

GAZETA LEKARSKA

I. O CHOROBY MÉNIÈRE'A.

[Odczyt, wypowiedziany w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 22 listopada 1898].

Napisal

Dr Teodor Heiman.



Sz. Panowie! Pozwolę sobie przez kilka chwil zająć uwagę Waszą obrazem chorobowym, znanym pod nazwą „choroby MÉNIÈRE'a”. Dla przyczyn łatwo zrozumiałych, chorzy tego rodzaju zwracają się przede wszystkim o pomoc do lekarzy nie specjalistów, a dopiero przez tych ostatnich odsyłani bywają do lekarzy specjalistów.

Jak się okazuje z badania chorych, publiczność lekarska niezupełnie prawidłowo ocenia sprawę chorobową, zwaną chorobą MÉNIÈRE'a i dlatego sądzę, że referat mój dzisiejszy, w którym pragnę przedstawić obecny stan nauki o chorobie MÉNIÈRE'a i różnicę jego od analogicznych spraw chorobowych, może mieć pewien interes dla lekarza niespecialisty. Zanim przystąpię do opisania tej choroby, jej podstawy anatomicznej, przytoczę Sz. Panom w streszczeniu kilka historii chorób osób, w ciągu ostatnich ósmiu miesięcy przezemnie spostrzeganych. Te historie chorób przedstawią niejako poglądowo, rozmaite sprawy chorobowe podobne do choroby MÉNIÈRE'a oraz samą chorobą MÉNIÈRE'a. Samych chorych nie przedstawiam, gdyż w ostrym okresie było to niemożliwym, obecnie zaś nie przedstawiają więcej żadnego interesu naukowego.

1) Przez jednego z kolegów wezwany zostałem do jego służącej, która przed dwoma dniami dostała niespodzianie silnych zawrotów głowy, szumu i znacznego stopienia słuchu w uchu lewem. Z przyczyny zawrotów zmuszoną jest pozostawać w łóżku w położeniu prawie nieruchomem; najmniejsze ruchy głową wzmagają zawroty, próby zaś siadania wywołują nudności i wymioty. Chora, lat 28, jest małokrwista i blada, przytomna; ma źrenice rozszerzone w stopniu umiarkowanym i te dobrze oddziałują na światło. Tętno jest drobne, miękkie. Wszystkie czynności ustroju są prawidłowe. Prawe ucho jest zdrowe; lewe przedstawia wielki, stary brak [defekt] błony bębenkowej; w części górno-tylnej jamy bębenkowej, w okolicy okienka owalnego oraz nad trzonkiem młotka widać brudno-biało-zielonawe masy z nieznaczną ilością

płynu ropnego. Trąbka EUSTACHIUSZA jest drożną. Przewodnictwo kostne dla kamertonu *c* jest znacznie wzmożone, powietrzne prawie nie istnieje; zegarka kieszonkowego, przyłożonego do ucha lewego, nie słyszy; mowę zwyczajną słyszy na 50 ctm. od ucha. Kilkakrotnem przestrzyknięciem ucha nie dało się usunąć mas, nagromadzonych w jamie bębnekowej; zaleciłem przeto chorej wlewać do ucha kilka razy dziennie ciepły roztwór sody 5%, rozpuszczonej w równych ilościach wody i gliceryny i za pomocą cewnika wpędzałem codziennie powietrze do jamy bębnekowej. Po trzech dniach stosowania takiego leczenia, podczas którego stan chorej pozostawał bez zmiany, znowu przestrzyknąłem ucho ciepłą wodą, poczem pewna część nagromadzonych w jamie bębnekowej mas wydożyła się na zewnątrz. Już wtedy zauważyć się dało pewne polepszenie stanu chorej, mogła bowiem dość swobodnie poruszać głową. Po tygodniowym stosowaniu roztworu sody i duszu powietrznego, udało się usunąć całkowicie z ucha nagromadzone w niem masy, które się okazały masami naskórkowemi.

Badając zgłębnikiem górno-tylną część jamy bębnekowej, kość znalazłem obnażoną; dotknięcie się pewnych jej punktów wywoływało silny zawrót głowy. Z chwilą oczyszczenia jamy bębnekowej zawroty głowy i szum stopniowo się zmniejszały. Po dwóch tygodniach mogła chora swobodnie siedzieć w łóżku, a po trzech — chodzić po pokoju. Od początku drugiego tygodnia stosowałem wlewania do ucha 4% ciepłego roztworu kwasu borowego dwa razy dziennie, oraz dusz powietrzny co drugi dzień. Po czterech tygodniach pozostał zawrót głowy i szum bardzo nieznaczny; słuch nie poprawił się. Chora jeszcze przez miesiąc była pod moją kontrolą, pokazując się raz na tydzień. Wróciła do zwykłych swoich zajęć. Tępość słuchu oraz nieznaczne ropienie z ucha lewego pozostały bez zmiany; inne objawy zupełnie znikły.

W przypadku tym było zatem przewlekłe zapalenie ropne lewego ucha środkowego z brakiem błony bębnekowej i cholesteatomat, wciskający podstawę strzemięcia do okienka owalnego, co stało się powodem powiększonego ciśnienia w błędniku, *resp.* w przewodach łukowych i być może przekrwienie ich naczyń i dało początek objawom dla chorej tak nieprzyjemnym.

2) Mężczyzna 42-letni, przemysławcając sobie po nocnym śnie uszy, doznaje nagle gwałtownego zawrotu głowy, nudności, silnego szumu, głuchoty w uchu prawem oraz niepełnej i krótkotrwałej utraty przytomności. Skutkiem zawrotu z ledwością utrzymał się na nogach, oparłszy się o sąsiednią ścianę. Nie był w stanie przejść do łóżka, na które byli zmuszeni zanieść go domownicy. Wezwany lekarz zalecił pijawki, lód na głowę, silny środek przeczyszczający i jak najściślejszą dietę. Stan ten trwał bez zmiany przez całą dobę; a nadto chory zaczął skarżyć się na osłabienie pamięci. Wezwany do niego w tym czasie z powodu głuchoty i szumu w uchu prawem, znalazłem ucho lewe zupełnie zdrowe, prawy zaś przewód słuchowy zewnętrzny był prawie całkowicie wypełniony twardawym czopem woszczku usznego. Uderzenie zegarka kieszonkowego słyszy chory po przyłożeniu go do ucha; widełki słuchowe na 1 ctm. od ucha; mowę zaś zwyczajną na 1 metr. Po kilkakrotnem przestrzyknięciu ucha silnym strumieniem wody ciepłej, wydzielili się z ucha dwa wiel-

kie czopy woszczku usznego, poczem chory doznał ulgi natychmiastowej. Błona bębenkowa i ucho środkowe oraz czynność tego ucha okazały się prawidłowemi. Pacjent zdrow wrócił po 24 godzinach do zwykłych swych zajęć.

W przypadku tym przyczyną objawów MÉNIÈRE'a był zwyczajny czop woszczku usznego, który, cisnąc na kostki słuchowe, wepchnął je ku okienku owalnemu, co stało się powodem powiększonego ciśnienia płynu błędnikowego. Chory, myjąc się, widocznie wepchnął sobie głęboko czop, który aż dotąd zachowywał się w uchu obojętnie.

3) Przez jednego z kolegów wezwany zostałem do 56-letniej pani, pozostającej w łóżku od tygodnia z powodu silnego zawrotu głowy, szumu i stępienia słuchu na oba uszy. Stosowane przez cały ten czas środki lekarskie [środki przeczyszczające, *kali jodatum*, chinina] nie przyniosły chorej żadnej ulgi. Znalazłem obie błony bębenkowe zmętniałe i zakłębnięte, trąbki EUSTACHIUSZA nie całkiem drożne. Uderzeń zegarka kieszonkowego ani w przewodnictwie powietrznym, ani też w kostnym chora nie słyszy; widełki słuchowe słyszy przez czas krótki w przewodnictwie kostnym; mowę głośną słyszy na metr od ucha. Po pierwszym duszu powietrznym, podczas którego powietrze wchodziło do jamy bębenkowej wązkim strumieniem, przyczem słyszeć się dały rzęzenia drobnopęcherzykowe, chora doznała lekkiej ulgi; mogła bowiem przez chwil kilka swobodnie siedzieć w łóżku. Po codziennem zastosowaniu duszu powietrznego przez tydzień chora zupełnie wyzdrowiała. Badanie słuchu wykazało, że chora słyszy uderzenie zegarka na 12 ctm., widełki słuchowe na 8 ctm., mowę zaś zwyczajną na 6 metrów. Przewodnictwo kostne pozostało osłabione

Nieżyłt jamy bębenkowej, przy którym istniał wysięk, był w tym przypadku powodem do wywołania objawów MÉNIÈRE'a. Jak w dwóch poprzednich przypadkach, objawy ze strony błędnika wywołane zostały powiększonym ciśnieniem płynu błędnikowego.

4) Do leczenia przyprowadzony został chory 45-letni, podtrzymywany przez dwóch mężczyzn, skarżąc się na silne zawroty głowy, znaczną tępość słuchu, szum w uszach, nudności, oraz chód niepewny. Choroba trwa od tygodnia i pomimo zastosowania rozmaitych leków wewnętrznych pozostaje w jednym stanie. Obie błony bębenkowe są cokolwiek zmętniałe, wkłębnięte; trąbki EUSTACHIUSZA są drożne, przewodnictwo powietrzne i kostne jest dla widełek słuchowych znacznie osłabione, dla zegarka całkiem zniszczone; mowę zwyczajną słyszy chory na pół metra od ucha. Dusze powietrzne pozostaje bez wpływu na istniejące objawy. Zaleciłem choremu wewnątrznie jodek potasu oraz chininę w małych ilościach, po trzy razy dziennie. Po dwutygodniowem używaniu tych leków zawrót cokolwiek się zmniejszył, inne objawy pozostały bez zmiany. Ustąpiły one wraz z zawrotem po 6 tygodniach, po zastosowaniu raz tygodniowo duszu powietrznego. Po miesiącu chory słyszał mowę zwyczajną na 3 metry od ucha; widełki słuchowe w przewodnictwie powietrznym na 2 ctm. w przewodnictwie kostnym nie zaszła żadna zmiana.

W tym przypadku mieliśmy do czynienia z nieżytem przewlekłym obu jam bębenkowych i jednoczesnem zajęciem błędnika. Nagły rozwój objawów

MÉNIÈRE'a musimy także uczynić zależnym od zmian ciśnienia w błędniku, wywołanych nagle odepchnięciem kostek słuchowych ku okienku owalnemu. Z jakich przyczyn powstała ta zmiana, czy to ze zmiany warunków ciśnienia między uchem zewnętrznym i środkowym, czy też ze skurczu mięśnia natężacza błony bębenkowej, pozostaje niejasnym. Poprawę słuchu i ustąpienie objawów błędnikowych nie można kłaść na karb leczenia; musimy przyjąć, że poprawa nastąpiła sama przez się; chinina i jod nie wywarły bowiem widocznego wpływu; trudno zaś przypuścić, aby to uczynił dusz powietrzny, stosowany raz tygodniowo.

5) Jeden z kolegów, akuszer, lat 43 mający, otyły, przybył do mnie poradzić się z powodu znacznych zawrotów głowy, nudności, szumu i upośledzenia słuchu na prawe ucho; objawy te wystąpiły nagle po nocy bezsennej, spędzonej przy porodzie. Nieznaczne stępienie słuchu i lekki szum w uchu prawem lekarz ten zauważył już dawniej. Z przyczyny objawów obecnie istniejących jeden z lekarzy-specjalistów stosował u niego dusz powietrzny; lecz po nim wzmagał się coraz bardziej zawrót, szum i upośledzenie słuchu. Obawiając się jakiejś sprawy mózgowej, chory zaczął pić wody maryenbadzkie, co mu po dwóch tygodniach sprowadziło pewną ulgę: zawroty zmniejszyły się. Znalazłem zmętnienie obu błon bębenkowych, zwłaszcza lewej. Z prawej strony zniszczone jest przewodnictwo kostne i powietrzne dla zegarka; pierwsze zginęło także dla widełek słuchowych; w przewodnictwie powietrznym słyszy widełki na odległość 10 ctm.; szept zaś na $1\frac{1}{2}$ metra. W uchu lewym istnieje nieznaczne osłabienie słuchu dla zegarka. Chory ma chód niepewny i często potacza się. Zaleciłem mu jodek potasu 1,0 i chininę 0,5 dziennie; przyszczydło za uchem prawem i zupełny spokój. Jodku potasu chory nie znoślił i dlatego należało się ograniczyć do chininy i używania w dalszym ciągu wody maryenbadzkiej. Po dwóch tygodniach ustąpiły zawroty głowy, nudności i w znacznej mierze szum; przewodnictwo kostne dla widełek słuchowych wróciło, lecz było krótkotrwałe. Pacjent dotąd jest zdrow.

