

GAZETA LEKARSKA.

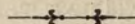
I. WIĄD RDZENIA U DZIECI

oraz kilka uwag o wiądzie rdzenia na tle syfilisu dziedzicznego.

Skreślił

L. D y d y ń s k i,

ordynator kliniki chorób nerwowych i umysłowych.



Wiąd rdzenia u dzieci stanowi zjawisko tak rzadkie, że każdy dokładnie zbadany przypadek tego cierpienia w wieku dziecięcym zasługuje na dokładny i wszechstronny opis. Podobne przypadki nasunąć mogą niejedno pytanie, które dla etyologii i patogenezy tej tak ogólnie znanej, a tak pod wieloma względami jeszcze ciemnej choroby może nie być bez znaczenia. W roku bieżącym miałem sposobność, dzięki kol. GRUŻEWSKIEMU, spostrzec przypadek wiądu rdzenia u 8-letniego chłopca¹⁾, co zniewoliło mnie do zebrania danych z literatury w kwestyi wiądu rdzenia u dzieci, do poddania ich krytycznemu rozbirowi.

Historia choroby naszego chorego przedstawia się następująco:

Marceli K., lat 8, prawidłowej budowy, niezłe odżywiany, umysłowo nad wiek swój nawet rozwinięty. Żadnych chorób zakaźnych nie przechodził. W rok po urodzeniu chodził już dobrze. Trzy lata temu, a więc gdy miał lat 5, rodzice jego zauważyli, że chłopiec nie jest w stanie zatrzymać moczu, który często kroplami oddaje w ubranie. Niejednokrotnie zdarzało się, że i w ciągu nocy oddawał mocz pod siebie. Był to jednak jedyny objaw choroby w ciągu tych trzech lat, który niepokoił rodziców; zresztą chłopiec dobrze wyglądał, chodził do szkoły i na nic się nigdy nie uskarżał. Dopiero w ostatnim czasie, kiedy prócz tego wystąpiły bóle i osłabienie w nogach, udano się z nim po poradę do ambulatoryum szpitalika dla dzieci. Ztamtąd, gdy badanie pęcherza, dokonane przez kol. GRUŻEWSKIEGO, nic w nim nienormalnego nie wykazało, skierowany został chory do mnie dla zbadania układu nerwowego. Badanie to wykazało, co następuje:

¹⁾ Chory demonstrowany był na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaws. w dniu 17 stycznia 1890 roku.

Chód chorego przy otwartych, jak również i zamkniętych oczach nie przedstawia nic nieprawidłowego; osłabienia, ani bezładu w kończynach niema. Chłopiec opowiada jednak, że teraz łatwiej się daleko przy chodzeniu męczy, aniżeli dawniej, rodzina zaś jego zauważyła, że w ostatnich czasach, gdy szybko biegnie, często się przewraca. Zauważyć się daje słaby objaw ROMBERG'a—przy staniu z zamkniętymi oczami i zestawionymi nogami następuje chwianie się całego tułowia. Napięcie mięśniowe na nogach nieco osłabione, nieznaczny stopień hypotonii. Drżenia nigdzie zauważyć się nie daje. Oddziaływanie mięśni i nerwów na prąd przerywany i stały zupełnie prawidłowe. Badanieo druchów wykazuje brak zupełny odruchów kolanowych; jednocześnie nie otrzymuje się również odruchów z ścięgna Achillesa i objawu stopowego. Odruchy skórne otrzymuje się, Odruch brzuszny bardzo wyraźny. Na rękach odruchy ścięgnowe otrzymuje się. Mowa nie zmieniona. Badanie czucia wykazuje nieznaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego na nogach z bardzo nieprawidłową górną granicą, nie przechodzącą na ściany brzuszne.

Badanie oczu wykazało prawidłową refrakcyę oczu, ostrość widzenia, akkomodacyę i obraz wzornikowy. Ze strony źrenic za to zauważyć się dają bardzo ważne objawy: są one przedewszystkiem nierówne; prawa nieco szersza, na światło zupełnie nie oddziaływa, lewa oddziaływa bardzo słabo, przy pierwszej próbie otrzymuje się ślad odczynu, który później ustaje. Na akkomodacyę oddziałwiają obie źrenice, choć słabo. Ze strony innych nerwów czaskowych żadnych zaburzeń zauważyć się nie daje.

Ze skarg chorego najgłówniejsza polega na tem, że nie jest on w stanie zatrzymać moczu, który kroplami oddaje w ubranie. Objaw ten występuje raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu; czasami mijają dnie, a nawet tygodnie, w ciągu których objaw ten znika. Od czasu do czasu występuje i utrudnione oddawanie moczu. Chłopiec czuje potrzebę oddania moczu, musi jednak długo czekać i natężyć się, zanim mocz odda. Badanie pęcherza moczowego żadnych zmian w nim nie wykazało. Prócz tego chłopiec uskarża się na bóle w nogach, nieraz tak gwałtowne, że doprowadzają go do płaczu. Bóle te jest w stanie umiejscawiać na skórze, a o charakterze ich opowiada, że doznaje w czasie nich uczucia, jakby mu coś świdrowało pod skórą. Stale występują u niego i parestezye w nogach—uczucie zimna, drętwienia i mrowienia. Kilkakrotnie bywały napady wymiotów, połączone z ogólnem osłabieniem.

Ojciec chorego w 20 roku życia przechodził syfilis i raz tylko w okresie objawów wtórnych przeprowadził kuracyę swoistą. Żona jego 5 razy ronila: pierwszy raz w drugim miesiącu ciąży, następnie w czwartym, a potem w piątym, siódmym i ósmym. Nasz chory jest pierwszym dzieckiem, które po owych pięciu poronieniach przyszło na świat; troje następnych dzieci żyje i są zupełnie zdrowe. U ojca chorego konstatować się dają teraz bardzo ważne objawy: nierównomierność źrenic, powolne ich oddziaływanie na światło, brak

odruchu kolanowego na prawej nodze i słaby odruch na lewej. Innych objawów chorobowych niema.

Gdybyśmy podobny obraz chorobowy, jak u naszego 8-letniego chłopca, spostrzegali u człowieka dorosłego, byłby to przypadek banalny. Bez najmniejszej wątpliwości postawilibyśmy rozpoznanie wiałdu rdzenia. U dzieci jednak wiałdu rdzenia, jakeśmy to już wyżej wzmiankowali, spotyka się nadzwyczaj rzadko, daleko częściej zaś występuje inna choroba, mająca pewne podobieństwo do wiałdu, lecz stanowiąca odrębną postać nozologiczną, a mianowicie t. zw. bezład dziedziczny, albo choroba FRIEDREICH'a. Z chorobą tą zawsze liczyć się trzeba, chcąc dokładne postawić rozpoznanie wiałdu rdzenia u dziecka. W naszym przypadku możemy z całą stanowczością chorobę FRIEDREICH'a wyłączyć. Brak tu w obrazie klinicznym niektórych cech tak znamienych dla choroby FRIEDREICH'a: zaburzeń w mowie i drżenia gałek ocznych. Wzajemian za to istnieje objaw ARGYLL-ROBERTSON'a, zaburzenia w oddawaniu moczu, bóle strzelające w nogach, parestezye—objawy zupełnie obce chorobie FRIEDREICH'a, a tak charakterystyczne dla wiałdu rdzenia. Prócz tego w naszym przypadku bezład w nogach zaledwie jest dostrzegalny, gdy tymczasem we wszystkich opisanych dotychczas przypadkach choroby FRIEDREICH'a bezład był zawsze wyrażony bardzo wybitnie i przytem najczęściej występował on nie tylko w nogach, ale i w rękach. Dla naszego przypadku pozostaje jedynie tylko możliwem rozpoznanie wiałdu rdzenia w początkowych okresach rozwoju.

Jeżeli się teraz zwrócimy do danych z literatury, to przedewszystkiem przekonamy się, że ze statystyki wiałdu rdzenia u dzieci należy wyłączyć niektóre przypadki niewłaściwie rozpoznane i opisane jako wiałd rdzenia. Prawie wszystkie przypadki te należy odnieść niewątpliwie do choroby FRIEDREICH'a. Podobne błędy dyagnostyczne wytłómaczyć się dadzą tem, że chorobę FRIEDREICH'a, jakkolwiek opisaną już była w 1863 roku, klinicyści i anatomico-patologowie dopiero w ostatnich bardzo niedawnych czasach dokładniej zbadali i przyznali jej prawo obywatelstwa jako odrębnej postaci chorobowej. Przed 10 jeszcze laty prawie każdy z lekarzy, widząc u chorego, chociażby we wczesnym bardzo wieku, bezład i brak odruchów kolanowych czuł się już upoważnionym do postawienia rozpoznania wiałdu rdzenia.

Do takich, niewłaściwie jako wiałd rdzenia opisanych, przypadków należy przedewszystkiem przypadek LEUBUSCHER'a ¹⁾, opisany w r. 1882. Dotyczy on 3½-letniego chłopca, u którego obraz chorobowy posiadał tyle cech właściwych chorobie FRIEDREICH'a, że jedynie do niej może być odniesiony. Z jednej bowiem strony istniały zaburzenia w mowie, bezład, który w ciągu bardzo krótkiego czasu rozwinął się do tego stopnia, że pozbawił chorego możliwości chodzenia, z drugiej zaś strony brakło wszelkich zmian ze strony żrenic, zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, zaburzeń czuciowych. Jako przypadek choroby FRIEDREICH'a stanowi on osobliwość pod tym względem,

¹⁾ LEUBUSCHER. Ein Fall von Tabes dorsalis im frühesten Kindesalter. Berl. klin. Woch. 1882, Nr. 39.

że choroba rozwinęła się tylko u jednego dziecka pośród 4-ga rodzeństwa, w wieku od roku do 8½ lat, gdy tymczasem wiemy, że choroba FRIEDREICH'a prawie zawsze dotyka paru członków jednego rodzeństwa. Ponieważ jednak autor obserwował rodzinę w ciągu bardzo krótkiego czasu, nie możemy być pewni, czy i u innych członków tej rodziny nie rozwinął się później ten sam obraz chorobowy.

Podobnie wyłączyć należy ze statystyki wiądu rdzenia u dzieci dwie obserwacje FREYER'a ¹⁾, niewłaściwie opisane jako wiąd rdzenia. Przedewszystkiem uderza tutaj charakter rodzinny cierpienia. Pośród 13 dzieci jednego rodzeństwa dwaj bracia przedstawiali jeden i ten sam obraz chorobowy, identyczny prawie we wszystkich szczegółach, trzeci zaś brat zdradzał już pewne początkowe objawy tego samego cierpienia. W samym zaś obrazie brakło wielu objawów, nieodzownych prawie dla wiądu rdzenia: źrenice oddziaływały prawidłowo, czucie było nietknięte, czynność pęcherza i odbytnicy pozostała nienaruszoną. Wzamian za to istniało drżenie gałek ocznych, mowa powolna, nieco skandowana i bezład, wyrażony bardzo wybitnie we wszystkich kończynach. U starszego brata choroba wystąpiła dopiero w 11 roku życia, młodszy zaś już w pierwszych latach swego życia miał chód nieprawidłowy, ataktyczny. U trzeciego w chwili, kiedy go autor badał, stwierdzić można było jedynie brak odruchów kolanowych i objaw ROMBERG'a. Pewną wątpliwość co do dokładnego rozpoznania nastęrcza przypadek JAKUBOWITSCH'a ²⁾, jakkolwiek o chorobie FRIEDREICH'a nie może być tu mowy. U 10-letniego chłopca choroba zaczęła się „neuralgicznymi bólami“ w głowie i w stawach kończyn, poczem powoli w ciągu dość krótkiego czasu rozwinęły się następujące objawy: osłabienie siły ruchowej w kończynach, w większym stopniu w nogach, chód ataktyczny, zanik oraz zmniejszenie pobudliwości elektrycznej mięśni na nogach. Co się zaś tyczy odruchów, to w historii choroby wspomniano jedynie, że odruchu kolanowego z jednej strony nie było, z drugiej zaś strony był znacznie osłabiony. Ze strony źrenic, czynności pęcherza moczowego żadnych zaburzeń nie było. Autor w sposób bardzo niedostateczny motywuje swoje rozpoznanie wiądu rdzenia, za którem w danym przypadku przemawiają jedynie dwa objawy: bezład i brak odruchów kolanowych, wszystkie zaś pozostałe objawy wprost mu przeczą. Wobec bardzo jednostronnego i niezupełnego badania trudno jest osądzić z jakiego rodzaju cierpieniem miał do czynienia autor; „neuralgiczne“ bóle w kończynach, paretyczny stan masy mięśniowej, wyraźny zanik i zmniejszenie pobudliwości mięśni w nogach—w związku z przebiegiem choroby najprędzej przemawiają w danym przypadku za cierpieniem obwodowego układu nerwowego. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa był to przypadek wieloogniskowego zapalenia nerwów (*polyneuritis*), który dał obraz wrzekomego wiądu rdzenia (*pseudotabes*).

