

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. A. OBRZUT. Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich gruźliczych. — II. E. MODRZEJEWSKI. O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego (*Otitis media suppurativa chronica*) [Dalszy ciąg]. — Odcinek. Notatki z podróży po Indiach Wschodnich za 1880—1881 r. opisał OLECHNOWICZ — *Dział sprawozdawczy*. 18 A. MALINOWSKI. Przegląd ważniejszych prac dotyczących symptomatologii, powikłań i leczenia tyfusu brzuszego za r. 1885 [Ciąg dalszy]. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia Komitetu kasy wsparcia. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z ZAKŁADU ANATOMO - PATOLOGICZNEGO PROF. D-RA HLAVY W PRADZE CZESKIEJ.

## I. PRZYSZYNEK DO NAUKI O KOMÓRKACH OLBRZYMICZ GRUŹLICZYCH.

Podał

**D-r Andrzej Obrzut,**  
I-szy ordynator tegoż zakładu.

Twory, zwane komórkami olbrzymiemi, były już oddawna przedmiotem licznych mniej lub więcej wyczerpujących badań i to najlepszych sił na polu histologii. Pomimo to jedynym po dziś dzień wynikiem badań jest tylko dosyć dokładna morfologija tych pierwiastków gruzelka. Pochodzenie ich, znaczenie i stosunek do innych wytworów gruźlicy pozostały dotąd niewyjaśnionemi.

Krótki przegląd historyczny przekonać może, jak sprzeczne, czasem nawet jednostronne były zapatrywania się autorów na ten przedmiot.

VIRCHOW, który pierwszy zwrócił uwagę na komórki olbrzymie, wprowadzał je z komórek łączno-tkankowych, nie wykluczając możebności, że i komórka nabłonka lub śródbłonka (*endothelium*) mogą im dawać początek.

Dokładną histologiję komórek olbrzymich podał dopiero LANGHANS <sup>1)</sup>, który podniósł ułożenie jąder na obwodzie, jako częstą właściwość tych komórek. Według tego autora, są one prawie stałym składnikiem gruzelków wszystkich narządów, widzi w nich zatem coś charakterystycznego dla gruzelka. Jako właściwość nieznaną we wszystkich innych komórkach, opisuje dalej LANGHANS rodzaj osłonki (*Mantel*), odgraniczającej obwodowo ułożone jądra od otoczenia. Osłonka składa się z takiej samej ciemnoziarnistej masy jak i część środkowa komórki, jest prawie jednolitą lub delikatnie prążkowaną. Pochodzenie osłonki LANGHANS pozostawia niewyjaśnionem, przypuszcza zaś dwie możebności: albo jest ona wydzieliną samej komórki olbrzymiej, albo też została utworzoną na obwodowych

<sup>1)</sup> „Ueber Riesenzellen mit wandständigen Kernen“. Archiw VIRCHOW'a tom 42.

jądrach przez inne komórki z otoczenia, czyli raczej przez zlanie się tych ostatnich w jedną masę jednolitą, błyszczącą. Co do samych komórek olbrzymich, to LANGHANS przypuszcza z większem prawdopodobieństwem powstawanie ich z jednej komórki, przez dzielenie się jąder w jednej masie protoplazmatycznej. Zlewanie się zaś więcej komórek w jedną uważa za objaw nieznan w histologii narządów ludzkich. Możliwości tej jednak nie wyklucza, lecz stanowczo w każdym razie sprzeciwia się powstawaniu komórek olbrzymich z śródbłonka naczyń.

KOESTER <sup>1)</sup> uważa komórki olbrzymie za stały składnik gruzelka i wyprawdza je z śródbłonka naczyń krwionośnych.

Do największego znaczenia dochodzi komórka olbrzymia w poglądach SCHUEPPEL'a <sup>2)</sup>. Dla niego komórka olbrzymia jest pierwszym zjawiskiem anatomicznem gruźlicy i punktem wyjścia całej sprawy gruźliczej. Drugi składnik gruzelka, komórki nabłonkowate [epitelioidalne], pochodzą z komórki olbrzymiej przez odwężanie się jej części; w miarę wzrostu gruzelka, musi ona się zmniejszać, a wreszcie zniknąć, z jej zaś materiału powstaje gruzełek. Gruzełek zatem, nie mający komórek olbrzymiej, musiał kiedyś mieć takową i dlatego jej nie ma w pewnym okresie, że się w nim niejako rozpuściła. Z powodu, że SCHUEPPEL nie znalazł nigdy w gruzelku naczyń limfatycznych, przypuszcza on, że komórka olbrzymia powstaje w naczyniach krwionośnych i to w ten sposób, że ciała białe w naczyniach zlewają się z sobą (*Archiv der Heilkunde* 1868). Później zmienił on to zdanie (*Untersuchungen über Lymphdrüsentuberkulose* 1871) i przyjął, że jądra komórki ułożone na obwodzie, są śródbłonkiem naczyń, środek zaś takiej komórki zawiera osocze krwi lub rozpadłe ciała białe.

Odmienne tak od wszystkich poprzednich jak i następnych są zapatrywania BRODOWSKIEGO <sup>3)</sup>. Zgadza się on tylko w tem z innemi, mianowicie z SCHUEPPEL'em, że powstawanie komórek olbrzymich jest w ścisłym związku ze zmianami

<sup>1)</sup> Ueber fungöse Gelenkentzündung. *VIRCHOW'S Arch.* tom 48. 1860.

<sup>2)</sup> Ueber die Identität der Tuberkulose mit der Perlsucht. *VIRCHOW'S Arch.* t. 56. 1872.

<sup>3)</sup> Ueber den Ursprung sog. Riesenzellen. *VIRCHOW'S Arch.* t. 63. 1875 i *Pam. Tow. Lek.* w Warszawie.

## NOTATKI Z PODRÓŻY PO INDYJACH WSCHODNICH

za 1880—1881 rok.

Bawiąc czas jakiś w delcie Gangesu, w tem tajemniczem miejscu wylegania się zarazka cholery, nie podobna nie zastanowić się, dlaczego na całej kuli ziemskiej w tem jednym tylko miejscu miałyby istnieć szczególne jakies warunki. Pytanie to tembardziej ciekawe, że zarazek cholery, jak to widzimy w czasie rozszerzających się epidemij, może istnieć i rozwijać się w strefach zimnych, w klimacie suchym, lecz nigdzie na długo nie aklimatyzuje się, ginie nie pozostawiając śladów po sobie, a gdy się pojawia nowa epidemija, pochodzi ona zawsze z tego samego pierwotnego siedliska — z delty Gangesu.

