły po pewnym czasie wśród objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego [osłabienie w kończynach, *opisthotonus* i t. d.]. Dwie świnki padły 11-go dnia po zaszczepieniu po kilkogodzinnej chorobie.

(*Deut. med. Woch.* 1909, Nr 43).

A. Puławski.

### 3. Hochhaus. Poliomyelitis acuta.

Zapalenie ostre rogów przednich jest cierpieniem, które, jak stwierdzono w ostatnich dwu dziesiątkach lat, występuje często w postaci nagminnej. Pierwszy zwrócił na to uwagę BERGENHOLZ w Szwecji w 1881 r.; następnie cały szereg innych autorów skandynawskich opisywał podobne epidemie; najwięcej przypadków obserwował WICKMANN w Sztokholmie; w 1899 r. zapadło na to cierpienie w Sztokholmie 54 osób, 1903—20, 1905—1031 i 1906 r.—50 osób; śmiertelność wynosiła średnio 12%. Z nieskandynawskich autorów większą epidemię w Wiedniu obserwował ZAPPERT—228 przypadków.

W roku bieżącym wybuchła epidemia w Niemczech i w niektórych miejscowościach [np. w okolicy Düsseldorfu] niegło jej kilkaset ofiar; śmiertelność— 11%. Autor obserwował 8 przypadków w Kolonii; w kilku przypadkach robił nakłucie łądźwiowe; płyn otrzymany był zawsze przezroczysty; liczba leukocytów skąpa; bakterji nie było. Z tych 8-u przypadków dwa ze względu na swój przebieg zasługują na dokładniejsze poznanie.

W pierwszym przypadku chłopiec 3-letni zachorował nagle: silny ból głowy, wymioty, gorączkowy niedowład obu prawych kończyn i prawej połowy twarzy, utrudnione połykanie. Szywności karku nie było. Nazajutrz sprowadzono dziecko do szpitala, gdzie tego samego dnia zmarło. Na sekcji makroskopowo stwierdzono tylko niezmiernie zmętnienie opony miękkiej mózgu, natomiast przy drobnowidzowym badaniu stwierdzono zmiany zapalne w przednich rogach, oraz w oponach rdzeniowych i mózgowych; słowem zmiany charakterystyczne dla ostrego zapalenia rogów przednich.

Przypadek ten jest interesujący ze względu na niezmiernie ostry przebieg—choroba trwała tylko dwa dni. Co się tyczy rozpoznania klinicznego, to przypuszczano raczej zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne. [Znaczący należy, że nakłucia łądźwiowego w tym i następnym przypadku autor nie wykonał]. W przypadku drugim chłopczyk, mający rok i trzy kwartały, zmarł również na drugi dzień od początku choroby; na 4 tygodnie przedtem przechodził odrę, po której nie powrócił jeszcze do zupełnego zdrowia; nagle gorączka 39,0°, porażenie mięśni szyjnych; brak porażenia w kończynach górnych i dolnych. Na sekcji makroskopowo nie można było nic stwierdzić; przy badaniu drobnowidzowym stwierdzono wyraźne zmiany zapalne w istocie szarej rdzenia oraz w oponach rdzenia, mózgu i rdzenia przedłużonego. Również i w tym przypadku za życia nie można było postawić rozpoznania i przypuszczano nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych typu piorunującego.

W obu tych przypadkach zmiany zapalne najwybitniejsze były w rdzeniu, a mianowicie w istocie szarej, mniej wybitne jednak były i w innych częściach układu nerwowego.

(Münch. med. Woch. 1909, Nr. 46).

J. H.

#### 4. Kirchoff [Szlezwig]. O wyrazie twarzy w chorobach wewnętrznych.

Autor zamierza wydać obszerną pracę, poświęconą temu przedmiotowi. Tymczasem ogłasza rodzaj wstępny, w którym uzasadnia potrzebę oraz podstawy historyczne swojej pracy.

Cierpienie i wogóle pewne stany patologiczne odbijają się na obliczu i na całym zachowaniu się chorych tak charakterystycznie, że lekarz doświadczony potrafi nieraz wyciągnąć stąd wnioski ważne dla rozpoznania i rokowania. Celowali w tem zwłaszcza lekarze dawniejsi, którzy, co prawda, rozporządzali bardzo skromnymi środkami rozpoznawczymi. HIPPOKRATES, GALEN, AVICENA wprost odczytywali rozpoznanie i rokowanie z fizjognomii chorych, nieraz w sposób zadziwiająco trafny. Przedmiot ten metodycznie został opracowany po raz pierwszy w r. 1700 w rozprawie STAHL'a p. t.: *Dissertatio medico-semiotica de facie morborum indice seu morborum aestimatione ex facie*. Nie uwzględniono tu żadnych objaśnień anatomicznych ani fizjologicznych, poprzestając na stwierdzeniu pewnych faktów empirycznych, odnoszących się prawie wyłącznie do rozpoznania t. zw. temperamentów i „chorób duszy.“ Autor, piszący w sto lat później o tym samym przedmiocie—G. HOFFMANN [O sztuce rozpoznawania i leczenia chorób z twarzy chorych. 1860. Tłómaczenie KÜHN'a w r. 1904] posunął się już nieco dalej. Nie daje wprawdzie żadnych wyjaśnień, ale