¹⁾ FREYER. Zur Tabes im jugendlichen Alter. Berl. klin. Woch. 1887. N. 7.

²⁾ JAKUBOWITSCH. Tabes dorsalis im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilkunde. 1884. Band V.

Wobec tylu błędów dyagnostycznych jesteśmy zupełnie usprawiedliwieni, jeżeli nie uwzględnimy i tych przypadków, o których autorowie tylko wspominają, dokładnych zaś historii choroby nie przytaczają. Tak EULENBURG ¹⁾ w swoim podręczniku chorób nerwowych mówi, że spostrzegł 9-letniego tabetyka, ALTHAUS ²⁾ widział objawy tabetyczne u 9-letniej dziewczynki, HENOCH ³⁾ zaś demonstrował w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim 6-letnią dziewczynkę, dotkniętą jakoby więdem rdzenia, bardzo wątpliwym już choćby dlatego, że objawy tabetyczne u niej pod wpływem kuracyi wzmacniającej znikły.

W angielskiej literaturze istnieją opisy przypadków wczesnego więdurzenia, podane przez KELLOG'a ⁴⁾ i HOLLIS'a ⁵⁾. Prace te były dla mnie niedostępne; sądząc jednak z cytat, jakie znalazłem w pracach ERB'a i LEYDEN'a, muszę je uznać za bardzo wątpliwe. KELLOG spostrzegł identyczny obraz chorobowy u dwóch rodzonych braci w wieku lat 6, u innych zaś członków tejże rodziny obserwowano więcej podobnych przypadków; istniała więc dziedziczność, cecha właściwa chorobie FRIEDREICH'a.

W przypadku HOLLIS'a u 13-letniego chłopca istniał wyraźny bezład we wszystkich kończynach, brak odruchów kolanowych i mowa powolna, nieco niewyraźna, źrenice oddziaływały prawidłowo, czucie i wzrok pozostały nienaruszone.

Jeżeli odrzucimy wszystkie powyżej wymienione przypadki, to ilość opisanych niewątpliwych przypadków więdurzenia w wieku dziecięcym redukuje się do bardzo nieznacznej cyfry 6. Trzy z nich należą do REMAK'a ⁶⁾, który je opisał w r. 1885. Są one następujące:

Przypadek I-szy. U 12-letniej dziewczynki pierwsze objawy choroby wystąpiły w 9-tym roku życia pod postacią zaburzeń w czynności pęcherza — niemożności utrzymania moczu, a od czasu do czasu i utrudnienia w oddawaniu moczu. Wkrótce pojawiły się napady omdlewania, połączone niejednokrotnie z wymiotami. Przed dwoma laty przyłączyły się objawy ze strony niektórych nerwów czaszkowych—opuszczenie lewej powieki (*ptosis*), dwojenie się w oczach i osłabienie wzroku. W ostatnim czasie zaczęła się chora prócz tego uskarżać na bóle strzelające w kończynach, parestezye — uczucie zimna, drętwienia w nogach i w rękach, wymioty, połączone z bólami w okolicy żołądka. Przedmiotowo stwierdzono brak zupełny odruchów kolanowych, dość daleko posunięty zanik nerwów wzrokowych i nieznaczne obniżenie czucia dotykowego i bólowego w nogach. Bezładu nie było ani śladu. Ojciec chorej przechodził syfilis, matka 4-krotnie roniła, następnie troje dzieci

¹⁾ EULENBURG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1877. Tom 2-gi.

²⁾ ALTHAUS. Ueber Sklerose des Rückenmarks. Leipzig. 1884.

³⁾ HENOCH. Arch. f. Psych. Band VI.

⁴⁾ KELLOG. Two cases of loc. ataky in Children. [Arch. of Elektr. and Neurol. 1875] praca cytowana jest u ERB'a w ZIEMSEN's Spec. Pathol. und Therapie.

⁵⁾ HOLLIS. Brit. med. Journ. 1880. Przypadek, cytowany w pracy LEYDEN'a. Tabes dorsalis. Wien. 1883.

⁶⁾ REMAK. Drei Fälle von Tabes im Kindesalter. Berl. klin. Woch. 1885. Nr. 7.

zmarło w pierwszym roku życia, pośród trojga żyjących owa chora jest najstarszem dzieckiem.

Przypadek II-gi. 14-letni chłopiec od paru lat uskarża się na dokuczliwe, świdrujące bóle w kończynach, szczególnie w nogach. Przed rokiem wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu i wkrótce potem osłabienie wzroku. Stwierdzono brak odruchów kolanowych i zanik nerwów wzrokowych. Podobnie jak i w poprzednim przypadku nie było ani śladu bezładu, nawet objawu ROMBERG'a. U ojca istniało podejrzenie na syfilis, potwierdzające się w tej okoliczności, że pośród 5-ga dzieci pierwsze przyszło na świat pokryte wyrzutami, drugie wkrótce po urodzeniu zmarło, czwarte zaś urodziło się martwym.

Przypadek III-ci. U 16-letniego chłopca przed 3-ma laty w ciągu dłuższego czasu trwało *enuresis nocturna*, a potem ustąpiło. W ostatnim dopiero czasie zauważył osłabienie wzroku i pewną chwiejność w chodzie przy zamkniętych oczach. Badanie wykazało brak odruchów kolanowych, objaw ROMBERG'a, nieznaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego na nogach i poczynający się zanik nerwów wzrokowych. Ojciec chorego przechodził syfilis i zdradzał również bardzo wybitne objawy wiału rdzenia—brak odruchów kolanowych, nierównomierność źrenic, objaw ROMBERG'a, osłabienie czucia bólowego, bóle strzelające w nogach i zaburzenia w oddawaniu moczu.

W parę lat później przez STRUEMPELL'a ¹⁾ opisany został bardzo interesujący przypadek, dotyczący 13-letniej dziewczynki, u której jednocześnie istniał paraliż postępujący i wiał rdzenia, cierpienia do pewnego stopnia pokrewne ze sobą i nierzadko u ludzi dorosłych występujące współrzędnie. Pominiemy objawy psychiczne, a wskażemy tylko na te, które przemawiały za wiałem rdzenia. Jednym z pierwszych zwiastunów choroby była niemówność utrzymania moczu i kału, zjawiająca się od czasu do czasu; wkrótce potem zauważono u chorej chód chwiejny, niepewny. Badanie przedmiotowe wykazało: nierównomierność źrenic, nieprawidłowość ich formy i zupełny brak oddziaływania na światło przy zachowaniem oddziaływaniu na akkomodację. Na kończynach dolnych konstatowano wyraźny bezład, osłabienie czucia bólowego i całkowity brak odruchów kolanowych. I w danym przypadku, podobnie jak i w poprzednich, zanotować możemy fakt ważny, że ojciec chorej na parę lat przed jej urodzeniem przechodził syfilis. [D. n.]

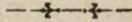
¹⁾ STRUEMPELL. Progressive Paralyse mit Tabes bei einem 13-jährigen Mädchen. Neurol. Centralbl. 1888.

II. KILKA UWAG

O OPERACYJNEM LECZENIU SPRAW ROPNYCH W UCHU ŚRODKOWEM.

Podał

Władysław Mączewski.



Leczenie przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem, zwłaszcza przy powikłaniach ze strony mózgu i jego opon, a co ważniejsza, zapobieganie wystąpieniu tych ostatnich, było zawsze jednym z najważniejszych zadań otyatrii. To też pozostanie niespożyta zasługą SCHWARTZE'go, iż pierwszy wprowadził i rozpowszechnił leczenie operacyjne w tych przypadkach, w których sprawy chorobowe z ucha środkowego rozszerzają się na wyrostek sutkowy, lub wywołują powikłania, groźne dla życia chorego.

Jednakże klasyczna metoda SCHWARTZE'go, polegająca na wydłutowaniu wyrostka sutkowego i otworzeniu jamy sutkowej (*antrum mastoideum*), nie wystarcza w cierpieniach przewlekłych, zależnych od próchnienia lub zgorzeli ścian kostnych jamy bębnekowej lub jamy sutkowej, a zwłaszcza przy sprawach, umiejscowionych w uchyłku nadbębnekowym (*recessus epitympanicus*).

W tych przypadkach w celu skutecznego leczenia należało umożliwić swobodny dostęp do wspomnianych części ucha środkowego, aby mieć możliwość bezpośredniego usunięcia chorobowo zmienionych tkanek, jak również wytworzyć swobodną drogę dla odpływu ropy i produktów rozpadu.

Pierwszy KÜESTER¹⁾, przez wydłutowanie i usunięcie tylnej ściany kostnego przewodu słuchowego zewnętrznego i wytworzenie w ten sposób dostępu do jamy bębnekowej od strony jamy sutkowej, dał początek dzisiejszej t. zw. radykalnej operacji. W rok potem ogłosił STACKE swoją pierwotną metodę (*atticotomia*), polegającą na oddłutowaniu zewnętrznej ściany kostnej uchyłka nadbębnekowego, po uprzednim odpreparowaniu tylnego przyczepu muszli usznej i skórno-przewodu słuchowego, aż do błony bębnekowej.

Obiedwie te metody, jak widzimy, częściowo tylko wypełniały swoje zadanie i dopiero BERGMANN, ZAUFAL, KOERNER i inni przez usunięcie tylnej i górnej ściany kostnego przewodu słuchowego otwierali całkowicie jamę sutkową, wejście do niej (*aditus ad antrum*) i uchyłek nadbębnekowy. Wkrótce i STACKE rozwinął w dalszym ciągu swoją pierwotną attikotomię.

Lecz gdy poprzednio wymienieni autorowie zaczynają operację od dłutowania wyrostka sutkowego, STACKE z powodu, że jakoby tą drogą trudno jest nieraz odnaleźć jamę sutkową, a przy dalszem dłutowaniu łatwo można skaleczyć nerw twarzowy lub kanał półkolisty poziomy błędnika, zaczyna operację jako attikotomię i dopiero, odszukawszy za pomocą zgłębnika od strony jamy bębnekowej wejście i kierunek wchodu do jamy sutkowej (*aditus ad an-*

¹⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift. 1889. Nr. 10—13.

trum), otwiera go i posuwa się w dalszym ciągu ku jamie sutkowej. Metoda ta, używana prawie wyłącznie przez samego autora, nie zyskała naśladowców, ponieważ dziś w najbardziej nawet trudnych przypadkach odnalezienie *antrum* od zewnątrz nie przedstawia wielkich trudności, jak będzie o tem mowa poniżej, a technika operacyjna, przynajmniej mojem zdaniem, jest nierównie trudniejsza i bynajmniej nie chroni od możności uszkodzenia nerwu twarzowego.

