

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU DLA CHÓRYCH WEWNĘTRZNYCH DRA GROSTERNA W WARSZ. SZPITALU STAROZAK.

I. PRZYCZYNEK

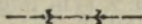
DO NAUKI O KOSTNIEJĄCEM ZAPALENIU MIĘŚNI

(*Myositis ossificans*).

Napisał

Stanisław Pechkranc,

asystent oddziału.



Istnieją, jak wiadomo, dwie grupy kostniejących zapaleń mięśni: *myositis ossificans progressiva* i *myositis ossificans localis*. Postaci te różnią się nie tylko przebiegiem, lecz także etyologią. Nas tu zajmuje tylko druga postać. Występuje ona niekiedy, choć bardzo rzadko, w pobliżu miejsca złamania kości obok znacznie rozwiniętej modzeli kostnej (*callus*). Znane są np. przypadki samoistnego złamania kości udowej u tabetyków z rozwojem kostniaka (*osteoma*) w masie mięśniowej na wysokości miejsca złamania. Tu należy także przypadek SCHWARZ'a ¹⁾, dotyczący tabetyka, u którego po spadku ze znacznej wysokości rozwinęły się kostniaki w mięśniach uda. Pomijając te powikłane przypadki, powiedzieć można, że *myositis ossificans* rozwija się prawie zawsze w następstwie urazu. Ten ostatni może być dwojakiego rodzaju: albo mamy obrażenie jednorazowe, często z rozdarciem włókien mięśniowych i wytworzeniem krwiaków (*haematoma*), jak u kawalerzystów przy ćwiczeniach na koniu, przyczem kostniaki wytwarzają się w mięśniach ksobnych (*mm. adductores*) uda — t. zw. *Reitknochen*, albo uraz lekki, lecz często powtarzający się jak np. u żołnierzy wskutek częstego urazu *m. deltoidei*, spowodowanego uderzeniami strzelby — t. zw. *Exercierknochen*. *Reitknochen* i *Exercierknochen*, znane już przeszło od pół wieku, przedstawiają najczęstsze dwa typy miej-

¹⁾ Dane sekcyjne tego przypadku SCHWARZ'a, cytow. u LORENZ'a [Die Muskelerkrankungen. 1898 r. w Spec. Pathol. u. Ther. NOTHNAGEL'a. Tom. XI], podaje EICHHORST.

scowego kostniejącego zapalenia mięśni. Mając na względzie tę etyologię omawianego cierpienia, zrozumiemy, że olbrzymia większość przypadków powinna przytrafiać się w wojsku. I rzeczywiście większość autorów, między innymi A. SCHMIT¹⁾, utrzymuje, że kostniaki mięśni stanowią cierpienie, napotykanie niemal wyłącznie u wojskowych.

Prócz tych dwóch umiejscowień kostniejącego zapalenia mięśni, znajdujemy jeszcze wzmianki o niezmiernie rzadko przytrafiającej się lokalizacji sprawy kostnienia w mięśniach ramieniowych (*m. brachialis internus*, *m. biceps brachii*) u gimnastyków. Umiejscowienie kostniejącego zapalenia mięśni, jakie spostrzegliśmy w naszym przypadku, nie było jeszcze, o ile z dostępnej nam literatury sądzić możemy, dotychczas ani razu opisane.

Zanim przyjdziemy do opisu naszego spostrzeżenia, nie zbytecznym będzie uczynić jeszcze kilka uwag w kwestyi, dotyczącej etyologii i patogenezy omawianego cierpienia. Uraz mięśni tak gwałtowny, jednorazowy, jak i lżejszy, często powtarzający się, jest rzeczą bardzo częstą, podczas gdy kostniejące zapalenie mięśni należy, nawet w wojsku, do cierpień bardzo rzadkich. Nie wystarcza tedy uraz sam przez się do wytłómaczenia powstawania kostniaków w mięśniach. Wychodząc z tego założenia, przyjmuje większość autorów, prócz urazu, pewną skłonność do wytwarzania tkanki kostnej, przytaczając na poparcie tego poglądu okoliczność, że przeważająca większość opisywanych spostrzeżeń dotyczy ludzi młodych. Nasz przypadek, dotyczący się człowieka blisko 70-letniego, nie kwadruje z tym poglądem, a fakt przeważnego występowania *myos. ossific.* u ludzi młodych zdaje się być poprostu w związku z tem, że żołnierze dostarczają największego kontyngensu odnośnych chorych.

U niektórych autorów, zwłaszcza dawniejszych, spotkać się można ze zdaniem, że w etyologii kostnego zapalenia mięśni pewną rolę odgrywają: gościec, zołzy, syfalis, artrytyzm i gnilec (*scorbutus*). Co się tyczy gościeca, to powodem do przyjęcia go były zapewne bóle mięśniowe, występujące niekiedy w początkach cierpienia. Również wątpliwą jest w powstawaniu omawianego cierpienia rola syfilisu i skorbutu, o których w nowszej kazuistyce nie znajdujemy wzmianki²⁾. Bardzo ważne w kwestyi etyologii i patogenezy są wyniki poszukiwań BERTHIER'a³⁾. Już ORŁOW⁴⁾ wypowiada pogląd, że uraz dość gwałtowny może nietylko rozedrzeć włókna mięśniowe, lecz także oderwać okostną, a niekiedy nawet kawałek kości. Tkanki te, przeniesione na inne miejsce [na mięśnie] dzięki skurczowi włókien mięśniowych, mogą tam w dalszym ciągu wytwarzać kość i w taki sposób przyczynić się do powstawania kostniaków wśród mięśni. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez poszukiwania doświadczalne BERTHIER'a. Badaczowi temu udało się wywołać doświad-

¹⁾ De l'ostéome des muscles de la cuisse chez les cavaliers. Revue de Chir. 1890. X. Str. 731.

²⁾ Patrz LOBENZ. l. c.

³⁾ Étude histologique et expérimentale des ostéomes musculaires. Arch. de méd. expérim. et d'anatomie pathol. 1894. T. VI. Str. 601—631.

⁴⁾ Ueber Osteome der Adductoren bei den Cavalleristen. Wien. med. Wochenschr. 1888.

czalnie u królików wytwarzanie się kostniaków w mięśniach w ten sposób, że oddzielał od kości kawałki okostnej; te ostatnie, pociągnięte przez kurczące się włókna mięśniowe, bujały w głębi masy mięśnia, dając początek kostniakom.

Wyniki tych poszukiwań rzucają dużo światła na mechanizm powstawania kostniaków, nie mogą wszakże być rozciągnięte na wszystkie przypadki, a przedewszystkiem na te, w których uraz działał nie gwałtownie, lecz powoli i często, jak np. przy *Exercierknochen*. Czy można w podobny sposób wytłómaczyć sobie powstawanie kostniaków w naszym przypadku, trudno stanowczo powiedzieć; w każdym razie jest to bardzo możliwe, jak to zobaczymy poniżej.

Spostrzeżenie. Chory, Kajz. Sz., l. 68 liczący, przybył do szpitala dnia 4. X. 1898 r. ze skargami na niemożność utrzymania się na nogach oraz na bóle w kończynach górnych i dolnych, jak również w palcach rąk. Niemożność stania i chodzenia trwa od miesiąca. Chory od wielu lat trudni się tragarstwem na dworcu kolei Wiedeńskiej, mając często do dźwignia znaczne, kilkopudowe ciężary. Jeszcze 2—3 miesiące temu pracował, lecz ciężary, jakie zdolny był dźwigać wtedy, nie przenosiły pół puda. W ciągu ostatnich 6 ciu miesięcy często przy pracy upadał już to na pośladki, już też na kolana. Lat 6 temu szafa upadła mu na stopę, skutkiem czego przeleżał w szpitalu 2 dni i wypisał się zupełnie zdrowy. Po raz drugi leczył się w szpitalu 2 lata temu z powodu, jak utrzymuje, wywichnienia w prawym stawie golenio-stopowym; po 3 dniowym pobycie w szpitalu, wrócił do swych zwykłych zajęć. Mając lat 10, przechodził tyfus. Na żadne inne choroby zakaźne nie chorował. Chorób wenerycznych nigdy nie miał. Służył w wojsku przez lat 15 jako piechur i na nie wówczas nie chorował. Miał dwoje dzieci, które zmarły: dziewczynka na szkarlatynę, chłopiec—nie wiadomo z czego. Chory przyznaje się, że bardzo dużo pijał wódki i piwa i dużo palił. W ostatnich tygodniach często zjawia się uczucie mrowienia w podszwach oraz swędzenie. Poprzednio nigdy bólów w kończynach nie doznawał. Ból w kończynach [biodrach, goleniach], na który chory obecnie się skarży, nie jest wielki, przy spokojnem leżeniu nawet zupełnie znika. W stawach palcowych rąk uczuwa ból ciągnący, czasami kłujący,— w prawej ręce od lat 4-ch, w lewej od 1 roku. Od czasu do czasu, zwłaszcza przy kaszlu, kichaniu, zjawiają się skurcze tężcowe mięśni kończyn dolnych i tułowia, które podnoszą chorego. Od kilku dni klucie w górnej części okolicy międzyłopatkowej.

Chory budowy prawidłowej, umiarkowanie odżywiony. Stan bezgorączkowy. Tętno 70, twarde. Fala tętna średniej wielkości. Tętnice promieniowe i skroniowe są wężykowate, twarde. W narządach wewnętrznych nie szczególnego nie znaleziono. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Czucie skórne [na ból, ucisk, ciepłość] wogóle zachowane, lecz nieco stępione, zwłaszcza na kończynach dolnych. Umiejscowienie dotyku niedokładne.

Przy obmacywaniu kończyn dolnych wyczuwamy na prawem biodrze w głębi, na przedniej powierzchni, nierówności w postaci znacznych wyniosłości, poprzedzielanych zagłębieniami. Nierówności owe zaczynają się na kilka

[10—12] ctm. powyżej rzepki i ciągną się daleko w górę. U górnego końca uda zwracają one na zewnątrz, dochodząc do krętarza. Wygórowania te są spoistości twardej, kostnej i zupełnie nieruchome, tak, że zdają się być zrosnięte z kością udową. Takie same wyniosłości, twarde i nieruchome, lecz o wiele mniejsze, wyczuwamy także na przedniej stronie lewego uda. Opisane guzowatości są przy ucisku niebolesne. Ucisk, ugniatanie leżącej nad nimi muskulatury uda również nie sprawia bólu. Na innych stronach uda [wewnętrznej, tylnej] nie wyczuwa się nierówności. Niema ich również na innych odcinkach kończyn dolnych, na kończynach górnych, szyi, tułowiu.

Mięśnie kończyn dolnych [uda, goleni] znajdują się w stanie lekkiego zaniku. Ruchy bierne nie są ograniczone. Ruchy czynne są słabe i znacznie ograniczone. Chory, leżąc w łóżku, trzyma kończyny dolne wyprostowane. Zginanie i wyprostowywanie w stawie udowym i kolanowym są możliwe, lecz ograniczone i słabe. To samo dotyczy ruchów ksobnych i odsiebnych oraz rotacji w stawie biodrowym. Unieść ku górze prawej kończyny nie może; lewą unosi na wysokość $\frac{1}{4}$ metra. Ograniczone są również ruchy w stawie golenio-stopowym i stawach palcowych. Odruch kolanowy z obu stron zachowany, lecz słaby: lekkie skurcze *m. quadriceps*. Odruchu ACHILLESA wywołać nie można. Odruchy skórne [podeszwowy, cremast., brzuszny] są bardzo słabe.

Mięśnie kończyn górnych są także zlekka zanikłe. Obmacywanie żadnych nierówności tu nie wykrywa. Stawy palcowe zniekształcone (*arthritis deformans*). Stawy napięstkowe również zniekształcone i w stanie zgięcia. Wyprostowanie ich jest niemożliwe [ani czynne, ani bierne]. Ruchy w stawie łokciowym nie przedstawiają zaburzeń, w stawie zaś barkowym są znacznie ograniczone: chory podnosi kończynę górną prawie do linii poziomej, lecz założyć ręki za głowę nie może. Mięśnie karkowe i szyjowe sztywne, lecz bez wszelkich, dostępnych badaniu, nierówności. Ruchy głowy są w znacznym stopniu ograniczone.

Z gruczołów chłonnych jedynie tylko gruczoły pachwinowe są powiększone.

Po 10-tygodniowym pobycie w szpitalu chory zmarł przy objawach charłaczego zapalenia płuc (*pneumonia cachecticorum*).

Oględziny pośmiertne okazały na prawem udzie masy kostne znacznej wielkości. Masy te ułożone są na przedniej powierzchni uda w głębokich warstwach mięśni (*m. quadriceps femoris*). Miejscami są one zrosnięte z kością udową, a więc nieruchome, miejscami zaś pomiędzy nimi a kością udową znajduje się niegruba warstwa części miękkich, tak, że te części mas kostnych, po oddzieleniu [odpiłowaniu] ich od zrosniętych z kością udową, stają się ruchome, przesuwalne ponad kością udową. Co się tyczy obszaru, zajętego przez sprawę kostnienia, to jest on bardzo rozległy, ciągnie się bowiem od dolnego końca kości udowej, gdzie zajmuje ścięgna mięśni przedniej powierzchni uda, ku górze i na zewnątrz aż do krętarza. Na tym obszarze sprawa kostnienia jest nierównomiernie rozwinięta, tworząc wypukłości i zagłębienia.

