

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA A. CIECHOMSKIEGO W SZPITALU
ŚW. ROCHA W WARSZAWIE.

O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych.

Podał

S. Lewenstern.

Uszkodzenia kiszek przy ranach postrzałowych i kłutych brzucha pod względem leczenia, *resp.* wskazań operacyjnych nie przedstawiają już dziś ani trudności, ani wątpliwości, wiadomo bowiem każdemu dobrze, że kula lub nóż, przebiwszy powłoki brzuszne, według wszelkiego prawdopodobieństwa musiały zranić ten lub inny narząd jamy brzusznej; a więc chory podobny winien być w czasie możliwie krótkim oddany w ręce chirurga, który też natychmiast przystępuje do laparotomii, uważając za wskazanie wystarczające do zabiegu obecność małej rany postrzałowej lub kłutej. Gdy przytem—co przy ranach ostatniej kategorii tak często się zdarza—wydobywa się na zewnątrz sieć, konieczność operacji występuje jeszcze jaśkrawiej. Dobry stan chorego, nawet jeśli od chwili wypadku upłynęło już dość dużo czasu—w żadnym razie nie stanowi tu przeciwwskazania. I choć niejednokrotnie nie stwierdzamy po otwarciu jamy otrzewnej żadnego obrażenia jelit lub innych narządów, mimo to mamy przeświadczenie spełnionego względem chorego obowiązku i pewność, że przebieg choroby będzie po myślny i wolny od nieprzewidzianych powikłań.

Zupełnie inaczej rzecz się ma ze stłuczeniami brzucha: przy zachowaniu całości powłok brak bijących w oczy dowodów uszkodzenia poważniejszego; tymczasem statystyka tego rodzaju „stłuczeń“ wykazuje, iż uraz podobny często wikła się najgroźniejszymi uszkodzeniami narządów jamy brzusznej, przedewszystkiem kiszki i bardzo często ma zejście śmiertelne.

Zabieg operacyjny, dokonany we właściwym czasie, może uratować życie choremu; pozostawienie go bez pomocy lub też leczenie zachowawcze środkami wewnętrznymi i t. d. nie daje prawie żadnych widoków na wyleczenie.

W ciągu lat ostatnich ogłoszono drukiem niejedną pracę o uszkodzeniach podskórnych narządów brzusznych; wszystkie one dążą do tego celu, by żaden lekarz nie lekcewał rozpoznania „*contusio abdominis*“ i widział, w jakim razie owa „kontuzya“ winna być operowana.

Wiadomo z góry, iż stłuczenia brzucha mogą być: lekkie, cięższe i — bardzo ciężkie; żadnych granic między jednym a drugim, żadnej wyraźnej klasyfikacji przeprowadzić tu nie można; w praktyce musimy się spotkać z najróżnorodniejszymi odcieniami, poczynając od zbitcia brzucha tak lekkiego, iż je z czystym sumieniem zbagatelizujemy, oświadczając choremu, iż mu żadna kuracya nie jest potrzebna, ponieważ i bez niej będzie zdrow, a kończąc na przypadkach na tyle groźnych, iż od razu stawiamy rokowanie fatalne i nie podejmujemy żadnego zabiegu z tej racyi, iż jesteśmy przekonani, że nie przyda się na nic.

Zadaniem pracy niniejszej jest wskazać, jakie objawy, towarzyszące stłuczeniu brzucha, pozwalają domyślać się uszkodzenia narządów wewnętrznych, przedewszystkiem zaś kiszki, a więc w jakich razach należy operować i kiedy mianowicie. W celu rozwiązania tych zagadnień, prócz przystępnych mi danych z literatury, korzystam i z obserwacji własnych, uczynionych na oddziale chirurgicznym szpitala Św. Rocha w ciągu ostatnich lat dziesięciu.

Co się tyczy samego mechanizmu uszkodzeń jelit przy urazie brzucha, to zdaniem E. PETRY'ego może on być dwojaki: ściana kiszki ulega albo zmiążdżeniu wskutek nacisku dwu ciał twardych z dwu stron przeciwległych [jednym z tych ciał jest kręgosłup lub kości miednicy], albo też pęknięciu pod wpływem siły, działającej równolegle do powierzchni kiszki, zwłaszcza gdy ostatnia posiada zbyt małą syryżystość, co bywa na prz. przy mocnem rozdęciu gazami lub przepełnieniu kałem; najczęściej pęka jelito w części przeciwległej przyczepowi krezki¹⁾. Możliwe jest również całkowite oderwanie kiszki od krezki [KRAUSE]. Znaczące napięcie powłok brzusznych, a zwłaszcza znaczna ich grubość zmniejsza szkodliwość urazu, o czem doświadczalnie przekonał się EICHEL. Wszelkie zmiany chorobne, jak oto: blizny, owrzodzenia na ścianie kiszki, oczywiście sprzyjają jej uszko-

¹⁾ Pęknięcia na miejscu przyczepu krezki są bardzo rzadkie; podobne pęknięcia opisał KJEWSKI (Gaz. Lek. 1893 r.).

dzeniu; zgodnie z powyższem łatwiej pęka kiszka u osobnika starego, niż u młodego. NEUMANN opisuje przypadek pęknięcia kiszki u starca, który padając na równej drodze, uderzył brzuchem o ziemię; zdarzały się również pęknięcia kiszek u ludzi w podeszłym wieku przy zbyt niemi nagromadzeniu się gazów; to samo obserwował BENNET przy sztucznem rozdymaniu okrężnicy zstępującej.

Kiszki cienkie podlegają uszkodzeniom daleko częściej, niż grube: w statystyce PETRY'ego na 219 obrażeń, 166 dotyczyło kiszek cienkich [przyczem *ileum* dwa razy więcej, niż *jejunum*]; krótkość kręzki, a więc mała ruchliwość jelita w znacznej mierze sprzyja jego uszkodzeniu; stosuje się to zwłaszcza do okolicy kiszki ślepej i zgięcia dwunastnico-pustnicowego.

Na miejscu przedziurawienia kiszki—wskutek skurczu błony mięsnej, zazwyczaj wycisowują się na zewnątrz brzegi śluzówki; jest to objaw z jednej strony dla chorego korzystny, gdyż w ten sposób światło rany do pewnego stopnia zostaje zamknięte, dzięki czemu kał nie może wydobyć się na zewnątrz, z drugiej zaś—szkodliwy, gdyż stercząca z rany śluzówka nie dopuszcza zrostu błony surowiczej; w tych warunkach doraźne zabliznienie się rany jest możliwe tylko przez zlepek z powierzchnią przylegającej kiszki zdrowej lub z siecią; zlepek podobny bardzo łatwo może ulecieć rozerwaniu, przyczem następuje wtórne wylanie się kału do otrzewnej [po 12 — 24 godzinach, a nawet po kilku dniach].

Widzimy zatem, jak trudne i niepewne jest samowyleczenie przedziurawienia kiszki; względnie możliwe jest ono przy istnieniu warunków następujących: 1) słabe napełnienie kiszki; 2) powolność ruchów robaczkowych i 3) małe krwawienie z rany.

Z chwilą uszkodzenia [drażącego] kiszki zawartość jej wylewa się do otrzewnej; w wyjątkowych razach—poza otrzewną [kiszka ślepa i okrężnica zstępująca]. Co się tyczy wydobywania się gazów, nie jest ono zwykle nazbyt wielkie: poczynające się zapalenie otrzewnej znosi ruchy robaczkowe i tem samem utrudnia wydzielanie się zawartości kiszek na zewnątrz; stosuje się to zwłaszcza do urobionego kału dolnej części okrężnicy. Znanne są dwa efektowne przypadki, gdzie tego rodzaju kał otorbił się na zewnętrznej powierzchni błony surowiczej, nie dając żadnych objawów.

Odczyn otrzewnej na obecność obfitującego w drobnoustroje ciała obcego [kału] bywa dość różny tak jakościowo, jak i ilościowo. Zazwyczaj rozwija się obraz zapalenia, przechodzącego stopniowo od przekrwienia do wysięku surowiczego, włóknikowego, wreszcie ropnego; jednocześnie poczynają się tworzyć zlepy między kiszkami. W pewnych ciężkich z prędkiem zejściem śmiertelnem przypadkach, na otrzewnej możemy nie znaleźć żadnych zmian; sprawa podobna zabieguje na miano *sepsis peritonealis* w przeciwstawieniu do mniej złośliwego *peritonitis septica* z przekrwieniem, wysiękiem i zlepkami. Należy pamiętać, że zakażenie otrzewnej może nastąpić i przy uszkodzeniach kiszek nie drażących ściany nawydot, na prz. przy rozerwaniu samej surowiczej, lub samej śluzowej, jako też przy stłuczeniach z wylewami krwi, powodującymi upośledzenie odżywiania ściany ki-

szki. Analogiczna do powyższej sprawa bywa u trupów, mianowicie wielokrotnie stwierdzana wędrówka drobnoustrojów z martwej kiszki do jamy otrzewnej.

Przechodzimy obecnie do sprawy dla nas najważniejszej, mianowicie do oceny objawów, towarzyszących przedziurawieniu kiszki. Pod tym względem do obecnej chwili panuje jeszcze wielka różnorodność zdań, mianowicie: różni autorowie nie zgadzają się z sobą co do ustalenia najcharakterystyczniejszych objawów pęknięcia kiszki. Naogół odróżniać wiśniśmy objawy: wczesne i późne.