JANSEN, również w roku 1890, na X międzynarodowym zjeździe lekarzy, biorąc udział w dyskusji nad pooperacyjnem leczeniem, przedstawił swoją metodę radykalnej operacji, najśmielszą i najdalej idącą, a opartą na zasadzie, że wszystko, co chore, powinno być usunięte i, co zatem idzie, dostęp powinien być wytworzony do jamy bębnekowej w całej jej rozciągłości, oraz do wszystkich części przyległych. Poprzednio pozostawiano zwykle nietkniętą dolną tylną część jamy bębnekowej, zasłoniętą przez wystający nieraz silnie *margo tympanicus posterior*, chociaż w tem właśnie miejscu często bywa próchnienie. Jakkolwiek KOERNER utrzymuje, że nie miał ani razu potrzeby tak daleko się posuwać, a STACKE zasadniczo odradza wykonywania tej części operacji, jako bardzo niebezpiecznej ze względu na bardzo bliskie sąsiedztwo nerwu twarzowego, to przyznać jednak musimy, że tylko usunięcie ogniska próchnienia, gdziekolwiekby się ono znajdowało, pozwala nam liczyć na szybkie i skuteczne zagojenie się rany operacyjnej. Tylko metodą JANSEN'a wykonana operacja może nosić miano operacji radykalnej.

Naturalnie, ażeby w ten sposób mózdz operować z całą pewnością i przy stałej kontroli wzroku, otwór wejściowy musi być zrobiony tak duży, na ile tylko pozwalają stosunki anatomiczne. Nie potrzebujemy zupełnie obawiać się obnażenia ani ścian zatoki poprzecznej, ani opony twardej mózgu, gdyż wiemy z doświadczenia, że nie pociąga to za sobą żadnych nieprzyjemnych następstw, a rana goi się zupełnie prawidłowo. Operując w dalszym ciągu, gdy już jama sutkowa zostanie otworzona i gdy tylna ściana kostnego przewodu słuchowego oddłutowana, a górna ściana aż do dna środkowego dołu czaszkowego usunięta i gdy dalej położenie wchodu do jamy sutkowej (*aditus ad antrum*) za pomocą zgłębnika [od strony jamy sutkowej] dokładnie rozpoznaniem zostanie, opiera JANSEN koniec dłuta o część najbardziej ku wewnątrz, a jeszcze nie usuniętej górnej ściany przewodu, 3 do 4 mm. nad brózdą bębnekową (*sulcus tympanicus*), uderzeniem młotka odbija ją i w ten sposób otwiera wchód do jamy sutkowej (*aditus ad antrum*) i uchyłek bębnekowy. JANSEN ostrzega przytem z naciskiem, ażeby oddłutowywanie najbardziej ku wewnątrz położonej części tylnej górnej ściany przewodu słuchowego nigdy nie wykonywać od dołu ku górze, gdyż wtedy bardzo łatwo uszkodzić ściany kanału półkolistego błędnika i nerwu twarzowego. Przy największej nawet wprawie władania dłutem łatwo może nastąpić pęknięcie, dochodzące do kanału nerwu twarzowego i ten ostatni uledez urazowi.

Wytworzywszy w ten sposób dużą jamę operacyjną od przedniej ściany jamy bębnekowej do tylnej ściany jamy sutkowej, wygładza się powierzchnię kostną rany ostrą łyżką, lub frezą, poruszaną przez motor elektryczny, tak, aby nie pozostawić nigdzie nierówności i występów. Górna ściana jamy opera-

cyjnej powinna z pokrywką bębenkową (*tegmen tympani*) stanowić jedną gładką płaszczyznę i tylko ściany kostne, otaczające nerw twarzowy i kanał półkolisty poziomy błędnika, wystają w ranie jako wał, przebiegający od tyłu i od dołu, ku wewnątrz i ku górze. [Wał ten STACKE nazywa „*Sporn*“].

Należy jeszcze wspomnieć o przygotowaniu do operacji, sposobie odszukania jamy wyrostka sutkowego, oraz nieco o narzędziach. Po ogoleniu włosów otaczających wyrostek sutkowy, na dość znacznej przestrzeni i dokładnem odkażeniu skóry, obwija się u JANSEN'a całą owłosioną część głowy, wysterylizowaną gazą, złożoną w kilkoro. W jednym rogu rozcinamy tyle tylko, aby przepuścić muszlę uszną i odkryć wyrostek sutkowy. Okładanie głowy serwetami nie prowadzi do celu, gdyż te podczas operacji łatwo się zsuwają.

Dłutowanie należy rozpocząć, od tak nazwanego przez BEZOLD'a dołu sutkowego (*fossa mastoidea*). Jest to małe zagłębienie, znajdujące się w kącie, jaki tworzy linia skroniowa (*linea temporalis*), z tylnym brzegiem zewnętrznego otworu przewodu słuchowego, tem wydatniejsza, że zaopatrzona w liczne otwory naczyniowe. Z powodu, że dół sutkowy pokryty jest całkowicie lub w większej części przez podstawę muszli usznej, przeto cięcie skóry, w celu obnażenia go, należy zrobić, nie, jak to czyniono dawniej, na $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ cala za przyczepem muszli usznej [SCHWARTZE], lecz tuż przy nim lub najdalej w odległości $\frac{1}{2}$ ctm. Skórę wraz z okostną należy odpreparować aż do brzegu przewodu słuchowego zewnętrznego, tylną ścianę skórniego przewodu również oddzielić od kości w głąb do jamy bębenkowej. Ku tyłowi odsuwa się okostną tak, ażeby cały wyrostek sutkowy został obnażony. Przy niezmienionej blaszce zewnętrznej wyrostka, jak to najczęściej bywa w przewlekłych przypadkach, za punkty orientacyjne przy dłutowaniu służą nam: dół sutkowy (*fossa mastoidea*), jak to było wyżej powiedziane, oraz linia skroniowa (*linea temporalis*). Ta ostatnia ma wielkie znaczenie z tego względu, że wskazuje na położenie dna dołu czaszkowego środkowego, który znajduje się na wysokości przebiegu tejże linii. [KOERNER utrzymuje, że środkowy dół czaszkowy u długogłowych leży zwykle wyżej, niż linia skroniowa, u krótkogłowych niżej. Również godnem jest uwagi spostrzeżenie tego autora, że u długogłowych zatoka poprzeczna prawie nigdy nie bywa mocno podana ku przodowi i na zewnątrz].

Rozpoczynając zatem dłutowanie od dołu sutkowego i trzymając się ściśle tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego, łatwo w każdym przypadku odnajdziemy jamę sutkową. Uwagi powyższe, tak co do cięcia skóry, jak również dłutowania wyrostka, dotyczą tylko tych przypadków, w których skóra na wyrostku sutkowym oraz blaszka zewnętrzna tegoż nie przedstawiają zmian chorobowych.

Gdy zaś skóra i części miękkie uległy nacieczeniu zapalnemu, a także w razie obecności ropnia pod okostną, lub przetoki, idącej w głąb wyrostka, dłutować należy wzdłuż kanału, wytworzonego przez sprawę chorobową.

Do operacji na wyrostku sutkowym używa się dzisiaj powszechnie dłut. Używane dawniej w tym celu trepany, zarzucono zupełnie, ponieważ działania ich w głębi kości, nie jesteśmy w stanie kontrolować, a wszelkie wymiary, jak

głęboko trzeba trepan zapuścić, aby osiągnąć do jamy sutkowej, są tak różne w poszczególnych przypadkach, że nie możemy się nimi kierować.

W dodatku prawdopodobieństwo skaleczenia zatok żylnych, lub opony twardej mózgu, jest bardzo wielkie. Niektórzy, jak LUCAE i JANSEN używają dłut płaskich, inni rynienkowych. Jednemi i drugimi zarówno dobrze można wykonać operację, zależy to od wprawy i przyzwyczajenia. Pamiętać tylko należy, aby nie używać dłut z dużymi trzonkami, jakie jeszcze tu i ówdzie zdarza się spotykać; przy posługiwaniu się małym ołowianym młotkiem i naodwrot przy dłutach z małymi trzonkami nie używać dużego młotka. Przy dłutowaniu w bliskości zatok żylnych i opony twardej, wyłącznie posiłkować się winno tylko dłutami szerokimi. Dłuta, używane przez LUCAE'ego i JANSEN'a, są płaskie, z zaokrąglonym końcem; najwyższe ma 3 mm. szerokości, najszersze 12 mm.

Za bardzo pożyteczne uważam, stosowane przez JANSEN'a, sztuczne oświetlenie pola operacyjnego za pomocą lampki elektrycznej, umieszczonej na czole operującego, lub zwykłego reflektora używanego do badania ucha.

Przy takim oświetleniu, widzimy w ranie operacyjnej najdrobniejsze szczegóły i kontrolujemy czynność naszych narzędzi. Dodać jeszcze winniem, że JANSEN tak do wysuszania krwi, jak i później do opatrunku, używa wyłącznie suchych kawałków gazy wyjałowionej, albo jodoformowej. Zdaje się wreszcie, że zbyt rzadko byliby dodawać, że rany pooperacyjnej ani zaraz po operacji, ani potem przy zmianie opatrunków, przemywać nie należy ze względu, iż pod ciśnieniem płynu zarazki chorobotwórcze, znajdujące się w ropie, łatwo dostać się mogą do błędnika, lub jamy czaszkowej i spowodować zapalenie opon mózgowych.

W jesieni roku zeszłego, zawdzięczając uprzejmości JANSEN'a, miałem sposobność nie tylko dokładnego przyjrzenia się jego metodzie, lecz i sam wykonałem w jego poliklinice trzy radykalne operacje.

Pierwsza dotyczyła niejakiej Emmy C., kobiety 40-letniej. Chora przybyła na poliklinikę 8 grudnia r. z., skarżąc się na wypływ z lewego ucha cuchnącej ropy, trwający od dzieciństwa, oraz na silny ból w uchu i zawroty głowy, które to objawy wystąpiły dopiero przed paru tygodniami. Przy badaniu znalazłem w przewodzie słuchowym niewielką ilość mocno cuchnącej ropy. Po oczyszczeniu ucha widać brak tylnej połowy błony bębenkowej aż po rękojęść młotka; pozostała część przednia jest przekrwiona i zgrubiała. Ściana wewnętrzna jamy bębenkowej (*Labirynthwand*), widzialna przez otwór, pokryta ziarniną. Zakrzywiony zgłębnik daje się wprowadzić do jamy sutkowej, przy czem wyczuwa się próchniejącą kość. Z jamy sutkowej sączy się nieco ropy.

Słuch mocno osłabiony [słyszy zaledwie mowę głośną tuż przy uchu]. Skóra i części miękkie na wyrostku sutkowym zupełnie prawidłowe, przy ucisku chora odczuwa w głębi dosyć dosyć silny ból.

Do operacji przystąpiłem 10 grudnia r. z. Po uspianiu chorej za pomocą eteru i dokonania cięcia skóry, obnażyłem wyrostek sutkowy, który nie przedstawiał na powierzchni żadnych zmian chorobowych. Wyrostek sam mocno stwardniały, a zatoka poprzeczna tak bardzo była podana ku przodowi, że od-

dalenie jej od tylnej ściany przewodu słuchowego wynosiło zaledwie 1 ctm. To też przy dłutowaniu obnażyłem ścianę zatoki na niewielkiej zresztą przestrzeni. Ściany zatoki były zupełnie prawidłowe. Przy dalszem dłutowaniu i usuwaniu ogniska próchnienia, na pokrywce bębenkowej (*tegmen tympani*), opona twarda mózgu również uległa obnażeniu.

Badając ostrożnie przy pomocy zgłębnika, wyczułem ognisko próchnienia w dolnym tylnym odcinku jamy bębenkowej, oddłutowałem więc brzeg bębenkowy tylny (*margo tympanicus posterior*) i jakkolwiek mięśnie twarzowe lekko drgnęły kilkakrotnie, bezwład nerwu twarzowego nie nastąpił. Po wygładzeniu następnem wszelkich nierówności ostrą łyżką i po wytworzeniu płata z tylnej ściany skórniego przewodu słuchowego sposobem KOERNER'a, a także po wykonaniu transplantacji naskórka, ranę za uchem zaszyłem całkowicie. Jamę operacyjną wypełniłem kawałkami gazy jodoformowej przez przewód słuchowy, układając ją ściśle, w celu dokładnego przyciśnięcia płata do kości. Tu zrobić muszę uwagę, że JANSEN już od dłuższego czasu, przy radykalnej operacji, stosuje metodę plastyczną KOERNER'a, gojąc ranę skórną za uchem *per primam*.