Prawie niepodobna przypuścić, ażeby w tem jednym miejscu mogły istnieć jakies szczególne warunki przyrodzone, konieczne dla wytwarzania się i rozwoju

w naczyniach. Nie powstają one jednak ze śródbłonka istniejących, gotowych naczyń, lecz z zawiązków nowowytworzonych naczyń w gruzelku. Główną podstawę swoich zapatrywań widzi BRODOWSKI w tak zwanych „małych“ komórkach olbrzymich. Komórki olbrzymie byłyby zatem następstwem zmienionej czynności twórczej naczyń krwionośnych. Ułożenie obwodowe jąder nie przedstawia autorowi żadnych trudności wobec jego teorii, bo jądra także i w tych hipertroficznyc *angioblastach* [resp. komórkach olbrzymich] mają właściwą dążność układania się na obwodzie, jak gdyby miały utworzyć prawdziwe naczynie krwionośne. Według BRODOWSKIEGO, jedyna różnica między ziarniniakiem (*granuloma*) a gruzelkiem byłaby ta, że w pierwszym znajdują się liczne nowowytworzone naczynia, podczas gdy w drugim zamiast naczyń gotowych są tylko ich zawiązki mniej lub więcej zmienione; dlatego proponuje dla gruzelka nazwę „*granuloma gigantoangioblasticum*“.

LUBIMÓW <sup>1)</sup>, który badał komórki olbrzymie w *peritonitis* i *orchitis tuberculosa*, przyszedł do przekonania, że komórka olbrzymia powstaje jak każda inna z jednej komórki, po rozmnożeniu się protoplazmy i zwiększeniu ilości jąder. Źródłem ich są śródbłonki naczyń limfatycznych lub [w jądrach] nabłonek kanalików nasiennych. Co do teorii zlewania się komórek ARNOLD'a, to autor oświadcza się wprost przeciw takowej. Związku podobnego jak BRODOWSKI między komórkami olbrzymimi a naczyniami krwionośnymi nie zauważył nigdy. Odrzuca on również możebność powstawania komórek olbrzymich z ciałek białych krwi, jakby to wynikało z doświadczeń ZIEGLER'a i przypuszcza, że i w jego doświadczeniach nie ciała białe lecz śródbłonki stanowiły materyał do utworzenia komórek wielojądrowych.

Jak widzimy, panuje dotąd zupełna niezgodna w pojęciach o komórkach olbrzymich. Co dla jednych autorów wydaje się pewnikiem, to przez innych

---

<sup>1)</sup> Zur Frage über Histogenese der Riesenzellen in der Tuberkulose. VIRCHOW'S Archiv. Tom 75. 1879.

---

zarazka cholery. Na tymże półwyspie indyjskim mamy drugą rzekę Indus; co do wielkości, kierunku i ogólnych warunków klimatycznych nie ma prawie żadnej różnicy — tak samo tworzy się delta przy ujściu do morza. Toż samo widzimy na półwyspie Indo-chin, którego rzeki tworzą delty o bardzo luźnych odnogach i kanałach, peryjodycznie zalewających całą nizinę, jak np. Irravadi.

Mając na względzie to porównanie, ponieważ warunki klimatyczne i hydrostatyczne są jedne i te same, prawie niepodobna przypuścić, ażeby mogły tylko w delcie Gangesu istnieć one szczególne warunki dla rozwoju zarazka cholery.

Zapewne możnaby do pewnego stopnia porównać cholere z żółtą gorączką, której zarazek rozwija się pierwotnie tylko w pewnej strefie i tylko na jednej półkuli, tylko przy brzegach Oceanu Atlantyckiego; lecz miejscowości, w których pierwotnie rozwija się zarazek żółtej gorączki, są bardzo liczne i na brzegu Ameryki zajmują przestrzeń od równika aż do 40° szer. połudn. oraz wszystkie wyspy. Jednym słowem, jest tu już analogija z rozwojem zarazka zimnicy.

Co do cholery więc, skoro przypuszczenie szczególnych warunków przyrodzonych w jednej miejscowości nie wydaje się możliwem, myśl zatrzymuje się na warunku przypadkowym, chociaż dość stałym, bo istniejącym dla delty Gangesu

z mniejszem lub większem powodzeniem zostaje obalonem, tak, że prócz histologii komórki olbrzymiej, z wszystkich tych usiłowań nic pewnego nie pozostaje.

Wśród tej niepewności występuje ARNOLD <sup>1)</sup> z szeregiem prac, które w wysokim stopniu przyczyniają się do poznania tych dotąd tak ciemnych utworów, zwanych „komórkami olbrzymiemi“. Jakkolwiek na wiele zapatrywań ARNOLD'a dziś zgodzić się nie można, to przecież jego nauka o histogenezie komórek olbrzymich stoi dotąd niewzruszoną w głównych podstawach i to nawet w świetle nowej etjologii gruźlicy. Główną zasługą ARNOLD'a jest, że wykazał w sposób niedopuszczający żadnej wątpliwości, a przytem bardzo prosty, związek komórek nabłonkowych z pewnemi pierwiastkami gruzełka, a w szczególności z tak zwanemi komórkami olbrzymiemi. ARNOLD, którego głównem polem badań były: wątroba i nerki, idzie z pewnością za daleko, mówiąc, że znajdował w tych narządach gruzełki złożone z samych nowowytworzonych kanalików żółciowych *resp.* moczowych. Twory takie nie mogłyby w takim razie być uważne za gruzełek w znaczeniu anatomicznem; byłoby to utkanie gruczolakowate. Nie mniej jednak zasługa jego jest wielką, choćby tylko z tego powodu, że zwrócił uwagę na ten przedmiot. Dla zrozumienia kwestyi pozwolę sobie przedstawić nieco szczegółowiej zapatrywania ARNOLD'a, wydaje mi się to bowiem potrzebnem do wyjaśnienia moich własnych spostrzeżeń.

Jako nie konieczny, ale częsty składnik gruzełków w wątrobie zauważył ten autor zjawisko [i w przewlekłych zapaleniach tego narządu od dawna znane i różnie pojmowane] nowotworzenia kanalików żółciowych, które nietylko w postaci kłębków w prosówkowatych gruzełkach się znachodzą, lecz także znajdują się prawie stale w obwodowych częściach zserowaciałych w środku, większych gruzełków. Słusznie wnosi ztąd ARNOLD, że także nowowytworzone kanaliki mu-

---

<sup>1)</sup> Beiträge zur Anatomie des miliaren Tuberkels. VIRCHOW'S Arch. tom 82, 83 i 87 rok 1880, 1881, 1882.