Między pierwszymi, to jest występującymi bezpośrednio po urazie, albo też w ciągu pierwszych godzin, najstalszy jest—ból brzucha. Lubo bywa on i po stłuczeniach niepowikłanych, jednak w tych razach nie dochodzi do zbyt wielkiego napięcia i względnie dość szybko ustępuje, lub co najmniej słabnie; zwłaszcza duże znaczenie rozpoznawcze ma ściśle, w jednym punkcie umiejscowienie bólu. Wymioty, zjawiające się bezpośrednio po urazie, nie mają szczególnego znaczenia [PETRY]; rzecz inna, jeśli powtarzają się często i z biegiem czasu są coraz uporczywsze; wtedy mamy prawo sądzić, iż zaczęło się zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia kiszki. Wrazie zwykłego stłuczenia wymioty ustają mniej więcej po upływie 2—5 godzin i już więcej się nie powtarzają. Stan ogólny daje obraz wstrząsu (*schock*): wskutek podrażnienia gałązek brzusznych nerwu współczulnego powstają odruchowo zaburzenia w ośrodku naczynioruchowym mlecza przedłużonego, zaznaczające się skurczem tętnic obwodowych i mózgowych, a więc bledaść powłok i niedokrwistość mózgu, oraz przepełnienie żył i zastój w nich; DUBUJADOUX kładzia nacisk na sinicę czubka nosa i warg.

Tętno robi się małe, czasami ledwo wyczuwalne, prędkie, niemiarowe; w razach wyjątkowych jest ono—odwrotnie—wolne i napięte; pozatem mamy przytępienie świadomości, czasem podniecenie i lęk. Oddech ma nieraz cechy CHEYNE-STOCKES'a, przyczem pracuje prawie wyłącznie klatka piersiowa. Zaznaczyć należy, iż natężenie objawów ogólnych niezawsze odpowiada ciężkości i rozległości uszkodzeń narządów jamy brzusznej; liczne są przypadki, gdzie rozerwaniu kiszki nie towarzyszy zbyt wyraźny wstrząs i odwrotnie: chory umiera bezpośrednio po stłuczeniu brzucha środ najcięższych objawów wstrząsu, a sekcyja nie wykazuje żadnych zmian urazowych; podobny przypadek opisał prof. PRZEWOSKI [1888 r.]: człowiek zupełnie zdrowy został kopnięty w brzuch, zbladł nagle, jęknął i padł nieżywy; autopsya dała wynik pod każdym względem ujemny. To samo było w przypadku LE ROY des BARRES'a: śmierć natychmiastowa po uderzeniu pięścią w podbrzusze; na zwłokach znaleziono zaledwie podbieg krwawy sieci poniżej krzywizny wielkiej żołądka. W podobnych razach należy przypuszczać uraz bezpośredni *plexus solaris*.

Stąd wniosek praktyczny, iż z zaburzeń stanu ogólnego, występujących bezpośrednio po urazie, nie mamy prawa wnioskować o tem, czy zaszło uszkodzenie narządów wewnętrznych; na pytanie to możemy odpowiedzieć dopiero po upływie paru godzin: jeżeli objawy pierwotne w ciągu tego czasu powoli ustępują, wtedy są szanse, iż niema wybitnych uszkodzeń w kiszkach lub innych narządach jamy brzusznej; gdy zaś nie ustępują, naj-

prawdopodobniej jest przedziurawienie kiszki, przyczem wstrząs układu nerwowego stopniowo, nieznacznie przechodzi w zapalenie otrzewnej.

Do objawów wczesnych zalicza się też napięcie i zapadnięcie wgląbnaksztalt niecki—powłok brzusznych. HARTMANN przypisuje objawowi temu znaczenie decydujące co do rozpoznania stłuczenia powikłanego; inni nie zgadzają się z nim i wskazują, iż objaw ten spotyka się również przy braku obrażeń głębokich; w każdym jednak razie jest to objaw bardzo ważny, o czem miałem możność przekonania się z obserwacji własnych. Skurczowi mięśni brzusznych towarzyszy skurcz błony mięsnej kiszki; zatem jest to akt samoobrony ustroju przeciw zakażeniu otrzewnej wylewającym się z jelita kałem. Niestety, te zabiegi ratunkowej natury przeważnie nie wieńczą się pożądanym wynikiem: mimo skurczu mięśni, kał ostatecznie wydobywa się na zewnątrz i następuje zjawisko odwrotne: rozluźnienie bezwładowe muskulatury. Tak więc pierwotne zapadnięcie brzucha po paru godzinach ustępuje wzdęciu i rozciągnięciu powłok przez gromadzące się w kiszki gazów. Część gazów przedostaje się i do jamy otrzewnej, wskutek czego może zniknąć stłumienie, odpowiadające przedniej powierzchni wątroby; ten objaw rozpoznawczy dawniej nazbyt przeceniano; dziś wiemy, że we wczesnych okresach stłumienie wątroby znika rzadko [gdyż w jamie otrzewnej gromadzi się gazów niewiele]; w późniejszych zaś zależy ono od zepchnięcia ku tyłowi wątroby przez rozdęte kiszki, a więc ich przedziurawienia bezpośrednio bynajmniej nie dowodzi.

Objawy późne powikłanego stłuczenia brzucha sprowadzają się do przejawów albo zapalenia septycznego otrzewnej w razie uszkodzenia przewodu pokarmowego, albo też wzmagającej się niedokrwistości wskutek krwotoku wewnętrznego przy uszkodzeniu wątroby, śledziony, naczyń kręgowych i t. d. Oczywiście jedno i drugie może istnieć wspólnie.

Co się tyczy zapalenia otrzewnej, to pamiętać należy, iż między objawami miejscowymi [ze strony jamy brzusznej] a ogólnymi zachodzi stosunek odwrotny, mianowicie najgorszy stan ogólny odpowiada postaci zbliżonej do t. zw. *sepsis peritonealis*, przy którym niema ani wzdęcia, ani bolesności, ani wypociny, natomiast są wszystkie cechy ciężkiego zatrucia ustroju, dające rokowanie jak najfatalniejsze; *peritonitis* zaś z ogromnem wzdęciem, obfitym wysiękiem i bolesnością, czyli, że tak powiem—klasyczne, daje rokowanie o wiele lepsze, gdyż przy niem stan ogólny nie zdradza w tak wysokim stopniu porażenia zakaźnego tak ważnych dla utrzymania życia narządów, jak serce, nerki, układ nerwowy i t. d.

Stłumienie dźwięku wypukowego w dolno-bocznych częściach jamy brzusznej, wskazujące na obecność płynu wolnego — o ile jest objawem wczesnym—dowodzi wylania się zawartości kiszki lub—co prawdopodobniejsze—krwi; nawiasowo zaznaczę, że nawet przy bardzo wielkich krwotokach do jamy otrzewnej stłumienia, o którym wyżej była mowa, może wcale nie być, co widziałem w kilku przypadkach krwotoków przy cięży jajowodowej. Stłu-

mienie, występujące w okresie późniejszym, ma już zupełnie inne znaczenie, gdyż może zależeć wprost od nagromadzenia się wysięku zapalnego.

Tak w ogólnych zarysach przedstawiają się objawy, towarzyszące podskórnemu uszkodzeniu narządów brzusznych; widzimy, iż—lubo są one liczne—żaden z nich niema znaczenia stanowczego w sensie wczesnego rozpoznania przedziurawienia kiszki. W miarę zwiększania się liczby odnośnych obserwacji, widoki dobrego rozpoznania zwiększać się muszą; objawy „charakterystyczne“, poparte nowymi faktami, nabierają większej powagi. Zobaczymy przeto jakie objawy towarzyszyły zanotowanym przeze mnie podskórnym pęknięciom kiszki. Przypadków podobnych, gdzie *ruptura intestini* została stwierdzona *in vivo* — podczas operacji, było 7.

Oto opis ich w streszczeniu.

1) Franciszek K., lat 17, 11. VII. 1903 r. o 11 ej zrana kopnięty przez konia w brzuch; nie upadł, przytomności nie stracił; od razu poczuł silny ból w dole brzucha; ból ten stopniowo się wzmacniał; w pół godziny po wypadku chory wymiotował. O 12-iej w południe przywieziony przez Pogotowie do szpitala.

Stan obecny: Powłoki brzuszne napięte, zapadnięte, stłumienie z prawej strony ku dołowi — od pępka; tu również — szczególnie mocny ból przy ucisku; tępość wątroby zniesiona. Tętno małe, miękkie [86]. Skóra blada, lekka sinica warg.

O godz. 7-iej wieczorem [zatem w 8 godzin po wypadku] laparotomia [dr CIECHOMSKI]. Otrzewna zmętniała, przekrwiona, złogi włóknikowe; w jamie dużo wolnego płynu — mętnego, surowiczo-włóknikowego bez zapachu. Przedziurawienie kiszki cienkiej na powierzchni przeciwległej krezce, długości 1 ctm, kształtu owalnego; wycięcie śluzówki; brzegi zmiażdżone. Wycięcie klinowe miejsca zmiażdżonego; szew na kiszkę. Obfite przemycie jamy roztworem soli. Worek MIKULICZA. Szew częściowy powłok.

Przebieg pooperacyjny: Przez pierwsze 3 dni stan podgorączkowy; 4-go i 5-go dnia podniesienie się ciepłoty do 39°; wzdęcie brzucha, ból w okolicy pępka. Dalej szybka poprawa bez żadnych powikłań. Po miesiącu zabliznienie rany.

2) Stanisław Z., lat 18, 12. XI. 1902 r. o g. 7-iej wieczorem kopnięty obcasem w brzuch. Od razu poczuł ból; wkrótce wymiotował, przytomności nie stracił. Przywieziony do szpitala przez Pogotowie o godz. 11-iej wieczorem.

Stan obecny. C. 39,0°, tętno 86, miękkie; brzuch twardy, zapadnięty, bolesny; bolesność największa w okolicy pępka; tam też stłumienie dźwięku wypukowego. W ciągu nocy dwa razy wymioty. O 9-iej zrana nazajutrz c. 38,0°, tętno 104; brzuch lekko wzdęty, napięty, bolesny; stłuczenie w okolicy pępka jeszcze wyraźniejsze; tępość wątroby zachowana. O 11 ej zrana [w 16 godzin po wypadku] operacja [dr CIECHOMSKI]. W jamie otrzewnej dużo płynu mętnego ze strzępami włóknika, kiszki cienkie przekrwione, pokryte złogami włóknikowymi, w jednym miejscu przedziurawienie wielko-

ści grochu polnego; brzegi postrzępione. Wycięcie klinowe ściany kiszki; szew. Obfite przemycie jamy otrzewnej roztworem soi. Worek MIKULICZA. Szew powłok częściowy. Przebieg pooperacyjny b. dobry.