Mięśnie wewnętrznej, jak również tylnej powierzchni uda nie są dotknięte kostnieniem.

Te same zmiany, tylko w stopniu mniejszym, widzimy także na lewym udzie. I tu sprawa kostnienia dotknęła tylko mięśnie przedniej powierzchni uda, pozostawiając niezajętymi mięśnie ksobne i zginacze.

W mięśniach goleni, kończyn górnych, karkowych, szyjowych oraz tułowia żadnych zmian nie znaleziono.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. STEINHAUSA, wykazało, co następuje. W rozrośniętej tkance łącznej międzymięśniowej widzimy tkankę kostną sformowaną z nieprawidłowym przebiegiem beleczek kostnych, miejscami zaś tkankę kostną w okresie tworzenia się, jak o tem sądzić można z obecności naokoło sformowanych mas kostnych osteoblastów, ugrupowanych nakształt nabłonka, jak również komórek olbrzymich [osteoklastów]. Tkanka kostna zbita przedstawia umiarkowanie obfite [kanały GOWERS'a]. Zawarte w niej ciała kostne posiadają przeważnie kształt gwiazdzisty. Nigdzie nie znajdujemy śladu budowy chrząstki. Co się tyczy włókien mięśniowych w pobliżu okolic kostnienia, to wiele z nich jest cienkich, zanikłych, lecz bez oznak jakiegokolwiek zwyrodnienia.

W przytoczonym spostrzeżeniu mieliśmy do czynienia z osobnikiem, który przez czas dłuższy dźwigał znaczne ciężary. Ażeby utrzymać ciało w pozycji stojącej, mięśnie wyprostne kończyn dolnych winny, dla uniknięcia podginania się kolan przy podnoszeniu i dźwiganiu wielkich ciężarów, silnie się kurczyć. Przy tak gwałtownych skurczach mięśni przedniej powierzchni uda, stać się mogło, że kurczące się włókna mięśniowe odrywały cząsteczki okostnej, które, jak to miało miejsce w doświadczeniach BERTHIER'a, dały później początek kostniakom śródmięśniowym. Za takim powstawaniem sprawy przemawia przede wszystkim obustronne zajęcie mięśni uda, umiejscowienie sprawy w mięśniach wyprostnych, wreszcie rozwój sprawy kostnienia przeważnie na kończynie prawej, która jest przy podnoszeniu i dźwiganiu ciężarów czynniejszą niż lewa. Samo się przez się rozumie, że silne kurczenie się mięśni uda z następstwami tegoż [rozdarcie włókien mięśniowych, odklejenie okostnej] nie wystarcza jeszcze do wywołania w nich kostniejącego zapalenia, gdyż wówczas sprawa ta byłaby o wiele częstsza, niż to bywa w rzeczywistości; należy więc koniecznie przyjąć jeszcze jakiś inny czynnik, który wielu autorów upatruje, jakieś to już wyżej rzekli, w usposobieniu do wytwarzania tkanki kostnej. U naszego chorego usposobienie to znalazło wyraz w rozwoju tkanki kostnej w okolicach stawów [palcowych, napięstkowych], co wytworzyło zniekształcające cierpienie stawów.

Zresztą, jakakolwiek była etyologia *myositis ossificans* w naszym przypadku, podkreślić chcemy tu tylko głównie fakt nienapotkanego dotąd umiejscowienia tego cierpienia na przedniej powierzchni udowej. Jeśli na udach spostrzegano nawet w niezmiernie rzadkich przypadkach kostnienie mięśni — pomijam tu kostniaki w *mm. adductores femoris* u kawalerzystów, jako rzecz oddawna znaną, — to było ono w związku ze złamaniem kości udowej i rozwijało się w bezpośredniej bliskości modzeli kostnej. W naszym przypadku złamania

kości udowej nie było: cierpienie, z powodu którego chory leczył się w szpitalu, na pewno nie były złamaniem, gdyż po paru dniach chory był już w stanie wrócić do dawnych zajęć. Obustronność cierpienia przemawia również przeciw złamaniu.

Co się tyczy punktu wyjścia sprawy kostnienia w naszym przypadku, to z dwu panujących obecnie w tym względzie teorii skłonny jestem przyjąć punkt wyjścia w okostnej. Wyżej oświadczyliśmy się za poglądem BERTHIER'a. Dodamy tu jeszcze, że za nim przemawia w naszym spostrzeżeniu, prócz wymienionych już względów, jeszcze umiejscowienie kostniaków tuż przy kości udowej i nawet częściowy zrost ich z tą kością. Drugi pogląd—powstawanie kostniaków z mięśni—stosuje się przedewszystkiem do tych przypadków, w których tkanka kostna rozwija się zdala od kości, w środku mięśnia. Mamy w takich razach przeobrażenie tkanki łącznej międzymięśniowej [międzywłóknkowej] w tkankę kostną po uprzednim wytworzeniu się przejściowej chrząstki ¹⁾.

Według opisu LORENZ'a (l. c.), tworzenie się kości zaczyna się w postaci mikroskopowo małych płytek i igieł, które, łącząc się z sobą, zlewają się w siatkę i wreszcie tworzą kość gąbczastą. Później następuje konsolidacya kości wskutek wzrostu *per appositionem* tak na oddzielnych beleczkach, jak i na powierzchni całego guza kostnego.

Podług SALMAN'a, w przeważnej większości przypadków istnieje przez pewien czas chrząstka, która jednak ulega całkowicie kostnieniu i znika, tak, że z braku chrząstki można wnioskować o dłuższem trwaniu sprawy kostnienia. Kostniaki w naszym przypadku były bardzo starej daty. Przemawia za tem spistość kości i brak chrząstki.

Tkanka kostna może rozwinąć się wprost z tkanki włóknistej i bez poprzedniego okresu chrząstkowego. Komórki tkanki łącznej, przylegające do wytworzonej kości, tracą kształt wrzecionowaty, stają się sześciennymi i przeobrażają się w osteoblasty. Takie pochodzenie miały prawdopodobnie w naszym przypadku osteoblasty, pokrywające już wytworzony kostniak. Ten sposób formowania się [wzrostu] kości należy do późniejszych okresów.

Prócz tych 2-ch istnieje [LORENZ] jeszcze jeden sposób tworzenia się tkanki kostnej: bezpośrednie przeobrażenie się tkanki włóknistej w tkankę kostną—bez wytwarzania się osteoblastów. Ten sposób rozwoju, podobnie jak chrząstkowy, należy, zdaniem LORENZ'a, do wczesnych okresów sprawy kostnienia. Należą tu spostrzeżenia FLEISCHER'a, BERTHIER'a i LORENZ'a. Pierwszy spostrzegał ten rozwój tkanki kostnej przy kostnieniu ścięgna *m. ileopsoatis* BERTHIER [l. c.] w 1-ym przypadku *Reitknochen* z 1½ mies. trwaniem, LORENZ zaś w kostnieniu *m. temporalis*, które wytworzyło się u 17-letniej pacjentki obok innych kostniaków [patrz LORENZ; jestto przypadek FRIEDLAENDER'a, opisany w Wien. klin. Woch. 1898. № 19].

¹⁾ Pomijam tu pogląd GRAVITZ'a i innych, którzy przyjmują, że kostnienie ma punkt wyjścia w samej tkance mięśniowej.

Osiągnąwszy w kilka tygodni lub w kilka miesięcy po urazie pewne rozmiary, kostniak rośnie zwykle bardzo wolno. Dolegliwości, jakie sprawia, zależą w znacznej części od umiejscowienia sprawy kostnienia i im czynniejszym jest zajęty mięsień, im częstszą jest potrzeba używania go, tem dolegliwości są większe.

Najgłówniejszymi objawami są bóle przy ruchach, wymagających udziału zajętego mięśnia lub grupy mięśni. Ból znacznie potęguje się w tych razach, gdy kostniak sadowi się blisko jakiegoś nerwu. Ból przy ruchach, jak również częściowy zanik tkanki mięśniowej są przyczyną osłabienia i ograniczenia ruchów. Niekiedy doznaje się uczucia sztywności mięśni, a nawet przykurczenia [PODRAZKI, cyt. u LORENZ'a]. W naszym przypadku przy silniejszym kaszlu lub kichaniu powstawały tężcowe skurcze mięśni kończyn dolnych.

Rozpoznawanie cierpienia bywa niekiedy bardzo trudne. Na wymacywaniu nie należy polegać, gdyż i inne twory, jak np. hematoma, blizna, gumat, mogą mieć spoistość bardzo znaczną i nieraz już dały powód do omyłek rozpoznawczych. Niekiedy, jak JOSEPHSON, KONETSCHKE i in., zalecają badanie za pomocą wkłuwania igły w guz. Dziełny środek rozpoznawczy posiadamy obecnie w rentgenografii. Lecz tam, gdzie, jak w naszym przypadku, kostniaki usadowione są bardzo blisko kości lub nawet są z nią zrosnięte, rentgenografia również często nie prowadzi do celu, gdyż łatwo wówczas rozpoznać możemy ekzostozy. Wskutek nieruchomości mas kostnych rozpoznanie w naszym przypadku było niezmiernie utrudnione, a kostniaki można było tylko przypuszczać.

Zanim rozpoznajemy kostniak śródmięśniowy, należy w wielu przypadkach umieć wyłączyć następujące sprawy: 1) przepuklinę mięśniową, 2) gumat w mięśniu, 3) włókniak, 4) chrząstkiak (*enchondroma*), 5) krwiak (*haematoma*).

Praktycznie najważniejsze znaczenie ma odróżnienie gumatów, które niekiedy rozwijają się bardzo wolno i skrycie, przybierając spoistość drewnowatą. Znane są w literaturze przypadki gumatów mięśniowych, które brane były za kostniaki. Gumat rozpoznamy, jak zwykle, na podstawie wywiadów, objawów towarzyszących i wyników leczenia swoistego. Przepuklinę mięśniową rozpoznać można, biorąc pod uwagę spoistość zazwyczaj znacznie mniejszą od kostniaka, dalej okoliczność, że przy skurczu mięśnia wyniosłość powiększa się. W trudnych przypadkach przekłucie igłą najczęściej sprawę wyjaśnia. Odróżnić kostniak od wszelkich innych nowotworów, jak również tworów o mniejszej, niż kość, spoistości, pozwala nam rentgenografia.

Rozpoznawszy kostniejące zapalenie mięśni, winniśmy jeszcze wyłączyć *myositidem ossificantem progressivam*. Cierpienie to, gdy jest rozwinięte, jest bardzo łatwe do rozpoznania; w okresach zaś wcześniejszych możliwe są pomyłki. Pamiętać należy o następujących charakterystycznych cechach postępującego kostnienia mięśni: rozwija się ono prawie zawsze w młodym wieku, w postaci bolesnych obrzmień, spoistości ciastowatej w mięśniach, powięziach, ścięgnach i okostnej; z tych obrzmień rozwija się tkanka kostna. Sprawa kostnienia, której trwanie rozciąga się na szereg lat, postępuje skokami, doprowadzając z czasem większą część masy mięśniowej do unieruchomienia. Cha-

rakterystycznym jest, że cierpienie zaczyna się w przeważnej większości przypadków w mięśniach i powięziach karkowych, grzbietowych i klatki piersiowej. W tych rzadkich przypadkach, w których pierwsze cierpią mięśnie uda, rozpoznanie przez pewien czas pozostaje w zawieszeniu, aż do pojawienia się sprawy kostnienia w mięśniach sąsiednich lub oddalonych. Pamiętać należy jeszcze o tem, że *myos. ossif. progres.* rozwija się najczęściej [prawie zawsze] bez widocznego powodu, podczas gdy *myos. ossif. localis* nie występuje prawie nigdy bez urazu. W naszym przypadku, pomimo że sprawa kostnienia rozwinęła się w 2-ch oddalonych od siebie miejscach, nie przyjęliśmy postępującego kostnienia mięśni ze względu na to, że sprawa kostnienia, pomimo oczywiście długiego trwania cierpienia, nie ogarnęła innych okolic, a następnie ze względu na podeszły wiek chorego.

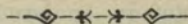
O leczeniu omawianej tu sprawy nie wiele da się powiedzieć. Leczenie wewnętrzne jest bezskuteczne. Dobre skutki od jodu zależne były prawdopodobnie od tego, że guzy były gumatami. Wszelkie zabiegi mechaniczne w znanych dotąd przypadkach pozostały bez skutku. Pozostaje zatem tylko leczenie operacyjne, wycięcie kostniaków, jeśli te powodują znaczniejsze zaburzenia.

[Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ R. D. PROF. RYDYGIERA WE LWOWIE].