W przypadkach z powikłaniami ze strony mózgu, zatok żylnych lub przy obecności cholesteatomatu wykonywa ją dopiero po pewnym czasie jako operację wtórną. Chcących bliżej zapoznać się z metodą KOERNER'a odsyłam do jego dzieła p. t.: „*Die eitrigen Erkrankungen des Schläfebeins. Wiesbaden. 1899*“.

W ten sposób, dostęp do jamy pooperacyjnej mamy tylko przez przewód słuchowy zewnętrzny, który z powodu wycięcia chrząstki nie tylko z płata, wytworzonego z tylnej ściany przewodu skórniego, lecz i z części muszli usznej, jest z początku na tyle obszerny, że dokonywanie opatrunków i leczenie stają się łatwymi, a po pokryciu się całej powierzchni rany naskórkiem, pozostaje po za otworem zewnętrznym przewodu obszerna jama, którą zawsze z łatwością możemy obejrzeć. Z czasem otwór zewnętrzny przewodu zwęża się o tyle, że nie różni się wiele od zwykłego strony przeciwnej, a chory unika szpecącego dołu po za uchem.

Chcąc zaś zagoić ranę za uchem w sposób zwykły, można to uczynić, nie prędzej jednak, aż jama bębenkowa i dno jamy sutkowej pokryją się całkowicie naskórkiem. Przy tym sposobie postępowania kontrola późniejsza przedstawia więcej trudności.

Drugą operację wykonałem 11 grudnia r. z. u trzyletniego chłopca Willi H.; trzecią 16 grudnia r. z. u dziewczynki czteroletniej Anny J. W obu tych przypadkach na wyrostku sutkowym były ropnie pod okostną, a u Willi H. zgorzel blaszki zewnętrznej wyrostka.

U Willi H. po odjęciu blaszki zewnętrznej, uległej częściowo zgorzeli, miałem już gotowy kanał, wytworzony przez ropę, a prowadzący do jamy sutkowej, tak, iż w tej części operacji posługiwałem się wyłącznie ostrą łyżką i dopiero przy otwieraniu jamy bębenkowej i górnego jej odcinka zmuszony byłem użyć dłuta. Przypadek, dotyczący Anny J., godny był uwagi ze względu na obecność dość znacznej wielkości cholesteatomatu prawdziwego. Za taki musiałem go przyjąć, gdyż wywiady wykazały, iż dziewczynka zachoro-

wała dopiero przed trzema tygodniami na ostre zapalenie ucha środkowego po szkarlatynie; poprzednio zaś nigdy na ucho nie cierpiała. Przez tak krótki przeciąg czasu nie mogła się w żaden sposób nagromadzić tak znaczna ilość złuszczonego naskórka, ułożonego koncentrycznie. W dodatku stan błony i jamy bębnekowej dostatecznie wykazywał, że o zawędrowaniu naskórka do jamy bębnekowej przez otwór w błonie, nie mogło być mowy.

Błona bębnekowa w tylnym górnym odcinku była dość silnie wypuklona, przekrwiona i zgrubiała, a przedziurawienie wielkości łebka od szpilki znajdowało się w dolnym przednim odcinku, nie dochodząc do obwodu. Cholesteatomat zatem istniał już stosunkowo dawno i uległ zakażeniu wskutek nastąpienia ostrej sprawy ropnej w uchu środkowym. I w tych przypadkach wykonałem plastykę metodą KOERNER'a oraz transplantację naskórka. Zmiany opatrunku dokonałem ósmego dnia po operacji.

We wszystkich trzech przypadkach rana za uchem zagoiła się *per primam*, a płąt skórny z tylnej ściany przewodu był już przyrośnięty do kości.

Przejeżdżając w lipcu r. b. przez Berlin, w notatkach polikliniki odnalazłem, że Emma C. po trzech tygodniach po operacji opuściła Berlin, co do niej więc nie mogę powiedzieć, czy i kiedy nastąpiło zupełne wyleczenie, za to Willi H. w dniu 10 lutego r. b., a Anna J. w dniu 16 lutego r. b. odnotowani zostali jako zupełnie wyleczeni. Leczenie zatem pooperacyjne u tych dwojga trwało dwa miesiące.

Doskonałe wyniki operacji radykalnej sprawiły, że wielu otyatrów zaczęło wykonywać ją we wszystkich przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego, jako operację zapobiegawczą, wychodząc z zasady, którą niegdyś wygłosił WILDE: „że tam, gdzie istnieje ropienie w uchu środkowym, nie wiadomo nigdy, kiedy i jak się ono skończy lub do czego doprowadzi“.

Przeciwko temu prądowi, słusznie wystąpiono w ostatnich czasach. Wiele przypadków przewlekłego ropienia w uchu środkowym, jeżeli dotyczą tylko błony śluzowej, trwać mogą bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego dziecięctwa lat.

Powtóre, wiele z nich, przy próchnieniu nawet kostek słuchowych lub pokrywki bębnekowej (*tegmen tympani*), daje się wyleczyć bez operacji, lub, co najwyżej, przez usunięcie kostek słuchowych przez przewód słuchowy zewnętrzny. Biorąc to pod uwagę, tylko ściśle wskazania mogą nas upoważnić do wykonania tak bardzo poważnego rękoczynu, jak operacja radykalna. Wskazania te w tych przypadkach, w których w przebiegu przewlekłego ropienia w uchu środkowym, wystąpią objawy zajęcia wyrostka sutkowego, jako to: zapalne nacieczenie części miękkich, obecność ropnia pod okostną, dalej obecność przetoki na wyrostku lub w przewodzie słuchowym, albo wreszcie, gdy wystąpią powikłania ze strony mózgu, lub zatok żylnych, są wyraźne nawet dla nieznających otyatrii.

Inna rzecz, jeżeli wyrostek sutkowy i pokrywająca go skóra nie przedstawiają żadnych zmian, lub gdy nie ma niepokojących objawów ze strony mózgu, a które to przypadki nie dadzą się wyleczyć bez wykonania radykalnej operacji.

Wtedy, tylko dokładne rozpoznanie, oparte na znajomości badania otytrycznego, pozwoli nam zapobiedz niewątpliwemu wystąpieniu groźnych dla życia chorego powikłań. Zgodzić się można najzupełniej z KOERNER'em, że wykonanie radykalnej operacji jest wskazaniem tylko wówczas, gdy rozpoznamy na pewno przewlekłe cierpienie kości w jamie wyrostka sutkowego lub wchodu do niego (*antrum* i *aditus ad antrum*).

Jeżeli rozpoznanie choroby kości jest wątpliwem, to operację należy wykonać tylko w następujących razach: 1) Skoro do przewlekłego ropienia w uchu średniem przylączą się objawy zatrzymania ropy, jeżeli przyczyny tego zatrzymania nie możemy natychmiast usunąć. 2) Przy obecności w przewodzie kostniaka (*hyperostosis*), niedopuszczającego do dokładnego zbadania ucha i stosowania konserwatywnych metod leczenia. 3) Przy oznakach, zdradzających rozszerzenie się sprawy chorobowej na błędnik, lub przy nagłem wystąpieniu bezwładu nerwu twarzowego. Wreszcie po 4) przy pierwszym znaku wskazującym na powikłania wewnątrz-czaszkowe. Do tych wskazań, postawionych przez KOERNER'a, należałoby jeszcze dodać: 5) Niewątpliwie stwierdzona obecność cholesteatomatu.

Wszystkie inne przypadki należy leczyć wyczekująco. Jeżeli przestrzykiwania bezpośrednio uchyłka nadbębnekowego, gdzie, jak wiemy, najczęściej umiejscowiają się sprawy ropne przewlekłe, nie dadzą się wykonać, z powodu zbyt małego otworu w błonie bębnekowej, należy usunąć młotek, a niekiedy młotek i kowadełko przez przewód słuchowy zewnętrzny. Operacja ta w wielu razach wystarcza do wyleczenia, nieraz bardzo zastarzałych przypadków, a jest zabiegiem nierównie mniej ciężkim dla chorego.

KOERNER utrzymuje, że nawet wtedy, gdy możemy przypuścić tylko, a tembardziej gdy napewno stwierdzimy próchnienie kości w uchyłku nadbębnekowym, usunięcie zdrowych kostek słuchowych, nie mówiąc o tem, gdy i one uległy cierpieniu, przez przewód słuchowy zewnętrzny, pozwala spodziewać się zupełnego wyleczenia, wytwarza bowiem swobodną drogę dla odpływu ropy.

Naturalnie, że usunięcie zdrowych kostek możliwe jest tylko wówczas, gdy słuch jest tak bardzo upośledzony, że kostki te nie mają dla chorego żadnej wartości.

Zestawiając to, cośmy powyżej przytoczyli, możemy powiedzieć, że operacja radykalna jest wskazaną, skoro tylko rozpoznanie wykaże, że przewlekłe ropienie, nie dające się na innej drodze wyleczyć, zależy od ognisk chorobowych, umiejscowionych w uchyłku nadbębnekowym, w jamie sutkowej lub we wchodzie do niej; czy to będzie *caries*, *necrosis*, *osteitis granulosa* lub cholesteatomat.

Leczenie pooperacyjne wymaga wielkiej staranności i znacznego doświadczenia, a nieodpowiednio przeprowadzone może zupełnie zepsuć wynik operacji, nawet najlepiej wykonanej. Chodzi głównie o to, aby jamę, wytworzoną operacyjnie, utrzymać na stałe, co jest możliwem tylko wówczas, gdy powierzchnia pokryje się całkowicie naskórkiem; Aby to osiągnąć, nie można dopuścić do bujania ziarniny i w tym celu pilną należy zwracać uwagę, by poziom jej

nie wystawał po nad poziom tak płata, wytworzonego z tylnej ściany skór nego przewodu, jak również wysepek naskórka, rozrastającego się z miejsc, w których stosowaliśmy transplantacyę. Wszelkie zagłębienia na dnie rany w różnych oddziałach jamy bębenkowej należy bardzo starannie wypełniać małymi tamponami z gazy jodoformowej, przy dobrem oświetleniu rany, a to w celu zapobieżenia utworzenia się zrostów pomiędzy przeciwległemi ścianami. Najlepiej wypełniać jamę operacyjną, zaczynając od jamy bębenkowej, posuwając się ku wchodowi do jamy sutkowej, a w końcu niej samej. Gdy części te zostaną już wypełnione małymi kawałkami gazy dosyć szczelnie i powierzchnia tamponów wyrówna się, wtedy należy użyć większych kawałków gazy i już mniej szczelnie wypełnić całą jamę operacyjną. Bardzo szczelne wypełnianie, jak to robi STACKE, znosi własności sączkowe gazy, źle wpływa na żywotność ziarniny i dla chorego jest bardzo nieprzyjemnem.

Zmianę pierwszego opatrunku rzadko kiedy zmuszeni jesteśmy wykonać wcześniej, niż ósmego dnia po operacyi i tylko jeżeli chory gorączkuje, lub opatrunek wydziela charakterystyczny zapach ropy kostnej należy go mienić natychmiast. Następne opatrunki muszą być zmieniane częściej, a gdy ziarnina pokryje całą powierzchnię rany i wydzielina jest obfita, codziennie.

Gdy tamponowanie rany nie wystarcza, ażeby rozrost ziarniny utrzymać w żądanych granicach, należy użyć ostrej łyżki, albo środków przyżegających, jak: azotan srebra lub galwanokauter. W tym okresie gojenia się rany, gdy powierzchnia jej prawie całkowicie pokryła się naskórkiem i ziarnina tworzy tylko małe wysepki, azotanu srebra *in substantia* używać nie można; łatwo się bowiem rozpluwając, zniszczy młody jeszcze naskórek na mniejszej lub większej przestrzeni. Wtedy najlepsze usługi oddaje nam galwanokaustyka. Użycie kwasu chromnego nie jest do zalecenia. W końcu przy bardzo małych wysepkach ziarniny najlepiej, idąc za radą GRUNERT'a, ranę zostawić otwartą i dozwolnić, aby wydzielina przyschła; pod strupem bowiem najprędzej pokryje się naskórkiem.