W tym przypadku do początkowego okresu sklerozy prawej jamy bębenkowej przyłączyły się po zmęczeniu fizycznym objawy MÉNIÈRE'a, które, być może, że stanowiły prawdziwą chorobę MÉNIÈRE'a; na pewno wszelako takiego rozpoznania stawić nie można; objawy te mogły być następstwem sklerozy i być wywołane powiększonym ciśnieniem w płynie błędnikowym lub przekrwieniem błędnika ¹⁾.

6) Akuszerka, lat 36, po nocy bezsennej, spędzonej przy porodzie, będąc przedtem zawsze na uszy zdrową, dostaje nagle gwałtownego szumu w uchu prawem, traci słuch w zupełności na to ucho; jednocześnie występują silne zawroty głowy, nudności, wymioty i chód niepewny. Po pięciu dniach, po zastosowaniu środków przeczyszczających, zawroty, nudności, wymioty oraz chód niepewny ustępują; głuchota zaś i szum pozostały bez zmiany. Obie błony bębenkowe okazały się zupełnie zdrowymi; trąbki EUSTACHIUSZA drożniami. Słuch

¹⁾ Chorego tego widziałem po pół roku; czuje się zupełnie dobrze i twierdzi, że ma słuch prawidłowy. Objawy MÉNIÈRE'a były zatem następstwem cierpienia ucha środkowego.

na ucho prawe był całkiem zniszczony. Jak poprzedzającemu choremu, zaleciłem i tej chorej jodek potasu i chininę oraz przyszczydło za uchem. Po dwóch tygodniach stosowania tych leków szum znikł, lecz głuchota pozostała.

Przypadek ten przedstawia typową formę choroby MÉNIÈRE'a, wywołaną zmęczeniem i bezsennością.

7) Oficer, mający lat 22, będąc silnie rozgrzanym, przepełnionym i zmęczonym, oblał sobie głowę zimną wodą. W kilka godzin potem pojawił się gwałtowny zawrót głowy, szum w uchu prawem, upośledzenie słuchu na to ucho oraz nudności i wymioty trwające bez przerwy przez trzy doby. Po ustąpieniu zawrotów głowy i wymiotów chory zauważył, że szum i upośledzenie słuchu trwają dalej. Badając go, nie znalazłem żadnych zboczeń chorobowych ani w błonach bębenkowych, ani w jamach bębenkowych, ani też w trąbkach EUSTACHIUSZA. Przewodnictwo kostne było z prawej strony dla widełek słuchowych zniszczone; powietrzne—osłabione; dla zegarka zanikło przewodnictwo kostne i powietrzne; mowę zwyczajną słyszy na odległość 50 ctm.. Po zastosowaniu jodku potasu i chininy szum po 10 dniach zmniejszył się znacznie, słuch pozostał bez zmiany. Chorego tego osobiście nie widziałem więcej, natomiast po czterech tygodniach dowiedziałem się o nim od innego lekarza, że lekarstwa przyjmował wszystkiego przez dwa tygodnie, że szum ustąpił w zupełności; upośledzenie słuchu nie uległo zmianie.

I ten przypadek może być zaliczony do prawdziwej choroby MÉNIÈRE'a. Należy przyjąć, że skutkiem nagłego oziębienia głowy powstało silne przekrwienie w błędniku z wybroczynami krwawymi i z wysiękiem do błędnika.

8) Żołnierz, lat 22 mający, dostaje kilka uderzeń pięścią w głowę; poczem powstaje gwałtowny zawrót głowy, nudności, wymioty, szum w uszach; twarz jest bladą, oblaną obfitym potem; tętno małe, drobne. Chory skarży się na stępienie słuchu na prawe ucho i po trzech dniach pokazuje się wysięk ropny z tego ucha. Błona bębenkowa była blado-czerwoną, przedziurawioną. Przewodnictwo kostne było po prawej stronie dla widełek słuchowych wzmożone; przewodnictwo powietrzne—osłabione. Zawroty głowy oraz inne towarzyszące mu objawy nie ustąpiły ani na chwilę, pomimo najenergiczniejszego leczenia [pijawki, kalomel, lód na głowę] i chory zmarł 8-go dnia wśród objawów rozpoczynającego się zapalenia opon mózgowych.

Badanie pośmiertne wykazało: zmętnienie błony naczyniowej, nieznaczną ilość wysięku żółtawego między zwojami mózgowymi, oraz wylew krwawy ze strony prawej na powierzchni półkuli mózgu, wielkości miedzianej dwukopiej-kówki. Mózdzek był przekrwiony. W błędniku nie znaleziono żadnych zmian. W prawej jamie bębenkowej znaleziono zapalenie ostre, ropne. Ucho lewe było zdrowe.

Przypadek ten, jedyny z pomiędzy przytoczonych, był dawniej przeze mnie spostrzegany i szczegółowo opisany, przedstawiał także zbiór objawów MÉNIÈRE'a, których przyczyna nie znajdowała się w uchu, lecz w jamie czaszkowej. Być może, że wywołało je przekrwienie mózdzku, lub też ucisk przez wysięk jądra słuchowego na podstawie mózgu.

9) Przed 6 dniami wezwany zostałem [przez kol. E. ZIELIŃSKIEGO] na naradę do mężczyzny 37-letniego, który przed laty 10 przebył syfilis; przed kilku miesiącami uległ porażeniu połowicznemu, które obecnie prawie przeszło. Przed pięciu tygodniami u chorego wystąpiły nagle gwałtowne zawroty głowy, nudności, wymioty, chód niepewny, silny szum w uszach i całkowita prawie głuchota na oba uszy. Pewne nieznaczne stopienie słuchu chory miał oddawna. Głuchota po 15 wstrzyknięciach pilokarpiny i przy zastosowaniu jodku potasu zmniejszyła się. Przy badaniu znalazłem: bardzo niewielkie zmętnienie błon bębenkowych, trąbki EUSTACHIUSZA drożne. Przewodnictwo kostne było dla widełek słuchowych znacznie wzmożone i długotrwałe, powietrzne z lewej strony zniesione; z prawej strony słyzy widełki słuchowe na 1 ctm., mowę głośną słyzy na odległość 75 ctm.. Tony niskie słyzy lepiej od wysokich; uderzeń zegarka kieszonkowego nie słyzy w żadnym przewodnictwie. Istnieje nadto trudność połknięcia i mowa nie całkiem wyraźna, która zdaje się zależeć od ograniczonego ruchu języka.

W tym przypadku u osobnika z syfilisem mózgu i ze sklerozą uszów środkowych w jej okresie początkowym wystąpiły nagle objawy MÉNIÈRE'a. Nie stanowiły one właściwej choroby MÉNIÈRE'a, ponieważ badanie wykazało istnienie dawniejszej sprawy chorobowej w uchu środkowym, głuchota szybko ustąpiła, czego nie bywa przy chorobie MÉNIÈRE'a i próba widełkami słuchowymi wskazywała wyraźnie na zajęcie ucha środkowego. Objawy MÉNIÈRE'a, jakie u tego chorego wystąpiły, jestem zniewolony kłaść na karb ostrego wysięku lub może tylko obrzęku, działającego czasowo na jądro nerwu słuchowego w mózgu. Obrzęk ten, czy też wysięk mógł powstać na tle sprawy syfilitycznej na podstawie mózgu, która wywołała zaburzenia w innych nerwach czaszkowych. Zdaje mi się, że chory poprawiłby się i bez pilokarpiny, ale jedynie wskutek stosowania jodku potasu.

Z dziewięciu historii chorób, jakie tu w krótkości przedstawiłem, dają się wyprowadzić dwa wnioski: 1) Objawy, zwane MÉNIÈRE'owskimi, przez wielu uważane za prawdziwą chorobę MÉNIÈRE'a, polegające na zawrotach głowy, szumie, upośledzeniu słuchu i niepewnym chodzie, do czego często przyłączają się nudności i wymioty, objawy te mogą powstać przy cierpieniu wszystkich odcinków narządu słuchowego, t. j. przy chorobach ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, oraz przy cierpieniach jamy czaszkowej. 2) Objawy te, lubo przedstawiają się pod jedną postacią kliniczną, mają podstawę anatomiczną bardzo różnorodną.

O chorobie MÉNIÈRE'a, tak nazwanej od autora, który ją pierwszy dokładnie opisał i zwrócił na nią uwagę klinicystów, znajdujemy już dawniej wzmianki. W r. 1827 SAISSY i VIRICEL wspominają o objawach nerwowych przy cierpieniach ucha. ITARD opisuje w roku 1825 przypadek choroby, w którym zdrowy mężczyzna ogłuchł nagle na oba uszy; do tego przyłączył się ból głowy, szum i zawrót głowy ze skłonnością padania naprzód. BURGRAEVE spostrzegł na sobie przy zapaleniu ropnem ucha (*otitis purulenta*) objawy podobne do tych, o jakich wspomina MÉNIÈRE.

MÉNIÈRE ogłosił w 1861 r. w „*Gazette médicale de Paris*“ jedenaście przypadków chorobowych, które przedstawiały dziwnie analogiczny przebieg. Z pomiędzy opisanych przez niego przypadków chorobowych na szczególne wyróżnienie zasługuje jeden, zakończony śmiercią. Dotyczył on 16-letniej dziewczyny, która zaziębiła się w czasie miesiączkowania i nagle ogłuchła wśród wybitnych objawów zawrotu głowy, nudności i wymiotów. Chora miała twarz bladą, pokrytą potem i była blizką zemdlenia. Podczas zawrotów chora często padała i nie była w stanie podnieść się; leżąc na wznak, nie mogła otworzyć oczu; najmniejszy ruch głowy powiększał nudności i wymioty. Piątego dnia choroby chora zmarła. Przy badaniu pośmiertnym mózg i mleczone pacierzowe okazały się zdrowymi; przewody łukowe błędników i po części przedsionki były wypełnione wysiękiem czerwonym, plastycznym; ślimak był zdrowy.

Już przed tym przypadkiem śmiertelnym, MÉNIÈRE, opierając się na doświadczeniach FLOURENS'a, który wykazał, że usunięcie przewodów łukowych u gołębi wywołuje zaburzenia w równowadze ciała, przyszedł do wniosku, że spostrzegane przez niego przypadki chorobowe nie mają swego siedliska w mózgu, lecz w uchu. Przypadek, sprawdzony na stole sekcyjnym, potwierdził jego teoretyczne dowodzenia.

W referacie, przedstawionym Akademii, MÉNIÈRE przychodzi do następujących wniosków: 1) Narząd słuchowy zupełnie zdrowy może nagle stać się siedliskiem zaburzeń czynnościowych, polegających na szumach rozmaitej natury, stałych lub przepuszczających, do których w krótkim czasie przyłącza się większe lub mniejsze upośledzenie słuchu. 2) Te zaburzenia czynnościowe, mając swoje siedlisko w uchu wewnętrznym, mogą stać się powodem objawów mózgowych takich, jak: zawrót, ciężkość głowy, chód niepewny, kręcenie się i upadek; często stanowi temu towarzyszącą nudności, wymioty i omdlenia. 3) Przypadłości te występujące pod formą napadów, szybko prowadzą do stopienia słuchu i do całkowitej utraty słuchu. Wszystko to każe przypuszczać, że te zaburzenia czynnościowe mają podstawę materialną, mieszczącą się w przewodach łukowych.

Opublikowanie pracy MÉNIÈRE'a dało pochop do wielu badań. Głównie odznaczyli się tu KNAPP, POLITZER i CHARCOT. Przez prace tych autorów oraz prace TROELTSCH'a, VOLTOLINI'ego, GRUBER'a, GÉLLÉ'go i innych obraz choroby tej stał się coraz dokładniejszym. Wkrótce też przekonano się, że choroba ta nie zawsze występuje pod formą udarową i że towarzyszyć może wielu cierpieniom ucha zewnętrznego i środkowego, oraz chorobom w jamie czaszkowej, *resp.* nerwu słuchowego, a nawet cierpieniom innych narządów. Ostatni fakt, t. j., że choroba może zależeć nie tylko od spraw chorobowych w błędniku, na który zresztą zwrócił uwagę i sam MÉNIÈRE, stał się powodem, że ściśle umiejscowienie i ograniczenie choroby tej do błędnika poddano w wątpliwość. Już w rok po ogłoszeniu przez MÉNIÈRE'a pracy jego, HILLAIRET (*Lésions de l'oreille interne etc.*), opierając się na doświadczeniach MAGENDI'ego i CUVIER'a (*Journ. de Physiol. experim. IV. Rapport fait à l'Académie de sciences 1828*), którym, po przecięciu u zwierząt włókien poprzecznych w moście VAROL'a, odnóg mózgu do ciała czworaczych, *corpus restiforme*, rozmaitych części móz-

dzku, udało się otrzymać te same objawy, jakie wywołał FLOURENS po przecięciu przewodów łukowych, był zdania, że szereg objawów, opisanych przez MÉNIÈRE'a, może także pochodzić od zmian w nerwach słuchowych w miejscu powstania ich w mózgu. Dalsze doświadczenia na zwierzętach, oraz spostrzeżenia kliniczne stwierdziły prawdziwość poglądów HILLAIRET'a i wszyscy współcześni lekarze uszni zgadzają się na to, że zbiór objawów, tworzących chorobę MÉNIÈRE'a, nie zawsze jest pochodzenia błędnikowego. Według GRUBER'a, choroba ta może być wywołaną nie tylko przez przewody łukowe, lecz i przez wodociąg ślimaka, przez woreczki przedsionkowe i przez boczny koniec przewodu endolimfatycznego, t. j. przez *recessus Cotugnoi*. GRUBER twierdzi, że ponieważ przy znacznej ilości spraw zapalnych w uchu środkowym, przy których stanowczo zwiększone jest ciśnienie w błędniku, a zatem tam, gdzie przewody łukowe są podrażnione, objawy MÉNIÈRE'a są rzadkie, przeto należy przyjąć, że zaburzenia w równowadze zależą od stosunku błędnika do ośrodków nerwowych. Na taki pogląd trudno się zgodzić. Nie trudno wywołać sztucznie objawy MÉNIÈRE'a przy brakach błony bębenkowej, gdy błędnik jest na pewnej przestrzeni obnażony i gdzie niepodobna dopatrzeć się związku tych objawów z ośrodkami nerwowymi. Sądzę, że nie sama obecność w przewodach łukowych krwi lub wysięku ma wpływ na powstawanie objawów MÉNIÈRE'a, tylko wywołuje je wpływ tych czynników na pewne końcowe aparaty, a mianowicie na nerwy w banieczkach przewodów łukowych lub na nerwy przedsionkowe. To nam objaśnia, dlaczego objawy MÉNIÈRE'a mogą powstać bez wszelkiego wylewu do przewodów łukowych; w takich bowiem razach są one następstwem drażnienia nerwów banieczkowych przez przyczynę, działającą zewnątrz błędnika, lecz wywierającą działanie na ten ostatni.