---

od czasu zaludnienia Indyj przez rasę aryjską. Mówię tu o zwyczaju grzebania braminów [kapłanów] w świętej rzece, Gangesie. Zwyczaj ten utrzymuje się dotąd; na całej przestrzeni rzeki znaczna ilość ciał ludzkich dostaje się do rzeki; najwięcej w Maju w czasie gromadzenia się wielkiej liczby pielgrzymów w Benares — w indyjskim Rzymie. Oprócz tego ludność uboga, nie mająca zaco zakupić dość drzewa dla zupełnego spalenia ciała, podług powszechnego w Indyjach zwyczaju, zadawalnia się pozorem palenia; palą niewielką tylko ilość wysuszonej mierzwy, a ponieważ dużo cmentarzy leży nad brzegiem rzeki, więc i te ciała zaledwie okopcone do niej się dostają.

Gnicie wielkiej ilości ciał ludzkich stanowi warunek specjalny Gangesu. Po odkryciu lasecznika przecinkowatego, przypuszczenie to staje się tembardziej możliwem, mianowicie dlatego, że lasecznik przecinkowaty zdaje się być właściwym tylko ustrojowi ludzkiemu jak i sama cholera, że znajdowano go w sadzawkach i kanałach delty. Dostawanie się lasecznika z wody do ustroju jest bardzo łatwem, ponieważ ludność nie zachowuje pod tym względem żadnych ostrożności co do użycia wody, a codzienne kąpiele i płukanie ust należą do przepisów religii.

Należałoby więc przypuścić, że w niewielkiej ilości lasecznik przecinkowa-

szą ważną odgrywać rolę w całym obrazie anatomicznym, jaki nam przedstawia gruzełek w różnych okresach rozwoju.

Ściany lub najbliższe otoczenie kanalików żółciowych są zawsze w gruzełku w mniejszym lub większym stopniu nacieczone komórkami. Wskutek tego powstają w miejscach silniejszego nacieczenia i wskutek jego zmian następczych, w niektórych miejscach w przebiegu kanalików zwężenia, których bezpośrednim następstwem jest wypuklenie (*Aufgetriebensein*) ściany w pewnym ograniczonym miejscu [nakształt torbieli retencyjnych] lub rozszerzenie ograniczone całego kanaliku i przedłużenie w różnych kierunkach. Na poparcie takiego pojmowania rzeczy ARNOLD przytacza głównie zachowanie się zawartości kanalików i ich pokładu nabłonkowego. Komórki nabłonka spłaszczają się lub wydłużają w postać wrzecionowatą. Zależy to od kierunku, w którym kanalik ulega rozszerzeniu. Zawartość kanalika, mianowicie jego konsystencyja, rozstrzyga o ułożeniu się jąder, czy to po całym kanaliku, czy też tylko przy jego ścianach. Z takiego zachowania się kanalików powstają na różnych przekrojach obrazy komórek olbrzymich najrozmaitszych kształtów. Gruzełek prosówkowaty, zawierający jedną lub więcej komórek olbrzymich, jest zatem przecięciem poprzecznym kanalika ze ścianą i otoczeniem gruzliczo zmienionem. Przyjmując takie powstawanie komórek olbrzymich, łatwo jest wytlómaczyć ową osłonkę (*Mantel*) komórek olbrzymich, na którą pierwszy zwrócił uwagę LANGHANS. Jest to tylko ściana kanalików żółciowych mniej lub więcej zmieniona.

To samo wszystko *mutatis mutandis* odbywa się w nerce zajętej gruzlicą. W narządach, nie mających kanalików podobnych jak żółciowe lub nerkowe. rolę tych ostatnich obejmują naczynia krwionośne lub limfatyczne. Geneza zatem komórek olbrzymich jest we wszystkich narządach jednaką: pochodzą one z utworów rurkowatych, wysłanych nabłonkiem lub śródbłonkiem (*endothelium*). Tym sposobem komórka olbrzymia straciła swój charakter jako jednostka, jest ona tylko nagromadzeniem komórek nabłonkowych lub endotelijalnych na pewnym ograniczonym miejscu, mianowicie w przewodach gruczołowych lub naczyniach

---

ty może się znajdować w ustroju zdrowym. Gnicie ciał ludzkich wpośród wody ułatwia rozmnażanie się jego. Rozszerzenie się epidemiczne zależałoby od rozmnożenia się lasecznika w ustroju żyjącym.

Jakkolwiek bądź jest to przypuszczenie tylko, to jednak zdaje się, że dalsze poszukiwania nad choleraą powinny się odbywać w tym właśnie kierunku i byłoby ze wszech miar rzeczą pożądaną, ażeby badania mogły mieć miejsce w kolebce cholery wśród delty Gangesu, przyczem główną uwagę należałoby zwrócić na gnicie ciał ludzkich.

Pierwszem ciekawem zjawiskiem, które lekarz podróżujący w klimacie podzwrotnikowym może zauważyć, jest wpływ na nasz ustrój samego klimatu, a raczej wysokiej ciepłoty działającej przez czas dłuższy.

Wpływ ten objawia się początkowo w podwyższonej czynności skóry, obfitości prawie nieustającymi potami. Podwyższona czynność skóry w początkowych 2–3 miesiącach, nawet dla ustrojów osłabionych i dla ludzi podeszłego wieku okazuje się korzystną. Łaknienie nie tylko nie upada, lecz nawet się zwiększa, trawienie odbywa się prawidłowo i pomimo ustawicznych znacznych strat przez skórę, waga ciała powiększa się. Skóra staje się jędrną, grubą, jak gdyby napuchniętą, co łatwo zauważyć, ujmując fałdę.

krwionośnych i limfatycznych. Tym prostym sposobem pogodził ARNOLD jednostronne zapatrywania autorów, z których jedni uważali za miejsce powstawania tworów zwanych komórkami olbrzymimi — naczynia krwionośne, inni [zaprzeczając temu] naczynia limfatyczne, inni wreszcie, nie przyjmując ani jednego ani drugiego, komórki endotelijalne tkanki łącznej lub nawet białe ciała krwi, które już to w samych naczyniach, już to po za ich obrębem miały dawać początek komórkom olbrzymim. Do innych spostrzeżeń ARNOLD'a powrócę jeszcze przy opisie moich własnych badań.

RINDFLEISCH <sup>1)</sup> uważa komórki olbrzymie za twór całkiem uboczny między innymi pierwiastkami gruzelka i widzi w nich dążność komórek pochodzenia nienabłonkowego do utworzenia pokładu epitelijalnego. Komórki nabłonkowate „epiteloïd“ gruzelka — drugi ważny jego składnik — RINDFLEISCH uważa za komórki okrągłe czyli białe ciała krwi, które są na drodze przemiany w komórki nabłonkowe. Wprost przeciwnego zdania jest MARCHAND <sup>2)</sup>. Komórki olbrzymie, według tego autora, są wytworem śródbłonnów, przemianę zaś komórek okrągłych w nabłonkowane, a wreszcie w olbrzymie, uważa za nieudowodnioną.