III. PRZYPADEK

WĄTROBY RUCHOMEJ, CZYLI WĘDRUJĄCEJ

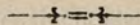
„*Hepar mobile v. migrans. Wanderleber*“

wraz z krótkim poglądem na obecny stan nauki o tem cierpieniu.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu lekarskiem w Kutnie dnia 6 maja 1899 r.]

przez

D-ra med. Edwarda Bernhardta [z Łęczycy].



W końcu października r. z. zgłosiła się do mnie 34-letnia, starozakonna, Chaja B., żona biednego krawca, skarżąca się na dotkliwe bóle w brzuchu, nie

opuszczające jej ani na chwilę. Chora, wzrostu małego [148 ctm.], bardzo nędznie odżywiona, cery blado-żółtawej, z zanikłym pokładem tłuszczowym i licho rozwiniętą tkanką mięśniową. Dotąd jakoby nigdy nie chorowała obłożnie. Pierwsze miesiączkowanie wystąpiło w 15-ym roku życia, w 18-ym roku wyszła za mąż, odbyła 6 połogów prawidłowych i jedno poronienie, które miało miejsce po pierwszych dwóch prawidłowych ciążach. Ostatni poród odbyła przed dwoma laty. Pierwsze napady bólów, męczących ją obecnie, chora zauważyła mniej więcej przed dwoma miesiącami, a więc pod koniec sierpnia r. z. Bóle te umiejscawia chora przeważnie w brzuchu i krzyżu. Obok tego uskarża się tylko na zaparcie stolca, na brak łaknienia i na ogólne osłabienie.

Przystąpiwszy do badania chorej siedzącej, znalazłem narządy klatki piersiowej w stanie prawidłowym. Uderzyła mnie tylko od razu okoliczność, że, mimo braku wszelkich objawów, wskazujących na istnienie rozedmy płuc, jasny płucny dźwięk opukowy na przedniej prawej stronie klatki piersiowej sięgał do górnego brzegu ósmego żebra.

W jamie brzusznej wyczuwał się guz ruchomy, obsuwający się ku dołowi, gdy chora zajęła pozycję stojącą. Guz ten, zawieszony w jamie brzusznej w kierunku skośno-poprzecznym, o powierzchni gładkiej, lekko wypukłej, o wymiarze 15,5 ctm. w kierunku poprzecznym, a 13,5 w kierunku podłużnym, sięga najniżej położoną częścią swoją do prawego zagłębienia biodrowego na wysokości 4 ctm. poniżej pępka na wewnątrz od *spina os. ilei ant. dext.*, górną zaś część guza, w najniższej jego części, wyczuwa się na wysokości 8 ctm. powyżej pępka.

W odległości 6 ctm. od linii środkowej brzucha ku wewnątrz na prawo wyczuwa się bródę.

Kombinując ze zbitości [konsystencji], kształtu i wiotkości guza, że mam do czynienia z przemieszczoną wątrobą, uzupełniłem badanie, poleciwszy chorej zająć położenie leżące. Przekonałem się wtedy, że guz jest ruchomy zupełnie, że rzeczywiście odpowiada fizycznymi swymi własnościami wątrobie, że owa bródka jest wcięciem międzyżyzowem wątroby (*incisura hepatis interlobularis*) i że się powoli guz daje odprowadzić w zupełności na swoje miejsce prawidłowe. Rozpoznałem więc rzadko się zdarzający patologiczny stan t. zw. wątroby ruchomej, czyli wędrującej (*hepar mobile v. migrans*), znany mi dotąd tylko z teorii.

Zapewniwszy się co do prawdziwości rozpoznania, chciałem się przez wywiady dowiedzieć bliższych jakich szczegółów co do czasu, kiedy ten stan chorobowy mógł się zacząć rozwijać, i co do możliwych przyczyn, jakie w danym przypadku na rozwinięcie się jego wpłynąć mogły, ale chora, w biedzie i trosce o chleb powszedni pędząc nędzny swój żywot, nie miała czasu zwracać na siebie uwagi, a nie będąc przytem zbyt inteligentną, nie mogła mi żadnych udzielić wskazówek. Pamiętała tylko, że boleści zaczęła odczuwać mniej więcej przed dwoma miesiącami. Zastanowiło mnie tylko to, że chora po odprowadzeniu wątroby na jej właściwe miejsce żadnej ulgi w boleściach swoich nie doznawała i że, według jej zapewnienia, zmiana położenia na natężenie bólu

nie wpływała wcale, t. j. że ją bóle zarówno męczyły wtedy, kiedy stała, siedziała lub chodziła, jak i wtedy, kiedy leżała. Ta okoliczność była dla mnie wskazówką, że obok istniejącego przemieszczania wątroby rozwija się jeszcze w samej wątrobie prawdopodobnie inna jakaś sprawa chorobowa.

I rzeczywiście, kiedym dnia 7-go listopada, a więc jakie 10 dni po pierwszym widzeniu chorej po raz drugi ją badał, mogłem w stojącej pozycji chorej, na wątrobie w linii środkowej brzucha, na wysokości 9,5 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, wyczuć stwardnienie okrągławe, za naciśnięciem nieco bolesne. Stwardnienie to stopniowo się powiększało.

W połowie listopada wielkość jego wynosiła wpoprzek 2 ctm., wzdłuż 2,5 ctm. W tydzień później wpoprzek 5 ctm., wzdłuż 3,75 ctm. Równocześnie z powiększaniem się tego stwardnienia miąższ całej wątroby przy wymacywaniu zaczął się wyczuwać twardszym. Obejmując palcami ku wewnątrz i ku tyłowi dolny brzeg wątroby w części najniższej zapchniętej, można było wyczuć drugie ruchome, w poprzek leżące, owalne, twarde ciało, dające się czuciem w zupełności oddzielić od masy wątrobowej. Była to ściągnięta przez wątrobę na dół wraz z więzadłem wątrobo-nerkowym prawa nerka.

W pierwszych dniach grudnia guz ów w miąższu lewego zraza wątroby tak dalece się powiększył, że zewnętrzna granica tego zraza dała się wyczuwać na linii, leżącej na 8 ctm. na zewnętrznej linii środkowej ku lewej stronie, a na wysokości 7 ctm. poniżej końca wyrostka mieczykowatego.

W tym stanie przedstawiłem chorą szanownym Panom. Skreśliwszy tedy w krótkich słowach panujące obecnie w nauce poglądy i hipotezy co do istoty tego rzadkiego cierpienia i dla uzasadnienia rozpoznania w danym przypadku, zrobiwszy zupełne odprowadzenie ruchomego guza, zaznaczyłem wyraźnie, że u tej chorej ruchomość wątroby wikła się jeszcze z jakimś zwyrodnieniem samego miąższu wątroby, natury prawdopodobnie rakowatej.

Dalszy przebieg potwierdził w zupełności ówczesne moje twierdzenia. Od połowy stycznia odprowadzanie powiększającej się coraz bardziej w objętości swojej wątroby już tylko częściowo dawało się skutecznić; od lutego stało się już zupełnie niemożliwym. Równocześnie i w prawym zrazie zaczęła się szybko rozwijać druga twarda guzowatość, a przy coraz większem rozrastaniu się guzów w wątrobie, wystąpiły w pierwszych dniach marca: żółtaczką i obrzęk nóg. Wymiar poprzeczny wątroby wynosił wtedy 30 ctm., a podłużny 23 ctm. Już po upływie 10 dni obrzęk zaczął pokazywać się w ścianie brzusznej. W pierwszym tygodniu kwietnia przesiłek wypełniał już całą jamę brzuszną, żółtaczką coraz silniejszą, upadek sił coraz większy, charłactwo ogólne coraz widoczniejsze.

Natężenie bólów brzusznych złagodniało cokolwiek, zapewne dlatego, że wskutek powiększającej się coraz bardziej objętości jamy brzusznej, wątroba, pływając w nagromadzonym w znacznej ilości płynie i tem samem nie stykając się bezpośrednio ze ścianami jamy brzusznej, przestała je szarpać tak silnie, jak poprzednio. Wśród zwiększających się stopniowo objawów wycieńczenia chora zmarła dnia 19 kwietnia.

Zaciekawiony tym tak rzadko się zdarzającym dziwnym stanem chorobowym i odebrawszy na robione przezemnie w tej mierze zapytywania tak od młodszych, jak i od znacznie dłużej odemnie praktykujących lekarzy zapewnienie, że żaden z nich podobnego przypadku nie obserwował, zabrałem się do rozejrzenia się w odnośnej literaturze tak zagranicznej, jak krajowej, i skonstatowałem przedewszystkiem fakt, że u nas w kraju dotąd żadnego przypadku ruchomej wątroby nie obserwowano, a przynajmniej nie opublikowano. Z zagranicznej literatury zaś przekonałem się, że wogóle przypadki wątroby ruchomej rzadko się bardzo zdarzają. Sądziłem przeto, że opublikowanie niniejszej obserwacji wraz z treścią, ale, o ile możności, wyczerpującem podaniem wszystkiego, co dotąd o tem dziwnem cierpieniu pisano i sądono, nie będzie pozbawionem pewnego interesu, popierwsze, jako świeży przyczynek do kazuistyki tego rzadkiego cierpienia wogóle, a powtóre, jako pierwszy u nas w kraju obserwowany przypadek tego rodzaju.

Pierwsze poszukiwania moje skierowałem ku dziełom, traktującym specjalnie o chorobach wątroby. Ale, ku wielkiemu memu zdziwieniu, w żadnym z nich, ani u BIANCHI'ego (1), ani u BONNET'a (2), ani u FRERICHS'a (3), najmniejszej wzmianki nawet o wątrobie ruchomej nie znalazłem. Wśród podręczników, znalazłem w dyagnostyce DA COSTA'y (4), w rozdziale, traktującym o guzach, napotykanych w jamie brzusznej, uwagę, że „oprócz nerki, inny jeszcze narząd, w jamie brzusznej się znajdujący, z położenia swego wyprowadzanym bywa i na wędrówkę się udaje, a mianowicie wątroba“. Przytem przytoczonych jest 5 przypadków, obserwowanych przez CANTANI'ego (5), MEISSNER'a (6), LEOPOLD'a (7), BIETT'a (8) i LOGG'a (9).

Pierwszą wyczerpującą pracę o wątrobie ruchomej zawdzięcza nauka LEOPOLDOWI LANDAU (10), który, zebrawszy w 1885 r. w obszernej monografii wszystkie przed nim obserwowane przypadki w liczbie 31, uzupełnił je 14 własnymi obserwacjami wyraźnej wątroby ruchomej, i 50 przypadkami opuszczenia wątroby. Z tej to pracy zaczerpnąłem wszystkie notatki, odnoszące się do literatury samego przedmiotu. Za okres czasu od 1885 r. do dnia dzisiejszego znalazłem trzy tylko obserwowane przypadki wątroby ruchomej, a mianowicie przez ROSENKRANZ'a (11), LANGENBECK'a (12), RICHELORT'a (13).

Pierwszy, który, zdaje się, obserwował wątrobę ruchomą, nie zdając sobie wszakże dokładnej sprawy z tego stanu patologicznego i mieszając go z wypadnięciem częściowem wątroby przy przepuklinach pępkowych był SAUVAGES (14). Dokładniej i obszerniej opisuje PORTAL (15) wątrobę wędrującą. Powiada on, że „soit à la suite des chutes, soit après des violents efforts, le foie, après avoir opéré un tiraillement de ses ligaments, est descendu dans le bas-ventre beaucoup plus qu'il ne le devait, jusque dans la région iliaque droite, sans avoir plus de volume, ni plus de poids, qu'à l'ordinaire“. Ta jego obserwacja przeszła prawie niepostrzeżoną, nie zwracając na siebie niczyjej uwagi.

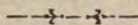
Dopiero CANTANI (16) w 1866 r. pierwszy ogłosił z największą dokładnością i obszernością przypadek obserwowanej przez siebie wątroby ruchomej

i starając się dać wytłómaczenie dla powstawania tego niezwykłego cierpienia, dał bodziec do pierwszych studyów w tym kierunku.