fakty przytacza z pewną krytyką, a co ważniejsza, odróżnia wyraz twarzy chorych, zależny od stanu psychicznego i od chorób fizycznych. W r. 1838 zjawilo się dzieło, które mogłoby służyć i obecnie za podstawę dalszych badań, gdyby nie zbytne schematyzowanie i za daleko idące spekulacje. Jest to „Fizjognomika chorych“ BAUMGAERTNER'a, zawierająca 80 robionych z natury portretów chorych. Podkreślić należy niektóre spostrzeżenia autora, jak stosunek średnich części twarzy [ust i nosa] do chorób jamy brzusznej, charakterystyczne linie twarzowe, zwrócenie uwagi na fizjologiczne czynności oddzielnych mięśni, co doprowadziło do lepszego zrozumienia znanych powszechnie spostrzeżeń. W podręczniku dyagnostyki EDLSSON'a [1906] chorobliwe zmiany w rysach twarzy, zaburzenia w ruchach oka i oddziaływaniu źrenic służą już za podstawę ogólnego rzutu oka na chorego. W ten sposób zaostrenie rysów (*spitzwerden*) w choleryze sprowadza się do utraty wody; zapadnięcie się rysów w zapaleniu otrzewnej i przedziurawieniu kiszki zależy od przepełnienia krwią jamy brzusznej i silnego podrażnienia zakończeń nerwowych [rodzaj wstrząsu]. Jeszcze z ogólniejszego stanowiska są ocenione te kwestye w dyagnostyce chorób wewnętrznych VIERORDT'a [1905]. „Wyraz twarzy, powiada V., jest odbiciem życia duchowego, ale wpływa nań jedność tkanek (*turgor*) i ogólny *tonus* mięśni twarzowych, dlatego jest on pełen znaczenia dla oceny stanu sił, zwłaszcza też serca.“ WESENER w Dyagnostyce swojej [1907] przyznaje, iż pewne cierpienia nadają twarzy wygląd charakterystyczny, np. *facies typhosa*, *febrilis*, *tetanica*, dalej pewne cierpienia nerwowe, choroby płuc, serca, nerek i t. d. Są to jednak rzeczy nie nadające się do opisu i zrozumiałe tylko na mocy osobistego doświadczenia. Pewną pomocą w tym względzie są zjawiające się w ostatnich czasach atlasy, jak: CURSCHMANN'a „Klinische Abbildungen“ [1894], SEIFFERT'a w atlasach LEHMANN'a [Monachium 1902], a w szczególności wspomniały atlas uczniów ERBA „*Klinischer Atlas der Nervenkrankheiten*“ [Heidelberg 1908], aczkolwiek stosunek wyrazu twarzy do chorób wewnętrznych nie jest w tych atlasach tak uwzględniony, jakby się tego należało spodziewać z postępów techniki.

Wielkim krokiem naprzód jest praca SOLTSMANN'a „O grze twarzy i ruchów chorych dzieci“ [1887]. Opis wyrazu bólu u ssawców daje autorowi pole do subtelnych porównań z posągiem Laokoona: u ssawca wyraz cierpienia jest krzykliwy z otwartymi ustami i ściśniętymi oczami, w posągu Laokoona uwidoczna się walka między cierpieniem a wolą. Tam, gdzie miejsce bólu nie pozwala dziecku na krzyk, wyraz twarzy zbliżony jest do Laokoona [np. *pleuropneumonia*, *peritonitis*]. Ponieważ wyraz twarzy u małych dzieci nie daje się zawsze różniczkować, należy zwracać uwagę na ruchy kończyn: przy kolce poruszają się nogi, przy ząbkowaniu—więcej ręce i dłonie, przy *otitis*—wszystkie członki. W ten sposób autor charakteryzuje zachowanie się ruchów i twarzy w dławcu [niepokój z powodu głodu powietrza], chorobach serca [pewna nieruchomość twarzy, opuszczenie szczęk], *meningitis simplex* [obojętność, jakaś powaga wskutek skurczu mięśnia potylicy, światłowstręt, zez, zaciśnięte usta]. Autor podpatrzył wyraz zdziwienia w razie wysięków w okolicy *chiasmæ*, szczykościsk—w chorobach kiszki. Znaczenie tych spostrzeżeń polega na tem, iż przedstawiają one zespół poglądów psychologicznych i mechanicznych, wskazując najlepszą drogę do opracowania interesujących nas pytań. W studyach tego rodzaju muszą być przedewszystkiem uwzględnione najprostsze mechaniczne warunki powstawania wyrazu twarzy, a więc istnienie i prawidłowe działanie mięśni twarzowych. Pewne grupy cierpień powodują pewne ogólne znamiona wyrazu twarzy, np. udar mózgowy nadaje twarzy wyraz obojętności, gruźlica—ufności i nadziei. Nie można tu dać żadnych stanowczych wyjaśnień oprócz przypuszczenia, że grają tu rolę pewne produkty przemiany materji. HENRY HUGHES [Die Mimik der Menschen, 1900] utrzy-