KIENER i PAULET <sup>3)</sup> odnoszą powstawanie komórek olbrzymich do naczyń krwionośnych, rzadziej limfatycznych. Gruzełek powstaje przez zgrubienie (*renflement*) kuliste lub wrzecionowate naczynia i nagromadzenie komórek około tego zgrubienia. W naczyniu włosowatym zgrubienie powstaje przez rozrost śródbłonnów w miejscu ograniczonym. Wybujale komórki ulegają przeistoczeniu szklistemu (*dégénérescence vitreuse*), zlewają się w cylinder, którego przekrój poprzeczny daje obraz komórki olbrzymiej z jądrem na obwodzie.

Oto są najważniejsze poglądy na komórki olbrzymie przed odkryciem KOCH'a w r. 1882. Zobaczymy teraz jak się przedstawiają te poglądy na gru-

<sup>1)</sup> Tuberculose. Arch. VIRCHOW's. t. 35. 1881.

<sup>2)</sup> Ueber die Bildungsweise der Riesenzellen um Fremdkörper. VIRCHOW's Archiv. t. 93. 1883 rok.

<sup>3)</sup> Cyt. przez CORNIL'a i RANVIER'a w „Manuel d'histologie pathologique“. 1881.

Naturalnie, taki korzystny wpływ klimatu podzwrotnikowego daje się osiągnąć tylko w zimie [dla półkuli północnej], gdy termometr w godzinach porannych opada do 20° C., a nawet do 18° C. przed samym wschodem słońca, a w ciągu dnia nie podnosi się po nad 35—36° C.. Ciepłota taka trwa w Indiach południowych w ciągu czterech miesięcy, od końca Października do końca Lutego.

Działanie jednak pomyślne nie trwa długo. Tylko bardzo silny ustrój znosi taką temperaturę nieco dłużej nad rok. Ustroje słabsze już po kilku miesiącach zaczynają upadać, szczególnie jeśli przebywają do Indji w porze największych upałów [od końca Marca do Sierpnia — do pory deszczów], gdy temperatura dosięga w cieniu do 40° C., na słońcu do 50° C., a średnia temperatura do końca utrzymuje się około 32—33° C..

Obfite, nieustające poty zaczynają wycieńczać ustrój, skóra staje się miększą, bladą, rumieniec z twarzy znika.

Wielu z pomiędzy europejczyków dostaje swędzącej wysypki, bardzo przykryj. Krew ubożeje, wygląd staje się bezkrwistym, przy chodzeniu ogólne znużenie, apatya; władze umysłowe, a przedewszystkiem pamięć słabnie bardzo szyb-

zełek, a w szczególności na komórki olbrzymie, w nowem świetle etylogii gruźlicy.

Pierwsze uświadczenia na tem polu stanowią prace BAUMGARTEN'a <sup>1)</sup> w różnych pismach poprzednio ogłaszane, a zebrane w całość i uzupełnione w niżej podanej pracy. Autor ten starał się na drodze doświadczenia wynaleźć związek między lasecznikami a pierwiastkami gruźlicy. Pod wielu względami udało mu się ten związek wynaleźć. I tak, z doświadczeń jego wynika w sposób niezbity, że laseczniki działają najpierw na komórki tkanki łącznej; że pod wpływem tych pasożytów stała komórka łączno-tkankowa zaczyna się rozmnażać wśród zjawiska karyjomitozy [pośrednie dzielenie jąder] i że komórka taka staje się z czasem nabłonkową (*epitelioid*). Z doświadczeń BAUMGARTEN'a wynika też, że tylko gruzełek o nabłonkowatych komórkach zasługuje na tę nazwę pod względem anatomicznym i etylogicznym. Gruzełek limfoidalny VIRCHOW'a jest przemianą gruźlicy nabłonkowej, która to przemiana odbywa się tym sposobem, że u obwołu gruźlicy pojawia się odczyn i następuje wniknięcie ciałek białych do gruźlicy. Ilość wnikłych leukocytów z czasem przeważa, a wreszcie zakrywają one zupełnie pierwotne składniki gruźlicy, t. j. komórki nabłonkowe. Wyniki badań BAUMGARTEN'a są wielkiej doniosłości, bo dowodzą nowotworowego charakteru gruźlicy, objawy zaś zapalne w nim spostrzegane są zjawiskiem następstwem. Gruzełek wraz z pasożytami zachowuje się jak ciało obce, będące bodźcem zapalnym, na który otoczenie odpowiada zapaleniem odczynowym.

Jakież teraz jest stosunek laseczników do komórek olbrzymich, mianowicie pod względem ich powstawania? BAUMGARTEN'owi na to pytanie doświadczenia nie dały żadnej odpowiedzi. Będąc zwolennikiem teorii proliferacyjnej, B. pomaga sobie następującą teorią: dzielenie jąder drogą karyjomitozy jest bezpośredni następstwem działania laseczników. Jeżeli ich jest za mało, to siła potrzebna do wywołania dzielenia jąder wyczerpie się zanim nastąpi dzielenie protoplazmy ko-

---

<sup>1)</sup> Zeitschrift für klinische Medicin, tom 9, zeszyt 2, 3 i tom 10, 12 1885.

---

ko, praca umysłowa staje się uciążliwą. Fatalna bezkrwistość rozwija się stopniowo, a jedynym skutecznym na nią środkiem zaradczym — powrót do Europy.

Lekarze miejscowi, dla podtrzymania sił i zapobieżenia niedokrwistości, zalecają tylko pożywną dietę: mięso dwa razy dziennie, z dodatkiem korzennych, podniecających trawienie sosów. Wskutek tego wytworzył się zwyczaj, iż wszędzie, nawet na statkach po śniadaniu i po obiedzie podają ryż z ostrym musztardowym sosem jako potrawę niezbędną, do czego wszyscy podróżujący rzeczwiście bardzo prędko się przyzwyczajają. Oryginalna ta potrawa jest potrawą narodową Indusów, obecnie zaś przyjętą została we wszystkich miastach zarówno przez Francuzów jak i przez Anglików.