O LECZENIU POLIPÓW USZNYCH.

Przez

Dra Teofila Zalewskiego.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 28].

Ze sposobów operacyjnych największem uznaniem cieszą się i najwięcej rozpowszechnione są dwie operacje: 1) wyrwanie nowotworu, 2) odcięcie tegoż. Operacje te wykonać możemy za pomocą rozmaitych narzędzi, najczęściej jednak używanym narzędziem jest pętla WILDE'go. Działanie pętli [zimnej] WILDE'go jest dwojakie: albo, uchwyciwszy polip u podstawy i tylko do pewnego stopnia ściągnąwszy pętlę, urywamy nowotwór; lub też, zachwyciwszy nowotwór, ściągamy pętlę całkowicie i tym sposobem ncinamy go. Operując pierwszym sposobem, może się zdarzyć, iż polip w całości, z „korzeniem” wyrwiemy, może się jednak także zdarzyć, iż część dośrodkowa pozostanie. Operując drugim sposobem, pozostawiamy zawsze część podstawową guza. Oczywiście rzecz, iż sposób, który nam daje możność całkowitego wy-

dalenia nowotworu wraz z jego podstawą, jeżeli nie zawsze, to przynajmniej w mniejszej lub większej liczbie przypadków, daje nam większą rękomię radykalnego wyleczenia, niżeli sposób, za którego pomocą w żadnym przypadku całkowicie nowotworu usunąć nie jesteśmy w stanie. Tym więc sposobem pierwszą metodę operowania musimy uważać za doskonalszą od drugiej.

Jeżeli uprzytomnimy sobie działanie pętli WILDE'go, to przyjdziemy do przekonania, że odciąć polip za pomocą tej pętli jest trudno; a to dlatego, że działanie pętli tej jest tego rodzaju, że część uchwyconą nowotworu niejako przecieramy między drutem a przegrodą rurki. Zrozumieć łatwo, iż takie przetarcie nie jest łatwe, a przy cokolwiek silniejszej zbitości polipa wprost nawet niemożliwe. Uznając brak ten, HARTMANN zmodyfikował pętlę WILDE'go w ten sposób, że rurka nie ma przegrody, wskutek czego drut możemy całkowicie wciągnąć do rurki. Działanie tego instrumentu jest takie, że wciągając do rurki drut, niejako przerywamy część uchwyconą nowotworu. Że w ten sposób łatwiej możemy odciąć polip, jest rzeczą jasną. Na te same braki pętli WILDE'go zwrócił uwagę BUCK i również dla odcinania polipów używa pętli, której rurka nie posiada przegrody. Nie ulega wątpliwości, że uwagi HARTMANN'a i BUCK'a są na miejscu, dziwić się tylko wypada, iż na nie zwrócono tak mało uwagi, i że modyfikacja pętli WILDE'go, podana przez nich, znalazła tak małe stosunkowo rozpowszechnienie. Tak więc, jeżeli będziemy chcieli polip wyrwać, to użyjemy pierwotnej pętli WILDE'go, jeżeli zaś będziemy chcieli nowotwór odciąć, to użyjemy pętli, zmodyfikowanej przez HARTMANN'a i BUCK'a.

Powiedzieliśmy wyżej, że wyrwanie musimy uważać za zabieg, za którego pomocą dokładniej daje się usunąć nowotwór i przez to łatwiej unikamy nawrotu, niż za pomocą odcięcia. Z tegoby wynikało, iż powinniśmy w każdym przypadku stosować wyrwanie a nie odcięcie nowotworu. Propozycja byłaby zupełnie na miejscu, gdyby nie pewne ujemne strony tego sposobu operowania. Najprzód jest on dość bolesny. Najważniejszą jednak rzeczą jest to, że wraz z polipem możemy wyrwać, np., młoteczek lub uszkodzić ścianę jamy bębnekowej, do której polip się przyczepia. Przypadki podobne są znane. Oczywiście rzecz, tym sposobem możemy choremu wyrządzić wielką szkodę. Wyrwując np., wraz z polipem młoteczek, możemy nieraz przyprawić chorego o upośledzenie słuchu, czego mogłoby nie być, gdyby młoteczek pozosał; odrywając wraz z polipem np. wewnętrzną ścianę jamy bębnekowej narażamy chorego ewentualnie na utratę życia, gdyż ułatwiamy przedostanie się ropy do czaszki, pomijając zupełnie już to, iż takie oderwanie wewnętrznej ścianki jamy bębnekowej nie może być obojętnem dla zachowania funkcji wewnętrznego ucha. Zresztą oderwanie nawet mniej ważnej części narządu słuchu; np., oderwanie kawałka kości z przewodu usznego zewnętrznego, nie jest dla chorego rzeczą obojętną. Niebezpieczeństwo uszkodzenia którejkolwiek części ucha jest tem większe, im polip jest mocniej usadowiony. Chcąc więc wyrwać polip, musimy przedewszystkiem przekonać się, jak jest usadowiony i z drugiej strony jak mocno jest przymocowany. Oczywiście

rzecz, że niebezpieczeństwo uszkodzenia będzie tem większe im podstawa guza jest szersza i im guz jest zbitszy. Wyrwanie więc polipa najwięcej będzie się nadawało w przypadkach polipów miękkich i uszypułowanych. Nierozumiiałem jest dlatego twierdzenie BUCK'a, który mówi, że wyrwanie najwięcej się nadaje w tych przypadkach, w których polip usadowiony jest na szerokiej podstawie. Także i drugie twierdzenie BUCK'a, iż co do wyników, wyrwanie jest operacją równorzędną z odcięciem, stoi w sprzeczności ze zdaniem innych autorów. Co do miejsca usadowienia, to, jeżeli, np., polip wychodzi z przewodu usznego zewnętrznego, będziemy mogli o wiele śmieiej względem niego postępować i łatwiej zdecydujemy się na wyrwanie, aniżeli wtedy, gdy polip wychodzi z ucha środkowego, a to dlatego, że w pierwszym wypadku nie potrzebujemy się obawiać uszkodzenia jakiejś więcej ważnej części ucha. Wogóle jednak i w tym wypadku musimy się kierować ogólną zasadą, podaną wyżej, iż tem łagodniej musimy postępować, im przyczepienie polipa jest mocniejsze.

We wszystkich innych przypadkach, w których z jakichkolwiek przyczyn nie będziemy mogli użyć wyrwania polipa, odetniemy go za pomocą tejże tylko zmodyfikowanej pętli WILDE'go. Użyjemy więc tego sposobu w tym wypadku, jeżeli wyrwanie byłoby nadto bolesnem; lub też jeżeli bądź to wskutek specjalnego usadowienia polipa, bądź też wskutek mocnego jego uczepienia, użyć wyrwania będziemy się obawiali. Także i w tych przypadkach, w których miejsca przyczepienia polipa nie będziemy mogli określić — jak to często bywa w przypadkach dużych, wypełniających cały przewód uszny, polipów — postępując ostrożnie, użyjemy zmodyfikowanej pętli WILDE'go i polip odetniemy, a nie wyrwiemy go. Zresztą wskazania do tego sposobu operowania możemy rozszerzyć na wszystkie przypadki polipów usznych, t. j. i na te, w których bez obawy moglibyśmy użyć wyrwania; musimy tylko jedno wziąć pod uwagę, mianowicie, że odcinając polip, pozostawiamy część dośrodkową jego, którą następnie zniszczyć musimy, gdyż w przeciwnym razie będziemy mogli oczekiwać nawrotu. Można się nawet w zupełności zgodzić z twierdzeniem wielu autorów, iż leczenie następcze po zdjęciu polipa jest tak samo ważne i trudniejsze, niż samo usunięcie polipa. Na ważność następczego leczenia zwrócili już dawniej uwagę CLARKE i HESSEL i słusznie podnieśli, że tylko przez cierpliwe i długotrwałe następcze leczenie możemy dokładnie usunąć resztki polipów i tym sposobem zabezpieczyć się od odrośnięcia tychże.

W zwykłych przypadkach, posługując się jednym lub drugim sposobem, damy sobie radę, mogą się jednak zdarzyć przypadki, w których nie będziemy mogli użyć ani jednego ani drugiego sposobu: — odciać nie będziemy mogli z powodu twardości nowotworu, a wyrwać nie będziemy mogli z powodu usadowienia polipa. W tych razach musimy użyć i innych sposobów. Jednym z tych sposobów jest podwiązanie polipa, które polega na tem, że zakładamy pętlę w ten sam sposób, jak to robimy, gdy chcemy polip wyrwać lub odciać, a następnie okręcamy ją około osi podłużnej i pozostawiamy tak zakręcony drut w uchu. Wskutek takiego zakręcenia zaciskamy część uchwyconą polipa wraz z naczyniami i w ten sposób znosimy krążenie w guzie. Po

kilku dniach polip sam wyjdzie z ucha. Możemy także w celu przyspieszenia wydzielenia się polipa, od czasu do czasu pociągać za pozostawiony drut. By ułatwić wykonanie tego okręcenia drutu, CZARDA podał nawet specjalnie do tego urządzoną pętlę. Na pętli tej, mianowicie, umieszczona jest tarcza, którą obracając, zakręcamy drut. Oczywiście rzecz, operując w ten sposób, wydalamy tylko część polipa, podstawa jego pozostaje; POLITZER jednak twierdzi, że w wyjątkowych przypadkach wydzielić się może polip w całości, t. j. wraz z podstawą. Sposobu tego używano dawniej o wiele częściej w chirurgii, obecnie użyjemy go tylko w wyjątkowych razach; jest on obecnie zbytecznym przy wydoskonaleniu techniki i sposobu operowania. Obecnie mamy mnóstwo innych sposobów, za których pomocą możemy prędzej i w łagodniejszy sposób wydalić polip, a nie czekać na jego wydzielenie się paru dni. Zabieg ten, prócz wielu innych złych stron, ma jeszcze jedną, mianowicie, jest dość bolesny. Już dawniej JACOBY oświadczył się przeciwko temu sposobowi, uważając go za niebezpieczny dla chorego; JACOBY boi się „sepsis“ i „trismus“, które mają szczególnie łatwo powstawać przy użyciu tego sposobu operowania polipów usznych. Obecnie wiemy, że to co miał na myśli JACOBY, ma inną zupełnie przyczynę, i obawy JACOBY'ego nie powstrzymałyby nas od używania tego sposobu, gdyby tylko był odpowiednim. W wyjątkowym razie użyjemy jednak tego sposobu, mianowicie wtedy, kiedy, założywszy pętlę, nie będziemy mogli jej zdjąć, a odciąć lub wyrwać polipa nie będziemy w stanie.

W rzadkich tylko także przypadkach będziemy zmuszeni uciec się do pętli galwanokaustycznej. Wskazaniem do użycia pętli galwanokaustycznej będzie wyjątkowa zbitość nowotworu i wyjątkowo silne przyczepienie tegoż. Najwięcej zasługi położyli koło wprowadzenia pętli gorącej do otyatrii: SCHWARTZE i JACOBY. Pewne zasługi położył i VOLTOLINI. SCHWARTZE i JACOBY pierwszeństwo pętli galwanokaustycznej przed zwykłą upatrywali w tem, że według ich zdania nawrot po operacji tą pętlą jest rzadszy, że ból jest krótkotrwały i reakcyja po operacji nieznaczna. Na zasadzie tylko samych teoretycznych rozmyślań musimy przyjść do przekonania, że pętla galwanokaustyczna na odrośnięcie lub nieodrośnięcie polipa nie może mieć większego wpływu, niż pętla WILDE'go, rezultat bowiem operacyi jest w obu przypadkach właściwie ten sam; za pomocą pętli WILDE'go, podobnie jak za pomocą pętli galwanokaustycznej, polip odcinamy, pozostaje więc w jednym i w drugim wypadku resztką, którą zniszczyć trzeba, a to, że po pętli gorącej powierzchnia będzie przykauteryzowana, chyba nie będzie momentem, zapobiegającym nawrotowi. Teoretyczne te rozmyślenia w zupełności potwierdzają doświadczenia późniejsze. SCHWARTZE już w parę lat później mówi, że pętla gorąca nie zasługuje na takie uznanie, jak początkowo przypuszczano i że pętla gorąca zawiodła jego oczekiwania. W podobny sposób wyraża się o pętli galwanokaustycznej BUCK. Doświadczenia różnych autorów stwierdzają, że operowanie pętlą galwanokaustyczną jest zabiegiem dość bolesnym; SCHWARTZE, np., mówi, że tylko w wyjątkowych razach u wyjątkowo wytrzymałych ludzi mógł bez znieczulenia wykonać operacyę. Także i reakcyja po tej operacyi jest dość znaczna wbrew twierdze-

niu JACOBY'ego. SCHWARTZE zwraca, prócz tego, uwagę na możliwość oparzenia sąsiednich części z następczem zwężeniem przewodu usznego. SCHWARTZE opisuje przypadek znacznego zwężenia przewodu usznego, które otrzymał po operacji pętłą galwanokaustyczną. Nie lepiej stoi sprawa i pod względem zdolności zapobiegania odrastaniu polipów. Pomimo to, w niektórych przypadkach pętla galwanokaustyczna może być jedynym narzędziem, za którego pomocą uda nam się wydalić polip. JACOBY opisuje przypadek bardzo twardego, prawie chrząstkowej twardości, nowotworu, którego nie mógł wydalić za pomocą zwykłej pętli, gdyż drut za każdym razem zrywał się; operacja z łatwością się udała za pomocą pętli gorącej.