muje, że lekarz powinien pilnie badać oblicze swoich chorych. Często „mina“ chorego może go objaśnić o zaufaniu, o działaniu danych sposobów leczenia, o poprawie i t. d.

Nie brak tu i szarlataneryi. Znane są powszechnie popularne broszury, których autorzy utrzymują, że z twarzy można „wyczytać“ wszystkie choroby [np. GESSNANN: *Katechismus der Geschichtslesekunst*, 1890]. W „pracach“ takich dużo jest fantazyi, a także nieuctwa i zabobonów.

Znany psychiatra SOMMER [*Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden*, 1899] żąda, ażeby zakres fizyognomiki rozszerzyć, nie ograniczając się do małej grupy mięśni [na twarzy], przez co dałoby się pewne wyrazić uczuć i stanów patologicznych nie tylko z mierzyć, ale je doświadczać w sztwarzac. Zamiast fizyognomiki w starym stylu mielibyśmy rzut oka na całego człowieka, na jego działalność fizyczną i duchową. Gruntowna znajomość anatomii i fizyologii musi być podstawą fizyognomiki o ile ta ma przejść z ciasnej dziedziny empiryi w szranki badań naukowych. Prócz tego nie może ona ograniczać się tylko do spostrzegania wyrazu twarzy, ale musi obejmować człowieka, jako całość. Do tego ostatniego wniosku doszli również artyści—rzeźbiarze i malarze, np. WAETZOLDT [*Die Kunst der Porträts*, 1908], który wymaga od artysty nie tylko patrzenia, ale wglębiania się w całą istotę modelu.

(*Samml. klinisch. Vorträge. Inn. Med. 1909, Nr 156*). A. Puławski.

5. L. T. Barker i F. M. Hanes [Baltimore]. Wytrzeszcz i inne objawy oczne w przewlekłym zapaleniu nerek.

Wytrzeszcz i inne objawy oczne [GRAEFE'go, STELLWAG'a, MOEBIUS'a], właściwe chorobie GRAVES'a [BASEDOW'a] autorzy zauważyli od dawna w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek. Że nie jest to objaw rzadki, dowodzą dane, zebrane w szpitalu (*John Hopkins Hospital*) w ciągu 4-ch miesięcy r. b., poczynawszy od stycznia. W ciągu tego czasu na 33 przypadki przewlekłego zapalenia nerek znaleziono powyższe objawy u 16-u chorych [48,4%]. Wytrzeszcz znaleziono we wszystkich przypadkach zakończonych śmiercią [7]. Wytrzeszcz w połączeniu z jednym lub kilku innymi objawami ocznymi spotykano w przypadkach *retinitidis albuminuricae*. Jednocześnie notowano znaczne wzmocnienie ciśnienia tętniczego [powyżej 160-u mm]—w 12-u przypadkach, chociaż spotykano wytrzeszcz i przy małym ciśnieniu. Wogóle objawy oczne znajdowano w przypadkach ciężkich, w których występowały większe lub mniejsze objawy uremiczne. Objaw GRAEFE'go istniał w 11-u przypadkach, STELLWAG'a—w 13-u, MOEBIUS'a—w 7-u. Zrenice były nierówne w 5-u przyp., *retinitis albuminurica*—w 8-u.

Przyczynę tych objawów autorzy upatrują w działaniu toksyn na pewne autonomiczne ośrodki nerwowe, podobnie jak to ma miejsce w chorobie GRAVES'a według teorii MOEBIUS'a. Że taki ośrodek autonomiczny dla wytrzeszczu istnieje, autorzy powołują się na pracę LANDSTRÖM'a (*Ueber Morbus Basedowii. Thesis. Stockholm 1907*), który wytrzeszcz doświadczałnie wywoływał.

W końcu pracy podano 16 historii chorób i 7 badań pośmiertnych oraz 4 portrety chorych z wytrzeszczem.

(*The amer. Journal of med. sciences. Październik 1909*). A. Puławski.

