

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. Dr EDWARD BRUNER. Naevus anaemicus. Str. 363. II. Dr STANISŁAW KLEJN. Lymphogranulomatosis (*Morbus Hodgkin*). Str. 369. *Streszczenie zbiorowe.* Dr WACŁAW DOBROWOLSKI. Postępy w leczeniu ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej. (*Peritonitis diffusa acuta*). Str. 376. *Dział sprawozdawczy.* 45. HOFFMAN. O pendzlowaniu otrzewnej nalewką jodową w gruźliczem zapaleniu otrzewnej. Str. 381. 46. O. HOEHNE. O wchłanianiu się jądów (toksyn) z jamy brzusznej i o wśródotrzewnym ropieniu. Str. 381. *Wiadomości drobne.* Str. 382. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia kliniczne 16-go i 30-go stycznia. Str. 384. *Wiadomości bieżące.* Str. 385. Zmarli. Nadesłano do Redakcyi. Str. 386. Sprawozdanie z ruchu chorych w miejskim szpitalu Łódzkim dla zakaźnych. Str. 387. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH W SZPITALU  
IM. RUDOLFA VIRCHOW'A W BERLINIE (dyrektor: prof. dr A. BUSCHKE).

## Naevus anaemicus.

Podał

Dr Edward Bruner.

W roku 1906 VÖRNER z Lipska zwrócił uwagę na występujące na skórze, charakterystyczne, prawdopodobnie wrodzone plamy białe. Cierpienia tego do tego czasu nie notowano w piśmiennictwie dermatologicznem. VÖRNER nadał mu miano *naevus anaemicus* (znamię blade). Dwa następujące objawy ułatwiają nam rozpoznanie tych plam: przy ucisku skóry zapomocą płytki szklanej wykwitły znamienia znikają w zupełności, przy tarciu zaś skóry—plamy nie zmieniają swej barwy, występują nadzwyczaj wyraźnie, ostro się odgraniczając od odpowiednio zaczerwienionego otoczenia. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez VÖRNERA, wykazało, iż sieć naczyniowa chorobowo zmienionej skóry zawierała tylko naczynia włoskowate.

Na zasadzie tego spostrzeżenia, VÖRNER wyraził przypuszczenie, iż powstawanie plam *naevi anaemici* zależnem jest od miejscowego zaburzenia naczyniowego, polegającego na zahamowaniu rozwoju układu tętniczego i żylnego. Wskutek tego niedorozwoju naczyniowego następuje wytworzenie się jedynie naczyń włoskowatych. Światło zaś tych ostat-

nich nie jest zdolne dostatecznie rozszerzać się przy podrażnieniu skóry. Objawy kliniczne już *à priori* wykluczały możliwość zaburzeń ze strony barwika skórnoego. Poszukiwania drobnowidzowe w zupełności to potwierdziły.

W trzy lata później, FISCHER z oddziału BUSCHKE'go ogłosił pięć dalszych spostrzeżeń *naevi anaemici*. Autor ten stwierdził we wszystkich przypadkach charakterystyczne cechy omawianego cierpienia, podane przez VÖRNER'a. Jednocześnie opisał cały szereg nowych objawów, które rzuciły nieco inne światło na zagadkową etyologię owych plam. Mianowicie, udało mu się w jednym z przypadków, przy silnem tarcu skóry, wywołać nieznaczne zaczerwienienie plam znamienia. Zaczerwienienie to jednakże różniło się wybitnie od zaczerwienienia otaczającej skóry: natężenie jego było słabsze, a czas trwania znacznie krótszy. Również i podrażnienie cieplne (próbówka z wodą gorącą) powodowało wystąpienie szybko przemijającego przekrwienia. Wreszcie, autor osiągnął zupełnie normalne ukrwienie znamienia przy silnym ucisku pomiędzy palcami fałdy skórnej w obrębie plam. Spostrzeżenia te przemawiały przeciw wyżej podanemu przypuszczeniu VÖRNER'a.

Równoległe badania drobnowidzowe, ponownie przeprowadzone przez FISCHER'a, dały wyniki zgodne z nowo zdobytymi faktami klinicznymi. Fakty te pozostają w sprzeczności z poglądem VÖRNER'a na powstawanie plam znamienia bladego. Okazało się mianowicie, iż układ naczyńnoy znamienia w niczem nie różni się od takiegoż układu normalnie ukrwionej skóry. FISCHER, upatrując pewne podobieństwo pomiędzy plamami znamienia bladego a skórą marmurkową (*cutis marmorata*) i plamami pseudoleukodermatycznymi, twierdzi, iż czynnikiem etyologicznym omawianego cierpienia jest stałe zaburzenie czynnościowe w unerwieniu naczyń skórnych w obrębie znamienia. Naturalnie, należy przyjąć pod uwagę i możliwość zmian anatomicznych w przebiegu nerwów naczyńnoy. Zmian tych jednakże nie jesteśmy w stanie stwierdzić zapomocą dostępnych nam metod badania.

W ostatnich czasach, STEIN z kliniki JADASSOHN'a w Bernie ogłosił sześć przypadków znamienia bladego. Autor ten potwierdził wyniki, otrzymane przez FISCHER'a. Wykazał prócz tego, iż sprawy zapalne, jakoteż pokrzywkowe (bąble, wywołane zapomocą śniegu kwasowogłowego lub też wskutek zastrzykiwań podskórnych kilku kropli 1% roztworu morfiny) przebiegają w obrębie plam znamienia zupełnie prawidłowo. Dalsze badania doświadczalne STEIN'a niezbitnie dowiodły, iż czynność gruczołów potowych znamienia nie podlega żadnym zaburzeniom; również i drobnowidzowo nie można było zauważyć jakichkolwiek zmian patologicznych w tych że gruczołach (VÖRNER wykazywał brak gruczołów potowych w środkowych częściach znamienia).

Zachęcony przez prof. BUSCHKE'go, zwróciłem uwagę na te ciekawe zmiany skórne. W niedługim przeciągu czasu miałem możność spo-

strzegania dwu odnośnych przypadków, których krótki opis podaję poniżej.

Przypadek I. (patrz rysunek <sup>1)</sup>).

Chory znajduje się w oddziale szpitalnym wskutek rzeżączki. Plamy umiejscowione są na skórze pleców mniej więcej na wysokości 10-go i 11-go żebra, w odległości 10 ctm. od kości ogonowej. Znamię prawie w całości leży po stronie prawej od linii środkowej, niewielki tylko cypek na przestrzeni  $\frac{1}{2}$  ctm. przechodzi na stronę lewą.



Klinicznie znamię przedstawia się jako plama biała, zajmująca przestrzeń wielkości połowy dłoni ludzkiej. Najdłuższy wymiar znamienia wynosi 12 ctm., najszerszy— $3\frac{1}{2}$  ctm. Brzegi plam są nierówne zygzakowate, jakby powygadane. Naokoło obwodu znamienia znajdują się liczne jasne plamki, nie przechodzące wielkości ziarna soczewicy—są one porozrzucane tu i owdzie, częściowo łączą się ze środkową częścią znamienia zapomocą wązkich białych pasek skórnych, częściowo leżą zupełnie oddzielnie. Skóra, otaczająca znamię, nie wykazuje żadnych zmian patologicznych. Nie udaje się

stwierdzić jakichkolwiek zaburzeń ze strony czucia w obrębie plam znamienia. Przy tarciu skóry występuje wybitne zaczerwienienie otoczenia ogniska chorobnego, podczas gdy plamy nie zmieniają swej barwy. Przy ucisku skóry plamy znikają prawie zupełnie. Według słów chorego, plamy te ma on od urodzenia — podmiotowych dolegliwości z tego powodu nie odczuwał nigdy.

<sup>1)</sup> Niedługo ukaże się praca ta w języku niemieckim. Tam też pomieszczoną będzie rycina barwna jakoteż cały szereg zdjęć fotograficznych omawianego cierpienia. Załączono zdjęcie wykonane było w dwa miesiące po naświetlaniu znamienia, czem się tłómaczy ciemniejsze zabarwienie skóry otoczenia plam po stronie prawej.

Połowę znamienia poddałem działaniu promieni rentgenowskich, drugą połowę naświetliłem zapomocą lampy kwarcowej KROMAYER'a.

Wyniki były następujące:

7/XI 1910. Naświetlenie zapomocą promieni ROENTGENA. Stopień twardości lampy 6—7 według WEHNELT'a. Dawka 10 x, według SABOURAUD—NOIRÉ. Naświetlenie zapomocą lampy kwarcowej. Odległość 12 ctm. Czas trwania zabiegu — 10 minut.

9/XI. Część znamienia, poddana działaniu lampy kwarcowej, wykazuje nieznaczne zaczerwienienie. Zaczerwienienie to wyraźnie odgranicza się od silnego przekrwienia skóry zdrowej, otaczającej znamię. Część, naświetlana promieniami ROENTGENA, nie wykazuje żadnego odczynu. Przy tarciu znamię, jak i przed naświetlaniem, nie zmienia swej barwy.

13/XI. Brak odczynu w miejscach, naświetlanych promieniami ROENTGENA. Zapalenie pryszczycowe skóry (*Ekzendermatitis*) w części znamienia, poddanej działaniu lampy kwarcowej. Pomiędzy zabarwieniem znamienia a zdrową skórą otoczenia zaledwie dostrzegalna różnica.

16/XI. Skóra znamienia i skóra otoczenia zaczerwienione są w jednakowym stopniu. Zupełny brak odczynu w części, naświetlonej promieniami ROENTGENA.

2/XII. Plamy znamienia wykazują zaledwie ślady zaczerwienienia, skóra otoczenia jeszcze wybitnie zaczerwieniona. Wytwarzania się barwika nie spostrzegamy.

Na zasadzie tego doświadczenia przychodzimy do następującego wniosku: Zapomocą działania promieni ultra-fioletowych lampy kwarcowej osiągnęliśmy przekrwienie i zapalenie skóry w obrębie plam znamienia. Jednakże stopień nasilenia tych spraw był znacznie słabszy w stosunku do zdrowego otoczenia. Naczynia znamienia bladego nie reagują prawidłowo na bodźce zewnętrzne. Ta jakościowa zmiana w sile odczynu układu naczyniowego, występująca w pewnych ściśle określonych miejscach na skórze ludzkiej, stanowi najcharakterystyczniejszą cechę znamienia bladego.

Z drugiej zaś strony nie udało się nam zapomocą działania promieni świetlnych wywołać wytworzenia się barwika.

P r z y p a d e k II. Chory na świerzbę.