[D. n.].

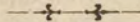
II. PRZYPADEK ZAKAŻNEGO ZAPALENIA WSIEDZIA

(*Endocarditis septica*).

POMYŚLNIE ZAKOŃCZONY.

Podał

Dr J. Józefowicz [z Kowna].



Ponieważ pomyślne zejście w zakaźnych zapaleniach wsierdzia należy do wyjątków, a badanie bakteryologiczne rzadko daje dotadni rezultat, przeto postanowiłem podać do wiadomości kolegów następujące spostrzeżenie.

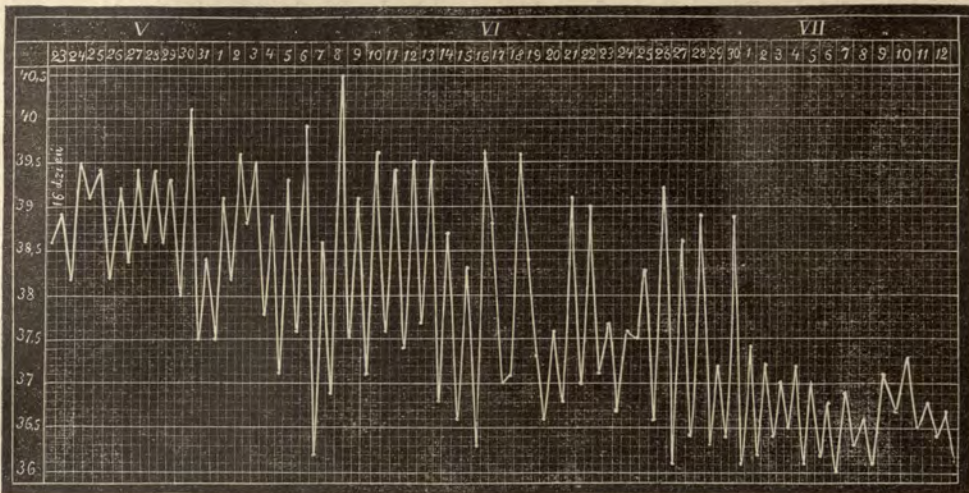
Pani A. M., lat 42, żona właściciela ziemskiego, przed kilku laty przebyła ostry gościec stawowy, po którym pozostała niedomykalność zastawki dwudzielnej. Miesiączkę straciła przed dwoma laty. Po silnem zaziębieniu od 7-go maja roku bieżącego miała codzienne dreszczyki z podniesieniem ciepłoty i uczuciem łamania w kończynach. Ponieważ ciepłota podnosiła się tylko w pewnych godzinach, chora, sądząc, że ma zimnicę, przyjmowała przez czas jakiś

chininę, lecz gdy cierpienie nie ustępowało, 20-go maja zwróciła się do mnie. Zostałem stan następujący.

Chora wzrostu mniej niż średniego, dosyć otyła [waży 4½ puda], niedokrwista, skarży się na ból głowy, dreszczyki i niewielkie pocenie się. Łaknienie niezłe [będąc zdrową, zwykle długo jadła]. Tętno 80 na minutę, małe, miękkie. Język zupełnie suchy, cały pokryty nieznacznym nalotem. Ze strony płuc żadnych zmian patologicznych nie byłem w stanie wykryć. Bezwzględna tępość serca nie zwiększona, w miejscu uderzenia wierzchołkowego szmer skurczowy, drugi ton tętnicy płucnej nieco wzmocniony. Stolce zaparte. Śledziona i wątroba powiększone. W okolicy nadbrzuszej kilka plamek, podobnych do różyczki. Ciepłota w południe 38,6°, wieczorem 38,9°.

Dnia 21 i 22-go ciepłota opadała do 37,5° i podnosiła się wyżej 38,5°.

Przebieg gorączki od 23 maja przedstawia załączona krzywa, przyczem z małymi wyjątkami najniższa ciepłota przypadała między 12 w nocy i 12 w dzień, najwyższa — między południem i północą.



Z początku sądziłem, że mam do czynienia z tyfusem brzuszny.

Dnia 22-go chora przyjęła olej rycynowy, poczem zjawiała się biegunka z cuchnącymi stolcami i częstym parciem, co trwało tydzień.

Od 23 do 27 stan mniej więcej jednostajny. Codziennie dreszczyki, poczem lekkie pocenie się, ból głowy. Dnia 27-go i 28-go obfite poty; objawy nieżytu. Tętno 92, prawa granica bezwzględnej tępości serca zachodzi trochę na mostek, górna na 4-em żebrze; plamki różyczki znikły. Brak ciepłoty, znamiennej dla tyfusu, zachowanie przytomności, ciągle dreszczyki i poty, suchy język — czyniły rozpoznanie tyfusu wątpliwem. To też skoro tylko wystąpiło powiększenie tępości serca, zaczęliśmy przypuszczać, że w danym przypadku mamy do czynienia z zakaźnym zapaleniem wsierdzia.

Badanie dna oka, wykonane przez okulistę, kol. LANGEGO, nie wykazało nic

nieprawidłowego. Mocz zawierał białko w ilości mniej niż 0,5 na 1000 [według *ESBACH'a*] i dużo fosforanów. Ani wałeczków, ani ciałek krwi nie znaleziono.

Dnia 29. Wstrząsający dreszcz i obfite poty, po których ciepłota z 39,3° opadła w ciągu godziny do 38,2°. Ze strony serca nic nowego.

Tegoż dnia chora zaczęła się uskarżać na bolesność języka. Okazało się, że na brzegach języka znajdują się stare owrzodzenia ze stwardniałymi brzegami i brudnym dnem. Powstały one wskutek tarcia języka o ostre pnie zębów, przed ostatnią chorobą.

Dnia 30. Od rana chora w stanie jakiegoś szczególnego podniecenia: jest niezwykle wesoła, mówi dużo. Ponieważ przyjmowała napar z waleryany z dodatkiem niewielkiej ilości kofeiny, odstawiłem więc lekarstwo. Wieczorem silny dreszcz, podczas którego ciepłota podniosła się do 40,1°, a w godzinę przy obfitych potach opadła do 37,5°. Chora majaczyła.

Dnia 31 V. i 1. VI. Śpiączka, bezwiedne oddawanie moczu i stolca. Pokarmy trzeba było wlewać gwałtem; język zupełnie suchy. Tegoż dnia spostrzegłem na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia siną plamę, wielkości monety srebrnej 5 kopiejkowej; po bliższem zbadaniu okazało się, iż plama powstała wskutek zatkania żyły podskórnej.

Dnia 2. VI. Przytomność zaczęła wracać.

Dnia 3. VI. Chora zupełnie przytomna. Łaknienie dobre, język stale bardzo suchy. Kaszel, objawy nieżytu płuc zwiększyły się [rozsiane rżenia, świsły]. Tętno 88—100. Górna granica serca na górnym brzegu 4 żebra, prawa zachodzi więcej na mostek; objawy wysłuchowe, jak poprzednio. W okolicy nadbrzuszej kilka petoci, z których jedna wielkości ziarnka soczewicy. Wątroba i śledziona jeszcze się zwiększyły.

Dnia 6. VI. Dreszcze z podniesieniem ciepłoty. Bóle w kończynach dolnych, przeważnie lewej, która na drugi dzień znacznie obrzmiała z powodu zapalenia żyły udowej. Pomimo suchego języka i wysokiej ciepłoty łaknienie dobre, stolce prawidłowe.

Dnia 8. VI. Dreszcz z podniesieniem ciepłoty do 40,5°, obfite poty. Na drugi dzień—drobne wylewy krwawe, głównie w okolicy nadbrzuszej i na kończynach górnych, w postaci grup.

Dnia 9. VI. Wstrzyknięto pod skórę 1 grm. 1% roztworu srebra rozpuszczalnego *CREDÉ'go*; także wstrzykiwania powtórzyliśmy 10 i 11-go.

Dnia 10, 11, 12 i 12 dreszcze i poty.

Dnia 11. VI. Przy zachowaniu potrzebnych ostrożności, wzięto z palca kroplę krwi, z której otrzymano hodowle paciorkowca i gronkowca białego. [Kol. *ERNST*, lekarz szpitala wojskowego]. Ponieważ wstrzykiwania podskórne przetworu *CREDÉ'go* wywoływało stwardnienia, przeto przeszliśmy do stosowania wcierań maści z rozpuszczalnego srebra (*unguent. argenti colloidal. CREDÉ*) codziennie w ilości 3,0 maści. Ogółem w tylnej części klatki piersiowej wcierań zrobiłem 20.

Z początku używałem maści, przygotowanej podług przepisu *CREDÉ'go* w jednej z miejscowych aptek, potem otrzymałem z Drezna oryginalną, która lepiej nadawała się do wcierań.

Dnia 15. Język po raz pierwszy trochę wilgotniejszy.

Od 13-go dreszczy nie było. Zjawiska nieżytu płuc mniejsze, tętno 112, granice tępości serca też same; kończyna dolna lewa znacznie mniej obrzmiała i niebolesna.

Dnia 16. Tętno 108; język zupełnie wilgotny; obrzmienie kończyny dolnej zmniejsza się.

Dnia 17. Prawa granica tępości serca dochodzi do połowy mostka, górna pod 3-em zębem; charakter szmeru ten sam [podmuchowy]; tętno 112.

Dnia 18. Mały dreszczyk. Zatkanie żyły na lewym ramieniu powoli ustępuje; kończyna lewa bardzo mało obrzmiała.

Dnia 19. Tętno 120; wymiary serca też same; nowe petocie na plecach.

Dnia 20. Tętno 100; wymiary serca mniejsze, poty również. Pierwszy raz od kilku tygodni chora spała spokojnie przez całą noc. Język stale wilgotny.

Dnia 22. Ze krwi otrzymano tylko hodowle gronkowca białego.

Dnia 26. Tępość serca trochę się zwiększyła; mały dreszczyk.

Dnia 27. Nowe petocie na brzuchu, plecach i ramionach.

Dnia 29. Tętno 96; prawa granica tępości serca odpowiada lewemu brzegowi mostka, górna—pod 4-em zębem; szmer skurczowy słychać w miejscu uderzenia wierzchołkowego.

Dnia 2. VII. Ostatnie wcieranie.

Dnia 4. VII. Z krwi nie otrzymano żadnych hodowli.

Dnia 6. VII. Tętno 92; śledziony nie wyczuwa się; wątroba jeszcze znacznie powiększona. Odtąd chora stale poprawiała się. Owrzodzenia na języku, po spiłowaniu ostrych pni zębów, prędko się pogoili.

Prawie przez cały czas trwania cierpienia chora odżywiała się nadmierne, a mianowicie przyjmowała na dobę przeciętnie: 10 jaj, około 100 gramów bułki, 10 szklanek słodkiego i talerz zsiadłego mleka, talerz kaszy, talerz poziomek lub malin, 1—2 szklanek herbaty, kawy lub kakao, 10 kieliszków starej madery. Trawiła bardzo dobrze.

Że w opisanym przypadku miałem do czynienia ze sprawą zakaźną, nie ulega żadnej wątpliwości: potwierdza to charakter gorączki, zapalenia żył, a głównie wynik badania bakteryologicznego.