Działanie gorącego klimatu w początkowym okresie można do pewnego stopnia porównać z działaniem na skórę zimnej wody, ze skutkami rozmaitych manipulacji hydropatycznych, jeżeli pominiemy działanie pobudzające zimnej wody na układ nerwowy, a uwzględnimy tylko podwyższoną czynność skóry. W obu przypadkach przy dłuższem trwaniu stanu podrażnienia, a właściwie tylko podwyższenia funkcji fizjologicznej, występują zmiany patologiczne: przy użyciu zimnej wody, wrzodziaki. W klimacie gorącym wrzodziaki należą do rzadkości, lecz natomiast występują ograniczone zapalenia powierzchownej warstwy

mórki, a zatem zanim powstanie z jednej tyle komórek, ile było jąder z podziału powstałych pod bezpośrednim wpływem laseczników. Ułożenie obwodowe jąder BAUMGARTEN tłomaczy [podobnie jak KOCH] pewnym antagonizmem, jaki ma zachodzić między jądrami komórki olbrzymiej, a lasecznikami. Jeśli laseczniki leżą w środku komórki, to jądra układają się muszą wskutek tego antagonizmu na obwodzie; przy ułożeniu laseczników u jednego bieguna, jądra oddalają się do drugiego bieguna.

Jak to później będę się starał udowodnić, teoria taka, zasadzająca się na przypuszczalnym antagonizmie między lasecznikami a jądrami komórki olbrzymiej, nie tylko nie tłomaczy wcale genezy tejże i różnych jej własności, ale jest wprost przeciwną faktycznemu ułożeniu laseczników w komórce olbrzymiej.

Zbyt mała ilość laseczników nie może być przyczyną niepodzielenia się protoplazmy komórki; wynika to już ztąd, że niekiedy w komórce olbrzymiej znajdujemy ogromne mnóstwo laseczników, o których trudno przypuścić, by wpływ ich na jądra i protoplazmę się wyczerpał. Słuszną jest uwaga BAUMGARTEN'a, że komórki olbrzymie są najczęstszem zjawiskiem w przewlekłej gruźlicy. Tłomaczenie jednak tego zjawiska małą ilością laseczników nie jest trafnem, bo w ogniskach gruźliczych przewlekłych może być ogromne mnóstwo laseczników, a równocześnie także wielka ilość komórek olbrzymich.

Okoliczność, że komórki olbrzymie są najliczniejsze w gruźlicy przewlekłej, da się wytłomaczyć w inny sposób, mianowicie tem, że do powstania twóarów zwanych „komórkami olbrzymiemi“ potrzeba pewnego czasu, który jest za krótkim w gruźlicy ostrej. Niżej opiszę zmiany, jakie muszą nastąpić w narządach, by powstała komórka olbrzymia, a na to, jak się przekonamy, rzeczywiście potrzeba dłuższego czasu.

Już sama wielkość komórek olbrzymich, które w porównaniu z innymi pierwiastkami ustroju zwierzęcego słusznie, ze względu na wielkość, nazwano olbrzymiemi, powinna była wzbudzić powątpiewanie, czy są to rzeczywiście komórki, t. j. jedna masa protoplazmatyczna z dziesiątkami a nawet setkami [do 300] ją-

---

skóry, nadzwyczaj swędzące, głównie na tułowiu. W miejscu zaognionem skóra nie jest wcale obrzmiałą, lecz naskórek zaczyna się łuszczyć, wytwarzają się powierzchowne, jakby pergaminowe strupki, prawie zagłębione, jak na powierzchownych rankach, po zdarciu naskórka.

Zmiany powyższe na skórze nie są skutkiem tego, że skóra jest ciągle wilgotną, gdyż występują one i podczas musonu wschodnio-południowego, gdy powietrze jest nadzwyczaj suche. Wówczas pomimo to, że ciepłota jest znacznie wyższą aniżeli w zimie, skóra nigdy nie jest wilgotną, z powodu szybkiego ulatniania się plynów.

Otóż, obserwacja powyższa prowadzi do wniosku, że owe zmiany patologiczne nie są wynikiem podrażnienia tkanki skóry, lecz są następstwem podniesionej funkcji i zmiany odżywiania.

Toż samo należy widzieć i w działaniu zimnej wody. Czysta woda nie drażni tkanek skóry, działa tylko na nerwy, a następstwem tego działania jest długotrwałe przekrwienie po chwilowym skurczu naczyń, powodujące powiększenie czynności skóry i zmiany w odżywianiu, które w końcu prowadzą do wytwarzania się wrzodzieńnek.

Fakt analogiczny w działaniu zimna widzimy w przewlekłych odmroże-



der. Nasuwało się tu mimowolnie przypuszczenie, że twory takie nie są niczem innym, jak zlepkiem komórek. Niepotrzebnie jednak wynaleziono na to wyraz „konfluencyja“, pojmując go w tem znaczeniu, że komórki w pewnym miejscu nagromadziły się w jeden punkt, protoplazma ich się zlała i tym sposobem powstała komórka olbrzymia. Takie zjawisko nie ma rzeczywiście analogii w całym świecie zwierzęcym. Czy jednak potrzeba uciekać się do „konfluencyi“ w ten sposób pojmowanej, aby wytłómaczyć to zjawisko. Mamy liczne przykłady w histologii patologicznej, że komórki mogą się nagromadzić w istniejących już przestworach lub w nowowytworzonych, np. w ciałach rakowych, w mięsakach zrazikowych, w śródbłoniakach, przy zapaleniu gruczołów gronkowatych i t. p. W rakach np. nagromadzenie komórek jest tak wielkie, że wskutek wzajemnego ucisku powstają owe współśrodkowo prążkowane kule, zwane perłami (*globes épidermiques*). Dla wytłómaczenia wielkiej ilości jąder w komórce olbrzymiej wystarczy najzupełniej przypuszczenie nagromadzenia się komórek w pewnym ograniczonym miejscu. Chodzi tylko o dokładne zbadanie momentów, wśród których przychodzi do podobnego nagromadzenia się rozmnożonych komórek. W nowotworach, jak rak lub śródbłoniak, komórki gromadzą się w przestworach łącznotkankowych podścieliska (*stroma*), które pod wpływem tego samego bodźca powstaje z istniejącej tkanki łącznej i z przenikłych ciałek białych. W gruzelkach rzecz ma się odmiennie; tu z wytwarzaniem się komórek nie idzie równolegle nowotworzenie się podścieliska (*stroma*). Gruzelki powstają w przestworach wpród istniejących i zanim przyjdzie do wytworzenia się podścieliska [do czego widać najwyraźniejszą dążność w przenikaniu ciałek białych krwi], komórki już ulegają nekrobiozje wraz z materyjałem, który miał służyć za ich otoczenie odżywcze, jakim jest podścielisko rakowe dla raka. Mimo zatem jednorodnych składników w obu nowotworach, t. j. między śródbłoniakiem i rakiem z jednej strony, a gruzelką z drugiej, zachodzi kardynalna różnica, a mianowicie pod względem odżywiania, czyli innemi słowy pod względem zachowania się naczyn.

[C. d. n.]