Aczkolwiek pętla wogóle jest najwięcej używanem narzędziem w przypadkach polipów usznych, to jednak zdarzają się przypadki, w których pętli użyć nie możemy z tej prostej przyczyny, że jej założyć nie możemy. Musimy zauważyć, że założenie pętli na małe i do tego nie uszypułowane wyrosłe jest wogóle rzeczą trudną, a niekiedy wprost niemożliwą. Podobnie ma się rzecz w przypadkach rozlanych przerostów błony śluzowej jamy bębnekowej. Dlatego też podano mnóstwo sposobów i narzędzi, których moglibyśmy użyć w tych przypadkach, w których użycie pętli jest niemożliwe, albo których moglibyśmy użyć wogóle we wszystkich przypadkach zamiast pętli. Liczba podanych do operacyjnego leczenia polipów usznych narzędzi wskazuje niewątpliwie na różnorodność obrazu klinicznego polipów usznych, z drugiej strony wskazuje na to, że, używając jednego narzędzia, nie dojdziemy w każdym przypadku do celu; musimy nawet zauważyć, że są przypadki, gdzie wogóle żaden zabieg operacyjny nie będzie możliwy, choć będzie wskazany.

Jednym z najdawniejszych, a dziś najmniej używanym sposobem, jest sposób operowania kleszczykami. Sposób ten polega na tem, że za pomocą małych kleszczyków chwytny o ile możności u podstawy polip i wyrwamy go. Niektórzy autorzy, szczególnie TRÖLTSCH, powstają przeciwko temu sposobowi operowania, nazywając go barbarzyńskim. Trudno zrozumieć, dlaczego sposób ten ma być bardziej barbarzyńskim, niż wyrwanie za pomocą pętli WILDE'go, przecież w jednym i w drugim przypadku nie robimy nic innego tylko wyrwamy guz, tylko, że raz robimy to za pomocą kleszczyków, drugi raz za pomocą pętli. Nie uważając więc sposobu operowania kleszczykami za specjalnie barbarzyński, nie używamy jednak kleszczyków do operacji polipów usznych dlatego, że w zastosowaniu do operacji usznych są one narzędziem najmniej odpowiednim, gdyż, nawet możliwie delikatnie zbudowane, zajmują w uchu za dużo miejsca, a prócz tego nie możemy ich dość szeroko otworzyć w uchu. Wprowadzone do ucha kleszczyki, choćby możliwie delikatne, zasłaniają nam niemal całe pole operacyjne tak, że o jakimś kierowaniu nimi prawie mowy niema i cała operacja jest operacją na ślepo. Dlatego też uchwycenie za pomocą kleszczyków małych polipów będzie o wiele trudniejsze, niż za pomocą pętli. Tem niemniej w niektórych przypadkach, szczególnie w przypadkach, w których polip wychodzi z zewnętrznej części przewodu usznego użycie kleszczyków jest zabiegiem zupełnie odpowiednim. Zupełnie nie nadają się kleszczyki do operacji w przypadkach polipów, usadowionych na bębunku, w szczególności, jeżeli bę-

benek jest cały lub tylko nieznacznie zniszczony. W przypadkach takich, z powodu tego, że czynności naszej nie możemy kontrolować wzrokiem, łatwo możemy obrazić bębenek, a nawet wyrządzić głębsze spustoszenia.

Uznając wady kleszczyków, rozmaici autorowie podali mnóstwo narzędzi, które, jeżeli niezupełnie, to przynajmniej częściowo mają być wolne od wad kleszczyków. Musimy jednak z góry zaznaczyć, że zrobienie narzędzia, któreby było dostatecznie mocne, a jednocześnie było możliwie delikatne, jest rzeczą trudną, dlatego żadne z podanych narzędzi nie jest wolne od wad.

TRAUTMANN podał narzędzie, które zbudowane jest na tej samej zasadzie co konchotom, t. j. składa się z dwóch ramion, połączonych ze sobą za pomocą stawów w ten sposób, że tylko sam koniec narzędzia otwiera się ¹⁾. Urządzenie to pozwala otworzyć narzędzie szeroko w uchu, o wiele szerzej, niż zwykłą pensetę lub kleszczyki, a to dlatego, że staw, który łączy same końce ramion po wprowadzeniu do ucha przypadnie po za lejkiem wewnątrz ucha. Nie ulega wątpliwości, iż pensetą tą możemy się niekiedy z dobrym skutkiem posługiwać. Za pomocą tego narzędzia możemy polipy, szczególnie usadowione na wewnętrznej ścianie jamy bębenkowej lub w przewodzie usznym albo wyrwać, jeżeli łyżeczki, którymi ramiona pensety się kończą, są tępe, lub wyciąć, jeżeli łyżeczki są ostre. Zastosowanie jednak wogóle narzędzie to będzie miało małe, a to z tego powodu, że podobnie, jak zwykle kleszczyki, jest ono w stosunku do ucha narzędziem za mało delikatnym. Chcąc, by narzędzie miało dostateczną siłę, muszą ramiona być odpowiednio grube i wogóle całe narzędzie musi być silniej zbudowane, wskutek czego zajmie więcej miejsca w uchu i zasłoni nam pole operacyjne. Uchwycenie za pomocą pensety TRAUTMANN'a małych polipów lub wycięcie resztek polipów będzie trudne, właśnie dlatego, że zasłonimy sobie pole operacyjne. Łatwiejszem będzie uchwycenie większych nowotworów, gdyż te nie tak łatwo zasłonimy sobie narzędziem. W przypadkach polipów, usadowionych na bębenku, penseta ta nie będzie się nadawała do operacji z tych samych przyczyn co i kleszczyki.

LANGE podał do wydalenia polipów pensetę, która ma kształt i postać zwykłej pensety usznej, tylko jest zakończona łyżeczkami ostre, które w dodatku są przedziurawione. Sposób użycia tej pensety jest taki sam, jak zwykłej pensety usznej. Penseta ta jest narzędziem szczególnie odpowiednim do wydalenia małych nowotworów, manipulując bowiem nią, nie zasłaniamy sobie pola operacyjnego i zawsze możemy mieć guz na oku, patrząc między ramionami pensety. Musimy jednak zauważyć, że za pomocą pensety tej możemy wydalić jedynie guzy miękkie; twardych polipów pensetą tą nie odetniemy, nie możemy bowiem wyrwać dostatecznej do tego siły, a to dlatego, że łyżeczki, za których pomocą odcinamy polip, siedzą na stosunkowo długich, a do tego niedostatecznie silnych ramionach. łyżeczki pensety tej mogą być także i tępe i wtedy za pomocą niej możemy zamiast odcięcia polipa —

¹⁾ Przytaczam tylko zasadę narzędzia.

wyrwać go; w tym samym celu możemy w niektórych przypadkach użyć i zwykłej pensety usznej.

Opisane tutaj dwa narzędzia przedstawiają dwa zasadnicze typy; w jednym łyżeczki siedzą na krótkich ramionach: za pomocą tego narzędzia możemy wyrwać znaczną siłą, jednocześnie ma narzędzie to niedogodność, że zasłania pole operacyjne; w drugim typie łyżeczki siedzą na długich ramionach; narzędzie to ma tę dodatnią stronę, że nie zasłania nam pola operacyjnego, możemy jednak za pomocą tego narzędzia wyrwać tylko nieznaczną siłą, nadto narzędzie tego typu nie da się szeroko otworzyć.

Chcąc zapobiedz wadom, jakie przedstawiają obadwa te typy narzędzi, podałem narzędzie, które jest możliwie delikatnie zrobione i zajmuje mało miejsca w uchu, a jednocześnie jest dostatecznie silnem, z drugiej strony daje się dostatecznie szeroko otworzyć. Penseta, podana przeze mnie do wydalania polipów usznych, jest modyfikacją pensety SCHRÖTTER'a do wydalania polipów krtaniowych. Jest ona swym kształtem i wielkością zastosowana do ucha. Co do swej wielkości, to zajmuje w uchu nie więcej miejsca, niż pętla WILDE'go, do której zresztą cały przyrząd jest podobny, tylko że zamiast pętli drucianej są łyżeczki. Same łyżeczki są ostre; w razie tępych łyżeczek, penseta służyć może do wyrwania polipa. Pensetę tą dowolnie szeroko możemy w uchu otworzyć — tutaj wchodzą w grę podobne momenty, jak przy pensecie TRAUTMANN'a. Za pomocą tego przyrządu możemy także wyrwać dość znaczną siłą i wskutek tego jesteśmy w stanie odciąć nie tylko miękkie polipy, ale i twardsze nowotwory. W wielu przypadkach przyrząd ten oddaje mi dobre usługi; szczególnie nadaje się do wydalania małych polipów lub resztek polipów; także w przypadkach rozlanego przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej może oddać dobre usługi. Oczywiście rzecz, w wielu przypadkach nie będzie się nadawał ten przyrząd do operacji czy to z powodu usadowienia nowotworu, czy też z powodu, np., twardości nowotworu; tem niemniej przyrząd ten znajdzie zastosowanie w bardzo wielu przypadkach ¹⁾.

Za pomocą tych trzech narzędzi, które tutaj opisałem, jesteśmy w stanie nie tylko wyciąć lub wyrwać nowotwór, lecz i samo miejsce, z którego polip wychodzi niejako rezekować. Jest rzeczą zrozumiałą, że postępowanie takie jest jedynie racjonalne, gdyż tylko ono może nas ochronić od nawrotu. Prócz tego zauważyć wypada, że narzędzi tych w wielu przypadkach używać możemy także zamiast pętli. [C. d. n.].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

— EDGEG —

Posiedzenie dnia 7. V. 1901 r.

1) MIKLASZEWSKI przedstawił 48-letniego chorego, któremu przed dwoma laty dokonano operacji przecięcia ropnia w okolicy podstawy małego palca stopy prawej z wyluszczeniem kawałka kości V śródstopia. Rana zagoiła się szybko,

¹⁾ Patrz „Przegląd Lekarski“. № 36. 1900.

lecz w kilka miesięcy potem zjawily się bóle w stopie, a po upływie pół roku wystąpiło porażenie mięśni: odsiebego palucha (*abductor hallucis*) i międzykostnych (*interossei plantares*), wskutek czego 3 wewnętrzne palce wykręciły się na zewnątrz. M. sądzi, że objawy powyższe zależne są od uszkodzenia przy operacji odpowiedniej gałązki nerwu stopowego wewnętrznego lub od narośnięcia jej przez bliźnę.

2) KOZERSKI przedstawił 46-letnią kobietę z nabłoniakiem (*epithelioma*) na prawym boku nosa tuż pod wewnętrznym kątem oka, prawie zupełnie zagojonym pod wpływem penzlowania zawieszoną kwasu arsenawego w 50% alkoholu.

3) MORACZEWSKI [ze Lwowa] wygłosił rzecz p. t. „Przemiana materii w przypadku akromegalii, oraz nowe kierunki badań w tej dziedzinie”. Praca ta w streszczeniu była drukowana w N. 22 Gazety Lekarskiej z r. b.

Posiedzenie z dnia 28. V. 1901.

1) GROSGLIK przedstawił cystoskop systemu COLLMAN'a [zbudowany przez HEYDEMAN'a w Lipsku], posiadający przedewszystkiem tę zaletę, że może być dokładnie dezynfekowany. Za pomocą przyrządu tego można dokonać zondowania moczowodów, jak również zebrania moczu z każdego z moczowodów oddzielnie.

2) KOZERSKI przedstawił dziewczynkę lat 14, dotkniętą wilkiem, leczonym z dobrym wynikiem przez stosowanie zewnątrznie *ac. bichloralacetici*.

3) FLATAU wygłosił drugą część odczytu, opracowanego wspólnie z KOELICHENEM p. t. „O zapaleniu rdzenia”. Przedstawivszy szczegółowo układ naczyń krwionośnych w rdzeniu według badań KADYIEGO i ADAMKIEWICZA, prelegent przechodzi następnie do omówienia anatomii patologicznej spraw zapalnych rdzenia. Te ostatnie prelegent dzieli na trzy kategorie: 1) sprawy zapalne właściwe, 2) sprawy zapalne swoiste (*myelitis tuberculosa et syphilitica*) 3) t. zw. *myelitis e compressione*.