20. XII. 1902 r. Z. wypisał się zupełnie zdrow z raną dobrze zabliźnioną.

II. Zmiany chorobne oraz powikłania w nosie, gardzieli, krtani i narządzie słuchowym przy influency.

Podał.

W. Polański.

Lekarz ambulatoryum chor. krtani i uszu w szpitalu Praskim.

Influenca jest chorobą ogólną, spowodowaną toksycznym działaniem swoistych zarazków, które, oprócz ogólnych objawów, niezmiernie często są przyczyną powstawania spraw zapalnych w miejscu swego pierwotnego siedliska, t. j. w różnych odcinkach dróg oddechowych. Wiadomo bowiem, że drogi oddechowe na całej swej rozległej przestrzeni, poczynając od błony śluzowej nosa, a kończąc na pęcherzykach płucnych, są ulubionem miejscem rozwoju laseczki grypy.

Zarazek grypy, odkryty w roku 1892 przez PFEIFFER'a ¹⁾, KITASATO'a ²⁾ i CANON'a ³⁾, należy do najmniejszych ze znanych obecnie: jest tylko 2—3 razy tak długi jak szeroki; końce ma zaokrąglone, barwi się w słabym roztworze karbol-fuksyny lub w gorącym roztworze błękitu metylenowego, przytem na końcach zabarwia się mocniej, niż w części środkowej. Hoduje się dobrze na agarze i innych podłożach z domieszką krwi. U chorych jeszcze gorączkujących laseczki PFEIFFER'a znajdują się zupełnie wolne w wydzielinie nosa lub oskrzeli zwykle w ogromnej liczbie, gdy ciała ropne zawierają je tylko w liczbie nieznacznej; w miarę zaś rozwoju choroby i zbliżania się okresu rekonwalescencji liczba wolnych laseczek staje się znacznie mniejszą, natomiast ciała ropne są wprost nimi przepelnione; laseczki wtedy znajdują się już w okresie zaniku: są znacznie cieńsze, o nieprawidłowych

¹⁾ ²⁾ ³⁾ Deut. med. Woch 1892.

wymiarach, źle się barwią i wreszcie rozpadają się na drobniutkie cząsteczki (*detritus*). Okres ich najwyższego rozwoju, stosownie do ostro przebiegających typowych postaci choroby, trwa zwykle kilka dni, i wtedy z łatwością można je znaleźć w wydzielinie śluzówki [na przykład nosa lub oskrzeli] w dużej liczbie. Gdy choroba się przeciąga, gdy na prz. katar oskrzeli trwa przez kilka tygodni, wtedy laseczki PFEIFFER'a utrzymują się w płwocinie w ciągu dłuższego okresu czasu. PFEIFFER nazywa podobny stan „przewlekłą influencją”; tak bywa u suchotników, szczególnie tych, co mają jamy w płucach; u nich niekiedy w ciągu kilku miesięcy można znaleźć laseczki influency w wydzielinie oskrzeli [PFEIFFER, KRAUSE].

Zarazek influency z powietrza dostaje się do dróg oddechowych i tutaj, mając swe pierwotne siedlisko, w różnych odcinkach wywołuje różnorodne, niekiedy nader patognomoniczne dla influency zmiany chorobne o charakterze czysto miejscowym. Wiadomo, iż z powodu wielkiej różnorodności objawów odróżniamy obecnie 4 postaci klinicznie influency. Najczęstszą jednak jest postać nieżytowa z umiejscowieniem zarazka w drogach oddechowych, wskutek czego i objaw ze strony jakiegokolwiek odcinka dróg oddechowych należy zaliczyć do typowych objawów grypy. Pomimo, iż postać nieżytowa zdarza się najczęściej, jednak i ona niema ściśle określonej postaci chorobnej, gdyż obok przypadków, w których zmiany miejscowe występują na pierwszy plan w uchu średnim lub w nosie i jego zatokach bocznych, zdarzają się również często i inne postaci, w których przeważnie krtań lub tchawica i oskrzela są zajęte pierwotnym siedliskiem choroby i znów nierzadkie są i te formy, w których dotknięte są ciężką sprawą zapalną wyłącznie pęcherzyki płucne — tak zwane pierwotne nieżytowe zapalenie płuc influencyjne, gdy poprzednio wyliczone odcinki dróg oddechowych są zupełnie niezajęte lub tylko w stopniu nieznacznym. Niektórzy autorowie [PFEIFFER, AUFRECHT i inni] są zdania, że pierwotne nieżytowe zapalenie płuc, rozwijające się w początkach grypy, posiada nawet swe odmienne zmiany anatomopatologiczne, polegające między innymi na mocnym przekrwieniu drobnych oskrzelików w miejscu przejścia ich w pęcherzyki płucne, przytem oskrzeliki te są wypełnione przez śluzopropne czopki, zawierające w dużej liczbie laseczki grypy. SOKOŁOWSKI¹⁾ na zasadzie swych licznych obserwacji w czasie epidemii roku 1889 również przyznaje tej postaci nieżytego zapalenia płuc pewne odrębne cechy, przeważnie kliniczne.

Stosownie więc do powyższych zasadniczych właściwości influency należałoby sprawom miejscowym nadawać pierwszorzędne znaczenie, zwracać baczną uwagę na rozwój sprawy zapalnej w różnych odcinkach dróg oddechowych i uchu średnim, które jest w ścisłym związku z jamą nosowogardzielową, i wogóle całe rokowanie w tej chorobie należałoby postawić w zależności od rodzaju i natężenia sprawy chorobnej w drogach oddechowych lub w narządzie słuchowym.

¹⁾ Dr A. SOKOŁOWSKI. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. 1903.

Co się tyczy przedewszystkiem nosa, to już dawni autorowie wskazywali, że podczas epidemii influency prawie zawsze błona śluzowa nosa bywa zajęta. W nowszej literaturze co do częstości siedliska sprawy zapalnej w nosie, znajdujemy następujące dane statystyczne. BRISTOV określa ten stosunek na 96%; KREHL— w szpitalu w Lipsku w czasie ostatniej epidemii influency [r. 1889/90] znajdował zajęcie nosa u 79% wszystkich chorych. ROBERTSON [w Edyburgu] u 77%; SCHULZ — w szpitalu w Hamburgu u 50%. Podobnie i SOKOŁOWSKI ¹⁾ u wielu chorych w czasie ostatniej wielkiej epidemii spostrzegał zajęcie błony śluzowej nosa. Natomiast B. FRAENKEL, omawiając w Tow. Laryngol. Berlińskim zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych podczas epidemii influency w roku 1889/90, zaznaczał wówczas rzadkość zaburzeń w nosie. Na podobnem stanowisku stoi i LANDGRAF, który twierdzi, że na 216 chorych szpitalnych obserwował tylko raz jeden prawdziwy nieżyt nosa. Tę rażącą sprzeczność w poglądach różnych autorów na nieżyt nosa w influency stara się poniekąd rozstrzygnąć LICHTENSTERN ²⁾, który twierdzi, że w influency ten zwykły katar z obfitą wodnistą wydzieliną, z częstym kichaniem zdarza się istotnie rzadko, natomiast znacznie częściej bywa t. zw. „suchy katar z dużym obrzękiem śluzówki nosa i jego zatok bocznych, z przykrem uczuciem duszności i zatkania w nosie, z bólem głowy w okolicach nadoczołowych i podoczołowych. Przy badaniu wziernikiem nosowym, widzimy wtedy, że cała błona śluzowa nosa jest mocno zaczerwieniona, niekiedy błyszcząca, w stanie znacznego obrzęku i przekrwienia, przy dotyku łatwo krwawi. Gdy rozwija się katar nosa z wydzieliną, ta bywa zwykle w znacznej ilości, śluzo-ropna, często z domieszką krwi. Niekiedy znów na pierwszy plan występują objawy zaburzenia węchu (*kakosmia subjectiva*, *parosmia*). STOERK w wydzielinie nosa miał możność wielokrotnie znajdować laseczki grypy. WEICHSELBAUM oprócz nich znajdował często jeszcze inne pasorzyty: jak *diplococcus pneum.*, *streptococcus pyog. aureus*, *staphylococcus prog. aureus et albus*. Prócz zwykłego *rhinitis catarrhalis* B. FRAENKEL i inni spotykali w grypie *rhinitis purulenta*. Do częstych objawów należą krwotoki z nosa, i to zarówno w początku choroby, jak i w okresie zdrowienia, niekiedy nawet bardzo obfite, co w zupełności odpowiada wynikom sekcyjnym WEICHSELBAUM'a, który u osób zmarłych wskutek influency widywał zwykle znaczny obrzęk całej śluzówki nosa i jego zatok ze znacznem przekrwieniem, wybroczynami krwawymi i t. p.

[C. d. n.].

¹⁾ Gazeta Lekarska r. 1890.

²⁾ NOTHLAGEL, Speciell. Patn. u Ther.

III. Z ODDZIAŁU USZNEGO SZPITALA UJAZDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego.

Podał

Aleksander Żebrowski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 39).

Dno jamy bębnekowej nad opuszką żyły szyjnej uległo częściowemu obumarciu (*necrosis*), kość w tem miejscu barwy szarawej, rozmiękła. Przyścienny zakrzep w opuszcze lewej żyły szyjnej i takiż zakrzep w lewej zatoce poprzecznej. Zakrzep prawej zatoki jamistej; w lewej zatoce jamistej ropień; po otwarciu tej zatoki ropa wypłynęła pod pewnem ciśnieniem. Ilość ropy w lewej zatoce jamistej wynosi około pół łyżki stołowej. Obie zatoki skaliste (*sinus petrosus superficialis major et minor*) bez zakrzepów. Ściany zatok jamistych nacieczone i zgrubiałe. Przekrwienie i obrzęk mózgowia. Miękkie części, otaczające lewy wyrostek sutkowy [a właściwie to miejsce, w którym się znajdował lewy wyrostek] i pod kością klinową przepojone cuchnącą ropą; miejscami wytworzyły się ropnie, szczególnie u podstawy czaszki. Trzon kości klinowej barwy szarawej, uległ częściowemu obumarciu [nekrozie]. Kilka niewielkich ropni w dolnych płatach obydwu płuc; surowiczo-ropne zapalenie opłucnej po obu stronach z nieznaczną ilością ropnego wysięku. Gruczoły oskrzelowe zserowaciałe. Mięszowe ostre zapalenie mięśnia sercowego, wątroby i nerek. Przekrwienie i powiększenie śledziony. *Streptococcaemia*.