## Wiadomości drobne.

### 1. M. Pissavy i M. S. Chauvet. O leczeniu zapalenia tryprowego stawów surowicą przeciwmeningokokową Flexner'a.

Pewna analogia w morfologicznych i biologicznych cechach meningokoków i dwoinek NEISSER'a skłoniła autorów do spróbowania surowicy przeciwmeningokokowej w dwu przypadkach zaburzeń stawowych pochodzenia tryprowego. Otrzymawszy wyniki bardzo zachęcające, takie wyprowadzają wnioski: 1) stosowanie surowicy przeciwmeningokokowej wyraźnie skraca czas trwania zaburzeń stawowych; 2) jedno zastrzyknięcie nie wystarcza; należy zrobić ich kilka, w krótkich odstępach czasu, po 20 cm. sz.; 3) po każdorazowym zastrzyknięciu daje się zauważyć podniesienie ciepłoty i pewne chwilowe obostrzenie bólów; 4) najpierw ustępują bole stawowe, powoli znika wysięk; stawy lżej zajęte szybko się poprawiają; 5) uboczne działanie surowicy—krótkotrwałe bole w stawach niezajętych—ustępuje z chwilą ogólnej poprawy.

(*Bull. de la Soc. med. de Paris, Nr. 30*).

*Al. Racinowski.*

## Przegląd bibliograficzny.

### Kalendarze lekarskie na r. 1910.

Kalendarz dra J. POLAKA jest dobrze znany lekarzom tutejszym, jako rocznik od szeregu lat wydawany. Szkoda wielka, że treść jego w miarę lat istnienia stosunkowo mało zmieniają bywa. Wprost nie tylko co do lat istnienia, lecz i co do układu oraz treści starzeje się. Rozumiemy, że pewne rubryki z roku na rok wprost przedrukowywane być muszą, jako nie ulegające zmianie, natomiast inne, szczególnie dział terapeutyczny [nazwany w kalendarzu „podręcznikiem“] wymaga starannego w każdym roku przejrzania i uzupełnień odpowiednich. Nie chodzi w tym razie o podawanie wzorów samych recept środków nowszych, aczkolwiek i to mieć może znaczenie praktyczne, lecz kalendarz lekarski, jako pewnego rodzaju *vade-mecum*, zawierać powinien zwięzły opis, a przynajmniej wyliczenie w rubrykach odnośnych nowszych metod leczniczych, używanych w cierpieniu danem. Rzecz naturalna, że uskutecznione to być może przy udziale specjalistów, stojących każdorazowo na poziomie wiedzy współczesnej w danej gałęzi medycyny.

Pod tym względem drugi kalendarz, „Kalendarz krakowski“ prof. dra L. GLIŃSKIEGO wykazuje postęp pewien w niektórych działach, w innych zaś usiłowanie do takiego rozwiązania sprawy informacji w dziedzinie lecznictwa. I tutaj jednak spotkać można braki i usterki pewne. Jako nowość praktyczną kalendarz ten podaje w roczniku bieżącym: „uwagi psychiatryczne“ i „wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii.“ Natomiast w obu kalendarzach nie znajdujemy dokładniejszych wiadomości, np. o radioterapii, o fototerapii, o leczeniu fizykalnem, wreszcie, chociażby b. zwięzłego referatu wogóle o organoterapii, która podobnie, jak i tamte z każdym rokiem coraz szerszy zakres

sobie zakresła. Podanie tytułów prac oryginalnych z literatury polskiej, lub tytułów streszczeń zbiorowych z zakresu danego działu terapii byłoby może dla niejednego również cenną wskazówką, gdzie szukać ma dokładniejszych wiadomości.

Takie wydawnictwo, jak „kalendarz“, już w założeniu swem związane z pewnym ściśle określonym czasokresem, o ile ma oddawać istotne usługi, musi koniecznie zajmować się bilansowaniem ubiegłego czasu, ale nie tylko oddalonego zbytnio, lecz i niedawno minionego.

Pewni jesteście, iż oba kalendarze nasze, bez których obywać się nie możemy, dążyć będą w przyszłości do zmian i ulepszeń w interesie własnym i wszystkich kolegów naszych.

J. J.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie dnia 7-go września 1909 r.

1) A. A. HAJMAN przedstawił przypadek obustronnej przetoki usznej wrodzonej. Przetoka u dziewczynki 15-letniej, umiejscowiona 1 mm. nad skrawkiem (*tragus*) i na 2 mm. przed obrąbkim ucha (*helix*); datuje, według słów rodziny, od urodzenia chorej; bólów przy dostatecznym odpływie ropy nie powoduje. Od miesiąca—wskutek zatrzymania ropy obrzmienie policzka, okolicy ciemieniowej i okolicy przed muszlą prawą; chelbotanie. Po okładach z płynu BUROWA—poprawa. Kanał przetok wrodzonych ucha draży zwykle z zewnątrz ku wewnątrz, równoległe z przewodem słuchowym zewnętrznym.