Do pierwszej kategorii należą: a) *poliomyelitis*, przy którym sprawa zapalna obejmuje substancję szarą w obrębie *art. centralis*, b) *myelitis centralis*, powstające wtedy, kiedy sprawa ta ogarnia całą substancję szarą rdzenia, c) niektóre przypadki porażenia LANDRY'ego, w których ma miejsce stan zapalny rdzenia, rozprzestrzeniający się w kierunku wstępującym lub zstępującym, d) *myelitis transversa*, przy którym zapaleniu ulegają naczynia obwodowe i e) *myelitis disseminata*, kiedy mamy do czynienia z kilkoma ogniskami, rozrzuconymi w rozmaitych miejscach rdzenia. Wszystkie te postaci przedstawiają jedynie rozmaite odmiany jednej i tej samej sprawy naczyniowo-zapalnej, zależne od tego, w obrębie jakich naczyń sprawa ta się umiejscowiła. Zmiany histo-patologiczne we wszystkich tych formach występują w postaci: zwyrodnienia tkanki, nacieczenia drobnokomórkowego i rozmiękczenia. Cechę charakterystyczną dla *myelitis* stanowi niszczenie doszczętne elementów nerwowych, bez oszczędzania wyrostków nerwowych; wskutek tego powstają zwyrodnienia wtórne. W przypadkach świeżych ulegają zmianom również i opony rdzenia, wtedy mówimy o *meningo-myelitis*. Ostre sprawy zapalne w rdzeniu są prawie zawsze pochodzenia infekcyjnego, przewlekłe zaś powstają na tle naczyniowym w niedokrwistości złośliwej, przy rozmaitych otruciach i t. d.

Sclerosis multiplex zaliczyć również do rozsianych spraw zapalno-naczyniowych rdzenia o pewnych jednak, właściwych tej chorobie, rysach znamienych (oszczędzanie wyrostków osiowych, brak zwyrodnień wtórnych i inne).

Omawiając drugą kategorię spraw zapalnych rdzenia, prelegent przechodzi do następujących wniosków: 1) formy te różnią się od pierwszej kategorii tylko tem, że wraz z sprawą zapalno-naczyniową powstają granulacye

swoiste w formie gruzelków lub ziarniniaków, 2) przy *myelitis syphilitica* powstaje przeważnie *meningo-myelitis gummosa*, 3) różnice podstawowe pomiędzy *meningo-myelitis syphilitica* i *tuberculosa* nie istnieją.

Co się tyczy spraw trzeciej kategorii, czyli t. zw. zapalenia na skutek ucisku (*myelitis e compressione*), to prelegent zaznacza, że sprawy te, jak wykazały nowsze badania, do zapalnych nie należą, gdyż zachodzące przy nich zmiany polegają jedynie na obrzęku tkanki nerwowej i jej zwyrodnieniu. Dla spraw tych prelegent proponuje nazwę: *paralysis spinalis e compressione*.

W dyskusyi RZECZNIOWSKI dowodził, że już CHARCOT, opierając się po części na własnych badaniach, po części na badaniach ROGER'a i DAMASCHINO, uznał *poliomyelitis anterior acuta infantalis* za sprawę zapalną, lecz, że ten sam CHARCOT, jak również i niektórzy badacze z ostatniej doby spostrzegali przypadki świeże *poliomyelitis*, w których zmiany anatomo-patologiczne polegały na ostrem zwyrodnieniu komórek ruchowych rdzenia bez udziału sprawy zapalnej. R. nie zgadza się, ażeby teorię naczyniowo-zapalną można było przeciwstawiać teorii systemowej cierpień rdzeniowych.

BRODOWSKI zwraca uwagę na to, że przypadki, w których niepodobna odróżnić zmian syfilitycznych od gruźliczych, należą do bardzo rzadkich. Zazwyczaj gruźlica w układzie nerwowym występuje w postaci t. zw. *tuberculum solitaire*, najczęściej bez zajęcia opony miękkiej, tkanka zaś nerwowa naokoło takiego gruzelka rozmiękczoną nie bywa. Ogniska zaś syfilityczne w rdzeniu kręgowym zwykle znajdują się w związku z oponami rdzenia, a naokoło nich tkanka bywa rozmiękczoną, a to z powodu towarzyszących sprawie syfilitycznej zmian w naczyniach, doprowadzających do zagłady ich światła (*endoarteriitis obliterans*). Do rozpoznania tych dwóch spraw służyć mogą i komórki olbrzymie, które przy gruźlicy spotykają się bardzo często, w ogniskach zaś syfilitycznych bardzo rzadko.

Zdanie prelegenta co do spraw, zachodzących w rdzeniu pod wpływem ucisku, BRODOWSKI całkowicie podziela, nie zgadza się jednak na proponowaną dla nich nazwę—„porażenie rdzeniowe uciskowe“; za stosowniejszą zaś uważa nazwę „zwyrodnienie rdzenia kręgowego z ucisku.“

NUSBAUM sądzi, że teoria systemowa nie jest wcale zasadniczo sprzeczną z teorią naczyniowo-zapalną, albowiem prawdopodobnem jest, że różne pod względem fizyologicznej czynności i embryologicznego rozwoju układy drugorzędne w układzie nerwowym nie posiadają indyferentnej wrażliwości na czynniki chorobotwórcze.

FLATAU w odpowiedzi RZECZNIOWSKIEMU zaznacza, że CHARCOT kładł zawsze nacisk na pierwotne zmiany w komórkach nerwowych. ROGER zaś i DAMASCHINO, jakkolwiek w przypadku swym *poliomyelitis* wykryli zmiany zapalno-naczyniowe, nie wyciągnęli jednak odpowiedniego wniosku. BRODOWSKIEMU prelegent odpowiada, że chodziło mu o wykazanie, że w rdzeniu postać zapalenia gruźliczą od syfilitycznej odróżnić możemy jedynie na podstawie całości kształtu zmian odnośnych, cechy zaś specjalnie charakteryzującej daną postać, nie mamy. Proponując nazwę—porażenie uciskowe,—F. miał na względzie stronę kliniczną sprawę.

BRODOWSKI odpowiada, że proponując nazwę dla zmian anatomicznych, kierować się winniśmy jedynie względami anatomicznymi a nie stroną kliniczną.

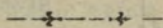
ODCINEK.



Nowy Szpital Dzieciątka Jezus i Dom Wychowawczy w Warszawie.

Podał

Władysław Janowski.



W dniu 14-go lipca r. b. oddany został do użytku publicznego nowy szpital Dzieciątka Jezus. Jest to pierwszy w Warszawie szpital, urządony według nowoczesnych wymagań higieny. Dlatego pragniemy zapoznać z nim czytelników Gazety.

Jak wiadomo, nowy szpital Dzieciątka Jezus nie jest nową instytucją, pomnażającą liczbę tak potrzebnych w Warszawie łóżek szpitalnych. Ma on tylko zastąpić dawny szpital, pod tem samym wezwaniem od r. 1761, dzięki nieśmiertelnym zasługom ks. misjonarza GABRYELA BAUDOIN'a na placu Wareckim istniejący. Ponieważ stary szpital Dzieciątka Jezus stoi w środku miasta, sprawę więc przeniesienia go gdzieś dalej poruszano jeszcze w r. 1863. Z różnych powodów rzecz ta poszła potem w zapomnienie i dopiero w r. 1891 Rada Miejska Dobroczynności Publicznej wzięła się do tej sprawy po raz drugi. Po długich peripetyach, których powtarzanie nie jest naszym celem, a które opisane są w artykule dra GAŁECKIEGO, świeżo ogłoszonym w № 7 „Zdrowia“ z roku bieżącego, Rada Miejska postanowiła nieodwołalnie wybudować nowy szpital na t. zw. folwarku Święto-Krzyskim, t. j. miejscowości, położonej między ulicami Nowogrodzką, Teodora, przedłużeniem Wspólnej i Koszykowej. Potrzebne na ten cel fundusze Rada Miejska otrzymała ze sprzedania miastu placów po istniejącym dotychczas szpitalu Dzieciątka Jezus. Nadto liczyła ona na 220000 rubli, które miała otrzymać od Ministerjum Oświaty na wybudowanie klinik i teatru anatomicznego.

Zawiązał się [w r. 1896] komitet budowy szpitala pod przewodnictwem p. prezydenta miasta, powierzono wykonanie planów p. budowniczemu JÓZEFOWI DZIEKOŃSKIEMU; w dniu 5-go sierpnia r. 1897 założono kamień węgielny pod nowy szpital, mianowicie pod obecny drugi jego pawilon chirurgiczny. Aktu poświęcenia dokonał ks. SEROCZYŃSKI. Odnośny protokół, spisany w języku polskim i rosyjskim, złożono w puszcze ołowianej w fundamentach, po podpisaniu go przez przewodniczącego w komitecie budowy generał-majora BIBIKOWA i członków komitetu: ZIENTKOWSKIEGO, EDWARDA LILPOPA, EDMUNDA DIEHLA, JÓZEFA DZIEKOŃSKIEGO, DOMINIKA ROGOWSKIEGO, W. WILUJEWĄ, a nadto przez pp. PRONASZKĘ, LECHOWICZA, LINDLEYA, GROTOWSKIEGO, MOŚCICKIEGO, CICHOCKIEGO, FRANCISZKA LILPOPA, WŁOCZEWSKIEGO, WSZEBORA, ANDERSA, ŁAPIŃSKIEGO, ks. SEROCZYŃSKIEGO, SŁUBICKIEGO, GIRDWOYNIA, STAROŻYKA, DEPNERA, SOBIERAJA, JEZIORAŃSKIEGO, TWORKOWSKIEGO i innych.

W ciągu r. 1897 do chwili obecnej cały szpital zbudowano, a obecnie do użytku publicznego oddano.

Jak widać z załączonego tu planu sytuacyjnego [Rys. 1], nowy szpital zbudowany jest systemem barakowym; zajmuje on właściwie dwie przestrzenie. Na

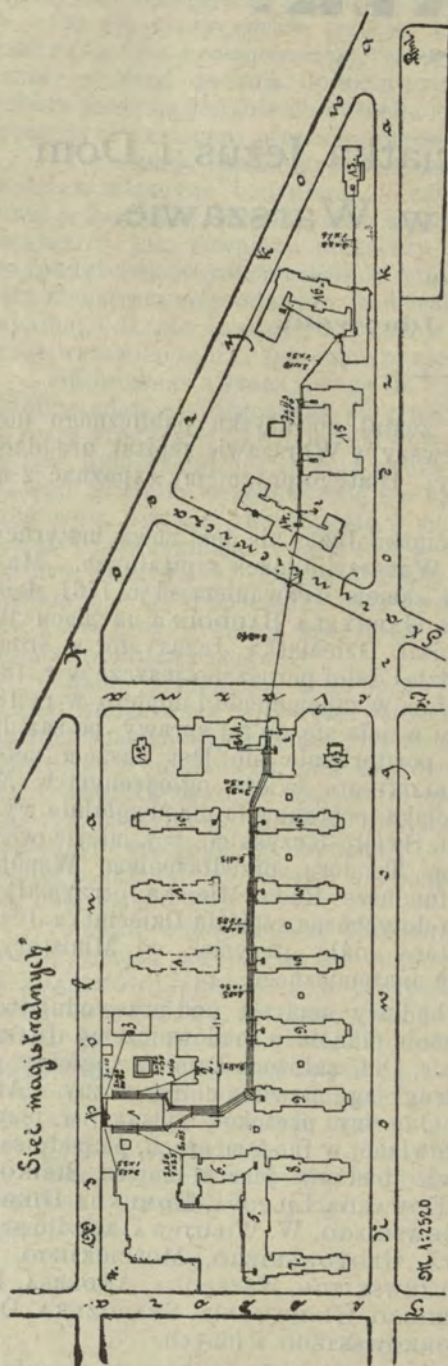
pierwszej, ograniczonej ulicami Nowogrodzką, Teodora, Wspólną i Żelazną i mającej 88 sażeni szer. a 190 saż. długości stoją budynki, przeznaczone dla właściwego szpitala. Na drugiej zaś trójkątnej, ograniczonej ulicami: Nowogrodzką, Starynkiewicza i Koszykową, o wymiarach 170, 52 i 72 saż., stoją zabudowania, należące do Domu Wychowawczego, oraz Instytut położniczy. Obie te przestrzenie oddzielone są od siebie placem pustym, który ma być za-drzewiony.

Wszystkich budynków jest ogółem 22, a mianowicie: na placu pierwszym: teatr anatomiczny [4], klinika terapeutyczna na 61 łózek, chirurgiczna na 60 łózek, dyagnostyczna na 40 łózek i oczna na 20 łózek [5, 6, 7, 8], dwa pawilony chirurgiczne, na 60 łózek każdy [9, 10], trzy pawilony terapeutyczne na 60 łózek każdy [10, 10, 10], jeden pawilon, którego parter jest przeznaczony na oddział ginekologiczny, a pierwsze piętro na oddział wewnętrzny [10], dom administracyjny [11], sala maszyn [1], kuchnia i pralnia centralna [2], domek dla stróża [3], kaplica prawosławna [12] i katolicka [13], lodownia i waga. Na drugim placu wybudowano: instytut położniczy [14], dom wychowawczy dla 200 dzieci starszych z 40-łózkami dla chorych dzieci [15], dom wychowawczy dla małych dzieci z 37-łózkami dla chorych dzieci [16], barak izolacyjny dla dzieci chorych na choroby zakaźne [17], lodownię i dwa domki dla stróżów.