Za umiejscowieniem ogniska zakaźnego w sercu przemawiają: 1) istnienie starej wady serca, 2) powiększenie tępości serca, która po wyzdrowieniu zmniejszyła się; chociaż objaw ten, wskazujący na ostre rozszerzenie serca, zdarzyć się może przy każdej gorączkowej chorobie, lecz w danym razie przemawia za cierpieniem wsierdzia, 3) drobne zatory.

Czy, jak to z początku przypuszczałem, był w danym razie tyfus brzuszny, w przebiegu którego nastąpiło wtórne zakażenie drobnoustrojami, a więc i wsierdzia? Na to trudno odpowiedzieć. Według jednak wszelkiego prawdopodobieństwa—wobec podanego typu gorączki, ciągłych dreszczów i potów, wobec zachowania przytomności z wyjątkiem 3 dni, jesteśmy raczej za wyłączeniem tyfusu. Prawdopodobnie zarazki chorobotwórcze przedostały się do krwi przez owrzodzenia na języku, a potem znalazły najdogodniejsze miejsce

dla rozwoju we wsierdziu, jako *locus minoris resistentiae*. Zaziębnienie mogło grać rolę czynnika, osłabiającego ustrój.

W opisanym przypadku udało się otrzymać ze krwi hodowlę zarazków ropnych, co nie często się zdarza. Pierwsze badanie krwi, wykonane w pełnym rozwoju choroby, dostarczyło hodowli paciorkowca i gronkowca białego, drugie zaś, przedsięwzięte już po ustąpieniu wstrząsających dreszczy, wykazało tylko hodowlę gronkowca. Co do postaci anatomicznej zapalenia wsierdza—przypuszczamy, że mieliśmy do czynienia z owrzodzeniem, zaczem przemawia brak większych zatorów. Trwającą 3 dni śpiączkę i majaczenie byłbym w stanie objaśnić drobnymi zatorami w naczyniach mózgu, zwłaszcza wobec tego, iż wystąpiły nagle i po dreszczu. Zapalenie i zatkanie żył powstało albo drogą ogólnego zakażenia drobnoustrojami, albo w następstwie zatorów w *vasa vasorum*.

Z lekarstw przepisywałem tylko odwar kory chinowej, do którego, przy mniejszem i słabiej napiętem tętnie, dodawałem trochę kofeiny. Oprócz tego, jak wspomniano, stosowaliśmy srebro rozpuszczalne CRÉDE'go, najprzód w postaci wstrzykiwań podskórnych, a później w postaci maści, a to z powodu, iż po wstrzyknięciach występowały stwardnienia, które dotychczas jeszcze w zupełności nie ustąpiły. Czy mam przypisać pomyślne zejście wpływowi tego środka? Jakkolwiek nie mogę wyprowadzać żadnych wniosków na podstawie jednego przypadku, zwłaszcza iż dobre łaknienie i trawienie pozwalało nadmierne odżywiać chorą, to jednakże zaznaczyć winienem, iż od czasu zastosowania tego środka cierpienie zaczęło słabnąć, wstrząsające dreszcze ustąpiły w dosyć prędkim czasie, zarówno jak i suchosć języka; zapalenie żył zaczęło także szybko przechodzić. Zachęca mnie to do dalszych prób ze wspomnianym lekiem. W czasie stosowania srebra, kilkakrotnie ja sam i kol. ERNST poszukiwaliśmy takowego w moczu chorej, lecz ani razu nie udało nam się znaleźć najmniejszych śladów.

Co się tyczy wydzielania srebra z organizmu wogóle, to dotąd nie posiadamy pewnych danych: jedni [BERGERET, ROZSAHEGYI] znajdowali je w moczu, inni [JACOBI, GIESSEMANN] nie mogli wykryć żadnych śladów.

W październiku widziałem chorą; przybyło jej wagi 10 funtów; czuje się dobrze, tylko często miewa reumatyczne bóle w stawach i mięśniach; kończyła dolna wróciła do stanu normalnego. Granice tępości serca prawidłowe, w miejscu uderzenia wierzchołkowego słycać szmer skurczowy, może trochę więcej szorstki, słycać go również w okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej. Na miejscu poprzednich wstrzykiwań pozostały jeszcze stwardnienia.

Zgodziwszy się z autorem co do rozpoznania, głównie na nasadzie typu gorączki, chcielibyśmy tylko zwrócić uwagę na pewne wątpliwości, które się czytelnikowi nastrecają przy opisie przebiegu powyżej przytoczonego przypadku, a mianowicie:

1) jeśli autor przyjmuje zakaźne, wrzodziejące zapalenie wsierdza, a więc tę postać, w której sprawa chorobowa szerzy się w głąb tkanek i powoduje nie-raz znaczne utraty substancji [jak np. przedziurawianie zastawek, oderwanie

się tychże, jak również wytwarzanie się małych tętniaków na zastawkach i t. p., a prócz tego szerzy się i na sąsiednie zastawki, to rzecz dziwna, iż brakowało całego szeregu objawów wysłuchowych. Zazwyczaj z powodu osadzania się skrzepów krwi na wrzodziejących miejscach tworzą się nawet chwilowe zwężenia w ujściu serca, zwłaszcza w ujściu przedsionko-komórkowem lewem, dając powód do występowania bardzo wydatnych nieraz szmerów. Tymczasem w przypadku powyżej podanym istniał tylko szmer skurczowy u wierzchołka serca i ten nawet w swem natężeniu i charakterze żadnych zmian nie przedstawiał. Należałoby więc chyba przypuścić, że sprawa wrzodziejąca nie odbywała się na zastawkach, lecz na *endocardium parietale*.

2) Dlaczego brak większych zatorów ma przemawiać na korzyść wrzodziejącego zapalenia, jak to kolega J. utrzymuje? Wszakże — z przyczyny dopiero co wspomnianych zniszczeń na wsierdziu nie tylko małe, lecz i większe cząsteczki tkanek lub tworzących się złogów mogą być przeniesione prądem krwi i dać powód do dużych, groźnych dla życia zatorów.

3) Bardzo trudnem do zrozumienia jest wielkie łaknienie chorej i dobre trawienie, przy bardzo ciężkim przebiegu gorączki i przy suchym języku. Nie mówiąc już o 10 jajach dziennie spożytych, o talerzu poziomek i t. p., dziwić się należy, jak serce, tak poważną sprawą chorobową dotknięte, było w stanie przepychać przez układ naczyniowy taką znaczną ilość płynów, jak tę, którą autor podaje, bez szczególnych zaburzeń krwiobiegu. Spożywanie niezwykle dużych ilości pokarmów spostrzega się niekiedy u suchotników w okresie heptycznej gorączki, lecz tylko u chorych młodych, u których sprawność przewodu pokarmowego nie została upośledzoną.

4) Co do otrzymania streptokoków ze krwi, zgodzić się trzeba z autorem, że rzadko to się udaje, a skoro się je otrzyma w zwykły sposób ze krwi przez nakłucie skóry, nawet przy zachowaniu wszelkiej ostrożności, to powstaje jeszcze przypuszczenie, czy nie dostały się one do preparatu ze skóry.

To też bakterjologowie radzą w takich razach brać krew do badania wprost z żyły przez nacięcie tejże.

J. P.

Z LEZCNICY CHIRURGICZNEJ D-RA A. GRÜNBAUMA.

III. TRZYDZIEŚCI PIĘĆ PRZYPADKÓW ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

(*Appendicitis*).

Opisał

A. Grünbaum.

— † = † —

[Dokończenie — Patrz Nr. 17].

2) Pacjenta K. M., 35-letniego mężczyznę z Warszawy, przywieziono do lecznicy dnia 3. IV. 1897 o godzinie 8¹/₂ rano, 12 dnia choroby, w groźnym bardzo stanie.

Wywiady. Już od bardzo dawna zapadał zazwyczaj kilka razy do roku na ciężką kolkę, jak dotychczas twierdzono, wątrobową. Wody karlsbadzkie, które co roku pijał, nigdy żadnej istotnej nie sprawiały ulgi.

Przed 12 dniami, podobno po zaziębieniu się, dostał nagle zwykłych swych przypadłości, t. j. bólów brzucha, przeważnie z prawej strony pod łukiem żebrowym, wymiotów i zaparcia stolca w połączeniu z gwałtownym dreszczem i gorączką [40°]. Cały ten zbiór objawów trwał bez najmniejszej zmiany do dnia 14. IV. Od tego dnia wymioty pojawiały się rzadziej i podobno dwa razy po przemyciu kiszki prostej—były stolce. Nikt jednak nie widział, czy w tych wypróżnieniach znajdowały się masy kałowe. W d. 17. IV lawatwy już żadnego nie wywoływały skutku i przez całe trzy dni istotnie nawet wiatry nie odchodziły.

Stan obecny. Ciepłota 40,4°. Chory apatyczny, na pół przytomny, niechętnie odpowiada na pytania. Tętno 136—150. Oddech żebrowy powierzchowny i częsty 44. W płucach i sercu, o ile je można było zbadać, żadnych chorobowych nie wykryto zmian. Brzuch mocno wciągnięty. Mięśnie, szczególnie prawej strony, w stanie silnego napięcia. Bolesność brzucha przy dotykaniu na całej powierzchni bardzo silna. W prawym dole lędźwiowym nieruchome stwardnienie, rozpościerające się w górę aż do łuku żebrowego, wypełnia cały dół lędźwiowy i graniczy od wewnątrz z zewnętrznym brzegiem prawego mięśnia prostego brzucha. Chełbotania wyraźnego nigdzie w tem miejscu nie wyczuto; miejscami otrzymywano tylko jakoby wrażenie rozmięczonych mas. W moczu ślady białka. Język suchy, kółkowaty i pokryty grubym, czarnym nalotem.

Operacya o godzinie 2½ po południu. Poprowadziwszy cięcie typowe prawie aż do łuku żebrowego i wniknąwszy wśród grubej warstwy błon wrzekomych powoli i ostrożnie do jamy otrzewnej, co z niemałemi połączone było trudnościami, wydobyto z pod górnego kąta rany zaledwie około jednej łyżki stołowej cuchnącej ropy. Zagięty w górę wyrostek robaczkowy leżał na zewnętrznej stronie jelita wstępującego mocno zrosnięty z błonami wrzekomemi, wypełniającemi cały tył dołu lędźwiowego i sięgał ślepym swym końcem aż pod podżebrze, w którym wśród zrostów znikał. Ponieważ chory znajdował się w stanie zapaści, poprzestano przeto na cięciu powyższem i po wprowadzeniu drenu do górnego kąta rany i jej wytamponowaniu gazą wyjałowioną chorego opatrzone, wstrzyknąwszy mu w pierw kilka szprycek *ol. camph.* Skutek operacyi był prawie żaden. Gorączka, odbijanie i zaparcie stolca trapiły chorego w dalszym ciągu bez żadnej zmiany.

Dnia 25. IV. Przedziurawienie wyrostka robaczkowego nastąpiło tuż u jego podstawy. Przez uformowany otwór wydobywały się w następstwie na zewnątrz rzadkie, kałowe masy w bardzo dużej ilości. D. 27. IV. silne krwawienie z pod górnego kąta rany, podczas którego chory zmarł. Aczkolwiek o wykonaniu bodaj częściowej sekcyi nie mogło być i mowy, udało mi się jednak zbadać po śmierci okolicę rany i przekonać się, że u danego osobnika po za *ligam. gastro-colicum* znajdował się ograniczony ze wszech stron ropień, wielkości małego jabłka i że w jego środku sterczał zniszczony ślepy koniec

wyrostka robaczkowego. Czy gdzieindziej nie było więcej takich ropni, tego już zbadać nie mogłem.

E) Dwa przypadki ropni wyrostkowych pozaotrzewnowych.

1) K. F., 11-letnia dziewczyna z Buska, przybyła do lecznicy d. 9. IX. 1892 r..

Wywiady. Dziewczynka słabo rozwinięta i małokrwista cierpiała często na rozwolnienie. Przed trzema tygodniami w szkole uderzoną została przez rówieśniczkę w prawy bok i niebawem tego samego dnia jeszcze po południu wymiotowała dwukrotnie, oraz zaczęła się skarżyć na silne bóle w brzuchu. Od tego czasu pacjentka choruje na bok i gorączkuje.

Dnia 3. IX. Zauważono w okolicy lędźwiowej prawej strony z tyłu wypuklenie, które w przeciągu kilku dni znacznie urosło. Przez cały ten czas pacjentka cierpiała na niewielkie rozwolnienie.

Stan obecny. Mała pacjentka skarży się na silne bóle w okolicy lędźwiowej z prawej strony i brak łaknienia. Prawa kończyna dolna zgięta w stawie biodrowym pod kątem rozwartym. Wszelkie ruchy bardzo bolesne. W prawym dole biodrowym wyczuto twardą i nieruchomą guzowatość, która sięgała w górę po nad grzebięń kości biodrowej do okolicy lędźwiowej, gdzie znacznie wystawała ku tyłowi, stawszy się miękką i wywierając uczucie wyraźnego chęłbotania. Żadnych innych zmian w jamie brzucha nie znaleziono. Ciepłota ciała 39,2—38,3. Dreszczyki i poty. Tętno 84—86.