Przypadek powyżej opisany sam przez się nie jest rzadkością; zakrzep w zatoce jamistej, jako powikłanie ropnego zapalenia ucha średniego, spotyka się względnie często. Na 398 przypadków ropnicy usznej, zebranych przez HESSLER'a, zakrzep w zatoce jamistej spostrzegrany był w 18-u przy-

padkach, a więc stanowi blisko 4,5% wszystkich przypadków. W ciągu roku 1905 w oddziale usznym szpitala Ujazdowskiego spostrzegalem dwa przypadki zakrzepu zatoki jamistej. W powyżej opisanym przypadku zwrócić należy uwagę na etiologię zakrzepu. Niewątpliwie chory wlał sobie do ucha jakiś płyn żrący; oparzenie, jakie płyn ten wywołał, spowodowało nader szybkie zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego i całkowite zniszczenie błony bębenkowej. Wiadomem jest, że po tak znacznem obrażeniu ucha średniego często występują powikłania wewnątrzczaszkowe, wywołane obumarciem różnych odcinków kości skroniowej. W moim przypadku zniszczeniu uległo dno jamy bębenkowej, którego następstwem było wytworzenie się zakrzepu przyściennego w opuszcze żyły szyjnej i w zatoce poprzecznej. W dwa dni po całkowitem zarośnięciu zewnętrznego przewodu słuchowego wystąpiły ciężkie objawy zatrzymania się ropy w jamach ucha średniego i aczkolwiek jamy te zostały natychmiast otwarte, jednak sprawa ropna nie zatrzymała się, lecz postępowała. Podczas zmian opatrunków zauważyć się dało ropienie z głębokich części okolicy wyrostka sutkowego, który podczas operacji został całkowicie usunięty. Zjawisko to zastanawiało tem bardziej, że odpływ ropy z jamy ucha średniego był ze wszystkich stron ułatwiony: zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego zostało usunięte, tylnogórna ściana przewodu kostnego była również usunięta. Sekcyja wykazała, że ropienie to pochodziło z bardzo głębokich warstw, a mianowicie z okolicy podstawy kości klinowej, której trzon uległ częściowemu obumarciu [nekrozie].

Podczas trepanacji obnażyłem szeroko zatokę poprzeczną, nie otwierałem jej jednak ze względu na obecność ruchów tętnicznych i oddechowych i brak zmian chorobnych na ścianie zatoki. Sekcyja wykazała, że w zatoce poprzecznej znajdował się niewielki zakrzep przyścienny, również jak i w opuszcze żyły szyjnej, natomiast obiedwie zatoki jamiste były całkowicie zamknięte zakrzepem. W lewej zatoce jamistej zakrzep uległ był konsystencji dość twardej. Na zasadzie historii choroby można ściśle wskazać dzień, kiedy nastąpiło rozmięknienie zakrzepu w lewej zatoce jamistej.

Dnia 8. IV. obrzęk łącznicy i wysadzenie gałki ocznej znikły nagle, lecz tylko po stronie lewej. Łącznica prawego oka pozostała obrzękniętą, widocznym był również znaczny *exophthalmus* prawego oka; niewątpliwie zmiana ta mogła nastąpić jedynie wskutek usunięcia przyczyny, która wywołała wysadzenie lewej gałki ocznej i obrzęk łącznicy lewego oka; przyczyną tą był zakrzep zatoki jamistej. Ponieważ trudno było przypuścić wessanie się zakrzepu lub jego organizację, więc pozostało jedynie przekonanie, że zniknięcie *chemosis* i *exophthalmus* po stronie lewej nastąpiło wskutek ropiastego rozmięknienia zakrzepu w lewej zatoce jamistej. Sekcyja w zupełności potwierdziła to przypuszczenie: w lewej zatoce jamistej znalaziono ropień.

Obiedwie zatoki skaliste zmian żadnych nie wykazały: zakrzepów, nawet przyściennych w nich nie znaleziono; stąd wniosek, że zakrzep obydwu

zatok jamistych powstał drogą przerzutu, przyczem pierwszym ogniskiem zakrzepowem był zakrzep przyścienny w opuszcze żyły szyjnej, której górna kostna ściana [dno jamy bębnekowej] uległa częściowemu obumarciu.

Najczęstszą przyczyną zakrzepów w zatokach jamistych bywa ropne zapalenie ucha średniego, przyczem zakrzep w zatoce jamistej występuje zawsze następczo, wywołany przez zakrzep w innych zatokach opony mózgowej twardej. Rzadko spotykano zakrzepy w zatoce jamistej w następstwie spraw ropnych w jamie kości klinowej i w sitowiu, a nawet występujące bez żadnej widocznej przyczyny.

Dr. FINLAY ¹⁾ opisuje przypadek następujący. Chory przeniesiony został na oddział w stanie prawie nieprzytomnym. Od kilku tygodni ropienie z lewego ucha, porażenie lewego mięśnia zewnętrznego-ocznego; oznak i zakrzepu w lewej żyły ocznej (*vena ophthalmica*). Na zasadzie tych objawów podejrzewano zakrzep zatoki jamistej, jednak mimo to wykonano trepanację lewego wyrostka sutkowego, który okazał się zdrowym, obnażono całkiem niezmienioną zatokę poprzeczną, wreszcie wykonano kilka próbnych nakłuć mózgowia bez żadnego wyniku.

Sekcyja wykazała, że lewa kość skroniowa zmianom żadnym nie uległa; natomiast znaleziono zakrzep lewej zatoki jamistej i ropienie w sitowiu i jamie kości klinowej (*sinus sphenoidalis*).

W dziale HERBERTA FISCHER'a „*Ophthalmological Anatomy with some illustrative cases*” opisany jest przypadek samoistnego powstania ropnego zakrzepu najpierw w lewej, potem zaś w prawej zatoce jamistej (*septic thrombosis of the cavernous sinus*, str. 172).

Sekcyja wykazała, że uszy, sitowie i jama kości klinowej były bez zmian. Z powodu znacznego wysadzenia gałki ocznej wykonane były głębokie nacięcia, ropy jednak nie znaleziono. Autor mniema, że przyczyną zakrzepu było częściowe obumarcie kostnej ściany oczodołu.

O leczeniu operacyjnem zakrzepu zatoki jamistej, zdaniem mojem, nie może być mowy: jest to okolica prawie że niedostępna dla noża operatora. Wprawdzie istnieje w literaturze przypadek BIRCHER'a, który wykonał otwarcie ropnia w zatoce jamistej, lecz przypadek ten podaje w wątpliwość KOERNER, mówiąc, że prawdopodobnie otwarty został ropień nie w zatoce jamistej, lecz w jej sąsiedztwie.

Voss ²⁾ opisuje przypadek zakrzepu zatoki jamistej, w którym po częściowem usunięciu podstawy czaszki według LEXER'a, obnażył i przeciął ścianę zatoki jamistej na przestrzeni 6—8 milimetrów, co potwierdziła sekcyja. Ostatecznie być może w przyszłości, jak to przepowiada GRUNERT, możliwem

¹⁾ Dr FINLAY (Havann). Ueber einen Fall von Thrombophlebitis des Sinus cavernosus, complicirt durch Empyem der Keilbeinköhlen und der Siebbeinzellen, irrthümlicherweise für eine Thrombophlebitis des Sinus lateralis gehalten. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde t. XLVIII. 1.

²⁾ Dr Voss (Riga). Die Eröffnung des Sinus cavernosus bei Thrombose. Centralblatt für Chirurgie. 1902, Nr. 47.

będzie otrzymanie dobrych wyników przy operacyjnem leczeniu zakrzepów zatoki jamistej, obecnie jednak śmiało twierdzić można, że o ile dzięki swym wyrażnym objawom, zakrzep zatoki jamistej rozpoznany być może z matematyczną pewnością, o tyle postawienie tego rozpoznania równa się dla chorego wyrokowi śmierci, która zwykle następuje po kilku dniach choroby.

Zestawiając sześć przypadków ropnicy pochodzenia usznego, opisanych powyżej, wyprowadzam z nich wnioski następujące:

1) Ropnica uszna przybiera najrozmaitsze postaci, od form łagodnych aż do nadzwyczaj ciężkich, kończących się bezwarunkowo śmiercią. Zabiegi operacyjne należy modyfikować stosownie do nasilenia choroby i do zmian anatomopatologicznych, znalezionych podczas trepanacyi.

2) Usunięcie całkowite ogniska chorobnego zatoki poprzecznej części w zupełności wystarcza do wyleczenia ropnicy.

3) Wielowartościowa surowica przeciwpaciorkowcowa może okazać nader pomyślny wpływ na przebieg pooperacyjny ropnicy usznej.

4) Brak bolesności wyrostka sutkowego w sprawach ropnych w uchu średnim nie powinien być brany pod uwagę przy stawianiu wskazania do zabiegu operacyjnego.