Symptomatologia wątroby ruchomej nie przedstawia nic charakterystycznego. Chorzy, dotknięci tem cierpieniem, doznają głównie boleści w brzuchu z uczuciem obcego jakiegoś ciała, tłoczącego ku dołowi. Bóle te, odczuwane przeważnie w prawej połowie brzucha, promieniują ztamtąd w różnych kierunkach, wzmagają się w stojącym położeniu i podczas ruchów, słabną zaś, a nawet znikają zupełnie podczas leżenia. Obok tego skarżą się chorzy na nieprawidłowości w trawieniu. Miewają odbijania, nudności, prowadzące do wymiotów, bóle kardyalgiczne i zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem. Niejednokrotnie obserwowano żółtaczkę, powstającą przy nietkniętej tkance wątrobowej prawdopodobnie wskutek tego, że szarpane i wywrócone ku dołowi więzadło wątrobo-dwunastnicowe zaciska otwierający się w tę część dwunastnicy przewód żółciowy. [D. n.]

STAN I POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49].

Kurator jest jedynym przedstawicielem szpitala na posiedzeniach Rady. Tu powinien popierać potrzeby, przedstawione czy to przez lekarza naczelnego, czy też przez intendenta do zatwierdzenia Rady. Jeżeli kurator istotnie opiekuje się szpitalem i ma chęć uprzedniego porozumienia się z lekarzem naczelnym i intendentem co do doniosłości danej potrzeby, wówczas na Radzie głos jego zaważy, a sama sprawa zyska zatwierdzenie. Często atoli kurator dopiero na posiedzeniu Rady dowiaduje się o takim lub innym projekcie, dotyczącym jego własnego szpitala i rzecz oczywista, nie może dostatecznie przyjść z pomocą wnioskowi, nie znając zasadniczych motywów tegoż. Niekiedy również niejedyn pożyteczny projekt samej Rady, a dotyczący np. działu lekarskiego, łatwo może ominąć dany szpital już dlatego tylko, że kurator, albo mało, albo wcale nie obeznany z potrzebami w tym kierunku, nie poprze należycie wniosku Rady.

Jak powiedziano wyżej, kurator szpitala bywa zwykle człowiek starszy, znany ze swej pracy i zasług. Skoro osobie takiej, przypuśćmy, już wysłużonej przypadnie zaszczytny obowiązek—opieka nad szpitalem—, oczywiście może ona w szereg swój czas poświęcać temuż. Inaczej rzecz się ma wówczas, gdy kurator, obok obowiązków szpitalnych, musi piastować jeszcze swój urząd jakiś; wtedy, rzecz słuszną, szpitalowi niewiele może poświęcić czasu i zdarza się, że całymi tygodniami w nim nie bywa.

Jakkolwiek Ustawa określa obowiązki kuratora, granice jednak tych obowiązków nie mogą być ściśle oznaczone. Energiczny kurator mimo woli wkroczy nieraz w obowiązki lekarza naczelnego, nie zadawalając się tylko przestrzeganiem prawidłowego postępowania wszystkich osób pracujących w szpitalu. Ze tego rodzaju uszczuplenie władzy lekarza naczelnego nie może korzystnie odbić się na postępie i rozwoju szpitala, widzieliśmy do niedawna nader wybitny tego przykład.

Choć *de mortuis aut bene aut nihil*, nie możemy jednak na tem miejscu pominąć milczeniem działalności nieżyjącego dziś kuratora jednego z większych szpitali.

Człowiek bardzo czynny i energiczny ześrodkował w swych rękach całą władzę w szpitalu, wielce ograniczając i krępując we wszystkim lekarza naczelnego. Na ordynatorów nie zwracano najmniejszej uwagi: wszelkie ich prośby były głosem wołającego na puszczy, a działalność niektórych nawet bardzo pożyteczna częstokroć była przesładowaną. Słowem, trudno wyobrazić sobie tego bezgranicznego poniżenia stanu lekarskiego w owe czasy oraz tej grozy, jaką szerzył jedyny władca na wszystko, co żyło w szpitalu.

Być może, że w dziale administracyjno-gospodarczym potężna ta rąka, ześrodkowująca wszystko sama w sobie, zrobiła bardzo wiele, w dziale jednak leczniczym przez szereg lat literalnie nie robiono nic, odpowiadając wszystkim i na każdym kroku krótko i węzłowato: „niema funduszków“. Wyrazy te, jak zaklęcie czarodziejskie brzmiały nieustannie w uszach każdego lekarza, nadto przekonywały go ciągle, że zarówno on sam, jak i wszelkie jego słuszne poządania są nicością.

Gdyby nie ofiarność wielka i energia niewyczerpana większości lekarzy-ordynatorów, szpital ten dziś byłby muzealną osobliwością, objaśniającą poglądy, jak to przodkowie nasi leczyli chorych. Prawdopodobnie nikt z obcych nie uwierzyłby nigdy, że u nas np. ordynator oddziału chirurgicznego, człowiek o bardzo skromnych funduszach i pobierający 300 rb. rocznej pensyi, musiał za własne swoje pieniądze urządzać salę operacyjną, malował ściany, układał posadzkę kamienną, sprawiał stoły, umywalnię, naczynia szklane, wreszcie sprowadzał z zagranicy narzędzia chirurgiczne. Skoro na zachodzie na dobre zakwitła już antyseptyka i poczęto sale operacyjne urządzać z niebywałym przepychem, cóż ten biedak miał robić tutaj: rwał się, jak mógł, o własnych siłach, nader skromnie tylko naśladowując obcych, szpital zaś nie tylko nie przyszedł mu z pomocą, lecz częstokroć robił mu przeróżne, nieraz niepokonane trudności.

Nie lepiej działo się na oddziale wewnętrznym: ordynator urządzał sobie za parawanem na sali chorych pracownię chemiczno-bakteryologiczną; za swoje własne pieniądze kupował mikroskop, naczynia szklane i odczynniki, wreszcie nowsze środki lecznicze dla użytku chorych.

Wykreślanie zapotrzebowań było jednym z uprzywilejowanych systemów kierowania cięższej maszyny szpitalnej: hamowano tym sposobem zapalone głowy lekarzy; co ocalało pod piórem lekarza naczelnego, to legło na pewno pod ręką kuratora.

Nowsze środki lecznicze, już z uwagi na swą cenę możliwe nawet dla biednych, były zupełnie nieprzystępne dla nędzarzy szpitalnych, a wykreślanie zapotrzebowań na oddziały chirurgiczne pozbawiało nieraz też oddziały środków opatrunkowych na szereg dni; w takich przypadkach ordynator łożył na wateg głównie i gazę z własnej kieszeni.

Uwagi powyższe może zbyt obszerne przytoczyliśmy nie dlatego, aby uwłaczać pamięci nieżyjącego, lecz aby wykazać, że kurator, choćby był człowiekiem bardzo pracowitym i energicznym, nie może dostatecznie uwzględnić wszelkich potrzeb lekarskich już dlatego, że fachowo z nimi nie jest obeznany.

Skoro człowiek z zupełnem oddaniem się spełnia tylko obowiązki, zakreślone ustawą z r. 1842, wówczas jest rzeczywistym opiekunem szpitala, czuwającym nad prawidłową działalnością wszystkich w nim osób oraz dbającym o ciągły rozwój tegoż zakładu oczywiście dla dobra chorych.

Przechodząc do obowiązków lekarza naczelnego, przedewszystkiem winniśmy zaznaczyć, że ustawa z 1842 roku zakreśla obowiązki te nader wielo-

stronnie i rozlegle. Według brzmienia § 552 „lekarz naczelny jest zwierzchnikiem służby lekarskiej w szpitalu i ma poruczony główny nadzór nad należytem udzielaniem pomocy lekarskiej chorym, oraz nad ściśłem wypełnianiem tego wszystkiego, co się odnosi do policyi lekarskiej w szpitalu przez wszystkie osoby, do służby szpitalnej należące“. Po za tem w długim szeregu paragrafów objęte jest wyszczególnianie tychże obowiązków, co możnaby podzielić na 3 grupy, a mianowicie: 1) nadzór nad leczeniem chorych, 2) nadzór nad środkami leczniczymi oraz nad żywieniem chorych, 3) wreszcie zdawanie sprawy przed Władzą zwierzchniczą tak co do chorób, zwykłych, jakoteż co do przypadków nadzwyczajnych i sądowych.

Do grupy 1-szej należą następujące obowiązki: zwiedzanie codzienne wszystkich oddziałów, naradzanie się na wezwanie lekarzy ordynujących w przypadkach cięższych lub trudniejszych do rozpoznania, pomaganie lekarzowi ordynującemu co do sprawadzania nowych metod lub nowych środków leczniczych, dalej kontrola chorych wypisanych ze szpitala lub nadających się do wypisania, wreszcie przenoszenie chorych do innego szpitala lub z jednego oddziału do drugiego.

Grupa 2-ga obejmuje: rozstrząsanie i stwierdzanie swym podpisem kwitów na dostarczenie przedmiotów, służyc mających do opatrywania chorych, zatwierdzanie każdego dnia spisów lekarstw oraz wyciągów żywności dla chorych [relew], przekonywanie się kiedy niekiedy o dobroci artykułów żywności tak po ich przyrządzeniu, jako też surowych, również czuwanie nad sposobem sporządzania i rozdawania żywności, wreszcie bliższy dozór nad apteką szpitalną oraz przekonywanie się o przyzwoitem przysposobieniu i dobrej własności przedmiotów, służyc mających do opatrywania chorych.

Naostatek do grupy 3-ej należą następujące obowiązki: układanie i podpisywanie wszelkich raportów i wykazów ogólnych o stanie i o ruchu chorych z całego szpitala, poświadczanie w rachunkach szpitalnych o należytych własnościach artykułów, dostarczonych do leczenia chorych i ich pożywienia, nakoniec zawiadamianie Władzy w przypadkach epidemicznych i sądowych.

Z powyższego widzimy, jak dalece obszerne są obowiązki lekarza naczelnego w niewielkim choćby szpitalu, ile potrzebuje na to czasu, jeżeli chce sumiennie spełnić swe zadanie, a potem jakie otrzymuje za to wszystko wynagrodzenie. Skoro dodamy do tego jeszcze, że lekarz naczelny ma swój oddział wewnętrzny lub chirurgiczny, a więc oprócz pomienionych musi pełnić obowiązki lekarza ordynującego, tudzież w myśl § 50 dopełnienia do ustawy musi czuwać nad całym gospodarstwem w szpitalu, powierzonym pieczy intendenta, to doprawdy trudno zrozumieć, jak mógłby podołać wszystkim tym obowiązkom jeden człowiek, gdyby usiłował, jak powiedziano wyżej, spełnić je należycie.

W rzeczy samej lekarz naczelny, mając tyle przed sobą, albo nie robi nic, albo też bardzo niewiele. Pewną część swych obowiązków porucza lekarzowi miejscowemu, oddział oddaje pod opiekę temuż lekarzowi, albo któremu ze swych asystentów, sam zaś zadawała się tylko podpisywaniem papierów. Może niejednen lekarz naczelny na początku po objęciu stanowiska swego usiłował coś robić, marząc o podźwignięciu powierzonego sobie zakładu, wkrótce jednak musiał ostygnąć w swych zapalach wobec trudności i przeszkód niepokonanych przedewszystkiem ze strony władzy wyższej, a po części i ze strony zarządu samego szpitala.

„Brak funduszków“ był zwykłą odpowiedzią na większość jego przedstawień i prośb, co echem rozlegało się po szpitalu; w końcu jednak dał za wygrane i dziś lata, jak może, biedę szpitalną, nie myśląc już o jakimkolwiek postępie.

Jeżeli uprzytomnimy sobie to, co powiedziano wyżej o środkach leczniczych i raz jeszcze przyjrzymy się temu straszному ubóstwu, w jakim zagrożone są szpitalne oddziały nasze, to jednak nie będziemy winić lekarzy naczelnych, że nie robią nic dla postępu szpitali; ten sam bowiem skutek osiągnie zarówno ten, który oddawna machnął już na wszystko ręką, jak i ten, który usiłuje jeszcze coś zrobić.