Ogólna więc liczka łózek dla chorych wynosi 727, z których 629 w samym szpitalu, a 98 w domu wychowawczym. Wszystkie budynki dla chorych są jednopiętrowe. Tylko barak izolacyjny jest parterowy, a instytut położniczy jest dwupiętrowy.

Przy projektowaniu budynków trzymano się następujących zasad ogólnych:

Pod wszystkimi budynkami celem zabezpieczenia murów od wilgoci



Rys. 1.

urządzono piwnice, połączone kanałami wentylacyjnymi ze strychem, oraz ułożono na $\frac{1}{2}$ wysokości cokołu warstwę izolacyjną z tektury asfaltowej.

Mury zewnętrzne w najwyższym piętrze są grube na $2\frac{1}{2}$ cegły, co odpowiada 0,35 saż. rus. Mury dlatego stawiano tak grube, że budynki, odsłonięte ze wszystkich 4-ch stron, narażone są więcej, niż domy mieszkalne, na wpływ wiatru. Wysokość pokoiów, licząc od podłogi do sufitu, wynosi 2 sażnie rus.

Przestrzeń, zajęta przez jednego chorego w salach ogólnych, wynosi 3,60 saż. sześć., w oddzielnych zaś pokojach 5,6—4,2 saż. sześć., w pomieszczeniach na wanny 3,76 saż. sześć., w klozetach pojedynczych 2,82 saż. sześć.

Korytarze są szerokie na 1,50 saż. do 1,03 saż., sklepione nad górnem i dolnem piętrem.

Klatki schodowe główne szerokie na 1,60 saż., boczne na 1,30 saż.

Powały nad parterem, a w 2-u piętrowych budynkach i nad 1-em piętrem, sklepione wprost na ścianach lub przy większej niż 1,50 saż., szerokości pomieszczenia—na belkach żelaznych. Nad 1-em piętrem przy jednopiętrowym budynku, a nad 2-iem przy dwupiętrowym są one ze zwykłych belek.

Wszystkie drzwi [w ogólnej liczbie z górą 1000] otwierane są na zewnątrz lub do korytarza, jednym kluczem uniwersalnym; drzwi do pokoiów chorych nie mają zamka, tylko klamki; drzwi do gabinetów lekarzy i sal operacyjnych otwierają się przy pomocy 2-ch kluczów.

W głównych klatkach schodowych [i w westybulach] umieszczono przed schodami drzwi, otwierające się w obie strony dla zabezpieczenia klatek schodowych i korytarzy od zimna przy każdorazowym otwarciu drzwi frontowych [szczególniej zimą].

Okna szerokie są stóp 4 cali 6, a 9 stóp wysokie w dużych salach, w oddzielnych zaś pokojach szerokie stóp 3 cali 9, wysokie 8 stóp, licząc wraz z oberlichtem. Budowa okien zwykła, oberlichty otwierane mechanicznie przy pomocy sznurka, parapety drewniane, tylko w salach opatrunkowych i niektórych salach pawilonu ginekologicznego—z marmuru.

Podłogi w salach ogólnych, operacyjnych, opatrunkowych, w wannach, herbaciarniach, korytarzach i klozetach są metlachowskie lub z terrakoty, wyrabianej w kraju. Podłogi w gabinetach lekarzy, w salach dziennego pobytu chorych, w oddzielnych pokojach dla chorych, w pokojach dla siostr miłosierdzia, w pokojach służących—z desek sosnowych, które mogą być pomalowane olejno.

Malowanie ścian. Ściany pomalowano farbą klejową koloru kremowego. Takim samym kolorem, ale farbą olejną, pomalowano drzwi; okna zaś na białe. Sale operacyjne i opatrunkowe pomalowane są całe olejno, w łazienkach zaś i klozetach dano tylko olejne lampery na wysokości 0,75 saż. nad podłogą.

Schody są z piaskowca szydłowieckiego, malowane olejno. Balustrady możliwej najprostsze, żelazne.

Dach pokryty blachą żelazną, malowany olejno.

Sale operacyjne w pawilonach chirurgicznych pomieszczone na najwyższym piętrze budynku i, oprócz okna w ścianie, zaopatrzone w światło górne za pomocą okna, umieszczonego poziomo w suficie. Ażeby sufit mógł być razem ze ścianami łatwo umyty, ułożono między żelaznemi belkami strop cementowy. Okna w salach operacyjnych zwrócone są na wschód lub zachód.

We wszystkich pawilonach i w instytucie położniczym urządzono rury spusowe, służące do spuszczenia brudnej bielizny, która ma być wyjmowana do prania na zewnątrz pawilonu. Spusty te na wewnątrz i zewnątrz zamykają się przy pomocy żelaznych drzwiczek.

W pawilonach chirurgicznych, w klinice chirurgicznej w instytucie położniczym urządzono windy do podnoszenia chorych wraz z łóżkiem z parteru na piętro. Dostęp do windy zostaje zamknięty automatycznie, gdy winda pod

nosi się w górę. Winda są ręczne i działają przy pomocy liny, za którą pociąg służący, stojący przy łóżku chorego na jej pomoście.

Oświetlenie w całym szpitalu elektryczne.

Gas do celów laboratoryjnych doprowadzono do gabinetów lekarskich, pracowni, laboratoryjów, herbaciarni i pokojów do sterylizacji [średnio 12 płomieni na pawilon].

W herbaciarniach ustawiono szafy do odgrzewania pokarmów i czajniki do gotowania herbaty, przy pomocy pary, otrzymanej z kotłów, służących do centralnego ogrzewania i grzania wody do wanien.

Kuchnię i pralnię mechaniczną urządzono do gotowania i prania bielizny przy pomocy pary i obliczono na użytek tysiąca osób.

Piekarnię urządzono zwykłą o 3-ch piecach, z których tylko 2 właściwie służą do pieczenia, a 3-ci do dopiekania pieczywa w razie potrzeby.

Ogrzewanie zaprowadzono centralne parą o niskim ciśnieniu, oprócz pokojów mieszkalnych w domu administracyjnym, magazynie, części kuchni, domków dla stróżów i mieszkań dla służby, w których postawiono piece kafłowe. Kotły, służące do centralnego ogrzewania, pomieszczono w każdym pawilonie oddzielnie [w piwnicach]. Przy każdej kotłowni urządzono skład koksu, wrzucanego z zewnątrz przez otwór, zamykany przy pomocy żelaznych drzwiczek. 3 kotły do wytwarzania pary, potrzebnej do poruszania maszyn do centralnego oświetlenia, oraz do maszyn i aparatów kuchni i pralni, pomieszczono w oddzielnym budynku w pobliżu powyższych budynków.

Cały szpital t.j. wszystkie budynki i drogi skanalizowano. Do umywalk i zlewów doprowadzono wodę.

Dla komunikacji pomiędzy budynkami urządzono szosy 10 stóp szerokie [granitowe] i betonowe chodniki; plac pomiędzy kuchnią i magazynem zabrukowano. Pomiedzy pawilonami, stojącymi w odległości 17,00 saż. środek od środka, urządzono trawniki, a budki wentylacyjne ocieniono drzewami i krzewami.

Dla wentylacji poddasza nad każdym budynkiem pomieszczono na dachu 3 lub więcej budek ze stalami żaluzjami.

Budki do czerpania świeżego powietrza umieszczono przed każdym budynkiem, w którym urządzono mechaniczną wentylację. Na ścianach, na 0,80 saż. wysokich, umieszczono budkę drewnianą, pokrytą dachem żelaznym i zaopatrzoną z 4-ch boków siatką drucianą, nie pozwalającą ptakom dostać się do wnętrza budki. Budki te osłoniono drzewami.

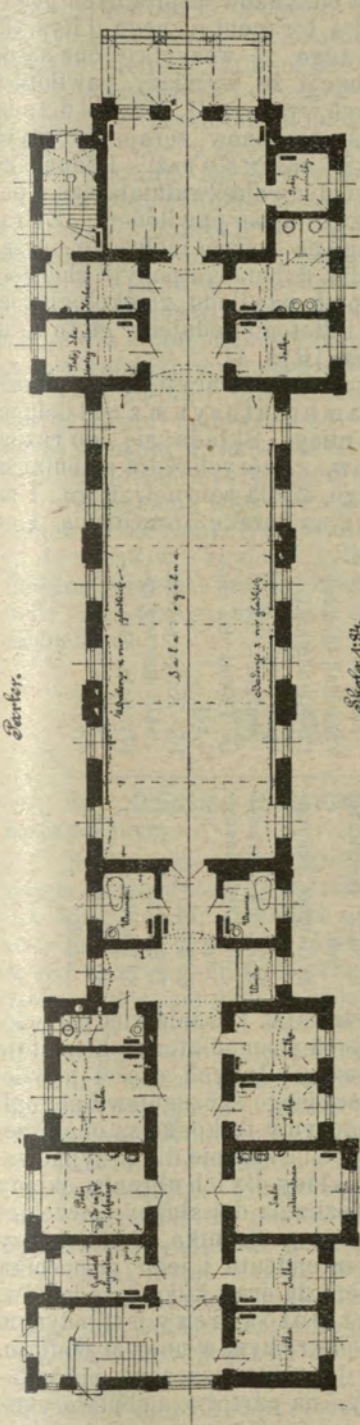
Kanały wentylacyjne. W budynkach, w których potrzeba było zużytkować korytarze środkowe dla komunikacji pomiędzy mieszkaniami, kanały, doprowadzające świeże powietrze do sal, urządzono ponad sklepieniem suterenu [między sklepieniem, na którym leży posadzka parteru a sklepieniem nad suterem] lub pod posadzką suterenu.

Kotłownie [dla pomieszczenia kotłów, wytwarzających parę do centralnego ogrzewania] oraz budki do czerpania powietrza, jako leżące niżej poziomu kanałów miejskich, zdrenowano. Wodę zaś otrzymaną w studzienkach drenowych, przelewa się do zlewu, umieszczonego wyżej spodu kanału miejskiego.

Celem osiągnięcia lepszego ciągu w kanałach wyciągowych, umieszczono nad kanałami wolperty [duże rury żelazne, wewnątrz izolowane korkiem i zabezpieczone odpowiednio urządzonymi daszkami od dostawania się powietrza do kanałów w razie wiatru]. Dla zmniejszenia ilości wolpertów, kilka kanałów połączono razem za pomocą skrzynki korkowej, łączącej się bezpośrednio z wolpertem.

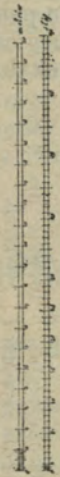
Budynki starano się na zewnątrz jak najmniej ozdabiać; dlatego też ściany otynkowano gładko, pozostawiając gzemysy, pilastry i sklepienia nad oknami i drzwiami z czerwonej cegły (*Rohbau*).

Лечебница хирургическая.



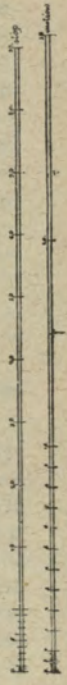
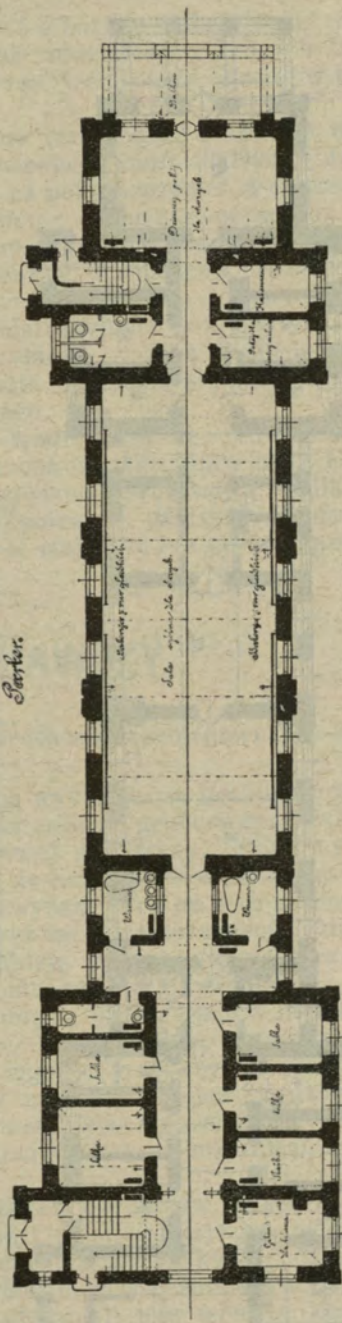
Барьер.

Спальня № 1-50.



Лечебница терапевтическая.

Барьер.



Rys. 2.