Na skórze mostka i lewej strony piersi, odpowiadającej trzeciemu żebru i trzeciej przestrzeni międzyżebrowej, znajdują się białe plamki. Plamki te o wielkości mniej więcej ziarna soczewicy zaledwie są widoczne na pierwszy rzut oka. Na skórze mostka znajdujemy cztery tego rodzaju wykwity — granice ich są nierówne, zygzakowate, jakby powyżębiane. Plamy, położone po stronie lewej od linii mostkowej lewej, zajmują przestrzeń szerokości dwu palców pomiędzy trzeciem i czwartym żebrzem i występują w postaci drobnych wysepek, rozrzuczonych na zdrowej skórze; skóra, otaczająca znamię, zupełnie prawidłowo zabarwiona. Obiedwie charakterystyczne cechy znamienia bladego wyraźnie

zaznaczone. Klinicznie nie udaje się stwierdzić żadnych zaburzeń ze strony układu nerwowego skóry znamienia. Chory zauważył plamy w najwcześniejszych okresach swego dzieciństwa — nigdy się one nie powiększały, jakoteż nie sprawiały żadnych dolegliwości.

Za zgodą chorego wyciąłem kawałek skóry znamienia wraz z kawałkiem otaczającej zdrowej skóry. Utrwalałem w sublimacie (dla lepszego zachowania czerwonych krwinek). Zatapiałem w parafinie <sup>1)</sup>. Krajałem seryami. Do barwienia używałem: hematoksylinę i eozyne, płyn VAN GIESON'a, barwik WEIGERT'a (włókna elastyczne), błękit wielobarwny Unna'y. Wyniki badania drobnowidzowego w zupełności się zgadzają z wyżej podanymi poszukiwaniami FISCHER'a i STEIN'a. Przy dokładnem przeglądaniu preparatów wykazać można było w obrębie znamienia obecność tętniczek i żył.

Na zasadzie spostrzeganych przezemnie przypadków i danych z literatury przychodzimy do następujących wniosków:

Pod nazwą znamienia bladego rozumiemy wrodzone prawdopodobnie plamy na skórze, odznaczające się swem bladym zabarwieniem. Plamy te występują pojedynczo lub w większej liczbie, otoczone są zupełnie prawidłowo zabarwioną skórą, w niektórych tylko przypadkach nieznacznie przekrwioną. Nie występują nigdy ponad poziom otaczającej powierzchni. Rozmiary wykwitów znamienia rzadko przekraczają wielkość ziarna soczewicy, jednak czasami zlewają się w ogniska wielkości połowy dłoni ludzkiej. Granice plam są nieprawidłowe, zygzakowate. Umieszczenie plam jest najrozmaitsze — zdaje się, że skóra piersi jest najczęstszem siedliskiem znamienia. Nie spostrzegano go dotąd jedynie na kończynach dolnych. Plamy znamienia nie znajdują się w żadnej łączności z kierunkiem linii skóry, niezależne są również od rozgałęzienia nerwów skórnych. W 2-u przypadkach opisano rozszerzenia naczyń na obwodzie znamienia, w jednym — znamię naczyniowe (*naevus vasculosus*) położone w znacznej odległości od plam znamienia bladego.

Cechy kliniczne znamienia: wybitne występowanie plam przy tarceniu skóry, znikanie ich przy ucisku tejże.

Badania drobnowidzowe wykazują budowę zupełnie prawidłowo ukrwionej skóry.

Prawdopodobną przyczyną powstawania plam znamienia bladego jest upośledzenie układu naczyniowego skóry w pewnych ściśle określonych miejscach. Należy przypuszczać, iż niedomoga ta zależną jest od zaburzeń w unerwieniu naczyń skórnych. Ciekawem jest, iż w przeważającej liczbie opisanych dotąd przypadków spostrzegano znamię blade u mężczyzn. Jestto może rzeczą li tylko przypadku. Zdawałoby się, że

---

<sup>1)</sup> Od pewnego czasu zamiast ksylołu i ksylołu-parafiny, używam chloroformu i chloroformu-parafiny. Uważam, że preparaty krają się znacznie lepiej.

u kobiet, których układ naczynioruchowy łatwiej podlega zaburzeniom powinnyby się spotykać z temi zmianami częściej, niż u mężczyzn.

Rozpoznanie różniczkowe może się wahać pomiędzy plamami znamienia bladego a plamami leukodermatycznymi, białactwem skóry nabytem (*vitiligo*), białactwem skóry wrodzonym częściowym (*leucopathia congenita partialis*) i blizenkami powierzchownymi. Biorąc pod uwagę kilkakrotnie już podane cechy charakterystyczne znamienia bladego, unikniemy z łatwością błędów rozpoznawczych.

Plamy te nigdy prawie nie wymagają leczenia. Dolegliwości podmiotowych nie sprawiają, wyjątkowo tylko szpecą chorych pod względem kosmetycznym, rozmiarów swoich nie powiększają. Znajdujemy je przypadkowo przy szczegółowych oględzinach ciała chorych, zgłaszających się do nas z zupełnie innych powodów.

O ile się zdaje, plamy znamienia bladego nie należą do rzadkości. Prawdopodobnie, plamy te były do tego czasu zapoznawane, względnie utożsamiane z innymi ludzko podobnymi zmianami skóry.

Celem niniejszej krótkiej pracy było zwrócenie uwagi na to cierpienie i wyodrębnienie go, jako ściśle klinicznie określonej jednostki chorobnej.

### PIŚMIENNICTWO.

VÖRNER HANS (Leipzig). Naevus anaemicus. Archiv für Syph. und Dermat. t. LXXXII s. 391. FISCHER W. (Berlin). Ueber Naevus anaemicus. Archiv für Syph. und Dermat. t. XCVII z. 1. STEIN (Bern). Ueber Naevus anaemicus. Archiv t. CI z. 2—3.

Już po napisaniu mej pracy ZÖRNER w ostatnim zeszycie *Archiv für Dermatologie* (Tom CXI, z. 1. 1912 str. 149) ogłosił w artykule p. t. „Zirkumscripte Dermatoanämien“ (Leukischämien) nowe spostrzeżenie, dotyczące się znamienia bladego. Spostrzegał on w 3-ch przypadkach (u kobiet) w przebiegu spraw zapalnych zmiany na skórze o charakterze znamienia bladego, przedstawiające się jako białe obwódki, otaczające dookoła ogniska zapalne, które w ciągu 2-u—3-ch dni zniknęły. Poprzednio już BRAUER opisał przypadek nieznaney do tego czasu wysypki syfilitycznej pod postacią białych błyszczących plam, kół, i pasów, posiadających cechy charakterystyczne znamienia bladego, które w ciągu tygodnia zginęły pod wpływem leczenia kalomelem.

Upatrując pewne podobieństwo pomiędzy sprawami anemicznymi a barwikowemi (wrodzonymi — *naevus spilus*, *leucopathia congenita partialis*, i nabytymi — *vitiligo*, *leukoderma*, *chloasma*) VÖRNER rozróżnia dwie typowe postaci omawianych zmian na skórze. Pierwszą nazywa „*Dermatoanämia circumscripta congenita sive Naevus anaemicus*“, drugą — *Dermatoanämia circumscripta acquisita sive Leukischämia*. Do tej ostatniej grupy należy przypadek BRAUER'a i powyższe spostrzeżenia VÖRNER'a. Dalsze badania niewątpliwie rozświecą tę sprawę.

II. Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH.

## Lymphogranulomatosis (*Morbis Hodgkin*).

Podał

**Dr Stanisław Klejn,**  
ordynator oddziału.

Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 16-go stycznia 1912.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 13).

Wracając do obrazu zmian anatomicznych, musimy przede wszystkim zająć się charakterystyką zmian, napotykanych ze strony gruczołów chłonnych, gdyż ma to ważne znaczenie dla rozpoznania, zarówno za życia chorych, jak i po ich śmierci. Oddzielne powiększone gruczoły zewnętrzne (np. szyi) często dochodzą do sporych rozmiarów; widywałem oddzielne gruczoły wielkości pomarańczy, a nawet pięści; przeważnie jednak guzy są mniejsze, wielkości śliwki, orzecha włoskiego. Gruczoły powiększone zlewają się w duże, napozór jednolite, pakiety, ale przy dokładnem badaniu można zauważyć wyraźne granice między oddzielnymi guzami, których powierzchnie są spłaszczone od wzajemnego ucisku; można nawet taki spory guz rozłożyć na oddzielne jego części — gruczoły powiększone ew. nowowytworzone. Budowę tę gruczołową guzów granulomatycznych można często i za życia już zauważyć, szczególnie na guzach szyi; znajdujemy wtedy obok dużych — minimalne gruczoły, a właściwie guziczki granulomatyczne, nieraz wielkości łebka od szpilki, w sporej stosunkowo liczbie. Przyczyną tego zjawiska jest fakt, nieulegający kwestyi w stosunku do guzów granulomatycznych, że sprawa choroby bardzo rzadko szerzy się na otoczcce gruczołu i nie infiltruje jej, wskutek czego guzy nie zrastają się z sobą i, co jest bardzo ważne, ze skórą. Zdarzają się tu jednak wyjątki, a mianowicie rozmiękczenie guzów i zaczerwienienie skóry. Tak w jednym przypadku znalazłem guzy w jamie brzusznej rozmiękczone, w innym zaś przypadku kol. LUBLINERA, o którym jeszcze pomówię, guzik, wyłuszczone do badania, okazał się rozmięczonym częściowo, a skóra nad guzem nawet była zaczerwieniona i zrosnięta z nim.

Inaczej przedstawiają się zmiany w narządach mięszo-wych. Co się tyczy śledziony i wątroby, to narządy te mogą okazać się mikroskopowo niezmienione, co najwyżej obrzmiałe. Często jednak widzi się, szczególnie w śledzionie, rozmaitej wielkości biało-szarawe lub czerwone guziki, od ledwo widocznych aż do dochodzących wielkości śliwki. Guziki te biało-szarawej barwy często mają niezbyt wyraźne granice, a rozsiane po powierzchni

przekroju śledziony nadają jej wygląd porfiru (BENDA), albo, jeśli kto woli, przekroju kielbasy, salcesonu.—Takie same guzy, nieraz kolosalne, mogą występować w wątrobie; tu jednak zwykle zmiany są ledwo widoczne, a nieraz tylko pod mikroskopem.