Dnia 10. IX. Operacya. Po wykonaniu cięcia lędźwiowego i opróżnieniu jamy ropnia z cuchnącej kałem zawartości, przeprowadzono w dole biodrowym na zgłębniku drugie cięcie, odpowiadające w zupełności cięciu typowemu i przekonano się: 1) że opróżniony ropień był umiejscowiony w tkance łącznej pozaotrzewnowej i 2) że dostępna badaniu za pomocą palców otrzewna przedstawiała tylko małoznaczne zmiany chorobowe. Po przeprowadzeniu przez rany sączków nałożono opatrunek.

Dnia 11. IX. Przy zmianie opatrunku znalazłem w dolnym kącie rany lędźwiowej stężyne kałową wielkości pestki od wiśni. Pacjentka wypisała się z lecznicy d. 17. X z zupełnie zagojonymi ranami.

2) Pacjent O. J., 28-letni mężczyzna z Warszawy, przybył do lecznicy d. 24. II. 1893.

Wywiady. W dzieciństwie chorował na *coxitidem dextram*. Przed 18 dniami bez wiadomej mu przyczyny zapadł nagle na silne bóle w prawym podbrzuszu, szczególnie w dole biodrowym, na wymioty i gorączkę. Stan ten z wyjątkiem wymiotów, które tylko pierwszego dnia kilkakrotnie się powtórzyły, trwa po dziś dzień bez żadnej zmiany. Stolce przez cały ten czas odbywały się prawidłowo.

Stan obecny. Ciepłota 39—38,3°. Tętno 96. Język obłożony białym nalotem. Brzuch miękki i nie wzdęty. Odgłos opukowy wszędzie bębenkowy. Wnikając palcami głęboko w prawy dół biodrowy, można było wyczuć na tylnej bocznej jego ścianie nad grzebieniem biodrowym niewielką, płaską guzowatość. Podobną guzowatość wyczuwano również przy badaniu *per rectum*. Wygląd powłok brzusznych w okolicy lędźwiowej nie był zmieniony.

Operacja. Otworzywszy za pomocą cięcia typowego jamę otrzewnej, przekonano się: 1) że ta ostatnia zupełnie była zdrowa, 2) że kiszka ślepa nie była zmieniona i 3) że leżący na wewnętrznej stronie *coeci* zgrubiał i otoczony starymi błonami wrzekomemi wyrostek robaczkowy mocno był zrośnięty z otrzewną ścienną tylnej ściany brzucha mniej więcej około zewnętrznego brzegu mięśnia czworaczego lędźwi. Po zaszyciu rany przednich powłok brzucha, przeprowadzono we wskazanem miejscu drugie cięcie skóry, mięśni i powięzi i wypuszczono zgromadzoną tam cuchnącą ropę w ilości około $\frac{1}{4}$ szklanki wraz ze sporą ilością cuchnących gazów. Otworu, łączącego z wnętrzem jamy brzucha lub przewodem wyrostkowym, nie można było odnaleźć. Po wprowadzeniu do rany sączka, wytamponowano ją gazą wyjałowioną i chorego opatrzono. Pacjent wypisał się dnia 8. III. w bardzo pomyślnym stanie zdrowia. Zaszyta rana przednich powłok zagoiła się doraźnie. Tylna rana w dzień wypisania pokryta była zdrową ziarniną.

F) Cztery przypadki ropni przedotrzewnowych.

1) Pacjent K. Ch. z Bowszy przybył do lecznicy dnia 2. I. 1895 r..

Wywiady. W ciągu 1894 r. chorował trzykrotnie na kolkę w brzuchu z wymiotami i zaparciem stolca. Każdy napad kolki pojawiał się po popełnieniu błędu w diecie. Przed trzema tygodniami, gdy zachorował po raz czwarty na wspomnianą kolkę, spostrzeżono w prawem podbrzuszu twardą guzowatość. Wymioty tym razem trwały tylko jeden dzień. Stolce wcale nie były wstrzymane. Gorączka przez cały czas wahała się między 39—38,2.

Stan obecny. Pacjent, 14-letni chłopczyk, dosyć mizernego wyglądu, skarży się na silne bóle w brzuchu, brak łaknienia i nadzwyczajne osłabienie. Ciepłota 39,1. Tętno 100. Oddech żebrowy 34. Język obłożony i wilgotnawy. Brzuch z prawej strony średnio wzdęty i bolesny przy dotykaniu. Na poziomie *lineae spin.-umbilic.* uwidatnia się wyraźnie chełbocąca guzowatość, wielkości piąstki małego dziecka. Skóra nad nią w stanie zapalnym.

Dnia 4. I. Operacja. Otworzywszy ropień powierzchowny i oczyściwszy za pomocą łyżeczki ściany jego i dno, spostrzeżono w tem ostatniem nieznaczny otwór, przez który z głębi sączył się płyn ropiasty. Przeciąwszy w tem miejscu na zgłębniku żłobkowanym mięśnie, powięź i otrzewną w kierunku pionowym w górę i na dół, natrafiono na jamę w dole biodrowym, wypełnioną sporą ilością cuchnącej kałem ropy. Ponieważ uchyłek wyrostkowy był mocno zrośnięty z kłębkami kiszek, stanowiącym wewnętrzną przegrodę wspomnianej jamy i najostrożniejsze nawet oddzielenie go było połączone z niebezpieczeństwem rozdarcia tych ostatnich, pozostawiono go przeto nietkniętym. Wprowadziwszy do jamy gruby sączek, złączono brzegi rany za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Opaska. Przebieg pooperacyjny nader pomyślny. Ciepłota już po upływie dwóch dni stała się prawidłową. Rana goiła się bez najmniejszego zakłócenia i chory dosyć szybko przyszedł zupełnie do sił.

Dnia 22. II wypisał się z lecznicy w stanie zupełnego zdrowia.

Przypadek ten zaliczyłem do kategorii ropni przedotrzewnowych tylko ze względu na obecność ropnia powierzchownego, w istocie jednak należy mu się miejsce w szeregu ropni ograniczonych, wewnątrz-otrzewnowych.

2) Pacjent C. S., 15-letni młodzieniec z Dźwinska, przybył do lecznicy d. 19. II. 1897.

Wywiady. Ciesząc się zawsze zdrowiem, zapadł przed 4 tygodniami, t. j. następnego dnia po uderzeniu się w brzuch o kant stołu, na silne bóle w okolicy pępka i wymioty bez gorączki. Choroba ta trwała dwa dni, poczem pacjent, czując się zupełnie zdrowym, wstał z łóżka. Przed 16 dniami spostrzegł pierwszy raz po środku *lin. spin.-umbilicalis externae* bardziej ku wewnątrz małe wypuklenie, wielkości orzecha laskowego. Guz ten rósł następnie bardzo szybko i obecnie doszedł już do rozmiarów jaja gęsiego. Na ból w brzuchu i ogólne niedomaganie, t. j. na gorączkę, zaczął się skarżyć dopiero przed 7 dniami. Zakłóceń ze strony stołców przez cały ten czas nie zauważono. Wymioty więcej się nie powtórzyły. Łaknienie umiarkowane.

Stan obecny. Młody, dobrze zbudowany i odżywiany pacjent skarży się na bóle w brzuchu, nader dokuczliwe przy najmniejszym nawet poruszeniu, szczególnie zaś przy wydymaniach stołcowych. Miękki i normalnych rozmiarów brzuch daje wszędzie przy opukiwaniu odgłos bębnekowy. Po środku mniej więcej *lineae spin.-umbilic. dextrae* sterczy chlebocący guz, wielkości gęsiego jaja z dosyć szeroko rozlaną podstawą. Obecność komunikacji między guzem i jamą otrzewnej można było przynajmniej na zasadzie wyników badania zupełnie wyłączyć. Oddawanie moczu normalne. Ciepłota 38,9 — 38,4°. Tętno 96—100. Istota więc zaszyłych u naszego pacjenta zmian patologicznych nie była w danym przypadku z całą określoną pewnością.

Dnia 20. II. Operacja. Przeciąwszy w kierunku pionowym opisane powyżej wypuklenie i wypuściwszy zawartą w niem cuchnącą ropę w ilości około 5 łyżek stołowych, znaleziono na jego dnie, po oczyszczeniu go za pomocą łyżeczki, cienki otwór, przez który zgłębnik wnikał do kanału, dążącego z góry na dół i od wewnątrz ku zewnątrz. Przeciąwszy tkanki powłók na zgłębniku żłobkowanym, przekonano się, że kanał ten stanowi przewód przedziurawionego uchyłka wyrostkowego. Wyresekowawszy ten ostatni prawie w całości i zamknąwszy światło kikuta za pomocą szwu, złączono brzegi rany brzucha szwem piętrowym w taki sposób, że jamę otrzewnej zamknięto w zupełności, jamę powstałą po ropniu w powłokach zamknięto na tyle, aby można było do niej dosyć grubo wprowadzić sącdek. Opatrunek.

Przebieg pooperacyjny był arcypomyślny. Młody pacjent wypisał się z lecznicy d. 28. III. 1897 w zupełnym zdrowiu. Wyresekowany wyrostek miał długości niespełna 4 ctm. i bardzo słabo rozwiniętą krezkę. Tkanki jego były prawie na całej długości zupełnie normalne. Tylko ślepy koniec, zlepiony z otrzewną ścienną, był zgrubiały i przedziurawiony. Steżyn kałowych nie znaleziono ani w przewodzie uchyłka, ani w zawartości ropnia. Tkanki kiszki ślepej były zupełnie normalne.

3) Pacjentka E. H. z Białegostoku przybyła do lecznicy dnia 1. VI. 1897 r..

Wywiady. E. H., 12-letnia dziewczynka, poprzednio zawsze zdrowa, zapadła nagle przed 5 tygodniami na wymioty i gorączkę. Wymioty po upływie 37 godzin ustały zupełnie; gorączka zaś trwa od owego czasu bez przerwy,

przyczem wahania jej wynoszą 40—37,5°. Dreszczów i potów nie zauważono. Stolce odbywały się dosyć prawidłowo i tylko czasami uciekano się do pomocy lawatywy. Na początku choroby pacjentka również bardzo rzadko skarżyła się na bóle w prawej stronie brzucha. Przed 12 dniami uformował się w okolicy pępka z prawej strony niewielki ropień, który niebawem sam się otworzył, przyczem wypłynęła w nader znacznej ilości cuchnąca ropa. Od tego czasu sączy się przez ten otwór ropa bezustannie.

Stan obecny. Ciepłota 38,9—38,3°. Tętno 104. Brzuch miękki i niebolesny. Z prawej strony pępka mały otwór, przez który sączy się ropa w dosyć sporej ilości. Zgłębnik wchodzi swobodnie do kanału podskórnego, prowadzącego do prawego dołu biodrowego, w którym nad zewnętrzną połową więzu POUPART'a wyczuwa się nieznaczne stwardnienie. Narządy klatki piersiowej zdrowe. Język obłożony białym nalotem. Mocz normalny.

Dnia 2. VI. Operacja. Przeciąwszy podminowaną skórę na zgłębniku żłobkowanym w kierunku od pępka ku środkowi więzu POUPART'a i oczyściwszy za pomocą łyżeczki dno i ściany kanału, znaleziono nad więzem w środku wzmiankowanego stwardnienia zatokę, prowadzącą nieco w tył i w górę po nad *crista ilei* ku okolicy lędźwiowej. Przeprowadziwszy w tem miejscu drugie cięcie, ranę przedrenowano i chorą opatrzone. Zrośniętego z *coecum* i *omentum* wyrostka nie wycięto. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Gojenie się ran postępowało nader szybkim krokiem i pacjentka d. 9. VII. wypisała się z lecznicy w zupełnem zdrowiu.

4) Pacjentka R. S. z Tołoczyna przybyła do lecznicy 5. VIII. 1898.

Wywiady. Pacjentka, 26-letnia kobieta, zamężna, miesiączkująca od 16 roku życia zupełnie prawidłowo. Rodziła 4 razy. Ostatni połóg odbyła przed dwoma laty. Żadnych chorób nie przechodziła. Przed dwoma laty, t. j. po ostatnim porożu, spostrzegła, że w lewym podbrzuszu mniej więcej na granicy między *regio pubis et inguin.* na wysokości *spin. il. ant. sup.* utworzył się niebolesny, twardy guziczek, wielkości jaja gołębiego. Ponieważ guz ten żadnych nie sprawiał jej bólów, przeto też najmniejszej nie przywiązywała do niego wagi. Zauważyła jednocześnie, że od tego czasu zaczęła często cierpieć na rozwolnienie.

Przed 4 miesiącami spostrzegła, że w prawym podbrzuszu pojawiła się szybko rosnąca guzowatość, w której dostatecznie zgromadziła się w dosyć znacznej ilości ropa. W ostatnich dopiero czasach zaczęła ulegać częstym napadom gorączki z dreszczami i potami. Wypróżnienia przez cały czas miały charakter rozwolnienia.