2) Prezes GABSZEWICZ przedstawił 10-letniego chłopca po operacji torakoplastycznej SCHEDE'go. Otok ropy u chorego stwierdzono od szeregu lat. Przed 6-u laty wypuszczono z jamy opłucnej przyrządem POTAIN'a litr wysięku ropnego. W 1908 r.—rezekcja 9-go i 10-go żebra z lewej strony, przyczem wypuszczono 2 litry ropy. Wobec trwania ropienia, w grudniu 1908 r. G. usunął wszystkie żebra lewej strony, od 3-go do 10-gó włącznie wraz z opłucną i stwardnieniem błon na płucu, a pozostawiając tylko chrząstki. Po tym zabiegu stopniowa poprawa, jamy badanie nie wykrywa. Pozostały dotąd drobne owrzodzenia.

3) SZTEYNER pokazał ciało obce, wydobyte z pęcherza moczowego przez cięcie nadłonowe u mężczyzny 49-letniego. Była to kostka toczona, długości 7-u ctm., dookoła której utworzył się kamień moczowy o 7-u ctm. obwodu. Kostka, wprowadzona przez cewkę, pozostawała w pęcherzu 4 miesiące.

4) J. ŚWIĄTECKI przedstawił 12-tu chorych z zagojeniem przetok różnego pochodzenia zapomocą t. zw. pasty Beck'a (*Bismuti subnit. 1,0 Vaselini amer. fl. 2,0*). Przypadki dotyczyły przeważnie gruźlicy kości i stawów (*carries, osteomyelitis* kości kończyn i tułowia), oraz ropówek podskórnych.

S. sądzi, że pasta bizmutowa nadaje się lepiej do leczenia wszelkich braków kostnych, niż plomba jodoformowa, gdyż jest plastyczniejsza i nie wymaga jałowego stanu rany. Z powodu trujących własności azotanu bizmutowego, T. używa raczej nieszkodliwego węglanu bizmutowego, i do jam dużych, wymagających zastrzyknięcia więcej, niż 100-u grm. pasty, stosuje pastę tylko 10%-ową.

5) Prezes GABSZEWICZ opisał dwa przypadki rzadkich powikłań przy cierpieniu ncha średniego. Przypadki te podano w N-rze 45-ym Gazety.

### Posiedzenie dnia 21-go września 1909 r.

I. J. ŚWIĄTECKI pokazał 23-letniego chorego, któremu otworzył wielki ropień pochodzenia wyrostkowego, umiejscowiony w jamie DOUGLAS'a. Przez cięcie długości 2 ctm. w dolnym końcu lewego mięśnia prostego brzucha wprowadził dren długości 20-u ctm.; po 4-ch tygodniach, gdy kanał drenowy nie zablżył się, wypełnił go pastą bizmutową BECK'a. Zagojenie po dniach sześciu.

II. Prezes GABSZEWICZ pokazał następujące preparaty: 1) trzuskę zropiałą od chorej 50 letniej. Chora od 6-u miesięcy uczuwała niewielkie bole w nadbrzuszu; w kwietniu b. r. na miesiąc przed przybyciem do szpitala [na oddział kol. HEWELKEGO] położyła się już do łóżka wskutek osłabienia; schudła dużo. Przy badaniu—stan gorączkowy. W nadbrzuszu lewym guz twardy, mało ruchomy, z dolną granicą na l. pępkowej, lewą—na l. sutkowej i prawą, zlewając się z tępością wątroby—poza smugą białą. We krwi zmniejszenie ilości Hb. i czerwonych krążków, umiarkowana leukocytoza. Próba CAMMIDGE'a ujemna.

Trawienie żołądkowe prawidłowe. W dalszym przebiegu ciepłota do 39° i wyżej, powiększenie się guza, dodatni wynik próby CAMMIDGE'a. Na operacji stwierdzono wielki ropień, otoczony zrostami otrzewnej. Badanie mikroskopowe tkanki, wyciętej z dna ropnia, okazało budowę trzustki. Po kilkotygodniowym okresie stale postępującej poprawy—ponownie gorączka, osłabienie, wreszcie objawy przetoki żołądkowej—wyływ z rany płynu, zawierającego składniki soku żołądkowego [perforacja do żołądka]. CAMMIDGE ujemny. Stopniowe osłabienie i śmierć.

Badanie pośmiertne okazało ślady pojedynczego dużego ropnia trzustki, pozatem silne jej stwardnienie zapalne, przebicie jamy ropnia do żołądka; gruczoły krezkowe wolne. Badanie drobnowidzowe również stwierdziło w trzustce tylko zmiany zapalne.