Na przekroju guzy granulomatyczne są dość suche, dają mało soku, barwę mają biało-szarawą, powierzchnia przekroju jest często niezupełnie równa, jakby pobrużdżona, zrazikowata. Często na szaro-białem tle widać wyspy żółtawe, zupełnie prawie suche: są to części nekrotyczne granulomatu, bardzo charakterystyczne dla tego cierpienia. Nekroza rzadko sięga większych rozmiarów. W pewnym jednak przypadku, który niedawno obserwowałem, wszystkie guzy granulomatyczne płaskie wielkości kopiejki, umiejscowione na jednej stronie szyi (innych zmian nie było) i usunięte przez chirurga, okazały się całkowicie uległe nekrotyzacji, na samym tylko obwodzie gruczołów udało mi się tylko pod mikroskopem znaleźć wąziutki pasek tkanki limfatycznej, poczęści granulomatycznie zmienionej. Taka jednak rozległa martwica rzadko się zdarza w naszej chorobie, wielkość ognisk nekrotycznych przeważnie jest minimalną, widoczną nieraz tylko pod mikroskopem i, jako taka, jest bardzo charakterystyczna dla L.

ZIEGLER sądzi, że nekroza owa nie jest zjawiskiem ściśle złączonym ze sprawą chorobną, lecz powikłaniem jej przez inne, z zewnątrz pochodzące, zakażenie. Charakterystyczną w każdym razie, sądzę, pozostaje łatwość i częstość, z jaką, choćby pod wpływem powyższej przyczyny, nekrozy te powstają.

Odmienne cokolwiek przedstawia się granulomat śródpiersi, które, jak to tuż zauważyłem, może być jedynym umiejscowieniem choroby. Tu często guz przedstawia się w postaci masy zrośniętych z sobą gruczołów, ze słabo nieraz widoczną między nimi granicą, uciskających zwykle tchawicę i oskrzela, a co ważniejsze, infiltrujących nakształt nowotworu złośliwego sąsiednie tkanki. Te właśnie guzy dawniej, a nawet często i obecnie, bywają błędnie rozpoznawane jako limfosarkomaty. Przypadków takich infiltrujących widziałem dwa.

W kościach niezbyt częste zmiany przedstawiają się w postaci guzów, niszczących kość i wychodzących z okostnej, a także w postaci drobnych guzików, rozsianych po całym szpiku kostnym.

Bardzo rzadko choroba sadowi się w migdałkach i w kiszkach, rzadko stosunkowo zajęta bywa opłucna, gdzie granulomaty przedstawiają się w postaci okrągłych guzików, wystających do jamy opłucnej. Rzadko również rozwijają się guziki, granulomatyczne na błonie śluzowej tchawicy, oskrzeli, w moczowodach i drogach żółciowych. Jakie to objawy kliniczne dać może i jakie to przedstawia trudności rozpoznawcze, nie potrzebuję chyba dodawać. W ostatnich dniach widziałem r z adki obraz granulomatu krtani, który dawał objawy zwężenia tak, że trzeba było wykonać tracheotomię. Było to w przypadku kol. LUBLINERA, gdzie jednocześnie istniał granulomat obu stronny szyi.



Bardzo ważnym jest fakt, że w sporej liczbie przypadków można w typową granulomatycznie zmienionych tkankach znaleźć jednocześnie typowe zmiany gruźlicze w postaci gruzelków; widywano także obok tego gruźlicę rozmaitych narządów, przeważnie płuc i kiszek, a nawet gruźlicę prosówkową lub zwyrodnienie skrobiowate narządów.

Przebieg choroby bywa następujący: Chory znajduje u siebie nagle jakiś niewielki niebolesny gruczołek na szyi, pod pachą lub w pachwinie. Guzik taki, najczęściej po pewnym czasie, poczyną szybko, bo w ciągu kilku dni, ewentualnie tygodni, rosnać; obok niego zjawia się drugi i trzeci taki sam guzik, szybko rosnący, i w krótkim czasie chory znajduje już u siebie pakiet gruczołów okrągły, nierówny, wielkości od mandarynki do pięści, a nawet główki dziecka. Guzy te z początku dość miękkie, ruchome i nie - zrosnięte ze skórą, składają się wyraźnie z oddzielnych części rozmaitej wielkości. Guzy granulomatyczne mogą także paciorkowato się układać wzdłuż jednej strony szyi albo też pod szczęką dolną, gdzie, rosnać, wytwarzają kolosalnej wielkości podbródek. W ogóle rozmaicie szybki wzrost oddzielnych guzików granulomatycznych powoduje najrozmaitsze dziwaczne nieraz formacje guzów na przestrzeni między głową a tułowiem. Kilka przykładów takich zademonstruję później na epidiaskopie, co zastąpi najszczegółowszy opis.

Sprawa niezawsze ogranicza się do szyi tylko, często bowiem zjawiają się oprócz tego spore guzy na karku, pod pachami, w pachwinach, na bokach klatki piersiowej i w rozmaitych miejscach pod skórą, słowem wszystkie dostępne badaniu gruczoły okazują się powiększonymi. Niekiedy już na samym początku choroby, zwykle jednak później, zjawia się powiększenie śledziony i wątroby, dość wyraźne. Śledziona jest gładka, niebolesna, obok niej lub w okolicy kręgosłupa można wyczuć wtedy guzy podobne co do konfiguracji do guzów szyjnych.

W innych znów przypadkach stopniowo, a niekiedy dość szybko, rozwijają się objawy guza śródpiersia, poprzedzane niezawsze przez powiększenie innych gruczołów, najczęściej nadobojczykowych.

Guzy granulomatyczne, doszedłszy do pewnych rozmiarów, mało się dalej zwiększają, przeciwnie nawet zmniejszają się niekiedy bardzo wyraźnie i nieraz dość szybko, głównie wskutek rozwoju w nich tkanki łącznej, albo też wskutek nagłego lub też stopniowego odpływu z nich nagromadzonej limfy. Są one wtedy bardzo twarde. Jest to objaw bardzo charakterystyczny dla L., posiada on duże znaczenie rozpoznawcze.

W niektórych przypadkach, co prawda niezmiernie rzadko się zdarzających, ale zato tembardziej zasługujących na uwagę, pierwsze zmiany granulomatyczne sadowiają się nie w gruczołach, lecz w innych narządach i tkankach. Tak np. w przypadku moim, dotyczącym 29-letniego mężczyzny, pierwotny guz zjawił się w jądrze, które wraz z guzem, początkowo uważanym za

mięsak, usunięto drogą operacyjną; już w okresie zdrowienia po operacji zjawily się guzy niewielkie w jamie brzusznej, wkrótce potem guzy na szyi. Przejrzany przezemnie preparat guza jądra wykazywał wyraźne zmiany granulomatyczne z dość rozległą nekrozą. Przypadek ten jeszcze i z tego względu jest ciekawy, że w kilka tygodni po zjawieniu się guzów brzusznych, w ciągu jednej nocy wystąpiło nagłe obrzmienie gruczołów szyjnych odrazu wielkości śliwki. Tu niewątpliwie grały rolę oprócz sprawy kardynalnej zaburzenia cyrkulacyjne w limfie.

Analogiczny przypadek odrębnej lokalizacji pewnych zmian opisał SALOMON u kobiety, u której usunięto granulomatyczny guz więzusa szerokiego, w krótkim czasie zjawila się rozległa granulomatoza jamy brzusznej. Sądzę, że podobny sposób rozwijania się granulomatozy zdarza się może częściej, niżby to się napozór zdawało, sporo bowiem guzów granulomatycznych do ostatnich prawie czasów uważano nawet przy badaniu mikroskopowym za mięsaki.

W początkowych okresach choroby poza zwiększonymi gruczołami lub guzami rozmaitych okolic ciała, szczególnie gdy sprawa nie jest zbyt rozległa, nie znajdujemy często żadnych objawów, któreby wskazywały, że choremu grozi jakieś niebezpieczeństwo. Gruczoły same są przeważnie niebolesne, chociaż niekiedy chorzy skarżą się na rwanie w nich; chorzy wyglądają dobrze, czują się względnie nieźle, co najwyżej może im dokuczać mechaniczna obecność guzów, a jedynie we znaki dają się objawy zwężenia dróg oddechowych, rozwijające się zazwyczaj dość szybko i wcześnie.

W niektórych przypadkach zjawiają się pewne objawy ze strony skóry w postaci swędzących wysypek, podobnych niekiedy do świerzbiączki (*prurigo*), pokrzywki lub wyprysku, które bez powodu znikają, ażeby po jakimś czasie znów wrócić. Niekiedy znów zmiany na skórze występują wprost jako guzy skóry, jako granulomatoza skóry, o bardzo charakterystycznym wyglądzie, stanowiącym wprost przejście do *mycosis fungoides*. Podczas samego przebiegu choroby widywałem bardzo często gwałtowne swędzenie skóry i bardzo wyraźną skłonność do potów, nawet bez wysokiej gorączki. Objawów ze strony kiszek, żołądka i t. d., jakie niekiedy zjawiają się jeszcze przed wystąpieniem guzów granulomatycznych, trudno uważać za prodromalne, nie przedstawiają one dla tej choroby nic charakterystycznego.

Z biegiem czasu zjawiają się znane objawy następstwa obecności guzów rozmaitych okolic ciała, które zbyt są znane, żebym je tu potrzebował wyliczać, zwrócę tylko uwagę na gwałtowne bóle i objawy paratyczne, mogące wystąpić wskutek ucisku guzów granulomatycznych na korzonki i sploty nerwowe, albo też na nerwy w ogóle. Tak np. w przypadku wyżej przytoczonym guza jądra, bóle uciskowe w brzuchu były tak gwałtowne i stałe, że chory wciąż się domagał narkotyków, które przyjmował w dawkach kolosalnych. Z innych objawów uciskowych zanotować należy żółtaczkę, której przyczyna—nieduże guzy

peryportalne lub zajęcie granulomatyczne dróg żółciowych—jest często niedostępna dla badania.

Jeden jednak objaw zasługuje na baczną uwagę, gdyż niezmiernie rzadko (przeważnie czasowo) go brak. Przynajmniej osobiście nie widziałem ani jednego przypadku L., gdzieby tego objawu nie było. Objawem tym są p o r u s z e n i a g o r ą c z k o w e rozmaitego natężenia i rozmaitego charakteru, o typie przeważnie mało charakterystycznym dla naszej choroby, ale przez to nabierającym pewnego znaczenia. Gorączka w większości przypadków, nawet daleko posuniętych, może dochodzić wieczorem najwyżej do 38°, zwykle całymi tygodniami wynosi zaledwie 37,8°, rano spadając do normy. Tak może nieraz trwać miesiące całe, a nawet dłużej, niż rok, poczem zaczynają się zjawiać od czasu do czasu podskoki. W innych znów przypadkach ciepłota jest znacznie wyższa i przedstawia typ zwalnający z rozmaitej długości przerwami, podczas których ciepłota nie o wiele przenosi normę. Zaznaczyć należy, że wysokość gorączki nie stoi w żadnym związku z rozległością sprawy chorobnej.