5) Wystąpienie objawów zakrzepu zatoki jamistej należy uważać jako oznakę zbliżającej się śmierci, wszelkie zaś próby operacyjnego otwarcia zatoki jamistej należy uznać za niedozwolone.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

88. P. K. Pel. Czy opium jest pożyteczne, czy też szkodliwe w ostrem zapaleniu ślepej kiszki?

Makowiec do leczenia zapalenia ostrego kiszki ślepej i *apendicitidis* wprowadzony został przez tak znakomitych lekarzy, jak GRAVES, STOKES i, chociaż mniej znanego, A. VOLZ'a. Pod wpływem chirurgii pożytek tego środka poddany został w wątpliwość, a stopniowo poglądy przeszły do opozycyi, zarzucając wprost szkodliwość takiego leczenia i oczekując zba-

wienia jedynie od zabiegu chirurgicznego (DIEULAFOX, BOURGET, ALBU). Autor, stojąc ściśle na gruncie klinicznym, jedynie odpowiednim do rozstrzygnięcia podobnych pytań, i opierając się na 30-letnim doświadczeniu, twierdzi, że opium nie należy odrzucać w leczeniu omawianego cierpienia. W dawkach odpowiednich okazuje się ten środek, zwłaszcza w przypadkach, w których początkowo był stosowany, bardzo skutecznym, a odpowiada swym wpływem niejako wymogom samoleczniczemu przyrody: zmniejsza nudności i wymioty, pragnienie, ogranicza bole i ruchy robaczkowe; przez to sprowadza tak pożądany spokój; chroni od rozchodzenia się miejsc już sklejonych, a ułatwia tak pożądane zlepianie się ich. Autor podaje co 2 godziny po 5 kropel *Traie Opii* aż do skutku, niekiedy zaczyna od 10—15 kropel i stopniowo zmniejsza dawkę. Niekiedy wskazane są zastrzyknięcia morfiny lub lawatywki. Możliwe zatrzymanie stolca nie stanowi przeciwwskazania. Nieprawdziwą jest też obawa, że opium ułatwia wysysanie wytworów gnicia i rozkładu w kiszkiach. Następczy bezwład (*atonia*) kiszki, którego się boi ALBU, nie może wystąpić po krótkotrwałem użyciu opium (BAUMLER), prędzej może to właśnie nastąpić po środkach rozwalniających.

Inne zarzuty czynione opium: pewne zaciemnianie obrazu choroby przez następującą euforyę, jak również, że wzdęcie kiszki wskutek porażenia perystaltyki przez ten środek zmienia warunki lokalne — nie wytrzymują też krytyki. Kiszka przy dawkach leczniczych (nie trujących) nie ulega porażeniu, pomylić się zaś w ocenie stanu chorego może tylko bardzo niedoświadczony spostrzegacz.

Rozumie się, obok opium zaleca się absolutny spokój, okłady lodowe, dyetę surową. W ostrych przypadkach i zdecydowanych co do rozpoznania, gdzie wszystkie warunki inne sprzyjają — wczesna operacja w pierwszych 24—36 godzinach jest racjonalną i godną polecenia. Jednak warunki to zdarzają się może zaledwie w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ części wszystkich przypadków. Kiedy zarówno ogólne, jak i miejscowe objawy wykazują obecność ropienia, należy oczywiście ropień otworzyć. Ale tylko w liczbie przypadków względnie małej można to rozpoznać klinicznie, tak, że przeważna liczba przypadków nie dochodzi na razie do operacji. Prawdopodobnie w ogólnej liczbie przypadków zapalenia wyrostka zdarza się wielka liczba lekkich — nie podlegających obserwacyom klinicznym i nie wchodzących w skład statystyki tego cierpienia. W tych to niezawodnie leczenie wyczekujące z zastosowaniem makowca daje zupełnie zadowalające wyniki. Ostatecznie autor stawia następujące dwie tezy:

1) przy konsekwentnem leczeniu od początku choroby, wykluczając rozumie się okoliczności wyjątkowe, przez leżenie w łóżku, ścisłą dyetę, stosowanie lodu, odpowiednie dawki makowca, przy surowem unikaniu środków rozwalniających, ostre zapalenie kiszki ślepej (*apendicitis, periapendicitis*) przebiega w przeszło 90% przypadków pomyślnie.

2) Lekarz, leczący chorego według tych zasad, nie zaniedbuje go pod żadnym względem. Strony ujemne podawania właściwych dawek makowca i korzyści, przypisywane środkom rozwalniającym, opierają się raczej na teoryi, niż na ściślejszej obserwacyi klinicznej.

Lekarz, który swemu choremu na *perityphlitis acuta* nie podaje opium w odpowiedniej ilości — popełnia grzech z opuszczenia, ten zaś, co go leczy środkami rozwalniającymi, popełnia błąd przeciw sztuce lekarskiej.

89. Drenkhahn. Czy makowiec sprowadza wzdęcie brzucha?

Zarzucają makowcowi u chorych ze sprawami brzuszniemi, zwłaszcza z zapaleniem robaczką, że powoduje jakoby wytwarzanie wzdęcia brzucha w następstwie porażenia kiszki. Nie wiadomo właściwie na czem ten zarzut się opiera. W przypadkach otrucia makowcem (6,0 do 7,0 *Ticturae Opii*) nie spostrzegano tego zjawiska. Ani w medycynie sądowej, ani w toksykologiach objaw ten nie jest zaznaczony (CASPER-LIMAN, LINBREICH). Według HASEMANN'a i NASI'ego zaparcie stolca po opium jest następstwem zmniejszonej pobudliwości czuciowych zakończeń nerwowych w ścianach kiszki. Nie ma tu właściwej atonii. Podobnież u opiofagów nie spostrzega się wzdętych brzuchów.

Przeciwnie nawet w chorobach, w których łatwo powstaje meteoryzm (szkarlatyna, zapalenie płuc, róża) podanie opium w dużej dawce zmniejsza te objawy.

Autor przytacza następujący przypadek. U chorego, który świeżo przeszedł zapalenie wyrostka robaczkowego, wystąpiło silne wzdęcie, prawdopodobnie wskutek podrażnienia otrzewnej. Podano pełną dawkę opium, a w kwadrans później zrobiono lawatywę z gliceryny. Wśród oddania bardzo obfitej ilości gazów brzuch opadł i wzdęcie się nie powtórzyło.

Tak więc opium nie tylko nie jest szkodliwym przy obecności objawów podrażnienia otrzewnej, nie zacięra obrazu klinicznego, ale wprost wpływa lecząco, i to w stopniu wyższym od morfiny.

Rozumie się, że spokój absolutny, dyeta i łód powinny znaleźć obok makowca poważne uznanie.

(*Therapeut. Monatschr.* 1907. Nr. 8).

O. H.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Bakteryologia influency.

Podał

Bolesław Dębiński.

Rzecz wygłoszona w sekcji laryngologicznej Towarzystwa Lek. Warsz. d. 31-go maja 1907 r.

Pod pojęciem influency w potocznym języku lekarskim pomieszano wiele różnorodnych chorób. Sezonowe katary nosa, zapalenia krtani, oskrzeli, ostre zapalenie żołądka, kiszki często zaliczane bywają do influency, pomimo, iż są one wywoływane przez gronkowce, łańcuszkowce, dwoinki TALAMON-FRAENKEL'a i t. d. Przyczyną tego pomieszania jest różnorodność i zmienność postaci, które przybiera influenza.

Jeżeli chodzi o typową influencję, jaka npr. panowała w r. 1839, t. j. o pandemię, która w ciągu paru tygodni przebiegła świat cały od Azji do Ameryki, to wtedy nie napotyka się trudności w dyagnozie. Obraz kliniczny jest charakterystyczny: początek nagły, dreszcze, ciepłota wysoka, ból

głowy, krzyża, nóg, ogólne osłabienie. Ale przebieg influency bywa zazwyczaj charakterystyczny tylko w pierwszym roku epidemii. W latach następnych, prawdopodobnie wskutek dawnego uodpornienia, nabytego przez chorych po raz przebytej influency, cierpienie to staje się mniej typowem. Wypadki zdarzają się sporadycznie i bez charakterystycznych objawów. Wtedy to właśnie rozpoznanie pomiędzy prawdziwą influencją a ostreimi cierpieniami dróg oddechowych i przewodu pokarmowego staje się trudne. Trudność tę potęgują jeszcze rozmaite powikłania w postaci zapalenia płuc, opłucnej, ropni i zgorzeli płuc, zapalenia wsierdzia i osierdzia, zapalenia opon mózgowych i t. d. Oparcie rozpoznania na gruncie bakteryologicznym, na wykryciu zarazka swoistego staje się wtedy koniecznem.

W roku 1892 RYSZARD PFEIFFER odkrył w wydzielinie z nosa, oskrzeli, a szczególnie płuc prątek, który uważany jest za swoisty dla influency. Jest to pałeczka na końcach zaokrąglona i należąca do najmniejszych ze znanych drobnoustrojów. Wielkość jej waha się od 1 do 2 μ . W czystych hodowlach prątki często są ułożone parami, tak, iż niewprawne oko łatwo je może mieszać z dwóinkami. W plwocinie i w starych hodowlach napotyka się często formy w kształcie długich nici, które należy uważać za formy inwolucyjne. Pałeczka influency barwi się rozcieńczonym [1 : 10] barwikiem ZIEHL'a w ciągu 5—10 minut lub błękitem metylenu LOEFFLER'a przy ogrzewaniu w ciągu 2 minut. Charakterystyczne jest mocne zabarwienie pałeczki na końcach, gdy środek barwi się słabo [*Polfärbung*]; metodą GRAM'a pałeczka influency nie barwi się.

Na agarze lub na zwykłych pożywkach pałeczka influency nie rozwija się, rośnie tylko na pożywkach zawierających hemoglobinę. Najlepiej jest przygotować agar skośny i rozetrzeć na nim parę kropel krwi gołębia; w tak przygotowanej pożywce influenza rozwija się w ciągu 18—24 godzin przy 37° w postaci delikatnych, drobnych kolonii, które rzadko zlewają się, a najczęściej rosną w kształcie drobnych kropel rosy.

Prątki influency są nadzwyczaj mało odporne. Przy wysychaniu giną w bardzo krótkim czasie, temperatura powyżej 56° je zabija. Ponieważ nie posiadają zarodników, więc nawet w stanie wilgotnym, w hodowlach giną względnie szybko. Dla podtrzymania hodowli trzeba ją przeszczepiać co 8—10 dni.