2) Preparat kręgosłupa z całkowitem zwichnięciem w części szyjnej od 22-letniego mężczyzny. Wypadek nastąpił w walce atletycznej, przy t. zw. podwójnym nelsonie, kiedy przeciwnik chorego nagle przegiął mu silnie głowę do klatki piersiowej. Chory momentalnie upadł bez przytomności. W szpitalu stwierdzono zupełny bezwład kończyn dolnych i całkowite znieczulenie od 4-go żebra z przodu na klatce piersiowej. Silna *hypoesthesia* górnych kończyn, wazki pas znieczulenia w obrębie n. łokciowego. Przytomność chorego odzyskał. T.—37,4°. P.—84. W okolicy 6—7-go kręgow szyjnych wyczuwało się znaczne zagłębienie, niżej—mocno wystający wyrostek ciernisty. Przy badaniu głowę trzeba było podtrzymywać, gdyż miało się wrażenie, że jest w luźnym tylko związku z grzbietową częścią kręgosłupa. Pozostawiona sobie, głowa opadała to na prawo, to na lewo, sprawiając choremu dokuczliwe bole. W celu unieruchomienia jej, ułożono chorego na łóżku wyciągowym i nałożono przyrząd GLISSON'a. Nazajutrz T. 39,8°, P.—100, oddech i polykanie utrudnione. W nocy—śmierć.

Badanie anatomiczne kręgosłupa okazuje zupełne zwichnięcie 6-go kręgu szyjnego z nadłamaniem wyrostków stawowych. Oponę twardą w miejscu zwichnięcia znaleziono nieuszkodzoną, natomiast rdzeń po przecięciu opony—zmiażdżony.

3) Mięsak jądra ze skręceniem sznurka nasiennego. U chorego 40 letniego z nowotworem jądra, w szpitalu, przy podniesieniu ciepłoty do 39°, wystąpił silny obrzęk z sino-fioletowym zabarwieniem skóry moszny, większe zgrubienie sznurka nasiennego, obrzęk okolicy pachwinowej. Na operacji, obok guza nowotworowego wielkości pomarańczy, znaleziono mięsisty twór wyglądu zraza wątroby, który po bliższem zbadaniu okazał się skręconym sznurkiem nasiennym. Badanie guza drobnowidzowe okazało budowę mięsaka. Po roku—nowotwór nawrotowy w jamie brzusznej.

4) Preparat rozszerzonych żył sznurka nasiennego, wklajających przepuklinę pachwinową u chorego 29-letniego. Badanie kliniczne okazywało zwykłą, wprowadzoną przepuklinę. Przy operacji BASSINI'ego stwierdzono, że szyja worka przepuklinowego znajduje się od tyłu, od przodu zaś pokrywa ją guz miękki, złożony z rozszerzeń żył sznurka nasiennego, ograniczonych tylko od odcinka, przebiegającego w kanale pachwinowym. W miejscu tych rozszerzeń wyczuwano palcem drobne stwardnienia, jak się okazało—kamienie żylne. Wobec znacznego krwawienia, nie ustającego po nałożeniu szwów na wycięte żyły, żyłki usunięto doszczętnie. Zasluguje na uwagę umiejscowienie żyłaków w kanale pachwinowym.

5) Preparat sieci, uwięzłej w przepuklinie udowej, zawierającej torbiel, której ściana łądząca podobna była do ściany jelita. Sieć w postaci twardego guza otaczała torbiel, wielkości wiśni, wypełnioną krwawym płynem.

6) Dwa preparaty guzów zapalnych sieci. Panna 17-letnia w lipcu 1904 r. przybyła na oddział kol. HEWELKEGO z powodu bólów w prawej połowie brzucha, wymiotów, gorączki. Wypróżnień nie miała od dni kilku. Początek choroby gwałtowny. W prawym dole biodrowym znaleziono guz twardej, nieruchomej, wielkości pięści, umiarkowanie bolesny. Wzdęcia brzucha brak. W narządach płciowych zmian żadnych. W szpitalu stopniowy spadek ciepłoty, zmniejszanie się guza, znikanie bólów. Rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego z wciągnięciem w sprawę zapalną sieci. Na operacji nie stwierdzono żadnych śladów zapalnych w kiszce ślepej, wyrostku robaczkowym i ich otrzewnej. Guz, zawinięty w sieć, nieprzyklejoną ani do otrzewnej ani do jelit, miał wielkość nerki. Pod mikroskopem okazał budowę łącznotkankową [z komórek stałych i plazmatycznych, limfocytów i leukocytów], gdzieśgdzie zraziki tkanki tłuszczowej. Prof. PRZEWOŚKI rozpoznał rozrost zapalny sieci.