Pozatem istnieje cały szereg przypadków o t y p i e g o r ą c z k i w y r ą z n i e p o w r o t n y m, trwającym miesiące całe, nawet rok przeszło. Zdarza się przytem, że w każdym okresie gorączkowym gruczoły i śledziona powiększają się, a ze spadkiem ciepłoty poczynają się zmniejszać, przyczem chory w ogóle znakomicie się poprawia. Przypadków takich naliczył FABIAN w piśmiennictwie ze 30.

Przypadki te dały w swoim czasie powód PELOWI i EBSTEINOWI do nazwania tych przypadków przewlekłą gorączką powrotną gruczołową. Podobny przypadek był u nas opisany w r. 1889 przez HEWELKEGO i, jak na owe czasy, bardzo trafnie nazwany *lymphomatosis retroperitonealis maligna cum feбри recurrente*. W r. 1890 widziałem podobny przypadek, który opisałem jako białaczkę wrzekomą z gorączką powrotną. Była to niewątpliwie granulomatoza. Otóż p r z y p a d k i t e z g o r ą c z k ą p o w r o t n ą są o tyle ciekawe, że p r z e b i e g a j ą n i e r a z n a d z w y c z a j s k r y c i e i bywają często, jak np. u kol. HEWELKEGO, nierozpoznawane aż do śmierci, a to dlatego, że często b r a k t u z u p e ł n i e p o w i ę k s z e n i a g r u c z o ł ó w z e w n ę t r z n y c h, albo powiększenie to jest minimalne, nie rozległe i późno się zjawia, a jedyną lokalizacją choroby są gruczoły pozaotrzewnowe, które w razie niezbyt znacznego ich powiększenia, albo też przy silnem wzdęciu kiszek mogą pozostać nieujawnione. W takich razach, przy obecności umiarkowanej powiększonej śledziona, rozpoznaje się wszystko—tylko nie L., a najczęściej tyfus, a to tem łatwiej, że często próba WIDALA i dwuazowa wypadają dodatnio, a obraz mikroskopowy krwi może być bardzo podobny do tyfusowego.

Od czego typ ten powrotny gorączki zależy, trudno napewno powiedzieć; sądzę, że można się tu zgodzić z ZIEGLER'em, że pewną rolę gra tu powikłanie jakimś nowem zakażeniem, które według niego ma być

przyczyną owych często napotykanych w guzach granulomatycznych ognisk nekrotycznych. Co się tyczy przyczyny gorączki, w ogóle występującej w L., to tu niewątpliwie grają rolę czynniki infekcyjne — cierpienie to bowiem jest niewątpliwie pochodzenia zakaźnego.

Jednocześnie z wzrostem lub generalizacją guzów w większości przypadków choroby poczynają chudnąć, tracą łaknienie, rozwijają się objawy anemii, która niekiedy sięga wysokiego natężenia. Tak np. w ostatnio obserwowanym przezemnie przypadku, dotyczącym 23-letniej kobiety z guzem wielkości grubej, nierównej kiełbasy, usadowionym na prawej stronie szyi, umiarkowaną powiększoną śledzioną, obok której wyczuwał się pakiet gruczołów wielkości mandarynki, i gorączkującą dość silnie, jeszcze w marcu 1911 r. znalazłem 2,304,000 kr. cz. i hemoglobiny 25%. Chora ta jednak po As. znacznie się poprawiła, guzy się znacznie zmniejszyły (pozostał tylko guzik na szyi wielkości śliwki i takież koło śledziony), ale już po 2-u miesiącach chora pokazała się znów z guzami znacznie większymi, niż za pierwszym razem (nowych umiejscowień choroby nie było), z gorączką jeszcze wyższą i z liczbą kr. cz. 1,444,000, przy zawartości hemoglobiny 19%. (Preparat z guza tej chorej wystawiony jest pod jednym z mikroskopów). Taka jednak anemia jest objawem stosunkowo rzadkim w tej chorobie, obserwowałem przypadki bardzo rozległej L. aż do samej śmierci i ani razu anemia nie dochodziła w przybliżeniu nawet do tego kresu, a często wcale jej nie było. Toteż przypuszczać należy, że czynnik, wywołujący L., niema w sobie własności hemolitycznych ani hemoftyzycznych, tam zaś gdzie się rozwija wybitna anemia, w grę wchodzi zupełnie inne czynniki, z istotą choroby nie mające ścisłego związku.

Swoją drogą, pomimo braku anemii, chorzy wciąż chudną, wpadają z czasem w charakterystyczne, skóra zabarwia się na kolor brunatny, często pozostaje z nich, jak to mówią, skóra i kości i, jeżeli los nie ulituje się nad nimi przez zesłanie na nich jakiegoś ciężkiego, powikłania, wywołującego zejście śmiertelne—umierają wprost z wycieńczenia.

Jakkolwiek przebieg choroby w większości przypadków jest przewlekły, to jednak zdarzają się niewątpliwie przypadki L., które w ciągu kilku miesięcy, a nawet tygodni kończą się śmiercią; przypadki te w swoim czasie nazwał Eberstein ostrą białaczką wrzekomą. Najczęściej przypadki te przebiegają w postaci gorączki powrotnej, albowiem nietypowo bez powiększenia gruczołów zewnętrznych, dopiero przy sekcji znajdują się zmiany w jamie brzusznej, często wcale nierozległe. Przypadek taki opisał między innymi A. OPPENHEIM: <sup>1)</sup> 33-letni mężczyzna nagle zachorował przy objawach żołądkowych, choroba trwała już 14 tygodni. Objawy kliniczne były po-

<sup>1)</sup> Virch. Arch. t. IV. Folia haemat. t. XII str. 37.

dobne do tyfusu; szybko rozwinęła się anemia z obrzmieniem wątroby i śledziony. Sekcja wykazała typowe zmiany granulomatyczne w śledzionie i wątrobie i w umiarkowanie powiększonym gruczole na *tripus Halleri*. Inne gruczoły były niezmiennione. Podobny przypadek opisał F. VYSUSIL<sup>1)</sup>

W przypadku znów BEITZKIE'go<sup>2)</sup> choroba trwała 4 tygodnie, tak samo w przypadku HIRSCHFELD'a i ISAAC'a<sup>3)</sup>. Tu pierwsze objawy ze strony gruczołów zewnętrznych rozwinęły się w ciągu 4-ch tygodni, wystąpiła anemia, wysoka gorączka i po dalszych 2-u tygodniach śmierć. Narządy zewnętrzne z wyjątkiem śledziony były niezajęte. ZIEGLER w swojej monografii podaje 5 podobnych przypadków, a ostatnio MEYER jeden.

Analogiczny przypadek spostrzegalem latem roku ubiegłego w szpitalu żydowskim. Mężczyzna 51-letni, atletycznej budowy, który przed laty przebył tyfus brzuszny, przyjechał z Białegostoku, gdzie przed 4-ma tygodniami zachorował nagle: łamanie rąk i nóg, kaszel suchy, gorączka i obfite poty, które kilkakrotnie się powtarzały; po kilku dniach wystąpiła rozlana wysypka szkarłatna, lekko swędząca; przy badaniu znalazłem powiększoną wątrobę z bolesnym lewym płatem, ledwo wyczuwalną śledzionę i objawy krwotocznego zapalenia nerek. Na szyi z lewej strony sznur gruczołów płaskich, oddzielne powiększone gruczoły *in reg. nuchae*, pod pachami, w pachwinach. We krwi 12,000 leukocytów, przeważnie neutrofilowych i 15% eozynofilów. PIRQUET, WIDAL i WASSERMANN ujemny. Ogólny stan bardzo ciężki, gorączka po 2-u dniach pobytu w szpitalu spadła do normy, jednocześnie gruczoły zmniejszyły się; po 6-iu dniach bezgorączkowych, podczas których zaczęła się śpiączka, znowu zjawiała się wysoka gorączka, rozwolnienie i objawy obustronnego wysięku krwotocznego w jamie opłucnej. Chory zmarł po 3-tygodniowym pobycie w szpitalu.

Aczkolwiek w danym przypadku sekcji wykonać nie mogłem, to jednak, po wykluczeniu tyfusu, gruźlicy, *endocarditis*, cały obraz przemawiał za L. ostrą, a to szczególnie ze względu na obecność gruczołów na szyi oraz wahania w ich objętości.

Z drugiej znów strony zdarzają się, o ile sądzić można, przypadki L. tr w a j ą c e w y j ą t k o w o d ł u g o; FABIAN w swem zestawieniu podaje ich kilka z okresem trwania aż do 20-u lat, sądzę, że przypadki te pochodzące z czasów dawniejszych, albo też tyżące się chorych, żyjących jeszcze po dziś dzień, i nie zbadane mikroskopowo, nie wytrzymują pod względem rozpoznawczym ścisłej krytyki, dlatego też na razie poprzestajemy na zanotowaniu możliwości powyższej. [D. c. n.].

<sup>1)</sup> Czasopis. lekar. ceskych 1911 № 2. Folia haemat. t. XII str. 35.

<sup>2)</sup> Verh. d. d. p. G. 1909.

<sup>3)</sup> Med. Klinik. 1907.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### Postępy w leczeniu ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej.

(*Peritonitis diffusa acuta*).

Podał

**Dr Wacław Dobrowolski.**

Jednym z najbardziej żywotnych zagadnień medycyny praktycznej, zwłaszcza chirurgii, pozostaje dotychczas sprawa leczenia ostrych ropnych nieotorbionych zapaleń otrzewnej.

Wyrazem aktualności tej sprawy jest ciągle omawianie jej nie tylko w pracach oddzielnych autorów, lecz i w zbiorowych dyskusjach na ostatnich zjazdach lekarskich różnych krajów, że przytoczymy tu 38-y zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie w kwietniu 1909 r., 79-y zjazd lekarzy angielskich w Birminghamie w lipcu 1911 r., oraz 24-y zjazd chirurgów francuskich w Paryżu w październiku 1911 r.