Stan obecny. Kobieta, słusznego wzrostu i dobrej budowy ciała, skarży się na ogólne niedomaganie, brak łaknienia i silne bóle w prawym podbrzuszu, t. j. w miejscu istniejącego ropnia. Ciepłota 39,8—39,1°. Tętno 126—130. Na dwa palce powyżej więzu POUPART'a i na wewnątrz od *spin. il. ant. sup.* sterczy ku przodowi chelbacząca i bolesna grzowatość, postaci jajowatej, wielkości pięści dorosłego człowieka. Nieco pochylona na lewo i normalnych rozmiarów macica nie znajduje się w żadnym z tą guzowatością związku. Jajniki i jajowody również były zupełnie swobodne.

Operacya. Przeciąwszy ropień przez całą długość i wypuściwszy cuchnącą jego zawartość w ilości około 250 grm., oczyszczono dno jego z pokrywających je grubych skrzepów ropnych. Spostrzeżono wtedy tuż przy zewnętrznym brzegu prawego mięśnia prostego brzucha, na granicy między średnią a dolnią $\frac{1}{3}$ częścią, otwór, prowadzący na wewnątrz, w kierunku prawie poziomym na 3 ctm. po za smugą białą; na zewnątrz ku dołowi mniej więcej do środka więzu POUPART'a. Przeciąwszy na zewnątrz od mięśnia prostego w kierunku pionowym mięśnie, powięź szeroką i otrzewną ścienną, stwierdzono: 1) że długi wyrostek robaczkowy mocno był zlepiony z otrzewną ścienną przedniej ściany brzucha w kierunku poprzecznym i 2) że znaleziony otwór powstał wskutek przedziurawienia ściany wyrostka i prowadził do światła jego przewodu. Aczkolwiek oswobodzenie uchyłka od zlepów połączone było z nadzwyczajnymi trudnościami, udało się jednak wykonać całkowicie. Uchyłek ten następnie wyresekowano w całości. Po zamknięciu światła kikuta zaszyto brzegi rany powłok brzucha szwem piętrowym, pozostawiając w ranie skóry otwór, przez który wprowadzono do jamy ropnia sączek.

Pacjentka dnia 3. X. wróciła do domu zupełnie zdrową.

Anatomiczne zmiany wyresekowanego uchyłka: Wymiar podłużny wynosił 12,5 ctm.. Światło przewodu było przynajmniej trzy razy większe, niż to zazwyczaj bywa. Mocno zwiotczałe jego ściany cienkie były i bardzo kruche.

Opisane powyżej przedziurawienie znajdowało się mniej więcej po środku jego długości. Stężyn kałowych nie znaleziono.

G) Jeden przypadek, w którym wskazaniem do operacyi była przewlekła niedrożność kiszek.

Pacjentka T. L., z Warszawy, przyniesiono do lecznicy dnia 8. III. 1896 w celu wykonania na nim natychmiastowej laparotomii.

Wywiady. T. L., mężczyzna, lat 23 liczący, poprzednio zawsze zdrowy, w ciągu ostatnich ośmiu miesięcy zapada już po raz trzeci na objawy niedrożności kiszek. Każdy z poprzednich dwóch napadów trwał krótko i kończył się zazwyczaj uporczywym rozwolnieniem! Przyczyn anatomicznych objawów owej niedrożności nie określono. Obecnie choroba trwa już podobno przeszło dwa tygodnie. Przez ten czas było jednak jeszcze kilka płynnych wypróżnień. Od dwóch dni objawy przybrały nader groźny charakter, wskutek czego chory zgodził się na operację.

Stan obecny. Pacjent apatyczny i niechętnie odpowiada na pytania. Tętno drobne i częste około 140. Brzuch bezułkowato wzdęty i nadzwyczaj bolesny przy najłżejszem nawet dotykaniu. Odbijanie i czkawka trapią chorego bezustannie. Język obłożony grubym, czarniawym nalotem. *Foetor ex ore.*

Operacya. Po zachloroformowaniu zbadał go powtórnie prof. Kosiński, który też operował i stwierdził, że w poprzek podbrzusza leży naprężona, taśmowata jakaś przeszkoda, rozciągająca się od jednego do drugiego dołu biodrowego. Otworzywszy jamę brzucha w smudze między pępkiem i spojeniem łonowym, skonstatowano, że ową taśmowatą przeszkodę stanowi długi wyrostek robaczkowy, który ślepym swoim końcem zrósł się mocno z leżącą w lewym

dole biodrowym kiszka esowatą. Po ostrożnem oddzieleniu ślepego końca uchyłka od zlepionego z nim *S-romanum*, wycięto go w całości. Zamknąwszy światło kikuta, wprowadzono do jamy brzucha tampon MIKULICZA i złączono brzegi rany powłok za pomocą odpowiedniej liczby szwów. Opaska. Przebieg pooperacyjny był nad wyraz pomyślny. Chory, aczkolwiek przez kilka następnych dni lekko gorączkował [nie wyżej 38,1°], szybkim krokiem wracał do zdrowia i niebawem odzyskał dawne siły.

Dnia 11. III. Pierwszy samodzielny stolec.

Dnia 17. III. Zmiana opatrunku i wyjęcie tamponu.

Dnia 20. III. Sformowany kał w bardzo małych ilościach wydzielał się z pod lewego płata rany brzucha. Kałowa ta zatoka w następstwie zagoiła się samodzielnie i T. L. dnia 6. V. 1896 wypisał się z lecznicy w zupełnem zdrowiu. Anatomiczne badanie wyciętego wyrostka wykazało: że tkanki na całej długości zupełnie były normalne, że znacznie zgrubiały ślepy jego koniec, który był zrosnięty z *flex. sigmoidea*, nigdzie nie był przedziurawionym, że długość wynosiła około 15,75 ctm. i że przewód nie zawierał stężyń kałowych.

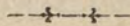
O pięciu chorych, których nie operowano, nie szczególnego nie mam do zanotowania. Mogę tylko nadmienić, że pacyenci ci zapadli na krótko przed przybyciem, że u każdego z nich, skoro tylko usunięto środki drażniące i zastosowano absolutny spokój, ścisłą dyetę, makowiec wewnątrz i okład pod ceratką na brzuch, nastąpiło wypróżnienie, a wymioty, odbijanie i czkawka w zupełności ustaly. Rzecz prosta, że o zastosowaniu zabiegu operacyjnego nie mogło być mowy.

Być może, żem nieco za obszernie podał kazuistykę operowanych chorych. Miałem wszakże jedynie na celu udowodnienie: 1) jak znacznie różnią się między sobą spostrzegane przypadki; w każdym bowiem z nich zmiany patologiczne przedstawiały się w zupełnie odmienny sposób i 2) jak dalece różni się niniejsza kazuistyka, z powodu zbyt późnego operowania chorych, od kazuistyki innych autorów, którzy daleko wcześniej operowali swoich pacjentów.

Nieznaczna śmiertelność, spostrzegana, mimo ciężkości przypadków, u mnie w lecznicy, mogła zależeć jedynie od właściwej pacjentom odporności, czego oczywistym dowodem przypadek 2 grupy C.

STAN i POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 16].

Z kolei rzeczy przechodzimy do personelu lekarskiego szpitali Warszawskich. Personel ten stanowią: lekarze naczelni, ordynatorzy oddziałowi, asystenci, lekarze miejscowi, lekarze ambulatoryjni, wreszcie prosektorzy.

Mając na względzie, że administracja naszych szpitali będzie omawiana szczegółowo na innym miejscu, ograniczamy się tu tylko na krótkim przedstawieniem stanowiska naczelnych lekarzy w stosunkach czysto lekarskich. Sto-

sownie do brzmienia Ustawy z r. 1842 zadanie naczelnego lekarza było dwój-
jakie: 1) miał on poruczony główny nadzór nad należytem udzielaniem pomocy
lekarskiej chorym, oraz nad ścisłem wypełnianiem tego wszystkiego, co się
odnosi do policyi lekarskiej w szpitalu; 2) był on stałym członkiem Rady
szpitalowej opiekuńczej szpitala i referentem wszelkich interesów, do rzeczy
lekarskich odnoszących się. Od roku 1870, t. j. od czasu, gdy Rady Opiekuń-
cze przy szpitalach zniesiono, oddając sprawy wszystkich szpitali w ręce Ra-
dy miejskiej Dobroczynności publicznej, naczelnicy lekarze przestali być rzecz-
nikami potrzeb szpitala wobec władzy zarządzającej, a utrzymali się tylko przy
stanowisku nadzorców i kontrolerów. Takie usunięcie od wpływu na rozwój
szpitalnictwa osób, najbardziej ze sprawami tegoż obznajmionych, odbiło się
na szpitalnictwie Warszawskiem ujemnie i przyczyniło się w znacznym stopniu
do wywołania dzisiejszego opłakanego stanu szpitali. Naczelnym lekarzom,
jeżeli nie odjęto całkowicie możności jakiegokolwiek inicjatywy, to przynaj-
mniej ogromnie ją utrudniono, nie pozwalając bezpośrednio przedstawiać i bro-
nić potrzeb szpitala na posiedzeniach Rady miejskiej Dobroczynności publicz-
nej. W tych warunkach cała troska o dobro szpitali, o ich rozwój prawidło-
wy przypadła w udziale ludziom, którzy nie mieli ani dokładnego pojęcia
o szpitalnictwie, ani często nawet czasu i chęci do zajmowania się tą sprawą.

To też gospodarka Rady, zarządzającej szpitalami, skierowana była aż do
ostatnich prawie czasów głównie nie ku temu, by podnosić szpitalnictwo, by je
rozwijać odpowiednio do wymagań bieżących, lecz ku temu, by wiązać koniec
z końcem i jak najbardziej nie przekraczać budżetu wydatków, jakie ongi przy
mniejszych potrzebach wystarczały. Takie zapatrywania i dążności władzy,
zarządzającej szpitalami, musiały się odbić na stanowisku naczelnych lekarzy.
Wobec braku najpotrzebniejszych nieraz środków leczniczych w szpitalu,
w kąś musiało iść często główne zadanie naczelnego lekarza, o którym mówi
ustawa, t. j. nadzór nad należytem udzielaniem pomocy lekarskiej. Nato-
miast coraz częściej musiał naczelnicy lekarz występować w roli hamulca, po-
wstrzymującego najslusniejsze nawet żądania ordynatorów. Dziś naczelnicy
lekarz poza ogólną kontrolą nad lekarzami, felczerami i apteką, poza konsultacy-
jami w poszczególnych przypadkach, za główne zadanie ma sprowadzanie
do *minimum* wszelkich wydatków na chorego. Musi on zamykać oczy i zaty-
kać uszy na najgwałtowniejsze potrzeby, musi bez litości wykreślać wszelkie-
go rodzaju zapotrzebowania, gdyż wciąż znajduje się pod grozą, że w razie
przekroczenia bardziej niż skromnego budżetu będzie musiał niedobór z włas-
nej kieszeni zapłacić. Zakupując dla szpitala najniezbędniejsze nawet artykuły,
do leczenia chorych służące, naczelnicy lekarz kieruje się przy wyborze nietylko
praktycznością i dobrym gatunkiem tych artykułów, ile możliwie najniższymi
cenami. Wskutek takich warunków w szpitalach warszawskich toczy się, że
tak powiemy, ciągła, cicha, podjazdowa walka pomiędzy lekarzem naczelnym
a ordynatorami, przyczem ostatni radziby skorzystać z każdej okazji, by
potrzebom oddziału zadość uczynić, pierwszy zaś wciąż ma całą uwagę skiero-
waną na to, by dać jak najmniej. Lecz być inaczej nie może, gdyż często wprost
nie ma z czego dawać. W szpitalu Dzieciątka Jezus naczelnicy lekarz ma do
rozporządzenia 100 rubli rocznie na narzędzia dla trzech oddziałów chirurgicz-
nych, w których wykonywa się w ciągu roku około 900 operacji. Przecież sa-
ma naprawa i ostrzenie narzędzi dla trzech oddziałów wyniesie około 100 rubli,
a za co w takim razie kupować nowe narzędzia, gdy choćby tylko tuzin noży
i dwa tuziny szczypeków hemostatycznych COLN'a kosztuje około 45 rubli?

Trudno się dziwić w takich warunkach, jeżeli naczelnicy lekarze nie są
w stanie dziś przyczyniać się wiele do rozwoju szpitali. Sami oni bądź to byli
ordynatorami, bądź też są nimi jeszcze [w mniejszych szpitalach], rozumieją
przeto potrzeby szpitalne i w miarę sił swoich radziby przeważnie im zadość

czynić. Przecież naczelní lekarze zapoczątkowali i z wielkim mozołem przeprowadzili w ostatnich czasach takie sprawy, jak: gruntowna reforma apteki i urządzenie ambulatoryum w szpitalu Dzieciątka Jezus, urządzenie bardzo porządnej pracowni i ambulatoryum w szpitalu Wolskim, ustanowienie pomocy chirurgicznej, polepszenie bytu obsługi lekarskiej i inne ulepszenia w szpitalu Zapasowym, urządzenie sali operacyjnej w szpitalu św. Rocha i t. p.