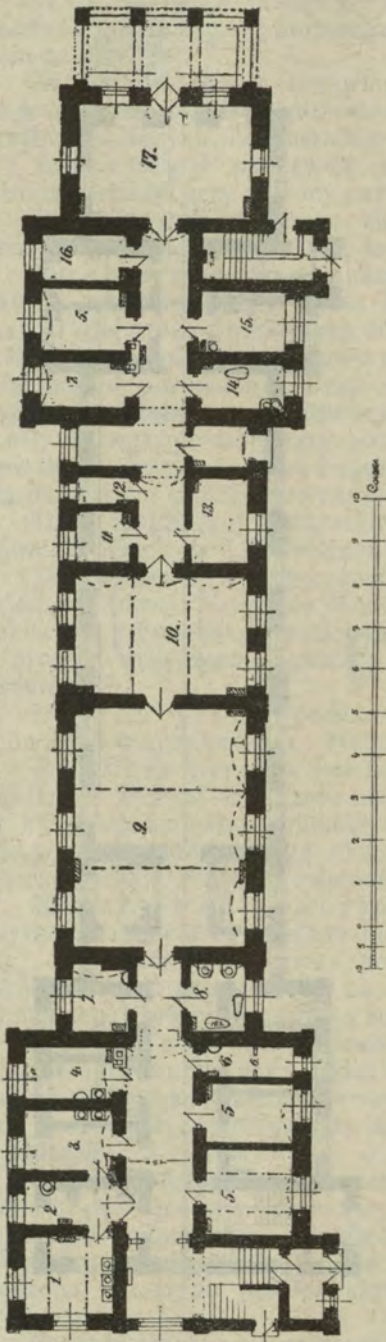
Rys. 3.

W celu dania czytelnikom pojęcia o planie budynków szpitalnych podajemy tu plany pawilonu chirurgicznego [Rys. 2] i terapeutycznego [Rys. 3],

dotychczasowe, dodając do tego, że wszystkie one są do siebie podobne i że wymiary pawilonów chirurgicznych wynoszą 31,32 saż. × 6,2 saż. wymiary zaś pawilonów terapeutycznych wynoszą 28,29 saż. × 6,0 saż. Podane na rysunkach objaśnienia zwalniają nas z potrzeby bliższego opisu pawilonów. Zwracamy tu uwagę na ważną inowację — urządzenie sal dla dziennego pobytu chorych.

Jedynie plan pawilonu ginekologicznego jest inny i dlatego podajemy go tu wraz z objaśnieniem [Rys. 4].

W budynku administracyjnym urządzono na parterze ambulatoryum z oddzielnem wejściem od ulicy. Składa się ono razem z 9-iu pokojów, z których 3 dla ambulansu chirurgicznego, 2 dla wewnętrznego, 1 na poczekalnię, 2 na aptekę i pracownię, 1 na



Rys. 4.

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1) Sala operacyjna. | 10) Sala dla 6-ciu chorych. |
| 2) Sala dla narzędzi operacyjnych. | 11) Pokój siostry miłosierdzia. |
| 3) Sala opatrunkowa. | 12) Skład białizny. |
| 4) Gabinet ordynatora. | 13) Herbaciarnia. |
| 5, 5) Sala operacyjna i sterylizacyjna. | 14) Wanny i umywalnie. |
| 6) Klozety. | 15) Pokoik dla chorej. |
| 7) Służba. | 16) Antyseptyczna sala operacyjna. |
| 8) Wanny. | 17) Sala dla chorych gorączkujących. |
| 9) Sala dla 12 chorych. | |

wydawanie lekarstw. Ustanie więc osławiony ścisk i zaduch w ambulatoriach szpitala Dzieciątka Jezus. Innych części pawilonu administracyjnego szczegółowo nie opisujemy, zaznaczymy tylko, że są one przeznaczone na pomieszczenie dla przyjmowania chorych, składy dla ich ubrania, składy apteczne, mieszkania dla służby, naczelnego lekarza i jego pomocnika, 2-ch lekarzy asystentów, intendenta i jego pomocnika siostr miłosierdzia oraz kilku urzędników.

Instytut położniczy jest jedynym budynkiem 2-piętrowym w nowym szpitalu. W suterenie jego pomieszczone mieszkania dla służby, na parterze ambulatoryum, audytorium, pracownię, muzeum, sypialnie

i jadalnie dla „babeł“ wiejskich, mieszkania i pokoje dla lekarzy, akuszerki oraz dla studentów a nadto wannę i 3 klozety. Na pierwszym i drugim pię-

trze znajdują się dwie sale ogólne dla położnic, 23 pokoje dla chorych pojedynczych lub dla 2—3 razem, 2 sale operacyjne, pokój dla narzędzi, 2 pokoje dla rodzających, 3 wanny, 6 klozetów, 4 pokoje dla dyżurnych akuserek i studentów, 2 składy bielizny, gabinet profesora i asystenta.

Z pozostałych budynków musimy wspomnieć o baraku izolacyjnym. Składa się on z trzech nie komunikujących ze sobą oddziałów, z których 2 dla 8 chorych, a 5 dla pojedynczych chorób. Cel tego jest jasny. Nadto w baraku tym znajduje się sala operacyjna.

Instytut anatomo-patologiczny wybudowany jest według planów p. budowniczego JABŁOŃSKIEGO. Koszt jego wystawienia wynosi 329000. Jestto wspaniały jednopiętrowy gmach, przeznaczony na pomieszczenie 4-ch katedr: anatomii opisowej, patologicznej i topograficznej z chirurgią operacyjną oraz medycyny sądowej. Dla każdej katedry przeznaczono piękne wysokie i widne pokoje dla zajęć naukowych profesorów i studentów, dla muzeów oraz oddzielną dla każdego profesora salę wykładową.

Całą budowę prowadzono sposobem administracyjnym pod ciągłym dozorem komitetu budowlanego. Ogólny koszt wyniesie z górą 2150000 rb.; do chwili obecnej wydano już 2117494 rubli. Reszta uwidoczni się przy ostatecznym regulowaniu rachunków w ciągu r. bieżącego.

Urządzenie wewnętrzne nowego szpitala miało być nowe. Przeznaczona jednak na to suma 192000 rubli ma być wypłacona w ciągu kilku lat. Dlatego tymczasowo kupiono tylko nowe łóżka, żelazne, sprężynowe, stoliki dla chorych, krzesła, stołki i inne rzeczy pierwszej potrzeby. Resztę zaś przeniesiono ze starego szpitala, przyczem rzeczy te mają być lub już są częściowo odnowione.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

80 D'Espine. O zarażaniu się gruźlicą i środkach zapobiegawczych w wieku dziecięcym.

Statystyka sekcji anatomo-patologicznych wykazuje, że gruźlica jest najczęstszą *causa mortis* u dzieci; prócz tego stwierdzono gruźlicę utajoną u bardzo wielu dzieci, zmarłych od innej, przypadkowej przyczyny. Dane cyfrowe dały możność Kyss'owi postawienia wniosku, że liczba zejść wskutek gruźlicy w pierwszych 3-ch miesiącach nie jest o wiele wyższą od 0, od 3-ch miesięcy do roku zwolna się podnosi, poczem od 1-go do 2-ch lat wzrasta szybciej i osiąga *maximum* między 2 a 4 rokiem; te wnioski obalają przypuszczenie STRAUSS'a o zarażaniu się wewnątrzmacicznym. Skażenie zółzowe, uważane za postać gruźlicy utajonej, jest u dzieci bardzo rozwinięte, szczególnie w latach 1—6 i wtedy istnieje największe niebezpieczeństwo. Bezpośrednią przyczyną zarażenia jest wypluwana zawartość otwartych ognisk gruźliczych i mleko krów zarażonych. Poznanie wszystkich sposobów zarażenia się jest bardzo ważne dla profilaktyki. Zapobiegniijmy rozpraszaniu się plwociny, osiągnijmy metodę jej odkażania, nie pozwalajmy pić surowego mleka,—a niebezpieczeństwo zarażenia się spadnie do *minimum!*

Mleko jest wogóle jednym z mniej ważnych czynników rozszerzania się gruźlicy, u dzieci jednak, dla których jest zwykle najważniejszym pokarmem, często wywołuje cierpienia gruźlicze. Zarażenie się przez kanał pokarmowy powstaje tem prędzej, im bardziej mleko obfituje w laseczniki gruźlicze i im dziecko (ewent. zwierzę przy metodzie doświadczalnej) jest młodsze; kanał pokarmowy może być przytem zupełnie zdrowy. W 90—95% badań pośmiernych pierwotne ognisko gruźlicze znajdowano w gruczołach narządów oddechowych, pierwotne zaś ogniska w kiszkiach lub gruczołach krezkowych należą do

rzadkich. Często przy ogniskach w drogach oddechowych mamy ogniska w krezce, lecz trudno powiedzieć, czy ta gruźlica w kanale pokarmowym powstała przez zarażenie mlekiem, czy też przez połykanie wydzieliny dróg oddechowych, jak to bywa zwykle u dzieci. Zarażenie się jednak przez kanał pokarmowy (mlekiem) istnieje i MARFAN oblicza, że u dzieci od lat 1—5 gruźlica powstaje przez pokarm w 80% przypadków.

Najczęstszą przyczyną cierpienia gruźliczego u dzieci jest istota ludzka z otwartem ogniskiem i jej plwocina; w tym względzie dzieci mniej są niebezpieczne od starszych, gdyż w owrzodzeniach żołądkowych mało mamy laseczników i zwykle wrzody te są zakryte opatrunkiem aseptycznym, plwociną zaś połykają zawsze, z wyjątkiem kokluszowej. Głównymi więc rozsradnikami zarazy gruźliczej są osoby dorosłe, a głównie ich plwocina. Dzieci mogą się zarażać przez całowanie się z osobami choremi lub gdy osoba chora rozmawia w pobliżu dzieci; często w tych razach bezwiednie przenoszą zarazę rodzice lub dozorujący. Dziecko może się zarażać przez bezpośrednie zaszczerpienie plwociny, zawierającej laseczniki na rany skóry lub błon śluzowych; tego rodzaju zarażenie zdarza się często przez obrządek obrzezania u żydów, przy zachowywaniu pierwotnego sposobu tamowania krwi przez wysysanie. Połykanie bezwiedne plwociny osoby chorej może też gruźlicę wywołać; w tym względzie zwrócić należy uwagę na zwyczaj uprzedniego próbowania każdej łyżeczki pokarmu, by dziecko do jego przyjęcia zachęcić; nieraz już w ten sposób chore mamki i nianki przenosiły gruźlicę na powierzone im dzieci.

Najczęstszym jednak i najpotężniejszym czynnikiem rozszerzania się gruźlicy jest kurz gruźliczy, powstały z zaschniętej plwociny. Gruźlica u dzieci w przeważającej liczbie jest pochodzenia oddechowego: pierwsze podlegają zarazie gruczolę oskrzelowe i stąd dopiero rozpoczyna się dalszy pochod laseczników do wierzchołków płuc, do opłucnej, do naczyń pobliskich i do całego ustroju; znakiem szczególnym gruźlicy u dzieci jest jej zdolność długotrwałego pozostawiania w postaci utajonej: w tem mamy wytłumaczenie częstego powstawania gruźlicy po chorobach zakaźnych u dzieci, po odrze, a szczególnie po kokluszku. Badania CORNET'a wykazały, że zarodki gruźlicze znajdują się wyłącznie w pobliżu osób, gruźlicą dotkniętych, w szczególności zaś na podłogach zajmowanych przez nich promiśczeni; laseczniki, unoszące się w powietrzu, szybko tracą pod wpływem powietrza, światła i słońca swoje niszczące własności i giną. Widzimy z tego, jak wielkiemu niebezpieczeństwu podlegają dzieci suchotników, mieszkając wraz z rodzicami w ciasnych, przepełnionych pokojach, bez powietrza i słońca.

Nie można odmówić racji bytu usposobieniu do cierpień gruźliczych, lecz głównym czynnikiem jest zawsze infekcja: odłączmy dzieci od rodziców, dotkniętych gruźlicą, oddalmy je z niebezpiecznego otoczenia i w większości przypadków uchronimy je od tego cierpienia. Doświadczalnie przekonał się o tem BANG na cielętach, od gruźliczych krów pochodzących.

Okoliczności, sprzyjające zarażeniu się gruźlicą, zmieniają się z wiekiem. U niemola i w pierwszych latach sprzyja bardzo zwyczaj bawienia się na podłodze, z której zarazek wraz z brudem przechodzi na palce do ust lub do nieznaicznych uszkodzeń naskórka, tak licznych w tym wieku. Od 5—6 roku, kiedy dziecko zaczyna mniej się znajdować w domu, liczba zarażeń się zmniejsza. Stopień tego zmniejszenia w drugiej połowie wieku dziecięcego jest większy u chłopców, choć z postępem lat stosunek się zmienia i liczba chorych mężczyzn jest większa. Fakt ten tem się objaśnia, że chłopcy mniej czasu spędzają w domu, niż dziewczęta, a z drugiej strony, że w wieku późniejszym są bardziej wystawieni na zarażenie się w pracowniach i fabrykach. Szkoły i szpitale przy zachowaniu należytych przepisów higieny, nie mogą się stać rozsradnikami zarazy gruźliczej i w literaturze lekarskiej opisany jest tylko jeden przypadek zarażenia się w szkole, lecz stało się to skutkiem skupienia się w małym pomieszczeniu 90—100 dzieci, które uczył nauczyciel, dotknięty gru-

zlicą i bez skrupułów wyrzucający plwocinę na podłogę. W każdym razie w celach zapobiegawczych warto zwrócić uwagę na obliczenia BROUARDEL'a, podług których we Francyi piąta część nauczycieli jest dotknięta gruźlicą.