Drugi preparat pochodzi od panny 21-letniej, przybyłej na oddział kol. HEWELKEGO w r. 1908 z powodu silnych bólów brzucha i wymiotów, trwających od 3-ch tygodni. Stan gorączkowy. P. 100. Silne wzdęcie brzucha, widoczna perystaltyka kiszek. W narządach wewnętrznych i płciowych zmian żadnych. Na operacji stwierdzono liczne rozrosty sieci z otrzewną i w wielu miejscach między jelitami torbiele wielkości orzecha laskowego, wreszcie w głębi jamy brzusznej, w ścisłym związku z pęcherzem moczowym duży guz, związany odnogami z moczowodami i jajnikami, a niezrośnięty z macicą. Badanie mikroskopowe stwierdziło rozrost zapalny sieci. Gruźleczek w obu przypadkach nie znaleziono. Zasluguje na uwagę podobieństwo kliniczne sprawy w pierwszym przypadku do zapalenia wyrostka robaczkowego, w drugim—do przebiegającej podostro niedrożności jelit. Zazwyczaj guzy zapalne sieci powstają nie samoistnie, jak tutaj, a bądź po zapaleniu w jamie brzusznej [wyrostka], bądź po operacji przepukliny z podwiązaniem sieci i wogóle po laparotomiach. Oba przytoczone przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

W dyskusyi prof. KRYŃSKI przypuszcza, że o ile zwichnięcie kręgosłupa rozpoznano za życia, to można było próbować repozycji. Guzy sieci po laparotomiach K. uważa za zjawisko dość częste. Co do żyłaka sznurka na-

# ZDROJOWISKA

MIĘJSCA KĄPIELOWE i STACJE KLIMATYCZNE

w Królestwie Polskiem

OPRACOWAŁ

Fr. KARPIŃSKI



Zdrowiska ★  
Miasto Gubernialne ○  
Koleje: —

Szozy —

Birsztany  
Busk  
Ciechocinek  
Czarcińska-Góra  
Druskieniki  
Grodzisk  
Inowłódź  
Konstancin  
Nałęczów  
Nowe-Miasto  
Ojców  
Otwock  
Pieskowa Skala  
Sławinek  
Solec

siennego, K. sądzi, że przy rezekcji można się było nie obawiać zranienia tętnicy nasiennej, gdyż doświadczenia SŁAWIŃSKIEGO wykazały, że podwiązanie tętnicy nasiennej nie wpływa ujemnie na zachowanie jądra.

KIELKIEWICZ sądzi, że w przypadku mięsaka jądra należało usunąć wszystkie gruczoły aż do kręgosłupa.

ŚWIĄTECKI przypuszcza, że guzy zapalne sieci zawdzięczały swe pochodzenie zakażeniu wyrostka robaczkowego. Zapalenia wyrostka mogą nie pozostawiać żadnych śladów zapalnych.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że utrzymanie nastawienia kręgów w przypadku zwknięcia kręgosłupa było w danym razie wielce utrudnione. Beznadziejny stan chorego zniechęcał do prób w tym kierunku. Tętnicę nasienną G. zawsze stara się oszczędzić przy operacji, gdyż w jednym przypadku po podwiązaniu tętnicy spostrzegał zanik jądra. Wycięciu gruczołów w przypadku mięsaka jądra stał na przeszkodzie ciężki stan chorego. Guzy zapalne sieci G. przedstawił właśnie dlatego, że w obu przypadkach nie stwierdzono ich przyczyny.

*W. Starkiewicz.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Wkrótce ma być urządzona w Warszawie Wystawa farmaceutyczna; pozwolenie na nią otrzymał p. FRANCISZEK KARPIŃSKI, wybrany na prezesa komitetu rzeczowej Wystawy.

— W Tow. Lekarskiem Krakowskiem dokonano wyborów do Zarządu Towarzystwa. Prezesem został prof. WIGHERKIEWICZ, wiceprezesem—prof. BOCHENEK, sekretarzem dorocznym—dr WŁADYSŁAW BUJAK, redaktorem Przeglądu Lekarskiego—prof. CIECHANOWSKI [ponownie].

— Rady powiatowe w Stanisławowie i Łańcucie oraz Bank Hipoteczny we Lwowie uchwałyły ofiarowanie znacniejszych sum na Sanatorium przeciwgruźlicze dla nauczycieli, którego budową ma się zająć Ognisko nauczycielskie. Wskutek tego wystosowano prośby o zapomogi do wszystkich rad powiatowych i miejskich oraz do większych instytucji finansowych.

— Właściciel majoratu Lubie na górnym Śląsku, ARTUR v. BILDON-BRIESTWELL ofiarował uniwersytetowi we Wrocławiu 100,000 marek, od których odsetki mają służyć na badania naukowe przyczyny, rozwoju i leczenia gruźlicy i raka.