---

niach na rękach i nogach; i tu wskutek działania zimnego powietrza w ciągu dnia i następnego oddziaływającego rozgrzewania się w ciągu nocy, następuje zmiana w odżywianiu, cechująca się obrzękiem, bolesnością, a na nogach najczęściej nieznośnem swędzeniem.

Należy więc odróżnić drażnienie, jakie wywołuje ciepło i zimno, od podrażnienia wywołanego, np. przez kąpiel słońca; w pierwszym razie działanie uskutecznią się li tylko przez nerwy i następcze zmiany w odżywianiu, w drugim ważną odgrywa rolę bezpośrednie drażnienie samych tkanek.

Co się tyczy tak nazwanej bezkrwistości podzwrotnikowej, rozwijającej się w dalszym ciągu działania klimatu gorącego, to nie jest ona wynikiem li tylko podwyższonej czynności skóry. Zdaje się, iż właściwiej stan ten uważać by należało jako charłactwo, będące wynikiem działania wysokiej ciepłoty, powodującej przyspieszenie ogólnej przemiany materyi z następczym upadkiem czynności wszystkich narządów, a zatem i tych, które krew wytwarzają. Zdaje się stan ten najlepiej wyjaśniać poglądem ogólnym ŚNIADECKIEGO: iż ciepłik musi przyspieszać rozrobienie materyi w ustroju. Prawdopodobnie pierwszym czynnikiem przyspieszającym przemianę materyi jest obfite pocenie się i konieczność spożywania dużej ilości wody.

## II. O LECZENIU DŁUGOTRWAŁYCH ROPNYCH ZAPALEŃ UCHA ŚREDNIEGO

(*Otitis media suppurativa chronica*).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 9 Lutego 1886 r.).

Przez

**E. Modrzejewskiego.**

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13].

2) Użycie stężonych roztworów *urgenti nitrici* — sposób SCHWARTZE'go.

Niezmiernie skutecznym w leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego jest, podany przez SCHWARTZE'go w r. 1868, sposób leczenia zapomocą stężonych roztworów azotanu srebra (*kaustische Behandlung*). Stosowanie tego sposobu leczenia i wskazania do jego użycia kreślimy, trzymając się ściśle opisu podanego przez SCHWARTZE'go. Po przemyciu i przedmuchnięciu ucha średniego, osuszamy takowe kawałkiem waty i wlewamy do ucha stężony roztwór azotanu srebra. Roztworów używa SCHWARTZE od 1:30 do 1:10 [od 16 granów na uncję do 16 gr. na 3jjβ]. Jeżeli przedziurawienie błony bębenkowej jest dosyć wielkie i istnieje znaczne obrzmienie błony śluzowej ucha średniego, SCHWARTZE stosuje przypalanie *lapide mitigato in substantia*. Roztwory użyte do wlewań winny być zawsze lekko ogrzane, gdyż użycie roztworów na zimno powodować może niekiedy bardzo silne kilkodziwne zawroty głowy, jak to miało miejsce w jednym przypadku SCHWARTZE'go. Roztwór taki pozostawiamy w uchu od jednej sekundy do jednej minuty, stosownie do stanu błony śluzowej ucha średniego; po wlaniu roztworu poruszamy głową chorego w różnych kierunkach, oraz naciskamy na

---

Upadek jednak czynności układu nerwowego występuje bardzo wczesnie i cechuje się w sferze intelektualnej wyraźnym osłabieniem pamięci i wogóle utrudzeniem przy pracy umysłowej, a w sferze ruchów, apatyją. Objawy te występują przedtem, zanim ilość czerwonych ciałek krwi wyraźnie się zmniejsza. Bardzo szybkie siwienie włosów, dotykające prawie wszystkich europejczyków, przebywających w klimacie podzwrotnikowym, wskazuje również, iż następuje ogólne wycieńczenie ustroju. Nazwa więc bezkrwistość podzwrotnikowa jest niewłaściwą.

Ścisłe poszukiwania przemiany materii u europejczyków, przebywających w klimacie gorącym byłyby bardzo ciekawe, lecz już i taka, że tak powiem, sumaryczna obserwacja daje ważne wskazówki, co do działania ciepła na ustroj ludzki i pozwala na dokładniejsze formułowanie wskazań co do użycia kąpeli ciepłych, a szczególnie gorących.

To nam wyjaśnia także, dlaczego każdy prawie europejczyk czuje się dobiże w pierwszym okresie swego pobytu; pomimo upałów daje się czuć pewne orzeźwienie ustroju, lekkość, a niedoświadczeni, podróżnicy z pewnem niedowierzaniem słuchają opowiadań o zgubnym wpływie gorącego klimatu. Wynika to niewątpliwie ztąd, że czynność skóry u przeciętnego europejczyka jest zmniejszo-

*tragus* aby roztwór podziałł na wszystkie odcinki błony śluzowej. Niekiedy roztwór azotanu srebra przechodzi przez trąbkę do gardzieli, co działa korzystnie przy istnjącem jednocześnie obrzmieniu błony śluzowej trąbki EUSTACHIJUSZA. Po usunięciu z ucha roztworu azotanu srebra przez przechylenie głowy w odpowiednim kierunku, dokonywamy natychmiast z o b o j ę t n i e n i a przez wstrzyknięcie do ucha ciepłego, stężonego roztworu soli kuchennej. Utworzony chlorek srebra i nadmiar soli kuchennej usuwamy, przestrzykując ucho powtórnie ciepłą czystą wodą. Jeżeli roztwór azotanu srebra przeniknął do gardzieli, należy i nos przemyć ciepłym roztworem soli kuchennej. Nienależy nigdy według SCHWARTZE'go, tak jak to radzą inni autorzy, zaniedbywać zobojętnienia użytych roztworów azotanu srebra roztworami soli kuchennej, gdyż chociaż w niektórych przypadkach zobojętnienie to może być zbytceznem, to w innych znowu, w których zobojętnienia nie dokonano, ból w uchu po przypaleniu bywa niekiedy bardzo znacznym i długotrwałym, czego unikamy przez zobojętnienie. Po przemyciu ucha i osuszeniu takowego, wprowadzamy do niego nieco waty preparowanej lub karbolowej, pozostawiając ją do następnego zatuszowania błony śluzowej ucha średniego. Powtórne tuszowanie dokonywamy, skoro się oddzieli strup, powstały na błonie śluzowej ucha średniego po pierwszym przypaleniu. Rzadko roztwór lapi-sowy wypadnie stosować dwa razy w ciągu dnia. Zwykle dostatecznem jest tuszowanie codzienne, a gdy zmniejszy się obrzmienie błony śluzowej, stosujemy roztwór azotanu srebra co kilka dni. Należy się wystrzeżać, aby nie stosować stężonych roztworów azotanu srebra zawczasie lub zapóźno. Gdy wyciek ropny z ucha się zmniejszy, używamy roztworów słabszych lub wdmuchiwań niewielkich ilości sproszkowanego alunu. Według SCHWARTZE'go, użycie stężonych roztworów azotanu srebra przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego wskazanem jest, skoro błona śluzowa ucha średniego przedstawia się skutkiem przekrwienia mocną obrzmiąłą, rozpulchnioną i napęczniałą. Przeciwwskazanem jest stosowanie tego sposobu leczenia przy bujaniu ziarniny na błonie śluzowej ucha średniego, lub na błonie bębenkowej, oraz

---

ną, z wyjątkiem może klas pracujących, dlatego też podniesienie czynności skóry, następujące w klimacie gorącym, jest korzystnem dla ustroju.