Influenca jest chorobą wybitnie ludzką, której u zwierząt nie spotyka się. To też wywołać u zwierząt typową influencję przez wstrzyknięcie małych dawek prątków nie udaje się. Nawet u małp nie można wywołać właściwego rozmnażania się prątków influency przez wstrzyknięcie tychże do górnych dróg oddechowych, a nawet do płuc. Wprawdzie przez wstrzyknięcie silnych dawek do żył lub do otrzewnej, można zabić świnki morskie i króliki, lecz nie jest to we właściwym znaczeniu zakażenie, a tylko intoksykacja: prątki rozmnażają się tylko na miejscu wstrzyknięcia, a na cały organizm działają tylko przez swe jady wewnątrzkomórkowe.

Zatrucie zwierząt można wywołać nawet przez wstrzyknięcie dożylnie zabitych prątków influency w silnych dawkach. Jako objawy zatrucia występują duszność, zmęczenie, porażenie, obraz przypominający mocno ludzką influencję.

U człowieka chorego na influencję pałeczki swoiste znajdują się na błonie śluzowej i w wydzielinach dróg oddechowych. Wykryć je można w wielkiej liczbie na nabłonkach śluzówki nosa, gardzieli, krtani, oskrzeli, a nawet w płucach, jeżeli istnieją ogniska infiltracyjne. Na początku choroby spotyka się je tylko w śluzie, lecz skoro tylko plwocina staje się ropną, wykryć je można również w ciałkach ropnych; fagocytoza jest tu więc bar-

dzo wyraźna. We krwi, w narządach wewnętrznych i w mózgu spotyka się pałeczki influeney tylko w ostatnim okresie ciężko przebiegających zakażeń. W przewodzie pokarmowym dotychczas nie wykryto jeszcze pałeczek influeney: zmiany zauważone na błonie kiszkiowej zależą albo od zakażenia mieszanego albo od działania toksyn influencowych. Na szczególne uwzględnienie zasługuje wykrycie pałeczek influeney w jamach grucielczych u suchotników. Po raz przebytej influeney, pałeczki pozostawać mogą w jamach przez całe miesiące i lata i wywoływać tym sposobem nawroty influeney u suchotników, jak również podtrzymywać epidemię w otoczeniu.

Rozpoznanie influeney powinno opierać się w pierwszej linii na wykryciu pałeczek swoistych. Poszukiwać ich należy w śluzie gardzielowym, w wydzielinie nosa, a przedewszystkiem w płwocinie płucnej. Ażeby oddzielić właściwą wydzielinę influencową od przymieszek z jamy ustnej i gardzieli, należy ją przemyć wielokrotnie w wodzie wyjałowionej. Preparat przygotowany z tak oczyszczonej wydzieliny, barwimy rozcieńczonym barwikiem ZIEHL'a, a dla kontroli drugi preparat metodą GRAM'a. Nie można jednak ograniczyć się na badaniu mikroskopowem wydzieliny, a to dlatego, iż w jamie ustnej, a szczególnie w czopach migdałków i w jamach spruchniałych zębów znajduje się masa pałeczek, posiadających wiele podobieństwa do pałeczek influeney. Są one również nadzwyczaj małe, końce mają zaokrąglone, barwią się mocno na końcach i słabo w środku, są tylko nieco grubsze od prawdziwych pałeczek influeney. Należy więc z tego względu uciekać się do metody hodowli. Wydzielinę rozcieńczoną w bulionie wyjałowionym zasiewa się na agarze z krwią i na agarze zwyczajnym. Pałeczki influeney rosnać tylko na agarze z krwią, gdy prątki pseudo-influeney również na zwyczajnym agarze.

Zdawało się przez pewien czas, że rozpoznanie influeney oparte jest już na trwałych podstawach. Wykrycie pałeczek, rozwijających się tylko na pożywkach, zawierających hemoglobinę, wydawało się momentem decydującym w dyagnozie influeney.

Ale wkrótce potem w rozmaitych wydzielinach patologicznych znaleziono pałeczki, podobne do pałeczek influeney i nie różniące się od nich nawet pod względem hodowli. Sam PFEIFFER wykrył w płwocinie z ognisk bronchopneumonicznych pałeczki, które rosły tylko na pożywkach, zawierających hemoglobinę. Podobne prątki znajdował BECK w wydzielinie z nosa, JOCHMAN i KRAUSE w wydzielinie kokluszowej i t. d. Okazało się więc, że istnieją prątki, które trudno jest odróżnić od influeney prawdziwej. Są one również nieruchome; nie barwią się metodą GRAM'a, rosnać tylko przy wyższej temperaturze i tylko na pożywkach z hemoglobina, tworząc na nich delikatne, przezroczyste, podobne do kropel rosy kolonie. Cała różnica polega na tem, iż pałeczki pseudoinflueney są nieco grubsze i mają większą skłonność do tworzenia form w kształcie długich nici.

Widzimy stąd, jak różnica pomiędzy influencą a pseudoinfluencą powoli się zaciera i jak ściśle rozpoznanie pomiędzy temi pałeczkami jest trudne.

W ostatnich czasach bakteryologia influeney komplikuje się jeszcze bardziej. W r. 1905 BEZANÇON i JONG prowadzili badania nad influencą, podczas panującą w Paryżu, i doszli do tego wniosku, że rozmaite epidemie, a nawet rozmaite formy jednej i tej samej epidemii wywoływane są przez różnorodne drobnoustroje.

W r. 1889 i 1892 przyczyną influeney była pałeczka PFEIFFER'a, w roku 1902 BERNHEIM, GHON i H. PFEIFFER stale wykrywali w influeney drobnoustroj zwany *micrococcus catarrhalis*. Jest to diplokok w kształcie 2 ziarenek kawy, mający pewne podobieństwo do *gonokoka*, nie barwiący się metodą

GRAM'a. Drobnoustrój ten rozwija się przy 22° na zwykłych pożywkach. Na agarze daje kolonie grube, przylegające, z początku białawe, a później brunatne. Żelatynę rozpuszcza, mleka nie ścina.

W r. 1905 BEZAŃON i JONG wykrywali w influency powyżej opisany *micrococcus catarrhalis* albo też *micrococcus paratetragenes*. Ten ostatni jest to czwórniak (*tetradą*), barwiący się dobrze błękitem karbolowym, nie barwiący się metodą GRAM'a. Czwórniaki są zawsze zmieszane z diplokokami, połączonymi ze sobą masą śluzową, barwiącymi się słabo zwyczajnymi barwikami i nie barwiącymi się metodą GRAM'a. Na agarze drobnoustrój ten przyjmuje barwę białą, o wyglądzie śmietankowym, bulion pozostaje przezroczystym i tylko na dnie powstaje ciągnący się osad; żelatyna nie rozpuszcza się. Prócz powyższych drobnoustrojów, w każdej epidemii znajdują się naturalnie gronkowce, łańcuszkowce, dwoinki, enterokoki i t. d.

Z badań swych BEZAŃON i JONG wyprowadzili wniosek, że prątek PFEIFFER'a nie jest swoistym dla influency, a przynajmniej dla influency sporadycznej. Choroba, którą nazywają pospolicie influencą lub grypą, jest to po prostu *rhino-pharyngo-bronchitis* sezonowa, nieswoista, mogąca być wywołaną przez najrozmaitsze powyżej wymienione, spotęgowane w swej zjadliwości drobnoustroje.

Zwracając się do badań nad odpornością w influency, przekonamy się, że z nich żadnych praktycznych wniosków co do rozpoznania wyciągnąć nie można.

Wprawdzie DELIUS z KOLLE'm i SCATICANO wykryli we krwi ludzi chorych na influencę, jak również we krwi zwierząt, którym po kilkakrotnie wstrzykiwano żywe lub martwe prątki PFEIFFER'a, bakteriolizyny i aglutyniny swoiste, a CANTANI przekonał się, że prątki influency, wstrzyknięte do otrzewnej zwierząt silnie uodpornionych, rozpuszczają się w ciągu 10—20 minut.

Co się tyczy jednak własności aglutynacyjnych surowicy człowieka, to okazały się one bardzo słabymi. Wogóle surowica chorych na influencę nie wywołuje aglutynacji powyżej 1:10 i 1:20, a często surowica człowieka chorego nie jest silniejszą od surowicy zdrowego.

En résumé, pominąwszy już trudność ścisłego rozpoznania pomiędzy prątkami influency a pseudoinfluency, obecnie jest wprost kwestyonowana swoistość prątków PFEIFFER'a dla influency sporadycznej, a samą influencę sporadyczną wielu badaczy uważa za chorobę banalną dróg oddechowych (*rhino-pharyngo-bronchitis*), wywołaną przez rozmaite drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, czwórniaki, *micrococci catarrhales* i t. d.), których zjadliwość chwilowo została spotęgowana. Co się jednak tyczy wielkich epidemii influency [r. 1889 i 1892], to prawdopodobnie są one wywołane przez swoisty prątek PFEIFFER'a.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCYA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 22-go czerwca 1907 r.

1) A. LANDAU przedstawił przypadek przypuszczalnego nowotworu w części szyjnej kanału kręgowego.

Chory, lat 56, od pół roku zaczął doznawać bólów w okolicy lewego barku i lewej potylicy; do bólów wkrótce dołączyło się osłabienie władzy w lewej kończynie górnej. Badanie chorego wówczas wykazało bezwład wiotki całej lewej kończyny, zaniki mięśni i lekki obrzęk, osłabienie pobudliwości na wszystkie rodzaje czucia, w zanikłych mięśniach odczyn zwyrodnienia. Na szyi lewe gruczoły chłonne powiększone, twarde. Pozostałe kończyny były wówczas normalne. Wkrótce potem wystąpiły bole w prawym barku i rozwinęło się porażenie i zanik mięśni, tworzących prawą grupę ERB'a. Chory począł doznawać duszności; obiektywnie stwierdzić można było upośledzenie czynności przepony brzusznej. Ze strony kończyn dolnych zaburzeń brak.