Z tego, co powiedziano, wyraźnie wynika, że powiększenie władzy lekarza naczelnego oraz zmniejszenie niektórych jego obowiązków naprawdę byłoby wielce pożądane i korzystne dla sprawy szpitalnej. To powiększenie władzy rozumielibyśmy jako możliwość zadosyćczynienia potrzebom oddziałów bez odwoływania się do władzy wyższej, rozumie się w granicach dostatecznie obszernych, po za tem możliwość całkowitego rozporządzania się w zakresie gospodarstwa szpitalnego. Jak dalece zmiana taka byłaby upragnioną przez lekarzy ordynujących i ustawicznie borykających się z niedostatkiem, nie potrzeba chyba dowodzić.

Dziś chcesz coś lepszego i nieodzownego zarazem wprowadzić na oddziale, najlepiej kup za swoje pieniądze, inaczej długo możesz kołatać, a w końcu nie nie wskórasz ani od lekarza naczelnego, ani od intendenta.

Co się tyczy zmniejszenia obowiązków lekarza naczelnego, to przede wszystkim zdaje się nam, że zawiadywanie oddziałem stanowi zupełnie niepotrzebny dodatek do jego rozległych już i tak obowiązków. Że tak jest w istocie najlepiej świadczą o tem fakty; zazwyczaj bowiem lekarz naczelny albo ordynuje przelotnie, albo i nie bywa wcale na swym oddziale, lecz powierza go całkowicie lekarzowi miejscowemu lub swemu asystentowi. Czy zyskuje na tem oddział, czy nie, nie będziemy przesądzać; wszelako pewnem jest to, że szpital nic a nic nie straci na tem, skoro lekarzowi naczelnemu oddział ten będzie odjęty.

Przyjrzymy się teraz obowiązkowi intendenta, trzeciej z kolei osoby, należącej do zarządu szpitala, w której rękach spoczywa dział gospodarczo-administracyjny.

Według § 49 ustawy z r. 1870 intendent ma pod swą bezpośrednią opieką cały inwentarz szpitalny, czuwa przytem nad utrzymaniem należytem i odnawianiem tegoż, pilnuje czystości i porządku zarówno na salach, jako też i we wszystkich budynkach szpitalnych, wreszcie ma na względzie dostateczne przewietrzanie i ogrzewanie zwłaszcza sal dla chorych. Słowem, intendent powinien bez przerwy troszczyć się o jak najlepszy stan gospodarstwa szpitalnego, a za wszystkie wykroczenia w tej mierze sam tylko staje się odpowiedzialnym wobec Rady Miejskiej.

Zgodnie z § 50 tejże ustawy lekarz naczelny ma prawo zrobić uwagę intendentowi, skoro dostrzeże jakies braki, szkodliwie wpływające na stan chorych, zresztą może odwołać się ze skargą do Rady Miejskiej, jeżeli intendent nie zastosuje się do jego uwagi.

A teraz przypatrzmy się zblizka, jak wygląda działalność organu gospodarczego w szpitalu, zależącym wyłącznie od Rady.

Dymisjonowany oficer lub urzędnik służby państwowej, a więc człowiek, nie mający najmniejszego wyobrażenia o tem, co jest szpital i co jest chory, najczęściej staje się intendentem. Mając przywilej bezpośredniego odwoływania się do Rady, intendent nie potrzebuje się koniecznie liczyć z rozporządzeniami lekarza naczelnego, a już najmniej zwraca uwagi na słuszne, bądź co bądź, i nieodzowne nieraz zapotrzebowania lekarzy ordynujących; zazwyczaj więc w dziale należącym do swych obowiązków rozporządza się według własnego zrozumienia rzeczy. Jeżeli z licznych tych obowiązków weźmiemy pod uwagę tylko utrzymanie pomieszczeń szpitalnych wewnętrzne, a więc sal dla chorych, kurytarzy, kąpieli i ustępów, to zdaje się, że człowiek, chcący

odpowiedzieć należycie temu zadaniu, powinien mieć koniecznie trochę więcej niż przeciętne pojęcie o higienie. Ponieważ to przeciętne pojęcie u nas jest nader mizerne i tworzy się zazwyczaj z czegoś kiedy niekiedy zasłyszanego lub na sobie odczutego, to nawet dziwić się trudno, że intendent w dziale tym częstokroć robi kapitalne błędy, wpadając w ciągłą ze sobą samym sprzeczność.

Z drugiej znowu strony, jeżeli intendent ma dość energii i nieco więcej odczuwa ową potrzebę higieny, to niechybnie staje mu na przeszkodzie ów płynący z góry duch oszczędności bezwzględnej, który przenika nawskroś całą jego istotę.

Każdy z nas wie o tem, że higiena sporo kosztuje, daje zaś skutki tak mało namacalne dla wszystkich wzamian za wydatki tak dotkliwe i widoczne; wreszcie według naszych pojęć higiena jest owym „luksusem“, bez niej można łatwo obejść się, czego najwyraźniejszym dowodem są wszystkie bez wyjątku szpitale nasze.

Nadzór nad ogrzewaniem i przewietrzaniem sal należy do obowiązków intendenta. Oba te akty wskutek braku odpowiedniej wentylacji są w ciągłej ze sobą sprzeczności. W lecie przy otwartych w ciągu dnia oknach powietrze na salach jest dobre, w nocy przy uchylonych jest zaledwie znośne, tymczasem w zimie otwieraniu okien niema mowy, lufciki zaś albo nie odmykają się wcale, albo też tylko na chwilę i to z wielką obawą, aby ciepło z sali nie uciekło. Skoro przy najwyższym ogrzaniu sali ciepłota nie przekracza 15° R., to trzeba oczywiście zadowolić się zaduchem i nie otwierać lufcików, inaczej bowiem chorzy będą srodze marzli. Jak powiedziano wyżej, w większości szpitalów albo niema zupełnie wentylacji, albo jest tylko kominowa bez motoru, a więc, właściwie mówiąc, nic nie warta; nie mniej przeto nawet wśród takich biedackich warunków możnaby jeszcze coś niecoś złemu zaradzić, możnaby np. palić w piecach więcej, niż obecnie, albo palić 2 razy dziennie, a obok tego otwierać lufciki na przeciąg czasu, o ile można, dłuższy, kilkakrotnie w ciągu dnia. Tymczasem ponad zwykłą, raz już uświęconą miarkę węgla do każdego pieca intendent nie da ani żdźbła więcej bez względu na to, jaka jest ciepłota na dworze. [D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

117. Baumgarten. Przyczynek do nauki o odporności przyrodzonej.

Teorya MIECZNIKOWA, upatrująca jedynie w fagocytozie wytłómaczenie zjawiska odporności wrodzonej, ustąpiła miejsca pogładowi, głoszącemu, że w zjawisku tem działają przedewszystkiem substancye bakteryobójcze krwi, t. zw. przez BUCHNER'a aleksyny: dzięki im, czysta hodowla jakiegokolwiek zarazka chorobotwórczego, przez czas pewien poddana działaniu surowicy, a następnie wylana na płytki agarowe, albo wcale nie tworzy kolonii, albo tylko szczupłą ich ilość.

W ostatnich czasach BUCHNER, główny obrońca tej teoryi, przypisuje aleksynom własności fermentów trawiących i w ten sposób objaśnia wpływ ich zgubny na drobnoustroje.

BAUMGARTEN uważa istnienie aleksyn za hipotezę, zupełnie nie dowiedzioną, a w powyżej wspomnianem swoistem działaniu surowicy krwi widzi zjawisko t. zw. plazmolizy. Jeżeli bakterję przeniesiemy z jednego płynu do drugiego o innym ciśnieniu osmotycznym [to ostatnie zależy przedewszystkiem od ilości rozpuszczonych soli], to zaródz jej zacznie się kurczyć, oddzielać od bło-

ny komórkowej i przewęzać na małe kuliste odcinki, wskutek czego bakteria przybiera wygląd szeregu perełek.

Lasecznik tyfusowy, karbunkułowy, choleryczny i t. d., przeniesiony z bulionu do surowicy, podlega właśnie takiej plazmolizie; nie spowoduje ona całkowitego ich obumarcia, ale znakomicie zmniejsza ich żywotność, a gdy to działanie szkodliwe skojarzy się jeszcze z zaburzeniami w sprawie przyswajania, jakim podlegają bakteryje, przeniesione z jednego środowiska do drugiego, a więc w nowe warunki bytu, do których nie są na razie przystosowane — zrozumimy, dla czego w następstwie dają początek nielicznym tylko koloniom na płytkach, albo nawet wcale się tu nie rozmnażają.

Plazmoliza zbyt długo trwająca, albo zbyt intensywne, może nawet w niektórych przypadkach spowodować obumarcie komórki uorganizowanej. Tak zwana aglutynacja stanowi właściwie tylko ciąg dalszy zjawiska, bo dzięki lepkości surowicy bakteryje, plazmolizie uległe, zlepiają się w grudki.

Działanie enzym [trypsyna, pepsyna] B. badał, a pod drobnowidzem przedstawia się ono inaczej, niż plazmoliza.

Surowica po kilkogodzinnem gotowaniu przy 55° C. traci zdolności bakterycydojęzyczne. BUCHNER objaśnia to rozkładem aleksyn; BAUMGARTEN zaś twierdzi, że surowica ulega tu pewnym drobnym zmianom chemicznym [np. wytworzenie się peptonu z albuminów w minimalnych chociażby ilościach], wskutek czego staje się gruntem odpowiedniejszym dla wzrostu drobnoustrojów, które też są tem wrażliwsze, im bardziej są przez plazmolizę osłabione.

Zgodnie z teorią BUCHNER'a, ogrzana surowica powinna tracić zdolność bakterycydojęczą względem tych wszystkich mikrobów, dla których jest zabójczą w stanie zwykłym. Tymczasem nie zawsze tak się dzieje: sprawdza się to np. na laseczniku tyfusowym, ale jest nieprawdziwym dla karbunkułu. Inaczej się ma sprawa z plazmolizą.

Lasecznik tyfusu w ogrzanej surowicy wzrasta szybciej, niż w nieogrzałej, a jednocześnie i plazmoliza w kropli ogrzanej występuje daleko słabiej; lasecznik natomiast karbunkułu w ogrzanej surowicy wcale się lepiej nie rozplenia, niż w nieogrzałej, ale też i plazmoliza tu i tam z jednakową występuje siłą. A więc plazmoliza tu rozstrzyga, a nie bakterycydojęczość krwi.

W świetle badań BAUMGARTEN'a odporność wrodzona zależy od tego, iż dany osobnik, rodzaj, czy rasa nie posiada w tkankach swoich gruntu, odpowiadającego warunkom rozwoju danego zarazka. Są to różnice minimalne, ale bakteryolog wie, jak duży wpływ one wywierają na rozrost bakteryi; wszak nieznaczna czasem zmiana odczynu, dodanie minimalnych ilości peptonu, cukru lub gliceryny może grunt niewłaściwy przeobrazić w bardzo odpowiedni dla rozwoju danej bakteryi.

(Berl. klin. Woch. № 41, 1899).

A. Lande.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

Z wydziału higieny ludowej.

Na posiedzeniu wydziału dn. 18. XI. odczytano projekt kwestyonaryusza w sprawie kąpeli publicznych i czystości ludu.

Dotąd zdołano się dowiedzieć zaledwie o 3 łaźniach wiejskich, a i to dwie z nich już nie są czynne.

D-r A. SAWICKI przysłał opis łaźni w cukrowni Leonowie. Łaźnia ta, wzniesiona przed 4 laty według planu OBREBOWICZA i MATECKIEGO kosztem

2270 rb., czynną jest w piątki i soboty. Podczas kampanii korzysta z niej darmo 30—60 osób dziennie, po kampanii 10—20. Przeciętnie wypadaloby 5 kąpeli rocznie na robotnika. Koszt roczny utrzymania łaźni wynosi 175 rb. Prócz łaźni Leonów posiada łaźienki na Wiśle dla robotników, postawione przed 20 laty kosztem 1000 rb., a utrzymanie ich kosztuje rocznie 80 rb.