Z tej wszechstronnej wymiany zdań, opartych na bardzo obfitym materiale klinicznym, łatwo się przekonać, iż w ostatnich latach chirurgia zrobiła znaczne postępy w leczeniu tego cierpienia, które do niedawna niemal w 96% przypadków uważane było za bezwzględnie śmiertelne. I nie ulega wątpliwości, że pozostanie ono zawsze groźnym, albowiem ze strony samej otrzewnej istnieją czynniki, utrudniające w bardzo znacznej mierze sprawę leczenia, a mianowicie: rozległość powierzchni surowiczej, wielka zdolność chłonięcia, wreszcie nadzwyczajna nieregularność powierzchni jamy otrzewnej z licznymi zagłębieniami, co wielce utrudnia chirurgowi dokładne usunięcie wszelkiej zawartości patologicznej z tejsze jamy. Jednakowoż, obok tych czynników szkodliwych, otrzewna, jak wiadomo, posiada wcale niezłe środki obronne, jak sieć, bogatą w składniki limfatyczne i bardzo ruchomą, łatwość wytwarzania zrostów naokoło ognisk zapalnych, wreszcie — ciśnienie dodatnie wewnątrz jamy brzusznej, co ułatwia wydalanie nagromadzonych cieczy na zewnątrz przez otwór, wykonany w ścianie brzusznej.

Zadaniem tedy chirurga jest, o ile możności, wyzyskać i spotęgować naturalne środki obrony, któremi obdarzona jest otrzewna; jednocześnie zaś należy z całą planowością prowadzić leczenie objawowe, które tutaj posiada niezmierną wagę.

Zanim jednak przejdziemy do przedstawienia szczegółów samej metody leczniczej, stosowanej w chwili obecnej, należy bliżej określić, co rozumieją pod mianem *peritonitis diffusa acuta* autorzy, którzy otrzymali w tem cierpieniu wyniki pomyślniejsze, niż można byłoby się spodziewać. Naogół biorąc, gdy zachodzi mowa o *peritonitis diffusa*, zazwyczaj staje nam przed oczami obraz chorego z mocno wzdętym brzuchem, z zimnemi kończynami, nitkowatym tętnem etc. — jednym słowem, stan zupełnie beznadziejny, stan zapaści, ogólnego zatrucia i zakażenia.

Toteż, gdy w swoim czasie MURPHY ogłosił, że na 49 operacji z powodu rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej miał tylko 2 zejścia śmiertelne, lub FOWLER—15 przypadków *peritonitis diffusa ex appendicitide*, zakończonych pomyślnie po zabiegu operacyjnym, publikacje te zostały przyjęte w europejskim świecie lekarskim gorzej, niż sceptycznie. A tymczasem chirurgowie amerykańscy bynajmniej nie popełniali błędu naukowego, używając dla wspomnianych przypadków terminu *peritonitis diffusa*, skoro po otwarciu jamy brzusznej znajdowali np. wyrostek robaczkowy w stanie zgorzeli i ropę swobodnie rozlaną pomiędzy pętlami jelit cienkich w okolicy kątnicy, bez żadnych zrostów, bez żadnej tendencji do otorbienia. Istotną bowiem cechą dla *peritonitis diffusa* stanowi nie rozległość sprawy zapalnej w danej chwili, lecz brak najmniejszej skłonności do samoistnego jej ograniczenia się — przeciwnie: dążność do rozszerzania się. A zatem, czy nieotorbiona ropa zajmuje dopiero jeden dół biodrowy, czy obadwa doły, czy tylko górną część jamy brzusznej, czy wreszcie całą jamę — w każdym z tych przypadków mamy prawo mówić o *peritonitis diffusa*, tylko że w pierwszym z nich sprawa zapalna znajduje się w początkowym okresie swego rozwoju, zaś w ostatnim mamy już do czynienia z t. zw. *peritonitis generalis*, gdzie też sprawa zapalna dosięgła maximum swego rozwoju i doszczętnie zatrzała chorego organizm. Jeżeli statystyka lat ostatnich wykazuje znacznie zwiększony odsetek wyzdrowień z *peritonitis diffusa*, to przede wszystkim dzięki zastosowaniu odpowiednich zabiegów w początkowych okresach tego cierpienia, przez co nie dopuszczono do powstania w tych przypadkach *peritonitis generalis*, jakkolwiek, zresztą, tu i owdzie zdarzają się przypadki wyzdrowienia nawet i z tego okresu zapalenia. Otóż, niedowierzanie, z jakim przyjęto pierwotnie odnośne statystyki chirurgów amerykańskich, a później i niektórych europejskich, wynikało z niewłaściwego utożsamiania terminów *diffusa* i *generalis*. (Nawiasem mówiąc, przymiotnik *generalis* niezbyt trafnie określa prawdziwy stan rzeczy, boć chyba wyjątkowo zdarza się, aby sprawa zapalna obejmowała całą anatomiczną powierzchnię otrzewnej ze wszystkimi jej uchyłkami i zaulkami od miednicy aż do przepony). Aby tedy uniknąć nieporozumień, wynikających z niejednakowej interpretacji danego miana anatomo-patologicznego, LENNANDER słusznie zaproponował zarzucenie nazwy *peritonitis diffusa*, z zamianą jej na termin *peritonitis libera*, które przeciętnie daje taki obraz kliniczny: na twarzy chorego maluje się uczucie przestachu, tętno i oddech przyśpieszone, wyraźna bolesność całego brzucha, *meteorismus*, zatrzymanie stolca i wiatrów, wymioty, skurcz ściany brzusznej, dochodzący częstokroć do „*ventre de bois*“.

Określiwszy w ten sposób pojmowanie terminu *peritonitis diffusa*, przechodzimy do przedstawienia współczesnej metody postępowania leczniczego w tem cierpieniu, oraz osiągniętych tą drogą wyników.

Jak łatwo się domyśleć, pierwszym warunkiem leczenia musi być tutaj jaknajwcześniejsze usunięcie bezpośredniej przyczyny, wywołującej sprawę zapalną w otrzewnej, a dalej — usunięcie z jamy otrzewnej wszelkiej zawartości nienormalnej, czy będzie nią jakiegokolwiek ciała obce, czy wysięk zapalny: jednym słowem, powszechnie uznane zasady postępowania chirurgicznego. Jakkolwiek tedy, według zdania TÉMOIN'a, „il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement médical de la péritonite“, jednakowoż nie można zaprzeczyć, że istnieją pewne postaci ostrego zapalenia otrzewnej, gdzie wystarczy tylko leczenie wewnętrzne. W swoim czasie już LUCAS—CHAMPIONNIÈRE zaznaczał, co i obecnie potwierdza HARTMANN, że w lekkich ostrych zapaleniach otrzewnej

pooperacyjnych (nieznaczna gorączka, przyspieszone tętno, *meteorismus*, zatrzymanie stolców) zastosowanie środków wyciszających oddaje niezaprzeczone usługi i prowadzi do wyzdrowienia. Leczenie wewnętrzne nadaje się również w znacznej liczbie przypadków zapalenia naokoło woreczka żółciowego, tam bowiem sprawa rzadko się kończy przedziurawieniem. Z drugiej strony, istnieją takie przypadki zapalenia otrzewnej, gdzie zabieg chirurgiczny już nic dobrego zdziałać nie może, a przeciwnie — może tylko przyspieszyć zgon chorego. Odnoszą się tu postaci „ultra-septycznego” zakażenia otrzewnej, gdzie zmiany, resp. reakcja otrzewnej, są minimalne, i które zasługują raczej na miano posocznicy — w tych przypadkach zmuszeni jesteśmy powstrzymać się od zabiegu operacyjnego wobec jego bezskuteczności. DÉPAGE wspomina też o specjalnie groźnej postaci, nazywając ją „forme gangréneuse à microbes anaérobés”, które wytwarzają jad tak silny, że organizm nie może zdobyć się na żadną reakcję — przypadki takie (DÉPAGE miał ich 3) zawsze kończą się śmiercią.

Co się tyczy chorych, będących już *in extremis*, to i tu znajdują się, zresztą niezbyt liczni, zwolennicy zabiegu chirurgicznego, przyczem jedni z nich, (jak np. AUVRAY), operują każdy bez zastrzeżeń przypadek, drudzy zaś (LAFOURCADE) zastrzykują przedewszystkiem środki, które podnoszą czynność serca, jak kamforę, kofeinę, etc.; jeżeli pomimo zastosowania tych środków skurcze serca nie stają się energiczniejsze, lub istnieje efekt tylko bardzo krótkotrwały, wówczas nie przystępują do operacji.

Jednym słowem, zabieg chirurgiczny jest przeciwwskazanym tylko w dwu krańcowo przeciwnych postaciach zapalenia otrzewnej: bardzo lekkich i bardzo ciężkich, beznadziejnych. Wszystkie zaś postaci pośrednie, a więc olbrzymio przeważająca większość przypadków, podlega leczeniu wyłącznie chirurgicznemu, a więc, o ile możności, przyczynowemu.

Jak wiadomo, przyczyny ostrego zapalenia otrzewnej stanowią:

- 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego.
- 2) Dur brzuszny.
- 3) Wrzód żołądka i dwunastnicy.
- 4) Rany brzucha z uszkodzeniem trzew.
- 5) Tępe urazy brzucha z pęknięciem trzew.
- 6) Schorzenia uchyłku MECKEL'a.
- 7) Zapalenie przydatków macicznych.

Ostatnia z wymienionych tutaj pozycji wymaga pewnego omówienia, a mianowicie: zakażenie przydatków macicznych, zależne zazwyczaj od dwoinki tryprowej, wywołuje przy swym normalnym przebiegu zmiany tylko w otrzewnej miednicznej i łatwo ulega otorbieniu. Jeżeli jednak taki otorbiony ropniak jajowodu pod wpływem urazu (JAWORSKI) pęknie i zawartość swą wyleje do wolnej jamy otrzewnej, lub jeżeli sprawa zapalna w przydatkach powstała wskutek zakażenia paciorkowcowego, gronkowcowego lub pneumokokkowego (*abortus*), lub wreszcie nastąpiło wtórne zakażenie przez drobnoustroje jelitowe, wówczas łatwo występuje typowe *peritonitis diffusa acuta*.

We wszystkich wyżej wymienionych grupach zapalenia otrzewnej w cze ś n i e dokonana operacja wykazała niewątpliwą swą wartość.

Sama technika postępowania chirurgicznego w ostatnich latach została opracowaną nadzwyczaj szczegółowo, obejmując nie tylko sam akt operacji, lecz także zabiegi przed- i pooperacyjne.



Przedewszystkiem, w każdym przypadku *peritonitis libera*, nawet najbardziej nagłym, należy przed operacją wzmocnić siły chorego przez wlewanie podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej, wstrzykiwanie olejku kamforowego, bądź strychniny, etc. Jeżeli chory wymiotuje obficie cieczą zieloną, lub kawowo-brunatną, jeżeli żołądek jest wyraźnie rozszerzony, należy nieodzownie go przemyć, aby w trakcie operacji zawartość żołądka nie przedostała się do dróg oddechowych. Pole operacyjne zostaje odkażone tylko nalewką jodową. Co do znieczulenia, to jedna tylko metoda jest tu przeciwwskazaną — znieczulenie lędźwiowe, jako obniżające działalność serca. (HARTMANN).