Wobec całego ogromu braków rzeczy, te mogą się wydawać drobnemi; kto wie jednakże, ile trzeba zatracić energii dla przeprowadzenia nawet takich reform, ten przyzna, że w innych warunkach, przy odpowiednich środkach i przy większej samodzielności naczelní lekarze mogliby poprowadzić szpitalnictwo na inne tory. Jak tu marzyć o urządzeniu pracowni, porządných sal operacyjnych, sal ortopedycznych, wzorowych kąpeli i t. p. tam, gdzie niema czem chorego porządnie opatrzyć i nakarmić, gdzie, jak np. w szpitalu Dzieciątka Jezus, nie można od dwóch lat blisko wyprosić stu kilkudziesięciu rubli na uregulowanie sprawy gazu, wskutek czego tenże gaz od czasu do czasu odmawia posłuszeństwa, i wówczas nie tylko korytarze po kilka i kilkanaście dni z rządu bywają pogrążone w ciemności, nie tylko niema gdzie wody zagrzać na oddziale, lecz ustaje możność nawet naszej wielce pierwotnej sterylizacji, a operacye w nocy trzeba wykonywać przy świeczkach i lampkach kopcejących.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

43. Wynik wyprawy naukowej do Włoch, przedsięwziętej przez prof. Koch'a w celu zbadania zimnicy.

Wyprawa, podjęta przez prof. KOCH'a, PFEIFFER'a i KOSSEL'a w sierpniu 1898 r., zajęła się badaniem następujących 3 punktów: 1) stosunku wzajemnego rozmaitych postaci zimnicy, występujących we Włoszech i znanych tam pod nazwą *febri malariche estivo-autunnali*; 2) stosunku zimnicy włoskiej do podzwrotnikowej i 3) roli różnych czynników etyologicznych, głównie zaś roli, jaką odgrywają owady przy przenoszeniu zarazka. Wyniki, osiągnięte przez wspomnianych badaczy w ciągu krótkiego czasu trwania wyprawy [od 11 sierpnia do 2 listopada], przeszły ich oczekiwania.

Na materyał, służący do badania, składały się następujące przypadki:

zimnicy typu trzeciackowego	32 przypadki
„ „ czwartackowego	5 „
zimnicy letnio-jesiennej (<i>febri est vo-autunnali</i>)	78 „
mieszanych	5 „

Razem 120 przypadków.

Znaczna liczba przypadków zimnicy letnio-jesiennej dała badaczom możność wyświeetlenia istoty tej postaci malaryi. Okazało się przytem, że stanowi ona pod względem etyologicznym całość i że zależna jest od jedyne go ściśle określonego gatunku pasożyta. Przypadki świeże okazują w początku zawsze typ trzeciackowy z długotrwałymi napadami febry, jak to już dawniej wykazał Koch dla zimnicy podzwrotnikowej. Dopiero w dalszym przebiegu, pod wpływem leczenia chininą i występowania odporności naturalnej (*natürliche Immunsirung*), typ ten stać się może czasowo codziennym, albo wreszcie nieprawidłowym, z długimi przestankami (*febri a lunghi intervalli*). Należące do tej grupy przypadki w niczem nie różnią się od zimnicy podzwrotnikowej: tak tu, jak i tam mamy typ trzeciackowy, ulegający rozmaitym zmianom pod wpływem takich czynników, jak: chinina, odporność naturalna, rozwijająca się z biegiem czasu i t. d.

Co się tyczy pasożyta, to i ten nie okazuje dostatecznych różnic, któreby mogły usprawiedliwić wyróżnianie zimnicy letnio-jesiennej od podzwrotnikowej. Jedyne różnice, jakie Koch mógł zauważyć, polegają na tem, że pasożyty włoskie są niekiedy nieco większe i zawierają więcej barwnika, aniżeli afrykańskie, co zresztą przypisaćby się dało tej okoliczności, że należą do późniejszego okresu choroby ¹⁾. Niektóre różnice, przytaczane przez autorów włoskich, zależą od odmiennej metody badania [badanie krwi świeżej, albo też suchej].

Wykazanie tożsamości wrzekomo rozmaitych postaci zimnicy włoskiej, jak również ustalenie tożsamości zimnicy włoskiej i podzwrotnikowej, stanowią dla przyszłych badań nad malaryą fakt pierwszorzędnej wagi.

Jeszcze pod innym względem udało się badaczom zrobić krok naprzód. Dotąd powszechnie przyjmowano, że t. zw. formy półksiężycowe i powstające z nich ciała z biczykami przedstawiają zwyrodniałe i skazane na zagładę postaci pasożytów zimniczych; zdanie to oparte jest głównie na tem, że pomienione formy nie przyjmują zabarwienia chromatynowego, co ma stanowić pewną oznakę niezdolności ich do dalszego rozmnażania. Wszelako udało się badaczom, za pomocą wydoskonalonej metody barwienia ROMANOWSKY'ego, wykryć ciała chromatynowe w pasożytach półksiężycowych i wykazać, że t. zw. biczyki bezpośrednio wychodzą z ciała chromatynowego, składają się z chromatyny i przedstawiają w rzeczywistości nie biczyki, lecz *sperozoota*, sądząc z analogii z pokrewnymi pasożytami.

Badaczom nie udało się zbadać dalszego rozwoju pasożytów zimniczych, natomiast u ptaków znaleźli pasożyta podobnego do pasożyta zimniczego u człowieka: jest to *proteosoma*, ten sam pasożyt, dla którego Ross w najnowszych czasach wykazał całkowity bieg rozwoju. Ze krwi, zawierającej *proteosoma*, rozwijają się w żołądku komarów, które tę krew wyssały, twory w kształcie kokcydy. Wewnątrz tych ostatnich powstaje mnóstwo wtórnych zarodników, które po części przenikają do gruczołów ślinowych komarów, a ztamtąd przy ukłuciu zostają wszczepione w skórę i w ten sposób wywołują zakażenie. Większość wyników, przez Ross'a otrzymanych, została przez wyprawę potwierdzoną, a niektóre luki w jego badaniach wypełnione. Wobec wielkiego podobieństwa *proteosomy* do pasożyta malaryi ludzkiej i wobec zgodności w początkowych okresach rozwoju tych pasożytów, przypuszczać należy, że i dalsze losy ich są zupełnie analogiczne. Przez te poszukiwania wyknięta została zatem pewna droga dla przyszłych badaczy, którzy unikną w ten sposób manowców i błędzenia po omacku.

Badając warunki miejscowo-czasowe szerzenia się zimnicy we Włoszech, dochodzą badacze do wniosku, że rozsadnikiem malaryi nie jest ani powietrze, ani woda, ani produkty spożywcze. Rolę roznosiciela zimnicy grają moskity: wszędzie tam, gdzie roślinność jest bardzo rozwiniętą, roi się od moskitów i kwitnie malarya.

Co się tyczy warunków czasowych, to liczba przypadków na zimę i na wiosnę jest bardzo mała; są to przypadki zwykłego typu trzeciaczkowego. W czerwcu zato częstość zachorowania na zimnicę nagle olbrzymio wzrasta (*febbri estivoautunnali*).

Na zakończenie dodać należy, że wyprawa miała możność przekonania się o skutecznem działaniu błękitu metylenowego przy zimnicy nie tylko pochodzenia włoskiego, lecz i przywiezionej z krajów podzwrotnikowych.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1899. № 5).

S. Pechkranc.

¹⁾ Przypadki afrykańskie były przeważnie świeżej daty.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Wydział biologiczny, chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny.

Na posiedzeniu w d. 13. IV. kol. BĄCZKIEWICZ wypowiedział odczyt p. t. „Ujemne strony sztucznego żywienia niemowląt“. Zaznaczywszy coraz większe szerszenie się sztucznego karmienia niemowląt, prelegent omówił te surogaty mleka matczynego, które u nas największe znajdują zastosowanie, a więc mleko krowie i mączki. Mleko krowie znacznie się różni składem swoim chemicznym od mleka kobiecego. Odczyn pierwszego, badany lakmusem, jest podwójny, drugiego—zasadowy. Pierwsze zawiera nieco mniej ciał białkowych, mniej cukru, lecz w trójnasób więcej soli mineralnych. Z ciał białkowych mleka krowiego główne co do ilości miejsce zajmuje sernik, który, jak to wykazały niedawno prace WRÓBLEWSKIEGO, znajduje się i w mleku kobiecym, lecz w znacznie mniejszej ilości i w odmiennej postaci: sernik krwi pod wpływem pepsyny daje paranukleinę, której nie daje sernik mleka kobiecego. Z ogólnej ilości ciał białkowych mleka kobiecego 41% przypada na albuminę [w mleku krowim tylko 13%], którą w stanie czystym otrzymał SCHLOSSMANN; ciałem to, składające się z O, H, C, N i S, nader łatwo ulega trawieniu, a nawet w stanie niezmienionym wchłaniane być może. Od ilości albuminy zależą też może różnice wyników karmienia piersią od sztucznego żywienia mlekiem krowim. WRÓBLEWSKI wykrył w mleku nowe ciało białkowe, zawierając siarkę i fosfor, opalizynę, znajdującą się w mleku kobiecym w większej ilości, niż w mleku zwierząt. SIEGFRIED wykazał obecność nukleonu, ciała, bogatego w fosfor i obdarzonego w wysokim stopniu zdolnością do tworzenia łatwo rozpuszczalnych związków z wapniem i żelazem. I tego ciała mleko kobiece zawiera dwa razy tyle, co krowie. Więcej również mleko kobiece zawiera lecytyny. Ogólna ilość związków fosforowych, obliczonych na P_2O_5 , wynosi w 1 litrze mleka kobiecego 0,455 grm., krowiego — 1,65 grm., z tych jednak ilości w mleku krowim tylko 46% przypada na zawierające fosfor ciała organiczne, podczas gdy w mleku kobiecym cała ilość fosforu w takich tylko związkach się znajduje. Różnice co do składu tłuszczów, cukru oraz soli mineralnych nie odgrywają wybitniejszej roli.

W żołądku mleko ulega działaniu kwasu solnego i pepsyny oraz podpuszczki. Według badań ESCHERICH'a, mleko krowie wiąże dwa razy więcej kwasu solnego, niż mleko kobiece, a że w żołądku niemowlęcia, szczególnie młodszego, kwas solny wydziela się w niewielkich ilościach, przeto karmienie sztuczne, pozbawiając ów żołądek znacznych ilości kwasu, obniża tem samym działanie odkażające soku żołądkowego. Podpuszczka, odgrywająca w soku żołądkowym niemowlęcia tak wybitną rolę, jest, jak wykazały badania HAMMARSTEN'a, ARTHUS'a, PAGER'a oraz prelegenta, fermentem trawiennym. Mleko kobiece pod wpływem podpuszczki ścina się w drobne i delikatne płateczki, mleko zaś krowie w duże płyty, które, jak wykazał SZYDŁOWSKI, pochłaniają i zamakają w sobie kuleczki tłuszczu; utrudnia to naturalnie trawienie tłuszczów. Grubo ścięte mleko krowie, przechodząc do kiszki, i tutaj trudniej się poddaje działaniu soków trawiennych.

Co do zawartości bakteryi, mleko kobiece znacznie się różni od krowiego; podczas gdy pierwsze uważane jest mniej więcej za jałowe, drugie zawierać może najrozmaitsze pasożyty: gruźlicy, cholery, tyfusu, dyfterytu, wreszcie najrozmaitsze saprofity. Sterylizacya mleka krowiego, w której tyle pokładali nadziei zwolennicy przekonania, że ujemne wyniki sztucznego karmienia zale-

żą wyłącznie od zanieczyszczeń mleka, zawiodła. FLUEGGE wykazał, że nawet ciepota wyższa nad 100° nie zabija w mleku bakterii peptonizujących, które mogą wywoływać w ustroju dziecka poważne zaburzenia. Sterylizacja przytem zmienia w wysokim stopniu własności mleka: mleko takie nabiera nieprzyjemnego smaku i zapachu, barwy żółtawej, odczynu kwaśnego; cukier w takim mleku zamienia się w części na karmel i kwas mleczny, albumina, a po części sernik, ścinają się, kulki tłuszczowe zlewają się. Trawienie mleka sterylizowanego odbywa się gorzej: podpuszczka ścina sernik leniwiej, tłuszcz w wielkich kulach trawi się trudniej.

Mączki mleczne, z których u nas najwięcej rozpowszechnioną jest mączka NESTL'a, zawierają dużo krochmalu, którego niemowlęta w pierwszych trzech miesiącach strawić nie są w stanie. Duża zawartość cukru w mączkach sprawia, że karmione niemi dzieci tyją, wyglądają na pozór dobrze. Zwykle jednak układ kostny takich dzieci wiele pozostawia do życzenia.