Ciekawe statystyczne dane, co do długości życia europejczyka w Indiach południowych, można znaleźć w misji katolickiej w Pondichéry. Prawie wszyscy misjonarze są to ludzie młodzi, przybywający do Indyjów w wieku lat 24—28. Data śmierci każdego jest dokładną. Otóż, zestawiając blisko 2000 przypadków śmierci misjonarzy, którzy po przybyciu do Indyj nie powracali do Europy, okazuje się, że średnia długość życia dla europejczyka przebywającego do Indyj w 24 roku życia wynosi około 11 lat, a trzeba mieć na względzie, że tylko ludzi silnych i zdrowych wysyłają jako misjonarzy. Wynik ten jest jeszcze bardzo pomyślnym w porównaniu z innymi miejscowościami klimatu podzwrotnikowego.

Indyje południowe, a szczególnie wybrzeża wschodnie, należą do najzdrowszych, epidemie cholery rzadko się tu rozszerzają, malaryja jest łagodną, a dysenteryja prawie nieznaną. W Indo-Chinach np. średnia długość życia misjonarza dochodzi zaledwie lat ośmiu.

[D. n.]

*D-r Olechnowicz.*

przy istniejącem pruchnieniu kości w uchu średnim. Sposobu SCHWARTZE'go używam bardzo często z jaknajpomyślniejszym skutkiem. Roztwory stosuję 3j *argenti nitrici* na 5j wody, 3β na 5j i 0j na 5j. Po uskuteczniomem tuszowaniu zasypuję zwykle ucho proszkiem kwasu bornego. gdyż przekonałem się, że ropienie zjawia się w uchu już po kilku godzinach, proszek zatem zapobiega rozkładowi ropy. Przekonałem się również, że następcze zobojętnianie jest niezbędnem i stanowczo usuwa ból, który często trwa dosyć długo po przypaleniu. Chorym radzę nawet, aby jeżeli ból trwa w dalszym ciągu, ucho przestrzyknęli roztworem soli kuchennej, lub też ciepły roztwór zatrzymali jakiś czas w uchu, co stanowczo ból łagodziło, lub usuwało zupełnie. Żadnych niepomysłnych następstw przy odpowiedniem użyciu tego sposobu leczenia zwykle nie bywa i można stanowczo powiedzieć, że w wielu przypadkach długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego tym jedynie sposobem można otrzymać wyleczenie zupełne.

3) *O c z y s z c z o n y, s t ę ż o n y a l k o h o l (Spiritus vini rectificatissimus)*. Zalecanym był najpierw przez LOEWENBERG'a przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego, a następnie przez POLITZER'a <sup>1)</sup>. Przy użyciu alkoholu, oczyszczamy również ucho średnie, osuszamy takowe wata i przechyliwszy głowę na przeciwną stronę, wlewamy do ucha lekko ogrzany alkohol, pozostawiając takowy w uchu przez 10—15 minut, a nawet do pół godziny. Wlewanie przy obfitym wysięku powtarzamy 2—3 razy dziennie. Jeżeli stężony alkohol powoduje ból w uchu, stosujemy takowy najpierw w rozcieńczeniu, a następnie przechodzimy do roztworów mocniejszych. Wyskok działa przeciwnie, a oprócz tego wyciągając wodę z tkanek, powoduje krzepnięcie białka w komórkach i według POLITZER'a, ścina zawartość w drobnych naczynkach doprowadzających, przez co wybujałości na błonie śluzowej ucha średniego ulegają stopniowo zanikowi. Najlepiej działać ma alkohol przy ziarninowej formie długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego i przy małych wyrosłach polipowych, powinien jednak być używanym systematycznie przez czas dłuższy, t. j. przez kilka tygodni a nawet miesięcy. Alkohol i kwas borny są najlepszymi środkami, gdy chory zmuszonym jest sam się leczyć i nie może być pod ciągłą kontrolą lekarza. SCHWARTZE nie jest zwolennikiem alkoholu przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego. Według tego autora, użycie alkoholu powoduje silny ból w uchu, wybujała ziarnina nie ulega zanikowi, a nawet słuch przy dłuższem stosowaniu alkoholu może uciepnieć. Oprócz tego alkohol może niekiedy powodować powstawanie zakrzepów żylnych w błonie śluzowej ucha średniego, które to zakrzepy, ulegając ropnemu rozpadowi, mogą spowodować zakażenie ropnicowe. Powyższy pogląd SCHWARTZE'go wydaje mi się zbyt pesymistycznym. Z własnego doświadczenia w jednym tylko zgodziłbym się ze SCHWARTZE'm że zanik ziarniny nie tak łatwo następuje przy stosowaniu alkoholu, oraz, że niemożliwym jest wyleczenie z długotrwałego ziarninowego ropnego zapalenia ucha średniego przy użyciu wyłącznie tylko stężonego alkoholu. Żadnych jednak niekorzystnych następstw przy stosowaniu alkoholu nie spostrzegalem, ból był nie-

<sup>1)</sup> Patrz moje streszczenie pracy POLITZER'a w *Gaz. Lekarskiej* rok 1881, str. 38.

wielki i tylko w początkach. Nieoszacowanym za to okazał się alkohol przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych zapaleniem przewodu słuchowego zewnętrznego, lub też przy samoistnych, ograniczonych, albo rozlanych zapaleniach przewodu słuchowego zewnętrznego. Alkohol zniósł wtedy ból i obrzmienie już po kilkakrotnem jego użyciu, przez co ułatwionym był dostęp do jamy bębnekowej i ułatwionem stosowanie środków leczniczych. Również działa on doskonale przy *otitis externa mycotica*.