Nadesłano dane, dotyczące czystości służby folwarcznej, z paru wsi gub. płockiej. Dane te brzmią smutnie. Nawet dzieci przy piersi kąpią się zaledwie przez pierwsze 2—3 tygodni życia co dzień lub co drugi dzień. Później kąpią je przez kilka miesięcy jeszcze do roku raz lub dwa razy na tydzień. Przesąd wrzucania brudnych pieluszek do kąpeli, aby się dziecko lepiej choowało, wśród ludu mało jest rozpowszechniony.

Po za wiekiem niemowlęstwa kąpeli ciepłych nikt nie bierze, chyba w chorobie, jako środek leczniczy. Wannę zastępuje wtedy beczka lub kadź. Czeszą się i myją dokładnie mydłem lub naparem z popiołu drzewnego na ogół tylko na niedzielę i święta. Do codziennego mycia twarzy i rąk mężczyźni nalewają wody w usta i puszczają ją na złożone dłonie. Do obmywania dzieci często służy mokra szmata lub ciepła woda, pozostała po płukaniu i obieraniu kartofli. Miednicę zwykle zastępuje miska od jedzenia lub szafel od zmywania statków. Ręcznik wyjątkowo tylko bywa używany. Z kąpeli rzecznych i stawowych kobiety i zwłaszcza ludzie starsi mało korzystają. Wogóle z wiekiem coraz mniej dbają o czystość.

Koszulę zmieniają raz na tydzień; bieliznę na pościeli i słomę w siennikach 3—4 razy na rok. Gruntowne mycie izby odbywa się przy bieleniu ścian [3 razy na rok]; zamietanie izby — codziennie. Tu i owdzie kupki śmiecia w kącie izby zastępują nocnik. Okna nigdy się nie otwierają. Statki myją codziennie i to dokładnie.

D-r ŁAZAROWICZ odczytał rzecz o ratowaniu w nagłych wypadkach na prowincyi. Wskutek nieznanomości najprostszycch zasad ratownictwa ginie u nas mnóstwo ludzi. Ł. żąda, żeby z nauką higieny łączono wykłady o ratownictwie, żeby wykłady te były obowiązkowe w szkołach technicznych i leśnych. Odczyty popularne o ratownictwie należy urządzać, gdzie się tylko uda, a zwłaszcza już w towarzystwach sportowych, strażach ogniowych ochotniczych, warsztatach kolejowych. Z książek odnośnych w naszym piśmiennictwie najlepszem jest tłómaczenie odczytów ESMARCH'a. W rozprawach zwracano uwagę, że odczyty takie byłyby pożądane i przy kursach ogrodniczo-pszczelniczych [p. KUCZAŁSKA], że pożądane byłyby towarzystwa ratownicze zwłaszcza w osadach fabrycznych na wzór niemieckich samarytańskich [D-r ZWEIFBAUM], że należałoby ściśle opracować i ograniczyć plan takich wykładów, aby nie stały się źródłem partactwa lekarskiego [D-r JAWORSKI].

D-r JAKIMIAK zwraca uwagę, że wskutek braku własnego organu towarzystwa higienicznego wiele cennych referatów ginie, nie dostając się do druku, inne zaś, drukowane po różnych pismach, trudno byłoby w razie potrzeby odnaleźć.

Na posiedzeniu dnia 2. XII. odczytano przyczynek do higieny szkół ludowych D-ra PEŁCZYŃSKIEGO z Kolna. P. za zgodą dyrekcji naukowej łomżyńskiej rozesał kwestyjonaryusz do nauczycieli i odebrał nań 147 odpowiedzi. We wszystkich prawie szkołach brakuje powietrza [wypada bowiem zwykle na dziecko od 1/4 do 3 metrów sześć.], niema dobrej wentylacji, niema rozbieralni [dzieci siedzą w izbie szkolnej w zwierzchniem ubraniu, pełnem pyłu lub wilgoci], niema ławek zastosowanych do wzrostu. Większość szkół ma oświetlenie niedostateczne lub nieodpowiednie, jest zimna i wilgotna, podwórze ma niebrukowane, błotniste, wychodków osobnych dla dziewcząt i chłopców nie po-

siada, wodę do picia ma złą [z rzeki, stawu, ze studzien zaniedbanych i zanieczyszczonych sąsiedztwem gnojowisk, ustępów, pojeniem bydła, praniem bielizny]. W wielu szkołach brakuje ogródka, podwórza, wychodka. Wiele szkół zajmuje tylko część domu, w pozostałej zaś części mieści się nieraz areoszt gminny, sklepik żydowski, zajazd z szynkiem. Domy szkolne przeważnie są drewniane. Domy szkolne wynajęte mniej grzeszą przeciw higienie, niż budowane umyślnie na ten cel ze składowi szkolnej; wtedy bowiem oszczędność góruje nad wszystkimi innymi względami.

Dr. HONOWSKI ze Zwolenia nadesłał rzecz o pomocy akuszeryjnej w krótkości. Domaga się pilniejszej kontroli nad kobietami. Żąda obowiązkowych oględzin przed pogrzebem zwłok matek i noworodków zmarłych przy porodzie. Żąda zaprowadzenia ksiąg gminnych do zapisywania i porodów i obsługujących je babek, o czym każdy powinienby donosić we 24 godziny po porodzie. Sądzi, że każdy lekarz z istniejącego nawet materiału mógłby już wybierać babki staranniejsze i sumienniejsze, popierać je i douczać. Od lekarzy wymaga ściślejszej aseptyki nawet w przypadkach na pozór już zakażonych, wyrozumiałości dla chorych i ich otoczenia, wielkiej oględności w decydowaniu się na operację.

Dr. WRÓCZYŃSKI z Białej opisał kilka przykładów chorób zakaźnych w mieszkaniu przekupniów, handlujących artykułami spożywczymi. Przykłady te jaskrawo wykazują, jak zdrowie klas zamożniejszych zależy od braku czystości w klasach najuboższych.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

D-r CHIPAULT, redaktor i wydawca czasopisma „*Travaux de Neurologie Chirurgicale*“ zamierza w kwietniu roku przyszłego [1900] podać w temże piśmie dokładny przegląd obecnego stanu chirurgii układu nerwowego. Pogląd ten ma się składać z szeregu artykułów, opisujących stan omawianej kwestyi w rozmaitych krajach. Podjąwszy się wykonania odpowiedniego referatu z literatury polskiej, odwołuję się za pośrednictwem Gazety Lekarskiej do łaskawej pomocy Szanownych Kolegów, gdyż bez tego nie będę w stanie wywiązać się z zadania nawet w sposób średnio zadawalający. Nie idzie mi tu bowiem o rzeczy drukowane, których zebranie wobec wykazu kol. CHŁECHOWSKIEGO i przeglądów piśmiennictwa nie nastęrcza trudności; prośba moja natomiast ma na widoku głównie dostarczenie mi materiału dotąd nieogłoszonego. W nadesłanym mi programie D-r CHIPAULT żąda opisu rozwoju historycznego omawianej kwestyi oraz przedstawienia jej stanu obecnego. Na to ostatnie powinny się składać: chirurgia czaszki i mózgu, kręgosłupa i rdzenia, nerwów obwodowych, zaburzeń troficzných, ulepszenia w technice, narzędzia, leczenie następce, wreszcie bardziej interesujące spostrzeżenia ogłoszone i nieogłoszone. Otóż ośmielam się prosić Szanownych Kolegów o jak najrychlejsze nadsyłanie mi odpowiedniego materiału, a głównie o dostarczenie krótkich opisów [po polsku i po francuzku] spostrzeganych przez siebie lub operowanych przypadków, o ile te nie były drukiem ogłoszone. Z oddziałów, rozporządzających obszernym materiałem, o ileby dostarczenie mi dokładnego aparatu okazało się niemożliwym, radbym otrzymać przynajmniej opis ważniejszych przypadków oraz możliwie dokładną statystykę wszystkich.

Ponieważ referat swój muszę wysłać w lutym, ośmielałem się przeto prosić o dostarczenie mi materiałów w końcu stycznia r. 1900.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku.
Bronisław Sawicki.

Warszawa. Krucza 47.

Wiadomości bieżące.

— 2 — 3 —

— Wyszedł z druku kalendarz dla lekarzy-praktyków na rok 1900, opracowany przez D-ra AL. FRUCHTMANA. Treść kalendarza podana jest w ogłoszeniach. Cena za egzemplarz 1 rb. 20 kop., z przesyłką pocztową 1 rb. 40 kop.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna* № 50. S. KOPCZYŃSKI. Przyczynki do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu, oraz słów kilka o t. zw. „*Pseudoparalysis luetica*“. [C. d.] W. POPIEL. Drgawki porodowe [Eklampsja] w świetle badań współczesnych. [C. d.]. — *Nowiny Lekarskie* № 12. K. NOISZEWSKI. W sprawie terminologii anatomicznej. — *Kronika Lekarska* № 24. I. PIOTROWSKI. Z kazuistyki szpitalnej.

Od Wydawcy.

— 2 — 3 —

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1900 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1900 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Sprostowanie: W N-rze 50 Gaz. Lek., na str. 1306 w wierszu 11 od góry, zamiast „z moczanów“ powinno być „z węglanów“.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводлено Ценауро.о Варшава, 9 Декабря 1899. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

OPUŚCIŁ PRASĘ:

Kalendarz Lekarski

NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

Treść stanowią: Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitale warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytulki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb felecerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

Podręcznik terapeutyczny, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszszowych, lawatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łączniey, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do zwierząt, do pędzłowania gardła i krtani, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropeł w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica poglądowa ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwiedzanie mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno- i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę, („crocodil“, „marocco“, „chagrin“), **notatnik** wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica Ś-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

OPUŚCIŁ PRASĘ

Kalendarz dla lekarzy - praktyków

na rok 1900

D-ra A. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktove i stemplowe, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akużerek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łączniey i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokoku, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacyi uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga mężczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego wzrost i waga zdrowego dziecka, tablicę ciąży, ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Nabywać można za pośrednictwem redakcyi czasopism lekarskich oraz księgarni W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.

GABINET DENTYSTYCZNY

D^{-ra} F. KOŁAKOWSKIEGO

Krucza 41.

Prospekt na rok 1900.

GAZETA POLSKA

CODZIEN GAZETA.
Co tydzień książka.
COROCZNIE 52 TOMY.

Pismo codzienne

z Tygodniowym Dodatkiem Książkowym

wychodzi w Warszawie

przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

Codzien Felieton (nauka, sztuka, literatura, sprawy społeczne).

200 korespondentów w kraju i zagranicą.

Telegramy od korespondentów własnych i od Agencji.

Dział handlowo - ekonomiczny.

Bezpłatny

COROCZNIE

52 tomy

DARMO.

DODATEK

Odpowiedzi prenumeratorom na wszelkie zapytania

Każdy prenumerator **Gazety Polskiej** otrzymuje jako bezpłatny do niej dodatek:

co tydzień książkę

CZYLI

Corocznie 52 Tomy książek bezpłatnie.

W roku 1900 wyjdą w dodatkach dzieła:

Henryka hr. Rzewuskiego, K. Chłędowskiego, A. Dygasińskiego, A. Gruszeckiego, W. Kosiakiewicza, Wal. Łozińskiego, Ostoi, Wł. Rejmonta, St. M. Roguskiego, St. Iwanickiego, W. Hugo, Walter-Scotta, Goethego i wielu innych pisarzy.

W wyborze dzieł dodatków bezpłatnych **Gazety Polskiej** biorą udział pp.

ZYGMUNT GLOGIER, KAZIMIERZ KASZEWSKI, IGNACY MATUSZEWSKI.

Cena „Gazety Polskiej” wraz z bezpłatnym dodatkiem 52 tomów książek rocznie.

w Warszawie:

Rocznie . . .	rb. 9 k.	60
Półrocznie . . .	„ 4 „	80
Kwartalnie . . .	„ 2 „	40
Miesięcznie . . .	„ kop.	80

Z przesyłką pocztową:

Rocznie	rb. 12
Półrocznie	„ 6
Kwartalnie	„ 3

Adres: Warszawa, Warecka Nr. 14.

Redaktor i Wydawca **Jan Gadomski,**