Wyniki sztucznego żywienia niemowląt, jak to już zaznaczył kol. NUSSBAUM na poprzednim posiedzeniu Wydziału, nie są zadawalające. Kol. B. przytacza co do tego statystykę D-ra DŁUSKIEJ, według której śmiertelność dzieci w tych krajach, w których matki karmią same, wynosi od 9% [Islandya] do 13% [Szwecya i Dania], tam zaś, gdzie rozpowszechnione jest karmienie sztuczne [Bawaryja, Württembergia], 13—32%.

W niektórych departamentach Francyi śmiertelność pośród sztucznie karmionych dzieci wynosiła 87—90%, a dopiero rozciągnięcie opieki rządu nad takimi dziećmi [prawo ROUSSEL'a] zmniejszyło ją do 24%, 15%, nawet do 9%.

Rozwój dzieci, żywionych sztucznie, bywa upośledzony nie tylko w pierwszym roku życia, lecz i w latach późniejszych.

W dyskusyi D-r LESSER wyraża zdanie, że zarówno mleko kobiece, jak i krowie mają odczyn kwaśny, który za pomocą fenolftaleiny łatwo wykazać. Kol. JERZY BRUNER objaśnia, że rozmaite płyny mają różny odczyn, jeżeli do badania używać z jednej strony lakmusu, z drugiej fenolftaleiny. Zależy to od obecności lub nieobecności soli kwaśnych.

Kol. POLAK przemawia za stosowaniem sztucznego karmienia tam, gdzie ono może być przeprowadzone lepiej, to jest w klasach zamożniejszych, w których kobiety wyręczają się często mamkami, skazując tem samem dzieci mamek na używanie pokarmu sztucznego w najgorszym gatunku. Na poprawę sztucznego żywienia niemowląt w klasach biedniejszych i nieoświeconych powinna być zwrócona szczególniejsza uwaga.

Według kol. NUSSBAUMA, prelegent przecenił wpływ chemicznych własności mleka krowiego na ujemne wyniki sztucznego karmienia; niewątpliwie odgrywają tu rolę i inne czynniki, np. zanieczyszczenia mleka krowiego.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej dnia 22. IV. D-r ROSZKOWSKI skreślił historję ochronek u nas. Sprawa ta przechodziła różne fazy. Po okresie żywego rozwoju między 1859 a 1867 r., kiedy Rada Główna Zakładów Dobroczynnych przeznaczała corocznie po 5 tys. rb. na ochronki, nastąpił okres zastoju, trwający do r. 1890, w którym ochronek prowincjonalnych naliczyć można zaledwie 25. Po roku 1890, według danych zebranych z 6 gubernii, znowu daje się zauważyć pewien postęp, mianowicie w gub. warszawskiej. Istnieje w niej po za Warszawą kilkanaście ochronek, przeważnie w majątkach, należących do osób z arystokracji oraz przy fabrykach, zwłaszcza cukrowniach. Ogromną ochronę na 1200 dzieci posiada Żyrardów. Niektóre miasta w Królestwie nie zakładają ochron, chociaż mają wcale pokaźne kapitały, legowane na ten cel [Kutno, Konin]. Sprawę ochronek wiejskich jednocześnie niemal z p. GÓRSKIM podniósł D-r RZĄD w Łodzi.

Odczytano opis zajęć w jednej z ochronek w gub. warszawskiej: przestrzeganie porządku i czystości, dobrej wymowy, nauka pacierza, krótkie wiadomości z katechizmu i historii świętej, uczenie się wierszyków, pouczające rozmowy, pamięciowe zadania arytmetyczne, kreślenie rysunków i liczb na tabliczkach, śpiewy, gry, marsze, roboty ręczne: szycie, wyplatanie ze słomy, kręcenie sznurków, układanie figur, mozaik i t. p..

Po dłuższych rozprawach kilka osób podjęło się opracować typ ochronki wiejskiej, wymagającej najmniej kosztów, mającej głównie na celu dozór nad dziećmi i stawiającej najmniej żądań od osoby ochraniarki. Postanowiono też zebrać w krótkości przepisy, dotyczące zakładania ochronek.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

7. *Methylum salicylicum. Oleum Gaultheriae artificiale. Salicylan metylu. Ester metylowy kwasu salicylowego. Sztuczny olejek Golteryowy. Zewnętrzne stosowanie przetworów salicylowych przeciw cierpieniom reumatycznym.* W Ameryce północnej od Kanady aż do Wirginii rośnie bardzo powszechnie mała krzewinka, należąca do rodziny Wrzosowatych, *Gaultheria procumbens*, Goltery ¹⁾ leżąca, której liście suszone używane tam bywają jako herbata (*Cannada-Thee, Mountain-Tea*). Lud tameczny prócz tego od dawien dawna używa naparu z liści i kwiatów tej rośliny jako lekarstwa przeciw astmie i reumatyzmowi.

Wszelako najważniejszy użytek daje destylat wodny z liści Golteryi, znany pod nazwą: *oleum Gaultheriae, Oil of Wintergreen, Wintergrünoel*. Olejek ten eteryczny, używany przeważnie w perfumeryi, jest płynem oleistym, bezbarwnym, albo żółtawym, w końcu staje się czerwonym. W wodzie trudno się rozpuszcza, w alkoholu i etrze łatwo. Ma dość przyjemny zapach, a smak słodkawym, korzenny, rozpalający.

WOOD (MERCK. *Bericht, 1898*) na mocy spostrzeżeń przekonał się, że olejek golteryowy naturalny działa zupełnie tak samo, jak kwas salicylowy. Istotnie, z badań chemicznych wiadomo, że głównym składnikiem olejku golteryowego jest salicylan metylu, gdyż stanowi $\frac{9}{10}$ części jego; $\frac{1}{10}$ część zaś olejku stanowi płynny, bezbarwny terpen, z zapachem pieprzu, t. z. *gaulteryen*.

Odtąd olejek golteryowy wszedł w powszechnie użycie w Ameryce i w Anglii i w tym celu też zaczęto otrzymywać, w sposób syntetyczny, czy sty salicylan metylu, czyli tak zwany sztuczny olejek golteryowy, który pod względem fizycznym i fizyologicznym prawie niczem się nie różni od naturalnego olejku golteryowego.

LINOSSIER i LANNOIS głównie się przyczynili do rozpowszechnienia sztucznego olejku golteryowego w praktyce lekarskiej przy cierpieniach reumatycznych: w r. 1897 przeprowadzili oni szereg doświadczeń nad zdolnością wchłaniania salicylanu metylu przez skórę i przekonali się, że, stosując zewnętrznie na skórę salicylan metylu przy odpowiednim opatrunku hermetycznym, można zawsze wykryć względnie duże ilości związku salicylowego w moczu i w kale. Ale pomimo że ów przetwór salicylowy zostaje szybko wessanym, jednakże, na co i później większość lekarzy się zgadza, nie spostrzega się objawów intoksykacyjnych, jakie przy wewnętrznym stosowaniu przetworów salicylowych zwykle występują.

¹⁾ Miano *Gaultheria* nadano tej roślinie dla uczczenia francuskiego botanika GAULTHER''a. CZERWIAKOWSKI. [Opisanie roślin. Kraków. 1859. Tom IV. str. 1733] nazywa tę rośliną. Stare śla.

Te dwie okoliczności, a mianowicie: szybkie wchłanianie się salicylanu metylu i niewystępowanie objawów intoksykacyjnych, stanowią wielką zachętę do stosowania wzmiankowanego przetworu w postaci wcierań, zwłaszcza w przypadkach, w których dla jakichbądź powodów niepodobna wewnątrznie podawać przetworów salicylowych.

To też od r. 1897 widzimy cały zastęp lekarzy [LEMOINE, SIREDY, MO-LIÈRE, MERLIN, LE STRAT, CHAMBARD-HENON, ROGER i wielu innych], przeważnie Francuzów, stosujących, według wskazówek LINOSSIER'a i LANNOIS'a, salicylan metylu z dobrym wynikiem przeciw rozmaitym cierpieniom reumatycznym.

Niedawno temu D-r SCHMOLL (*Correspondenzbl. f. Schweizer Aertzte. 1899. 3*) ogłosił, że w 20 przypadkach metoda naskórnego stosowania salicylanu metylu dała bardzo dobre wyniki.

Dawka zależy od wielkości stawu, zajętego chorobą; na małe stawy stosował SCHMOLL 2,5—3,0, a na większe 5,0. Większych dawek wcale nie trzeba stosować, choć je zalecają lekarze francuscy, którzy, wpadłszy pod tym względem w przesadę, dochodzili nawet do 24,0.

Działanie salicylanu metylu objawia się w 5—6 godzin po zastosowaniu leku; w jednym zaś przypadku działanie to wystąpiło już w 1½ godziny.

Objawów intoksykacyjnych dotąd nie spostrzegano żadnych. Nie spostrzegano również żadnego wydatnego podrażnienia skóry. Czasami tylko chorzy przez krótki czas narzekają na uczucie palenia w odpowiedniej okolicy skóry.

Co się tyczy sposobu stosowania, to najlepiej na daną okolicę skóry nałożyć wprost odpowiednią dawkę salicylanu metylu i zaraz tę część dobrze pokryć cienką ceratką gumową; na tę ostatnią nałożyć grubą warstwę waty, a wszystko to obandażować opaską flanelową. Jednym słowem, trzeba nałożyć opatrunek hermetyczny, aby wessanie łatwiej mogło przyjść do skutku.

Rozumie się, że w początkach ostrego reumatyzmu stawów, przy nadzwyczajnej bolesności stawów, nie należy stosować wzmiankowanej metody wprost dlatego, by nie narażać chorego na większe bóle, jakie muszą występować przy nakładaniu hermetycznego opatrunku.

Wogóle zaś zaznaczyć należy, że wzmiankowana metoda wskazana jest przeważnie w tych przypadkach cierpienia reumatycznego (*rheumatismus articularum, lumbago, rheumatismus muscularis, ischias, hemicrania etc.*), w których dla jakichbądź powodów nie można wewnątrznie stosować przetworów salicylowych.

W końcu przypomnieć tu muszę, że już w r. 1893 BOURGET, na mocy licznych zachęcających spostrzeżeń, zalecał zewnętrzne stosowanie kwasu salicylowego w postaci maści pod hermetycznym opatrunkiem, o czym zresztą w swoim czasie na tem miejscu wzmiankowałem. Nie zawadzi może tu przypomnieć, że sposób przepisania maści, według BOURGET'a, jest następujący:

Rp. *Acid. salicylici*
Lanolini
Ol. Terebinthinae
ana 10,0
Axung. porc.
100,0
f. unguent. S. Zewnętrznie.

Wiktór Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Nadeszła już pora zwykłego corocznego u nas szczepienia ospy. Przypominamy o tem kolegom, mianowicie lekarzom fabrycznym. Tyle się w ostatnim czasie o tej sprawie mówiło i pisało, że w roku bieżącym łatwiej chyba, niż kiedykolwiek byłoby nam zdobyć się na pewien postęp, konieczny zwłaszcza pod względem re-wakcynacyi.

— IX Zjazd chirurgów polskich odbędzie się d. 18 i 19, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i d. 25 lipca r. b. w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi, stawiamy po porozumieniu się z licznymi kolegami:

- 1) O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*).
- 2) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (*hypertrophia prostatae*).

Naumyślnie wybraliśmy tematy tak nadzwyczaj ważne dla praktyki, żeby zachęcić do brania udziału w naszych Zjazdach jak największą liczbę lekarzy, których niniejszem zapraszamy.

Obecnie nie robimy już co roku nowych nadzwyczajnych odkryć, jak to bywało do niedawna w dwóch ostatnich dziesiątkach lat, ale chodzi o wykończenie, ugruntowanie i ściślejsze opracowanie niejednej kwestyi—zadanie mniej ważne, a wypełnić je mogą najlepiej zjazdy.

To też nasze zjazdy nie tracą wcale na wartości aktualnej, ale praktyczny bardziej kierunek uprawiać będą, nie spuszczać bynajmniej z oka postępu naukowego. Dlatego to demonstracye i dyskusye pierwsze miejsce na Zjazdach zająć winny.

Nasze Zjazdy chirurgów mają nadto to doniosłe znaczenie, żeby budzić i ustalać zaufanie do chirurgii i to chirurgii ojczystej w coraz to szerszych kołach. Kiedy za granicą setki operacyi na drogach żółciowych, na żołądku, na wyrostku robaczkowym i t. d. nawet w małych stosunkowo zakładach prowincjonalnych się odbywają [KEHR w Halberstadzie], u nas zaledwie początki tego widzimy i to w przypadkach najgorszych.

Zapraszamy więc do licznego uczestnictwa i do licznych zgłoszeń wykładów, które przyjmuje podpisany prezes lub też sekretarz zjazdów Doc. D-r Bossowski.

Chorych, prznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty przyjmie klinika chirurgiczna w Krakowie.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8 do 9 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Łazarza.

Posiedzenia odbywać się będą od 9—12½ godziny przed południem i od 2—4 godziny po południu.

L. Rydygier,
prezes Zjazdów chirurgów polskich.