Środki zapobiegawcze mają na celu uniemożliwienie przenoszenia się zarazka oraz zmniejszenie wrażliwości dzieci na zarazek gruźliczy przez wzmożenie odporności. Pierwszym warunkiem jest czystość. Codziennie kąpiele i zimne wycierania prócz wpływu uodporniającego przeciw nagłym zmianom fal powietrznych, oczyszczają wierzchnie warstwy skóry ze szkodliwych zarodków; niezmiernie ważnem jest częste mycie rąk i paznogi mydłem i szczotką, szczególnie zaś przed spożywaniem pokarmów. Należałoby rozdawać rodzicom i nauczycielom odpowiednie prawidła i starać się o ich rozpowszechnienie.

Wyjaławianie mleka znakomicie zmniejszyło niebezpieczeństwo, grożące oseskom (zarażenie gruźlicze *per ingestionem*); należałoby drogą prawodawczą wprowadzić obowiązkowe badanie bydła za pomocą tuberkuliny, szczególnie w tych oborach, dokąd dzieci chodzą pić mleko „prosto od krowy“. Tego rodzaju prawo jest stosowane w Genewie i w Wielkiem Księstwie Badeńskiem. Ze środków zapobiegawczych, które usuwają wrażliwość dziecka na lasecznik KOCHA, na pierwszym miejscu należy wymienić wychowanie fizyczne i powietrze morskie, następnie klimat górski, uzdrowiska wiejskie i kolonie letnie.

Co się tyczy wychowania fizycznego, to powinno ono być przeprowadzone racjonalnie od urodzenia. Przedewszystkiem należy wybrać zdrową mamkę i stanowczo zaniechać sztucznego karmienia; odstąpienie od piersi wymaga specjalnej staranności; w późniejszym okresie dobre jest żywienie surowem mięsem; tłuszcze są bardzo pożądaną częścią pożywienia. Skoro tylko dziecko zaczyna biegać, spacerować, należy je przyzwyczaić do zimnych obmywań co rano, do codziennego używania spaceru na świeżem powietrzu; od 10—12 roku czas jest rozpocząć ćwiczenia gimnastyczne lub naukę konnej jazdy. W ubraniu należy dbać o utrzymanie miary zarówno w dążeniu do zahartowania, jak do zbytńskiego ochraniańia przed zimnem.

Powietrze morskie jest uważane jednogłośnie za najpotężniejszy czynnik w zwalczaniu skażenia żółtowego; nie mniej ważnem jest też jako środek zapobiegawczy przy gruźlicy, jak to udowodnił BERGERON; dzięki staraniom jego stanęły w Berk-sur-mer dwa sanatoria: jedno w r. 1861 na 100 łózek i drugi w r. 1869 na 600. Statystyka tych zakładów wykazuje 70,7% wyzdrowień zupełnych i 3,2% poprawy; — te znakomite wyniki zawdzięczają chorzy długiemu pobytowi nad morzem [średnio 423 dni]. Pierwsze uzdrowisko morskie było założone przez anglików w Macgate, następnie zaczęły się szybko rozwijać w innych miejscowościach i dziś mamy ich dużo.

W uzdrowisku Dollfus w Milhuzie, urządzonem na skromniejszą skalę, czynniki są też dość dobre, choć kuracja trwa 9 miesięcy (od października do końca czerwca), a nawet 4½ w cięższych przypadkach. W Niemczech pierwsze uzdrowisko powstało z inicjatywy prof. BENEKE z Magdeburga w Norderney w r. 1883, w Austrii — w Abazyi, w Holandyi — w Zandvoort, w Belgii — w Venolugne. We Włoszech każda prowincya ma swoje uzdrowisko morskie do leczenia przez lato dzieci, dotkniętych żółzami lub krzywicą.

Leczenie termiczne w solankach i ługu jest nieodzownem przy żółzach i są specjalne uzdrowiska w Niemczech, Szwajcaryi (Lavey, Rieinfelden) i Francyi (Salins Motiers, Salins de Bearn); jednakże stoi ono niżej od kuracji morskiej, gdzie głównym czynnikiem jest powietrze z jego oparami.

Znakomite czynniki, otrzymywane przy leczeniu dorosłych, dotkniętych gruźlicą, w Davos [1500 wyleczeń od r. 1866], dały impuls do urządzania uzdrowisk w górach zarówno w Szwajcaryi [Arosa, Maloja, Leysin, Montana Sur Sierre], jak i w innych krajach. Dla dzieci uzdrowisk takich mamy niewiele, pomimo że twórca sanatorium w Davos, SPENGLER zwracał już w r. 1869 uwagę na pożytek takich zakładów przy zapobieganiu i leczeniu gruźlicy u dzieci

Ponad 1400 m. jest tylko szkoła z uzdrowiskiem w Davos, dla chłopców i dziewcząt z zamożnych domów. Mamy 3 uzdrowiska średniej wysokości dla dzieci zdrowiejących i żołądkowo-gruźliczych z kuracją latem i zimą, są to: zakład Langenbruc w bazelskiej Jura [755 m. wzniesiony], Aegeri w kantonie Zug [850m.] i Schwäbrig w kantonie Appenzell [1151 m.].

Schroniska wiejskie w Ormesson i Villiers-sur-Marne oraz ambulatoryum dla biednych w Paryżu ¹⁾ bardziej zajmują się leczeniem gruźlicy, niż jej zapobieganiem, zasługują jednak na uwagę i naśladownictwo wraz z koloniami sanitarnymi w Noisy-le-Grand i Fremilly z tego względu, że celem ich są dzieci dużych miast, które dają największą liczbę chorych na gruźlicę. DEREQ, kierownik uzdrowiska w Ormesson, zwraca słusznie uwagę na wielką skłonność do cierpień gruźliczych u dzieci po ostrych chorobach zakaźnych. W tych przypadkach znakomite usługi oddają ogólnie już rozpowszechnione kolonie letnie, zapoczątkowane przez pastora BŁON'A w Zurychu w r. 1876, oraz kuracje mleczne, [obecnie tylko w Szwajcaryi], polegające na rozdawaniu mleka i bułek rano i wieczorem i urządzaniu spacerów, połączonych z zabawami.

(Archiv f. Kinderheilk. T. 31. Z. I. II).

Z. Prechner.

Wiadomości bieżące.

— W d. 3 Lipca r. b. w Staszowie [gub. Radomska] obchodzono uroczystość rocznicę 40-lecia praktyki dra WŁADYSŁAWA ROTA w temże mieście. W uroczystości wzięły udział przeważnie okoliczne sfery ziemiańskie.

— W r. b. upływa 25 lat od czasu urządzenia zakładu leczniczego w Sławucie [gub. Wołyńska], który dzięki ofiarności właściciela [ks. Sanguszko] i działalności ś. p. dra PRZESMYCKIEGO i dra DOBRZYCKIEGO z Warszawy wyrobił się na jedno z wybitniejszych miejsc leczniczych w kraju.

— Profesorem okulistyki w Warszawie mianowany został docent NIEZNA MOW z Charkowa.

— W lutym 1902 r. ma się odbyć w Kairze kongres lekarski międzynarodowy.

— W Ostendzie między 1 — 5 września r. b. z okazji wystawy tamże, ma się odbyć kongres higieny morskiej.

Zmarli: w Krakowie dr Jan BUSZEK fizyk tego miasta i w Poznaniu dr JAN PAŃKIEŃSKI, neurolog.

— Od dyrektora zakładu w Nałęczowie, kol. PUŁAWSKIEGO otrzymaliśmy pismo następujące:

„Przy blizkiem już przejściu spółki udziałowej zakładu leczniczego Nałęczowskiego na towarzystwo akcyjne, zamierzonym jest powiększenie kapitału spółki przez wypuszczenie większej liczby 250 rublowych akcji. Chociaż dopiero 10 akcji daje prawo głosu, jednak właściciele pojedynczych akcji uczestniczą w zebraniach, a łącząc się, zyskują na każde 10 akcji głos dla jednego zpośród siebie. Dla rozwoju zakładu szczególnie pożądani są akcyonariusze lekarze, którym leży na sercu rozwój naszych miejscowości leczniczych, mających po temu odpowiednie warunki. Dlatego właśnie zawiadamiam Szanownego Kolegę o przyjmowaniu zapisów na akcje w kancelaryi zakładu. Przy zapisie pobiera się 10% deklarowanej sumy, jako zaliczkę, zapewniając od niej 5% do chwili doręczenia akcji. Bliższych wiadomości udziela kancelaryja zakładu lub niżej podpisany“.

Nałęczów w lipcu 1901 r.

A. Puławski.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Maj 1901.

¹⁾ Patrz referat w Gaz Lek. r. 1900. Nr. 30. [Przyp. spr.].

Dr. W. MALESZEWSKI 0—18

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

P E R T U S S I N

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—25

Apteka komendantury. Berlin C.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).
№ 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899), № 17 Wiener med. B. (1900).

Wiener Aerztl Centralztg. № 12 (1901)

Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Bierthümpfel**, Warszawa, Marszałkowska 133.

Baden pod Wiedniem 0—9**Kąpiele siarczane pierwszorzędne**

Lekarz zdrojowy doktor **Henryk Kümmerling** (polak), ordynuje od 1 Maja r. b. w **BADEN** pod Wiedniem przy Renngasse, 3 i udziela bliższych informacji.


Sanatorium międzynarodowe
Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden. 0—9

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszemi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 **Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel**

A. Hirsch.

Stacja kolei Muszyna-Krynica
z Krakowa 8 godzin jazdy ze Lwo-
wa 12 god., z Budapesztu 12 god.

KRYNICA

Poczta (3 razy dziennie)
i Urząd telegraficzny w miejscu.

ck. ZAKŁAD ZDROJOWY W GALICYI.

3—3

W Karpatach 590 m. n. p. morza. Od stacji kolejowej Muszyna-Krynica godzina bitej drogi. Na stacji wygodne powozy. Środki lecznicze. Źródło: „Zdrój główny” i „Slotwinka” bardzo silnej szesawy wapienno-magneziowo-sodowo-żelazistej. Kąpiele mineralne bardzo obfite w kwas węglowy wolny, metodą Schwarza ogrzewane. Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Skarbowy Zakład hydropatyczny pod kierownictwem specjalisty D-ra H. Ebersa. Kąpiele rzeczne, elektryczne, mięsienie (masage), leczenia dyetetyczne i terenowe. Klimat wzmacniająca podalpejski. Wody mineralne krajowe i wszelkie zagraniczne. Kefir, żentycya, mleko sterylizowane, gimnastyka lecznicza. Apteka. Lekarz zakładowy D-r Leon Kopff z Krakowa, stale cały sezon ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolno praktykujących.

Mieszkania przeszło 1,500 pokoi z całkowitym komfortem urządzonych w cenie od 1 kor. 20 h. zwyż. Dom zdrojowy z hotelem. Czytelnia, wypożyczalnia książek. Restauracya. Pensyonaty prywatne. Hotele, Cukiernie. Kościół katolicki, kaplica. Cerkiew. Muzyka zdrojowa stała (dyrektor A. Wroński). Stały teatr, koncerty, odczyty, bale, wycieczki towarzyskie, place gry, do lawntenis. Spaceru w okolicy urocz Karpac. Rozległy park szpilkowy, wzorowo urządzony, koło 100 morgów obszaru. Frekwencya w r. 1900—5,880 osób. Sezon od 15 maja do 30 września. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpiele, pomieszkai w domach skarbowych i potraw w restauracyi domu zdrojowego o 25% niższe.

W lipcu i sierpniu uienudziela się ubogim żadnych ulg, jak uwolnienia od taks kuracyjnych itp. Rozsyłka wód mineralnych Krynickich od kwietnia do listopada. Składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą.

Bliższych wyjaśnień udziela, na żądanie broszury i prospekta rozsyła

ck. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

10—2

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).

BUSKO

D-r J. MAJKOWSKI

6—6

Starszy lekarz szpitala Ś-go Mikołaja w Busku praktykować będzie przez całą porę kąpielową w willi własnej.

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje

**Woda
Kronendorfska**
alkaliczna szczawa
podług analiz naszych pierwszych powag
jakościowo naczelné miejsce.

Główna sprzedaż: Towarzystwo Akcyjne przetworów chemicznych i aptecznych Henryk Welt, Warszawa.

Od trzech lat istniejące Sanatorium

D-ra MARYANA HAWRANKA

w Zakopanem

prowadzone jest pod tą samą administracją, pod kierunkiem

D-ra Edmunda Majewicza.

3—3