Odnośnie do cięcia powłok brzusznych, to miejsce dla niego powinno być tak wybrane, aby po otwarciu jamy brzusznej można było: 1) dotrzeć jaknajłatwiej i jaknajszybciej do źródła zakażenia (zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, przedziurawione jelito, etc.) i 2) usunąć produkty zapalne, resp. wszelką zawartość nienormalną z jamy brzusznej. Gdy istnieją wątpliwości co do punktu wyjścia zakażenia otrzewnej, należy poprowadzić cięcie przedewszystkiem pośredkowe, do którego potem, w razie potrzeby, można dodać cięcie dogodniejsze. Liczba cięć i ich rozległość zależy, oczywiście, od rozległości samej sprawy zapalnej, względnie czasu jej trwania. Naogół jednak, do niedawna ustalony pogląd o konieczności liczych otworów w jamie brzusznej, w celu skutecznieszego jej sączkowania, został poważnie zachwiany przez niektórych chirurgów (HARTMANN, BAUER, LECÈNE), którzy twierdzą, że dążenie do możliwie najdokładniejszego i doraźnego usunięcia z jamy otrzewnej wysięków zapalnych jest zbyt szkodliwym, skoro pierwotne źródło zakażenia zostało już usunięte, pomijając już ten fakt, że anatomiczne warunki jamy brzusznej *a priori* nie pozwalają na całkowite usunięcie tych ciał. Ta ewolucja dawnego poglądu, opierająca się z wielkiem zaufaniem na sile samoobronnej otrzewnej, dochodzi do tego, że wskazanie do sączkowania upatruje nie w obecności ropy w jamie brzusznej, lecz w znajdowaniu się tam cząsteczek, które nie mogą być wessane, jak oto: obumarłe strzępki surowicówki, liczne błony wrzekome (*membrana spuria*), resztki pokarmowe, wreszcie obecność krwawiącej powierzchni. Zgodnie z tem, w bardzo świeżych i mało złośliwych (badanie krwi, tętno i ciepłota) przypadkach, gdzie zmiany w otrzewnej nie są jeszcze zbyt głębokie i zbyt rozległe, szkoła francuska, a z niemieckiej — SONNENBURG, oraz w Szwecyi BAUER, uważają za odpowiednie, po usunięciu pierwotnej przyczyny i wybraniu nieznaczного wysięku, nawet całkowite zamknięcie jamy brzusznej.

Sprawa tualety otrzewnej, czyli doraźnego jej oczyszczenia tą lub inną drogą w czasie samej operacji jest dotychczas przedmiotem gorących sporów. Dyskusya toczy się tutaj około dylematu: czy przemywać jamę brzuszną, czy też oczyszczać ją *à sec*, t. j. wybierać zawartość jamy otrzewnej gazą (suchą, bądź też lekko zwilżoną)? Naogół można powiedzieć, że szkoła francuska nie przemywa otrzewnej, natomiast anglicy, a zwłaszcza niemcy, z REHN'em na czele, stanowczo opowiadają się za tą metodą. Podczas gdy MONPROFIT zaznacza, że „les grands lavages abdominaux ont fait leur temps: ils ont plus tué de monde qu'il n'en ont guéri“, NOETZEL uważa przemywanie za nieodzowne w ciężkich przypadkach i nie uznaje prawdziwości niebezpieczeństwa, które im jest przypisywane (rozsiwanie zarazków). Trzeba tylko trzymać się pewnych prawideł: przedewszystkiem chory powinien mieć przy tem miednicę opuszczoną ku dołowi (nigdy w pozycji TRENDELENBURGA!), przemywanie należy wykonywać pod umiarkowanym ciśnieniem, kieru-

jąc strumień cieczy (ciepły roztwór fizyologiczny soli kuchennej) od wewnątrz na zewnątrz jamy brzusznej — „zentrifugal“, — do czego koniecznym warunkiem jest obecność przeciwotworu, w którym znajduje się dren.

Co się tyczy oczyszczania otrzewnej suchą gazą, to oczywiście, można w ten sposób usunąć tylko część zawartości z jamy brzusznej, przytem obcieranie, nawet najdelikatniejsze, jelit na większej przestrzeni powoduje uraz, z którym chirurg musi się liczyć. Zamiana gazy suchej na wilgotną niewiele, zdaniem zwolenników przemywań, może w tem pomóc. Przeciwnicy przemywań stosują je tylko w tym razie, gdy do jamy otrzewnej dostały się cząstki niestrawionych pokarmów lub masy kałowej (HARTMANN, GARNOTT WRIGHT). Na jedno w każdym razie zgadzają się obadwa obozy: wyjmowanie na wierzch jelit (*evisceratio*), w celu ich oczyszczenia na sucho czy też dla opłukiwania, należy bezwarunkowo zarzucić, jako zabieg zbyt szorstki, będący często przyczyną wstrząsu (SHOCK).

Do sączkowania zazwyczaj używane są zwykłe dreny gumowe, średnicy światła 3—4-ch milim. Dreny twarde, jak metalowe lub szklane, nie nadają się do tego celu, łatwo bowiem mogą doprowadzić do powstania przetoki kałowej; pomimo to pojedyncze głosy zachwalają (NEUMANN, KUHN) stosowanie szklanych drenów DREESMANN'a, lekko wypełnionych gazą. Sączkowanie pasami gazy również spotyka się z licznymi zarzutami: rozległe rosty, łatwo powstające przetoki kałowe, bole przy wyjmowaniu gazy, wreszcie niedostateczne wyprowadzanie wydzieliny na zewnątrz, oto szereg ujemnych stron tej metody. Jedyne wskazanie do takiego sączkowania istnieje wówczas, gdy w sąsiedztwie pierwotnego źródła zakażenia znajduje się ognisko martwicy; wówczas zapomocą pasów gazy, unikając przytem wszelkiego ucisku, należy wyosobnić to ognisko od reszty otrzewnej.

Oczywiście, że i dreny gumowe, jeżeli pozostają zbyt długo w ranie, mogą doprowadzić do powstania przetoki. Toteż wszyscy podkreślają, że dren powinien pozostawać tylko tak długo, dopóki wydziela się ropa; z chwilą zaś, gdy charakter wydzieliny zmienia się na lepsze, natychmiast go usuwają. Chirurgowie amerykańscy (GIBSON) usuwają dren już po 24-ch—36-iu godzinach, jeżeli z niego nic się nie wydziela, i wprowadzają wąski pasek gazy. REHN zaleca poruszanie drenem w jego łożysku, począwszy od 2-go dnia.

Obowiązujące jest umieszczenie sączków w pierwotnym ognisku zakażenia i w jamie DOUGLAS'a (do samego dna); w innych miejscach o tyle, o ile znaleziono tam zbiorowiska ropne.

Na konieczność drenowania jamy DOUGLAS'a pierwszy zwrócił uwagę REHN, a wartość jego metody stwierdzili już liczni autorowie. LÉCÈNE np. wprowadza długi dren kauczukowy Nr. 40 lub 45 aż do dna tej jamy, poczem natychmiast z drenu zaczyna wyciekać płyn ropny, lub surowiczoro-ropny, i to w każdym niemal przypadku *peritonitis libera*. WEISS i SENCERT po zaszyciu np. przedziurawionego żołądka lub dwunastnicy zamykają całkowicie ranę brzuszną, natomiast w dolnej części brzucha robią nowy otwór, aby tedy przeprowadzić dren do jamy DOUGLAS'a, ewentualnie i do obu dołów biodrowych.

[D. n.]:

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

### 45. Hoffman. O pendzlowaniu otrzewnej nalewką jodową w gruźliczym zapaleniu otrzewnej.

Autor przytacza cztery przypadki suchego i wysiękowego zapalenia otrzewnej gruźliczego, leczone jednokrotnem pendzlowaniem całej otrzewnej 10%-ową nalewką jodową. Leczenie to nie pociągnęło za sobą żadnych złych skutków; przeciwnie, we wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie po czterech tygodniach, i trwa dotychczas (rok obserwacji). We wszystkich przypadkach bezwysiękowego zapalenia po zabiegu pojawiał się w jamie otrzewnej płyn w dość dużej ilości, który w ciągu pierwszych dwu tygodni wchłaniał się całkowicie, a przy postaci wysiękowej ilość płynu zwiększała się początkowo.

(*Münchn. Mediz. Wochenschrift. 1912 Nr. 10.*)

*E. Juwiler.*

### 46. O. Hoehne. O wchłanianiu się jądów (toksyn) z jamy brzusznej i o wśródotrzewnym ropieniu.

Zapomocą różnych środków, jak np., olejku kamforowego, olejku krotonowego, szkła sproszkowanego i t. p., można zabezpieczyć otrzewną przeciw zakażeniu drobnoustrojami. Autor postawił sobie pytanie: Czy takie zabezpieczenie zapobiega wchłanianiu przez otrzewną jądów (toksyn) tak drobnoustrojowych, jak roślinnych i chemicznych? Z doświadczeń autora, w tym kierunku przeprowadzonych, wynika: że zabezpieczanie nawet kilkakrotne otrzewnej zapomocą jednego z wyżej wymienionych środków — nie zapobiega wchłanianiu się jądów, a nawet je przyspiesza. Doświadczenia te autor przeprowadził w ten sposób: królikom zastrzykiwał do jamy otrzewnej olejek kamforowy, w 2 dni potem wstrzykiwał różne jady, mianowicie: jad płoniczy, olejek rycynowy, olejek krotonowy, mieszaninę eterowo-alkoholową.

W tem ostatniem doświadczeniu autor stwierdził, że mała ilość wystarcza, by zwierzątko usnąć zupełnie, przytem nie było żadnych ubocznych objawów groźnych dla życia, chyba, gdy wstrzykiwał dawki bardzo duże.

W końcu autor odpowiada na pytania, jak się należy zachować wobec wysiękowego zapalenia otrzewnej?

Chociaż sam wysięk jako taki, a raczej nalot włóknikowy zabezpiecza poniekąd otrzewną przed dalszem wtargnięciem samych drobnoustrojów do krwiobiegu, to jednak z powyższych spostrzeżeń wynika, że należy usuwać wysięk jak najprędzej i przez „najmniejsze” rany; gdyż rany „olbrzymie” powodują niebezpieczeństwo nie tylko wchłaniania się jądów, ale też i samych drobnoustrojów.