— Niemieckie ministerium spraw wewnętrznych w budżecie na rok 1910 przeznaczyło 175 tys. marek na zwalczanie tyfusu, 10 tys. na badanie pierwotniaków, 30 tys. na badanie syfilisu, 40 tys. na zwalczanie śmiertelności niemowląt, 100 tys. na badanie i zwalczanie gruźlicy, 10 tys. na kursa lekarskie i 838,840 marek na Urząd Zdrowia.

— Po długich i bezskutecznych staraniach zatwierdzono nareszcie w Petersburgu ustawę Ligi walki z gruźlicą.

— W stepie Kirgizkim, w gub. Astrachańskiej skonstatowano urzędownie dżumę, na którą w ciągu 3-ch tygodni zapadło 14-u mieszkańców i z nich zmarło 13-u. Celem zapobieżenia rozszerzeniu się epidemii wysłano oddział sanitarny, który wszystkim bez wyjątku mieszkańcom dokonał szczepień ochronnych.

— W gub. Wiackiej grasowała epidemia wścieklizny, wskutek której w ciągu 2-u miesięcy padło przeszło 300 sztuk bydła i zostało pokąsanych 80 ludzi; tym



dokonano szczepień ochronnych w Permie. I teraz jeszcze powtarzają się wypadki pokąsań przez wściekle psy i koty, wskutek czego w ostatnich czasach w szpitalu gubernialnym w Wiatce zmarło 2 ludzi na wodowstręt.

— Francuskie Towarzystwo ochrony dzieci od gruźlicy, założone przez zmarłego prof. GRANCHER'a, rozporządza w obecnej chwili kapitałem, wynoszącym przeszło milion franków. Towarzystwo Centralne w Paryżu uratowało już 400 dzieci gruźliczych i utrzymuje je w dobrych warunkach poza obrębem miast. Podług ustawy dzieci pozostają pod opieką Towarzystwa do lat 12-u, ale mimo to Towarzystwo pamięta o nich i później i sposobi je przeważnie do pracy na wsi.

— W Niemczech ma powstać państwowy urząd nadzoru nad mlekiem (*Reichsmilchamt*) z radą przyboczną, złożoną z lekarzy, weterynarzy, rolników i chemików. Urząd ten ma czuwać nad zaopatrzeniem wielkich miast w dobre mleko.

— W Austriackim Towarzystwie okrętowym „Austro-Americana“ w Tryeście wakują posady lekarzy okrętowych, na które poszukiwani są także Polacy. Informacji udziela agencya Towarzystwa p. f. GOLDLUST i S-ka, Kraków, Lubicz 7.

— **Nekrologia.** Dnia 26-go grudnia r. z. zmarł dr ADAM KARCZEWSKI, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus. Obszerniejszy życiorys zmarłego kolegi podamy w następnym numerze.

W Heluanie [w Egipcie] zmarł 2-go grudnia r. z. w 73-im roku życia profesor chirurgii P. LESHAFI. W krótkim wspomnieniu pośmiertnem „Wracz“ podaje następującą charakterystykę zmarłego: „Wybitna siła naukowa, lekarz-mysliciel, wyjątkowych zdolności pedagog, niezmordowany działacz społeczny, obywatel rwący się do wolności, był on sławą i dumą stanu, do którego należał“.

Zmarł w Paryżu 19-go grudnia r. z. prof. EDWARD BRISSAUD, przeżywszy lat 57. BRISSAUD odbył studia w Paryżu; przeszedł wszystkie stopnie karyery szpitalnej; w r. 1878 był preparatorem w pracowni anatomopatologicznej CHARCOT'a, następnie szefem kliniki LASEQUE'a, kliniki JACCOUD'a, lekarzem szpitali, wreszcie w r. 1886 uzyskał *veniam legendi* jako *professeur agrégé*. Po śmierci CHARCOT'a prowadził klinikę nerwową w ciągu 2-u lat [1893—1894]. Od r. 1900 do śmierci wykładał medycynę wewnętrzną. Z prac ważniejszych ogłosił: „*De la nature tuberculeuse des gommes scrophuleuses*“, badania nad gruźlicą miejscową, o astmie, o t. zw. *infantilisme dysthyroidien*, badania anatomiczne, dotyczące gruczolaków, raka, torbieli sutek; z dziedziny neurologii ogłosił prace: o umiejscowieniach mózgowych, o cierpieniach mózgu u dzieci, o afazji, o oftalmoplegii, o objawie BROWN-SEQUARD'a, o chorobie PARKINSON'a i t. d. Założył wspólnie z MARIE *Revue neurologique*, wspólnie z CHARCOT'em i BOUCHARD'em wydał znane dzieło *Traité de médecine*.

---

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny „Mapka zdrojowisk w Królestwie Polskiem“.

---

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.