Mówca przypuszcza ucisk przednich i tylnych korzonków po stronie lewej, począwszy od 4-go szyjnego do 1-go grzbietowego włącznie, po stronie zaś prawej ucisk na 5-ty i 6-ty korzonek przedni. Co do przyczyny cierpienia, to mówca wyklucza próchnicę kręgosłupa, syfilis i zatrzymuje się na nowotworze, powołując się na charactwo i na powiększenie gruczołów chłonnych.

W dyskusji BYCHOWSKI, który znał chorego i prześwietlał go, wypowiadał się za tętniakiem aorty, uciskującym spłoty barkowe.

BREGMAN, HIGIER, GAJKIEWICZ, KOPCZYŃSKI podnosili brak objawów uciskowych rdzenia, zwłaszcza ze strony kończyn dolnych i ze strony źrenic i umiejscowiali prędzej sprawę chorobną na zewnątrz kanału kręgowego.

2) BREGMAN przedstawił chorego, dotkniętego ostrym bezładem i zgorzelą prawej ręki.

Chory od pół roku zaczął doznawać bólów, drętwienia i palenia w końcach palców, poczem nastąpiła t. zw. *asphyxia localis et mumificatio*. Przed 2-ma miesiącami jakiś atak apoplektyczny, po którym wystąpił szum w głowie, bezład w chodzeniu, i zaburzenia mowy. Przedmiotowo stwierdzić można zgorzel ostatnich dwóch członków trzeciego, czwartego i piątego palców. Tętno w tętnicy promieniowej prawej znacznie słabsze.

Bezład ruchowy kończyn górnych i dolnych, zwłaszcza po stronie lewej. Siła ruchowa zachowana. Mowa dość wyraźna. Drganie gałek ocznych w kierunkach bocznych. W wywiadach alkoholizm.

W dyskusji HIGIER mówił o roli ergotyny w podobnych cierpieniach,

3) KOPCZYNSKI St. przedstawił przypadek postępującego połowiczego zaniku twarzy (*hemiatrophia faciei progressiva*).

Chora lat 15, od 6-go roku życia zauważyła, że prawa połowa jej twarzy schnie. Od 10-go roku życia miewa ataki o charakterze histero-epileptycznym.

Przedmiotowo stwierdzić można: wybitny zanik i zanikanie całej prawej połowy twarzy, wskutek czego twarz okazuje się mocno asymetryczną. Zanik dotyczy zarówno skóry, mocno ściemniałej, jak i tkanki podskórnej i kości. Kość licowa, dolna szczęka po stronie prawej wybitnie ściemniały. Nad i pod kością licową widać wybitne zagłębienie. Żadnych objawów chorobnych ze strony nerwu trójdzielnego lub nerwu sympatycznego prawego nie widać. Pobudliwość prawego nerwu twarzowego i mięśni prawej połowy twarzy na prąd galwaniczny wybitnie wzmożona. Siła ruchowa wszystkich mięśni twarzy zachowana. Brak zaburzeń wydzielniczych, brak zmiany zabarwienia skóry na twarzy. Język po stronie prawej w linii środkowej węższy i cieńszy. Mówca podnosi: a) rzadkość choroby, b) fakt występowania jej przeważnie u kobiet, c) powikłanie danego przypadku histero-epilepsją, d) brak danych, przemawiających za związkiem tego cierpienia zarówno z nerwem trójdzielnym, jak i nerwem sympatycznym. Chora poddana zostanie kosmetycznej operacji wypełnienia zagłębień twarzy parafiną.

W dyskusji przewodniczący M. BRUNER szczegółowo opisał i uzupełnił fotogramami spostrzegany przez siebie przypadek połowiczego zaniku twarzy, znany w literaturze zagranicznej.

HIGIER przyczynę cierpienia widzi w stałym podrażnieniu nerwów, zwężających naczynia krwionośne.

KOELICHEN opowiada o przypadku OPPENHEIM'a, w którym wycięcie guza, uciskającego węzeł szyjny nerwu sympatycznego, wywołało poprawę w odżywianiu zanikłej połowy twarzy.

BYCHOWSKI podaje spostrzegane przez siebie przypadki wycięcia na szyi węzłów sympatycznych bez jakichkolwiek zaburzeń odżywczych, wtórnych.

4) LUXENBURG przedstawił przypadek chromania przestankowego z wybitną poprawą.

Chory lat 41, garbarz, od lat 6-iu miewał napady t. zw. chromania przestankowego, występującego już po przejściu 30-u kroków, wraz z jednoczesnym drętwieniem w dolnych kończynach, parciem na pęcherz, bólami w kroczu, a obiektywnie stwierdzano podczas napadów znieczulenie na narządach płciowych. Z tętnic kończyn dolnych przed 4-ma laty tętniła jedynie tętnica biodrowa prawa. Obecnie po zażywaniu przez czas dłuższy *Natrii nitrosi* chory wybitnie się poprawił. Chodzi nieźle, np. przejść może bez przerwy 2 kilometry. Napady bólów są o wiele słabsze. Lecz dzisiaj nie wyczuwa się tętnienia we wszystkich dostępnych tętnicach na kończynach dolnych.

W przypadku tym zasługuje na uwagę wyraźna poprawa wbrew pogorszeniu dostrzegalnych zmian obiektywnych i pomimo wyraźnego zajęcia stożka rdzeniowego.

W dyskusji GAJKIEWICZ podkreślał atypowość przypadku ze względu na objawy rdzeniowe.

5) STERLING przedstawił przypadek porażenia nerwu odwodzącego (n. VI) pochodzenia usznego (t. zw. syndrom GRADENIGO'a).

Chora przed 5-ma tygodniami dostała zapalenia ucha średniego po obu stronach z wyciekami ropnym i z bólami. Otiatry wykonał paracentezę. Po kilku dniach w uszach nastąpiła poprawa. Natomiast wystąpiło dwojenie w oczach, trwające do dzisiaj. Badanie układu nerwowego wykazało jedynie porażenie nerwu odwodzącego prawego. Niekiedy wymioty po jedzeniu. Mówca rozpoznaje w danym przypadku t. zw. syndrom GRADENIGO'a i zastanawia się nad jego patogenezą (teorya odruchowa, *leptomeningitis circumscripta* i t. p.).

W dyskusyi GURANOWSKI podnosił występowanie porażenia nerwu odwodzącego w rozmaitych cierpieniach usznych, w zakrzepach zatok mózgowych, w ograniczonych zapaleniach opon mózgowych, i dawał objaśnienia anatomiczne.

LANDAU A. mówił o porażeniu tego nerwu w moczówce cukrowej.

BYCHOWSKI podnosił wrażliwość nerwu VI na zmiany w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego.

6) PECHKRANC St. przedstawił przypadek wielopalcowości (*polydaktylia*).

Chory na obu stopach posiada po 6 palców, rozwiniętych prawidłowo.

Na rentgenogramie widać, że kości śródstopia jest tylko 5, i że piąta znacznie grubsza od innych, jest rozdwojona. Gałęzie jej mają kierunek rozbieżny. Członki (palczki) 5-go i 6-go palca, z których piąty jest cieńszy od szóstego, mają kierunek zbieżny. Na kościach u podstawy 5-go palca chory miał również wyrostki, które mu poprzednio odcięto. Mówca podnosił rzadkość przypadku.

6) BORNSTEJN M. przedstawił przypadek porażenia okresowego (*paralysis periodica*).

Chory lat 14, od 6 ciu lat co kilka tygodni miewa napady, podczas których nie może zupełnie ruszać rękami i nogami. Napad zaczyna się zwykle w nocy, trwa 1—1½ dnia, przechodzi stopniowo bez śladu. Chory wtedy jest przytomny. Niekiedy w okresie pozanapadowym „zagapia się” i jest wtedy niezupełnie przytomny. W dzieciństwie miewał drgawki. Podczas napadów spostrzegano wielokrotnie, jako objaw niezwykły, żywe odruchy kolanowe, a podczas wywoływania odruchów ze ścięgien Achillesa—przyprawdzanie stopy ku wewnątrz. Również podczas napadów wielokrotnie stwierdzano w niektórych mięśniach t. zw. „oddziaływanie trupie” na prąd elektryczny. Mówca rozpoznaje porażenie okresowe i podkreśla niewątpliwy w tym przypadku związek tego cierpienia z padaczką.

W dyskusyi GOLDFLAM podawał w wątpliwość słuszność dyagnozy i radził uwzględnić możliwość t. zw. porażen popalaczkowych, zwłaszcza kiedy odruchy kolanowe w danym przypadku były wzmożone.

FLATAU uważał rozpoznanie za pewne, podnosząc, że podobne porażenia popadaczkowe musiałyby poprzedzać drgawki i utrata przytomności, czego u danego chorego w ostatnich czasach wcale nie spostrzegano.

Stanisław Kopezyński.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa umiastowienia szpitali. W dniu 24 sierpnia r. b. uchwałą Komitetu ministrów zakłady dobroczynne, zawiadywane obecnie przez Warszawską Radę Miejską Dobroczynności Publicznej [z wyjątkiem prywatnych zakładów dobroczynnych i szpitala dla obłąkanych w Tworkach], przechodzą pod zarząd magistratu m. Warszawy z tem zastrzeżeniem, aby faktyczne oddanie szpitali miastu z całym przynależnym do nich majątkiem, uskutecznione zostało na 14-go listopada r. b. i aby po upływie terminu tego wszystkie czynności zwinętej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej i istniejącej przy niej kancelaryi były zamknięte.

W celu urzeczywistnienia wzmiankowanego oddania szpitali i instytucji dobroczynnych, a również dla wypracowania zasad zarządzania szpitalami, po przejściu ich do Magistratu, Główny naczelnik kraju, jak zamieszczono w odczytanej odezwie, uznał za konieczne powołać, pod przewodnictwem jednego z urzędników do szczególnych zleceń Komisję czasową w następującym składzie członków: przedstawicieli Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, Magistratu m. Warszawy, Warszawskiego Gubernatora, Izb Skarbowej i Obrachunkowej, Prokuratury Królestwa Polskiego, Ministerjum dóbr państwa, Towarzystw kredytowych ziemskiego i miejskiego, przy współudziale obywateli miasta i wolnopraktykujących lekarzy. Następnie już wszedł przedstawiciel wydziału lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego oraz Inspektor lekarski miasta Warszawy i przedstawiciel policji.