HOEHNE w końcu wspomina, że DELBET, znany autor francuski, doszedł do takich samych spostrzeżeń przed. . 20-u laty.

(*Zentralblatt f. Gynäkologie 1912 Nr. 9.*)

*Aleksander Porębski.*

## Wiadomości drobne

1. TOLLENS (w 30-u przypadkach) oraz NEUBURGER (w 80-iu przyp.) z bezwzględnie dobrym wynikiem stosowali przeciw świerzbie *ristinę* (monobenzyłowy ester etylenglykolu) w połączeniu z wyskokiem i gliceryną (10,0 *ristini*, 25,0 *alcoh.*, 5,0 *glycer.*); jest to nieszkodliwy, bezwonny i nie brudzący środek, wystarcza trzykrotne wtarcie po 50 grm. *ristiny*; stosuje się tak jak balsam peruwiański lub styraaks.

(*Deut. med. Woch. 1911, 44. Münch. med. Woch. 1911, 42*).

2. BOGNER w 40-u przypadkach lekkich stanów podniecenia, nerwowego kołatania serca i częstoskórczu nerwowego z dobrym wynikiem stosował *adamon*; jestto związek jednego z kwasów cynamonowych zawierający 35% bromu i *borneol*; pozbawiony zupełnie smaku i woni różni się tem od innych preparatów z grupy waleryanowej, że nie powoduje przykrego odbijania. Dawka po 0,5 trzy lub pięć razy dziennie w proszkach lub tabletkach.

(*Mediz. klin. 1912, Nr. 2*).

3. KÖNIG u 90-iu przeszło chorych stosował *adalinę* jako *sedativum* i przekonał się, że u chorych przygnębionych wynik bywał bardzo dodatni (1,0—3,0 *pro die* w dawkach po 0,5—1,0), natomiast u chorych maniakalnych nawet w większych dawkach (1,0—4,0 na dzień) wpływu nie wywierał; jako *hypnoticum* (1,0—1,5) prędko, bo po  $\frac{1}{2}$ —1 godz., sprowadza krzepiący sen 6—8-godzinny. KOBRAK stosował *adalinę* u dzieci jako *sedativum* (dawka 0,125—0,2) i *hypnoticum* (0,25—0,35) i zaleca: 1) niespokojnym, nerwowym dzieciom, 2) dzieciom podrażnionym i trapionym bezsennością wskutek zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, (środek ten ułatwia stosowanie diety głodowej), 3) w chorobach zakaźnych, zwłaszcza w zapaleniu płuc włóknikowem, aby sen sprowadzić i dać wypoczynek sercu, 4) w lekkich stanach drgawkowych rozmaitego pochodzenia (w cięższych przypadkach odpowiedniejszym jest brom z chloralem), 5) w kokluszu co drugą lub trzecią noc w przypadkach, gdy napady nocne odbierają dziecku sen i podkopują jego układ nerwowy.

(*Berl. klin. Woch. 1911, Nr. 41. Mediz. klin. 1911, Nr. 43*).

4. Prof. SCHMIDT opisuje kilka przypadków zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych (bole gwałtowne, uczucie pełności, odbijanie, wymioty, rozwolnienie), występujących napadowo, jako ekwiwalent napadów migreny; autor u tego rodzaju chorych notował często nie tylko opuszczenie żołądka, opisywane przez innych badaczy, ale i opuszczenie pozostałych trzewiów, czyli enteroptozę, jako wyraz atonii ogólnej; coś podobnego, z przewagą jednak zaburzeń kiszczkowych, autor spostrzegał i u epileptyków.

(*Med. klin. 1911, Nr. 50*).

5. PARISOT i NEULLY szeregiem badań doświadczalnych i klinicznych potwierdzają znane już zjawisko, iż chlorek wapnia (Ca Cl<sub>2</sub>) potęguje odporność czerwonych ciałek krwi wobec różnorodnych czynników hemolizujących jak np.: chinina, antypiryna, pyrogallol, hemolizyny bakteryjne i t. d. Dzięki tej własności zapomocą Ca Cl<sub>2</sub> można osiągnąć pewien wynik leczniczy u osób, dotkniętych zapaleniem nerek z nienormalną kruchością krwinek, oraz zapobiedz do pewnego stopnia szkodliwym

następstwom po środkach anestetycznych (chloroform lub eter). W żółtaczce hemolitycznej chlorek wapnia nie wywiera żadnego wpływu na odporność czerwonych ciałek krwi.

(*Soc. de Biol.* 1912, Nr. 1).

6: Prof. HIRSCH podkreśla doniosłość badania moczu na laseczniki gruźlicze w zapaleniu nerek wątpliwego pochodzenia nie tylko tam, gdzie się wydziela ropa, ale nawet wtedy, gdy mocz mikroskopowo wydaje się normalnym (czysty białkomocz). Pozwala to nieraz postawić bardzo wczesne rozpoznanie gruźlicy nerek. Czy chorego takiego poddać leczeniu skombinowanemu (klimatyczne i tuberkulinowe) czy też od razu chirurgicznemu—kwestyę tą rozstrzygnąć mogą dopiero dalsze badania.

(*Mediz. klin.* 1911, Nr. 50).

A. L.

7. SIMON stosował u chorych z cierpieniami skórnymi, jak: pokrzywka swierzbiączka, wrzodzianka i inne, następujące leczenie: upuszczał im niewielką ilość krwi z żyły i zastrzykiwał fizyologiczny roztwór soli z dobrym wynikiem, tam gdzie inne leczenie było bezskuteczne.

(*Sem. Méd.* 1912, Nr. 9).

8. WINDLE przekonał się przy leczeniu tego samego osobnika—narpstnicą, strofantem i scilla, że wszystkie te środki są w stanie wywołać poprawę w czynności serca bez wydłużenia czasu potrzebnego na przebiegnięcie fali od wpustu żył do początku pęczka His'a. Z drugiej strony te same środki przy dłuższem podawaniu są w stanie czas ten (a. c.) wydłużyć aż do powstania bloku serca co jedno albo co dwa uderzenia.

(*Heart.* 1912, Nr. 2).

9. KOHLER z kliniki His'a leczył 86 chorych gruźliczych zapomocą tuberkuliny ROSENBACHA, którą przygotowuje się przez działanie *Trichophyton holosericum album* na zwykłe hodowle laseczek gruźliczych. Takie hodowle są 100 razy mniej jadowite od zwykłych. Stosuje się je w ilościach od 0,1 grm. Autor nadto zachwala lecznicze własności omó-wionego preparatu; przyznaje mu jednak dwie wady: wysoką cenę, i własność wywoływania silnego odczynu ogólnego i miejscowego.

(*Zeit. f. kl. Med.* t. 74 z. 5).

10. ASCHNER i GRIGORIN zastrzykiwaniem świnkom morskim wy-ciągu z łożyska wywoływali obfite wydzielanie gruczołów mlecznych nie tylko u samic, lecz i u samców, co dowodzi że obecność jajników nie jest konieczną dla wydzielania się mleka.

(*Sem. Méd.* 1912 Nr. 9).

11. ROCKHILL z Cincinatti radzi smarować krosty przy ospie roz-tworem jodu w glicerynie. Takie leczenie skraca przebieg choroby i nie dopuszcza do tworzenia się dużych blizn.

(*Sem. Méd.* 1912 Nr. 9).

M. E.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne 16-go stycznia.

1. SKŁODOWSKI, demonstrując oscylometr PACHONA, opisuje szczegółowo jego budowę oraz wyższość nad innymi bardziej skomplikowanymi aparatami; według badań prelegenta, ciśnienie maksymalne wynosi u ludzi normalnych 140—170 milim., minimalne — 90—100; mowca pomiędzy innymi stosował przyrząd PACHONA w przypadkach chromania przestankowego i znacznego zwężenia miażdżycowego tętnicy bezimiennej dla wykrycia ilościowych różnic w krążeniu miejscowem na symetrycznych odcinkach kończyn.

W dyskusyi JANOWSKI zaznacza, że cyfry, wskazywane przez przyrząd PACHONA, są nieco wyższe od cyfr, otrzymywanych przy użyciu innych aparatów, że określa on ciśnienie w tętnicy ramiennej, a nie pachowej, i że sprężyna jego z biegiem czasu się psuje.

2. CZAJKOWSKI z Sosnowca wygłosił rzecz p. t. „O swoistem leczeniu reumatyzmu zapomocą surowicy sztucznej”. Prelegent, opierając się na danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, oraz na paru własnych spostrzeżeniach, w których udało mu się u chorych, dotkniętych ostrym reumatyzmem, wyhodować ze krwi streptokokki, sądzi, że ostry gościec stawowy jest cierpieniem, wywoływanem przez pewną odmianę paciorkowców, jest więc niejako osłabioną jakby postacią posocznicy. Inne formy reumatyzmu przewlekłe, miejscowe i t. d. prelegent uważa za cierpienie, pod względem etyologicznym zupełnie różne od postaci ostrej. Toteż przygotowaną przez siebie „surowicę” CZAJKOWSKI stosował jedynie w przypadkach tej ostatniej; odczytuje cały szereg historii chorób i demonstrowa odnośne krzywe ciepłoty, dowodzące, zdaniem mowcy, że surowica owa obniża ciepłotę, koi ból i wogóle działa dodatnio na przebieg reumatyzmu, skracając niejednokrotnie czas jego trwania; wpływa ona pomyślnie i na powikłania ostrego gościa ze strony wsierdza. Obok surowicy sztucznej prelegent stosował jedynie pewne *cardiaca* w odnośnych przypadkach.

W dyskusyi KARWACKI dochodzi do wniosku, że wszystkie dotychczas przez rozmaitych badaczy wyhodowane drobnoustroje, a więc i paciorkowiec prelegenta, nie są prawdziwym czynnikiem przyczynowym choroby, lecz grają rolę jedynie wikłającą; środek swój prelegent powinien był nazwać raczej szczepionką.

MUTERMILCH Sr. zaznacza nieścisłość metody badania bakteriologicznego krwi, stosowanej przez prelegenta, i wytyka brak badań serologicznych nad nowo wynalezionym środkiem.

DEBIŃSKI zastanawia się nad przesłankami teoretycznymi, które doprowadziły prelegenta do przygotowania surowicy, i sądzi, że nie wytrzymują one krytyki, albowiem antytoksyn nie wyrabiają drobnoustroje same, lecz organizm chorobą dotknięty.

SOKOŁOWSKI AL. podnosi ścisłość i przedmiotowość badań klinicznych autora.

LANDAU AN. nie godzi się na unitarne stanowisko prelegenta w kwestyi etyologii ostrego gościa, wątpi, czy w nerwobolach, omawianych przez prelegenta, odgrywają jaką bądź rolę paciorkowce, i nie wyobraża sobie, aby jakkolwiek lek mógł wpływać na zmiany anatomiczne w zastawkach.

CZAJKOWSKI odpowiada, że nie miał możliwości przeprowadzania ścisłych badań serologicznych i miał jedynie na celu wyprobowanie klinicznej przygotowanej przez siebie surowicy.

A. Lande.

### Posiedzenie kliniczne 30-go stycznia.

1) KLEIN STANISŁAW wygłosił rzecz p. t. „O limfogranołomatozie“. (Rzecz ta drukuje się w Gazecie).

## Wiadomości bieżące.

— Zarząd naszego Stowarzyszenia lekarzy powziął bardzo szczęśliwą myśl urządzania wieczorów dyskusyjnych prawie co każdą środę. Wieczory te cieszą się wielką popularnością wśród stowarzyszonych i ściągają liczne grono słuchaczy. Dotychczas wygłoszono następujące odczyty: kol. JAKIMIAK — „O organizacji pracy szpitalnej w Niemczech“, p. WEYBERG — „O ciałach koloidalnych“, p. LEWIŃSKI — „O wodach gruntowych w Królestwie Polskiem“, p. J. J. BOGUSKI — „Klasyfikacya nauk“, kol. RZĘTKOWSKI — „O warszawskich tygodniakach lekarskich“, kol. NUSBAUM — „O długowieczności“. Po każdym odczycie wywiązywała się zwykle ożywiona dyskusya. W dalszym ciągu projektowane są wieczory dyskusyjne na tematy równie zajmujące, jak dotychczasowe.

— Komitet organizacyjny II Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu r. 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami, psychiatrami i psychologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa, i Krakowa następujące tematy główne: 1) metoda psychoanalityczna, 2) zjawiska psychoelektryczne, 3) nowe metody badania narządu przedśionkowego i 4) sprawa wydzielenia wewnętrznego w neurologii i psychiatrii. Poza powyższymi tematami głównymi, które mają być omawiane w szeregu referatów i odczytów, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet postanowił w myśl poprzedniego Zjazdu poświęcić szczególną uwagę stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą, wyznaczając mu szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnież ma być pośród odczytów uwzględniona obszerniej anatomia patologiczna kory mózgowej. Zjazd, który potrwa około 4-ech dni, odbędzie się między 15-m a 21-m grudnia. Zgłoszenia odczytów, równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytów, przyjmuje komitet do końca września. Do tego też tylko czasu przyjmuje się tematy zastrzeżone. Pożądaniem jednak jest, aby o odczytach, stojących w związku z wyżej wymienionymi tematami głównymi, Komitet został powiadomiony przed 15-m kwietnia. Przewodniczącym Zjazdu jest prof. JAN PILTZ, sekretarzem — STEFAN BOROWIECKI. Adres komitetu: Kraków, ulica Kopernika 46.

— Z powodu zbliżającego się terminu płacenia podatku mieszkaniowego „Medycyna“ zwraca uwagę, że na mocy okólnika ministeryalnego gabinety lekarskie i poczekalnie mogą być wyłączone z podatku; aby to osiągnąć, należy zwracać się z reklamacyą do odpowiedniego inspektora podatkowego przed 17 kwietnia.

— Naczelnym lekarzem kolei Warszawsko-Wiedeńskiej został mianowany dr ORŁOW, dotychczasowy lekarz kolei Taszkenckiej.

— W parlamencie austriackim poseł GERMAN wniósł interpelacyą do ministra rolnictwa, zapytując go, czy znane mu są opłakane stosunki, panujące w Krynicy, brak odpowiednich urządzeń kąpielowych, brak zdrowej wody do picia, oraz czy minister zamierza przynaglić referentów, aby szybko załatwili sprawę tej miejscowości kąpielowej, i czy gotów jest polecić, aby jaknajszybciej wykonano odpowiednie roboty ze względu na zbliżający się sezon kąpielowy.

— Oddział żytomierski Towarzystwa walki z gruźlicą otwiera w końcu kwietnia w tem miesiącu przychodnię, do której poszukuje odpowiednio uzdolnionego lekarza. Pensya w pierwszym roku wynosić będzie rb. 900, za lat parę po otwarciu sanatorium może być podniesiona do rb. 2,400; prawo wolnej praktyki nieograniczone. Zgłaszać się należy do dra HELENY KURMANOWICZÓWNY. Żytomierz, ul. Cementarna Nr. 4.

— Dnia 10-go kwietnia odbędzie się w Kijowskiem Towarzystwie Akuszerjoginekologicznem uroczyste posiedzenie z powodu 25-lecia istnienia Towarzystwa.

— W miejskim szpitalu łódzkim dla chorób zakaźnych gorączkowych w dniu 26-ym lutego było chorych: na ospę, szkarlatynę, tyfus plam., tyfus brzuszny, różę

	18	3	2	1	—
przybyło od 26/II do 4/III	7	—	1	—	—
" " 4/III „ 11/III	3	—	—	—	—
" " 11/III „ 18/III	1	—	—	—	1
" " 18/III „ 25/III	2	—	1	—	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Razem	31	3	4	1	2
Wypisało się	18	3	2	1	—
Zmarło	6	—	—	—	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
W dniu 25/III pozostało	7	—	2	—	1

### Zmarli.

Dr ADAM KRYSZTAŁOWICZ, emerytowany lekarz powiatowy, w 81-ym roku życia w Sanoku.

Dr HELENA SIECZKOWSKA, lekarka szpitala w Münsingen w Szwajcaryi, w 36 roku życia.

Ś. p. ALEKSANDER STOPCZAŃSKI zmarł w Krakowie d. 3 marca r. b. przeżywszy lat 77. Rodem z Nowego Targu, szkoły średnie ukończył w Tarnowie, studia uniwersyteckie odbywał w Wiedniu. Po odbyciu rocznej praktyki lekarskiej w szpitalu powszechnym w Wiedniu, mianowany został tamże asystentem przy katedrze chemii patologicznej. Jako docent prywatny urządził zakład chemii patologicznej w Krakowie, w r. 1868 został mianowany profesorem nadzwyczajnym, a w r. 1878 profesorem zwyczajnym.

Prace ś. p. STOPCZAŃSKIEGO, dotyczące przeważnie badania wód mineralnych, przypadają na początek jego działalności naukowej.

Był chemikiem biegłym; wykład jego był zawsze interesującym.

Jako człowiek zacny, cieszył się nadzwyczajną sympatją.

### NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1. Pamiętnik Stowarzyszenia lekarzy polskich za rok 1910. Warszawa 1912.
2. KOSSOWSKI K. Woprosy o ciepłych żaroponiżajuszczych wannach pri briusznom tifie. Odb. z Wraczebnoj Gazety. 1902.
3. KOSSOWSKI. Tuberkulin BERANECK'a i fosfacid ROMANOWSKAGO. Odb. z Prakticz. Medyciny. 1909.
4. KOSSOWSKI. O rasprostranienii bugorczatki i borbie sniej. Charków. 1911.
5. FALGOWSKI. Kilka uwag krytycznych o przypadkach zaśniadu groniastego przy ciąży bliźniaczej. Odb. z Lwowskiego Tyg. Lek. 1911.
6. FALGOWSKI. Ueber die akute Erschlaffung der nichtschwangeren Gebärmutter während der Inhalationsnarkose. 5-y kong. międzynarod. w Petersburgu. 1910.
7. FALGOWSKI. Zur Schwierigkeit der künstlichen Sterilisation der Frau. Odb. z Zentr. f. gynäkol. 1911.
8. SKALSKI. Epidemia ospy w Łodzi w roku 1911 pod względem statystycznym. Kraków 1912.
9. STAN. PATSCHKE. Zasady termodynamiki. Warszawa 1912.



Sprawozdanie z ruchu chorych w miejskim szpitalu Łódzkim dla zakaźnych w r. 1911.

RODZAJ CHOROBY	Pozostało z r. 1910			Przybyło w r. 1911			Wyzdro- wiało			Zmarło			% zmarłych	Podług wyznania					Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1912										
	Dorosł.		Ogółem	Dorosł.		Ogółem	Dorosł.		Ogółem	Dorosł.		Ogółem		Prawosław.n.	Katolików	Żydów	Mahometan	Ogółem		Mężczyzn	Kobiet	Doros.								
	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet	Mężczyzn	Kobiet											Ogółem							
Ospa . . .	3	2	1	6	127	103	111	341	97	75	73	245	23	23	30	75	21,6	9	206	35	97	—	347	6860	10	8	9	27		
Szkarlatyna	1	5	8	14	14	27	67	108	13	30	59	102	—	1	13	14	11,5	1	93	10	18	—	122	3439	1	1	3	6		
Tyfus płam. „ brzuszc.	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	16	—	—	—	—	—	
Róża . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Odra . . .	—	—	—	—	—	1	5	6	—	1	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	16	—	—	—	—	—
Pyaeemia .	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dyfteryt .	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	4	7	9	20	154	155	185	494	119	126	138	383	26	27	44	97		13	332	47	121	1	514	10904	13	9	12	34		

## O G Ł O S Z E N I E.

Doroczne Zebranie Ogólne Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia (Widok 23), w czwartek d. 25 kwietnia r. b. o godz. 8 wieczorem.

Porządek dzienny:

1. Wybór przewodniczącego.
2. Odczytanie protokołu poprzedniego Zebrania ogólnego.
3. Sprawozdanie Zarządu za r. 1911 i budżet dochodów i wydatków na rok 1912.
4. Protokół Komisji Rewizyjnej.
5. Wybór 4-ch członków Zarządu na miejsce ustępujących; 6-u zastępców; 5-u członków komisji rewizyjnej i 2-u zastępców.
6. Wybór nowych członków.
7. Wnioski Zarządu.
8. Wnioski członków.

W razie nieprzybycia wymaganej przez ustawę liczby członków Zebranie ogólne odbędzie się w drugim terminie 9 maja r. b. o godzinie 8 wieczorem w lokalu Stowarzyszenia i będzie ie prawomocnem bez względu na liczbę obecnych.

---

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

---

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

---

### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracji otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2; rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

**CENA OGŁOSZEŃ:** w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 11  $\frac{1}{4}$  str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15,  $\frac{1}{2}$  str. rub. 8,  $\frac{1}{4}$  str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

---

Administracja (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.