W odezwie pana prezydenta miasta, powołującej oddzielne osoby na członków rzeczonyj komisji, czytamy co następuje: „Warszawski General-Gubernator, zawiadamiając o powyżej wyłożonem, poleca mi zaprosić do udziału do wyżej wymienionej Komisji, pomiędzy innymi, obywateli miasta, i wolnopraktykujących lekarzy, którzy mogą być pożytecznymi dla sprawy”.

Zarówno z uchwały Komitetu ministrów, jak i z polecenia naczelnika kraju najoczywściej wypływa, że sama procedura oddania przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej, a następnie przyjęcie przez Magistrat m. Warszawy instytucji dobroczynnych i szpitali, ma być nie czczą formalnością, lecz istotnie odbyć się powinna według wszelkich zasad, przyjętych przy przekazywaniu, przechodzeniu majątku z jednych rąk do drugich, z pod zarządu jednej instytucji w dodatku już zwijanej do drugiej, nowo powołanej do czynności odrębnych, nie wchodzących dotychczas w jej zakres. Taki bywa porządek rzeczy, tego wymaga prawo, oraz interes publiczny. Sam majątek szpitali w postaci nieruchomości oceniony jest na 10 milionów rubli, majątki ziemskie na 4 miliony, kapitały na 3 miliony, ruchomości na 1 milion.

Majątek ten przejść ma pod zarząd m. Warszawy, który przekaże go następnie przyszłemu samorządowi miejskiemu. Nowy zarządca majątku tego—Magistrat, ewentualnie Rada m. Warszawy, mieć musi dokładny i wyraźny obraz funduszków, jakimi rozporządzać będzie i warunków, pod jakimi każdego z tych funduszków używać może. Źródła majątku szpitali i instytucji dobroczynnych są nieraz b. dawne, zastrzeżenia i warunki bardzo różne.

Z tego wynika, że okazuje się koniecznem zbadanie każdego funduszu poszczególnie, wypada odnaleźć jego pochodzenie, początek, sprawdzić protokoły objęcia przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej każdego funduszu w admi-

nistracyę, a dopiero na takiej podstawie sporządzać protokoły odebrania, przejęcia od Rady na rzecz Magistratu danego kapitału w tej lub innej formie. Tylko taka procedura, taki sposób postępowania zapewnić może dokładność i ścisłość, uchronić od niejasności, zabezpieczyć od niedomówień, od wątpliwości, rzeczy niepożądanych, szczególnie w sprawach finansowych.

Dlatego inaczej rozumieć nie możemy głównego podziału składu wzmiankowanej Komisji, jak na Komisję przekazującą i Komisję odbiorczą. Różniczkowanie jej na takie dwa główne działy naturalnie z podkomisjami, wynika nasamprzód z czynności zamierzonych, powtórę, nawet już z samego charakteru instytucji i osób do niej powołanych.

Z rozporządzenia naczelnika kraju do komisji weszli z jednej strony przedstawiciele Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, jako dotychczasowi administratorzy majątku a z drugiej strony jako odbiorcy, przedstawiciele Magistratu, który ma w przyszłości nim zarządzać.

Następnie idą przedstawiciele różnych dekasteryi rządowych o charakterze kontrolującym, jak oto: izby obrachunkowej i prokuratoryi Królestwa Polskiego, różni rzeczoznawcy—inspektorzy lekarscy, wreszcie, przedstawiciele różnych instytucji społecznych—Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego i Miejskiego, którzy, jako rzeczoznawcy wnoszą fachową znajomość przy ocenianiu, przy szacowaniu majątku bądź w postaci nieruchomości miejskich—budowli, placów w mieście, bądź majątków ziemskich. Ponadto wszystko władza krajowa uznała za właściwe i potrzebne powołać do udziału w pracach Komisji także obywateli miasta.

Najoczywiej się przebijają w tem dążenie i chęć, aby czynności i prace rzeczowej Komisji odbywały się przy udziale i kontroli przedstawicieli społeczeństwa, które było i jest właścicielem tego majątku, a wkrótce będzie także i jego zarządcą.

Tak więc podział całej Komisji na przekazującą i odbiorczą, z samej natury czynności wypływający, już w samem założeniu pomyślany, a w zarządzeniu uskuteczniiony został. Po jednej stronie członkowie wyboru z Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej i jej urzędnicy—prezes i sekretarz, po drugiej stronie—przedstawiciele Magistratu. Niezależnie od tego między innymi przedstawiciele kontroli państwowej i rzeczoznawcy—obywatele i lekarze.

Jest to więc kolo nie tylko liczne, lecz i do takiego przedsięwzięcia odpowiednie.

Samo *votum* zaufania, które i my podzieliśmy, nie jest jednak wystarczającym, gdzie się waży sprawy tysiąca tysięcy. Właśnie im ważniejsza sprawa, tem bardziej zasada publicznej kontroli, publicznej opinii przestrzegana być winna. Nie ulega wątpliwości, sprawa dobra jawności i światłości się nie boi, i owszem, acz daleka od chępliwości, publicznem postępowaniem, bezstronną krytyką, jak dziennem światłem pokrzepia się i ogrzewa.

Dlatego pewni jesteśmy, że Komisya rzeczona spełni swój obowiązek nie tylko formalnie, lecz w myśl wyżej wyłożonych zasad, t. j. dopełni ścisłego i szczegółowego sprawdzenia i oszacowania majątku, którym administrowała Warszawska Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, następnie, że sama procedura, skład jej członków, będzie taki, że ci, co mają obowiązek zdawać, przekazywać majątek, (w tej liczbie są i urzędnicy), nie mogą, bo nie mają prawa i zasady odgrywać jednocześnie roli odbiorców, kontrolerów i osób z odbioru kwitujących.

Tem bardziej wydaje się nieprawłopodobnem, aby w jednej i tej samej Komisji, w dodatku w rolach wręcz przeciwnych, przyjmowali udział ojciec i syn. Sprzeciwia się to ogólnie przyjętym zasadom i opinii ogółu, który bez względu na zmienne koleje polityczne kraju różnymi czasy powierzał fundusze na cele publiczne i żąda z tych funduszy bezstronnego i sprawiedliwego sprawozdania.

— Były Komitet opieki nad rodzinami kolegów, powołanych w r. 1904 na Daleki Wschód uważa za konieczne podać do wiadomości publicznej poniższy protokół Komisji Rewizyjnej.

„Komisja Rewizyjna Komitetu opieki nad rodzinami kolegów, powołanych na Daleki Wschód, z powodu zamknięcia ostatniego rachunku wpływów i wydatków, zebrawszy się w dniu dzisiejszym znalazła:

1) W dniu 1 czerwca 1906 r. podczas poprzedniego zebrania Komisji remanent wynosił rub. 1453 k. 14;

2) w następstwie wpłynęło zwrócone przez Komitet łódzki rub. 200;

3) wydano na różne wydatki [druki, marki i t. p.] uzasadnione odpowiednimi kwitami rub. 36 kop. 75, oraz zwrócono kasie koleżeńskej w Poznaniu rub. 300¹⁾.

W ten sposób w dniu dzisiejszym winno znajdować się w kasie Komitetu rub. 1316 kop. 39.

Oprócz tego rachunek Banku Handlowego, zamknięty d. 5-go lipca 1907 r. wykazuje jako procent od sum w banku na korzyść Komitetu składanych za cały czas jego trwania rub. 132 kop. 55.

Razem więc w kasie Komitetu znajduje się suma rub. 1448 kop. 94, którą to sumę, stosownie do postanowienia zebrania ogólnego wnieść należy do kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach. Warszawa d. 15-go lipca 1907 r. podpisali: dr BOLESŁAW GEPNER, JUL. KRAMSZTYK, Dr med. A. SOKOZOWSKI.

Zgodnie z powyższym skarbnik b. Komitetu stosownie do życzenia Zarządu kasy wsparcia złożył w d. 31 lipca r. b. na rachunek tejże kasy w Banku Handlowym rub. 1448 kop. 94, z której to sumy przekazania b. Komitet został pokwitowany przez Zarząd kasy wsparcia w d. 19. IX. 1907 roku.

— Katolickie stow. sióstr miłosierdzia Św. Ducha powstaje w Petersburgu. Przeciwno temu zaprotestował Czerwony Krzyż, motywując protest tem, że bez jego dyrekcyi i kontroli podobne instytucje istnieć nie mogą. Instancje rządowe uznały ten pogląd za nieuzasadniony i wydały opinię przychylną, wobec czego prawdopodobnie ministeryum spraw wewn. statut zatwierdzi.

— Pisma codzienne donoszą, że dr Reiss, prowadzący szkołę prywatną dla akuszerok, uzyskał koncesyę i od Nowego Roku otwiera szkołę felczerów. Kurs nauk ma być trzyletni, a cenzus, wymagalny dla wstępujących, odpowiada 4-klasowemu wykształceniu.

Jednocześnie zatwierdzona została ustawa szkoły masażu i gimnastyki leczniczej.

— Dnia 24-go b. m. na posiedzeniu Rady Towarzystwa Hygienicznego ma być dokonany wybór redaktora „Zdrowia” na trzyletnią kadencyę. Kandydaci proszeni są o zgłaszanie się piśmienne do Rady Towarzystwa Hygienicznego.

— Zakład gimnastyczny ze szkołą masażu i gimnastyki p. HELENY KUCCALSKIEJ przeniesiony został na ul. Marszałkowską Nr. 74. Kierownikiem lekarskim zakładu jest kol. SZAWIŃSKI.

1) Zgodnie z postanowieniem Zgromadzenia walnego kolegów w d. 6. XII. 1906 r.