4) Suche leczenie długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego zalecane było głównie przez amerykańskich lekarzy, a w ostatnich czasach przez BURCKHARDT'a i MERIAN'a. Autorzy ci, wychodząc z zasady, że częste przemywania ucha średniego wywierają wpływ drażniący i rozpułchniający na błonę śluzową ucha średniego, nie stosują takowych zupełnie. Sposób postępowania przy leczeniu suchem jest następujący: po przedmuchięciu ucha średniego, oczyszczamy takowe wprowadzając do ucha zapomocą szczypczyków lub odpowiedniej pałeczki (*Watteträger*) kawałek waty preparowanej lub salicylowej. Watę należy wsunąć do samej błony bębnekowej lub do jamki ucha średniego, aby zebrać całą wydzielinę ropną znajdującą się w uchu średnim. Następnie wprowadzamy głęboko do ucha mocno zwinięty tamponik z waty preparowanej, posypany proszkiem kwasu borowego lub też ucho zasypujemy proszkiem i pozostawiamy tak przez 24 godzin, powtarzając następnego dnia powyższą manipulację. Bardzo rzadko stosuję suche leczenie przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego i tylko wtedy, gdy wydzielina w uchu jest bardzo małą. Stanowczo uważam jednak za szkodliwe zaprowadzanie tamponów do ucha i pozostawianie takowych przez 24 godzin. Nie mówiąc już o tem, że takie oczyszczanie ucha, jakie ma miejsce przy leczeniu suchem, jest niedostatecznem i z pewnością więcej drażniącym jak zwykle przestrzykiwania, tampon pozostawiony w uchu na 24 godzin powoduje zwykle nieprzyjemne uczucie pełności i zatkania, zawroty głowy, a już w kilka godzin tak jest przesiąkniętym wydzieliną ropną, że sam przez się wpływa drażniąco na sąsiednie części błony śluzowej ucha średniego. Chorzy, leczeni tym sposobem przez innych lekarzy, którzy następnie przybywali do mnie, skarżyli się zawsze na ten sposób leczenia długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego.

5) Operacyjne leczenie większych wybujałości ziarniny, które się rozwinęły na błonie śluzowej ucha średniego przy długotrwałych ropnych zapaleniach, polega na niszczeniu takowych zapomocą środków żrących, galwanokaustyki, wyskrobywaniu odpowiednimi łyżeczkami i odejmowaniu za pomocą okrągłego nożyka POLITZER'a, pętli zimnej WILDE'go, BLAKE'go i t. p. Ze środków żrących stosowanemi bywają: *argentum nitricum crystallisatum*, *ferrum sesquichloratum crystallisatum* i *ac. chromicum crystallisatum*. Przy użyciu azotanu srebra, obtapiamy takowy na zgłębniku i przypalamy brodawki ziarniny, znajdujące się na *promontorium*, na brzegach przedziurawienia lub w przewodzie zewnętrznym. Ból przy użyciu azotanu srebra bywa zwykle mocny, chociaż obecnie może być złagodżonym przez zastosowanie przedtem roztworu kokainy. Oprócz tego azotan srebra działa zbyt powierzchownie i z tego powodu POLITZER zaleca bardzo użycie kryształków lub roztworu półtorochlorku żelaza, który powo-

duże ból nieznaczny i głębiej przenika. Również dobrze działa kwas chromny obtopiony na zglębniku.

W każdym razie jeżeli chcemy otrzymać pożądaną skutek, wszystkie te środki żrące muszą być stosowane przez czas dłuższy, nawet przy niezbyt wybujałej ziarninie i to stanowi ich słabą stronę. Najlepszym, najpewniejszym i najmniej bolesnym jest użycie galwanokaustyki. Małym odpowiednim kauterem możemy na jednym lub dwu posiedzeniach zniszczyć w uchu średnim nawet znaczne wybujałości ziarniny. Trzeba naturalnie przy tym sposobie przypalania, więcej może jak przy innych, doskonałego oświetlenia wnętrza ucha i szybkiego, a krótkotrwałego stosowania rozpalonego drucika na miejscu mającym być przypalonym, które często bardzo znajduje się głęboko ukryte i jest bardzo nieznaczne, gdyż punkt, na który mamy podzielać, bywa niekiedy wielkości główki od szpilki. Zniszczenie resztek powstałych po wyjętym polipie możliwym jest tylko przy zastosowaniu galwanokaustyki, gdyż inne środki żrące są prawie zawsze w tych razach mało skuteczne. Z tego powodu używam wyłącznie tak przy wybujałej ziarninie jak i po wyjęciu polipów baterii galwanokaustycznej VOLTOLIN'ego, która jest zupełnie wystarczającą dla operacyj dokonywanych w uchu, oraz łatwą jest do nastawienia i użycia, chociaż wymaga częstej zmiany płynu. Mówiąc o leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, nie mogę pominąć polipów usznych, jako najczęstszych towarzyszy ropnych wycieków z ucha. Nie tylko, że takowe podtrzymują ropienie w uchu, lecz powodować mogą zatrzymanie ropnej wydzieliny i następcze zmiany w kości skalistej oraz zawroty i bóle głowy. Usunięcie ich zatem nożykiem POLITZER'a lub pętlą WILDE'go, oraz następcze zniszczenie punktu wjścia jest najpierwszym i najważniejszym zadaniem przy leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego. Przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego należy także od początku pilną zwracać uwagę na stan nosa i jamy nosogardzielowej, oraz odpowiednie stosować leczenie, gdyż tam często jest punkt wyjścia ropienia z ucha. Co do leczenia ogólnego, to takowe przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego również brane być winno pod uwagę; środki żelaziste, jodowe, lub merkuryjalne będą w odpowiednich przypadkach wskazanymi. Chorzy z długotrwałymi ropnymi zapaleniemi ucha średniego winni ograniczyć się w paleniu, a użycia tabaki należy im zupełnie zabronić.

Wszystko, co wpływa na silniejsze napływy krwi do głowy, jak taniec, szybki bieg, kąpiele zimne i t. p., pogarsza stan cierpiącego ucha i dla tego w czasie leczenia chory winien odpowiednio się zachowywać. Ciepłe kąpiele, obojętne termy, jak Neuhaus, Gastein, Ragatz, solanki jodowo-bromowe [Hall, Iwonicz, Ciechocinek] działają skutecznie przy tych cierpieniach usznych i dopomagają do zupełnego wyleczenia, zwłaszcza gdy jednocześnie zajęty jest i wyrostek sutkowy.

Przechodząc do spostrzeganych przezemnie przypadków długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, z całego szeregu spostrzeżeń wybiorę niektóre ważniejsze, stanowiące niejako typy dla leczenia odpowiednimi sposobami.

Sproszkowany kwas borny stosowałem w następujących przypadkach:

Spostrzeżenie I. B. R. panna, lat 18 licząca, zgłosiła się do mnie dnia 12 Grudnia 1882 r. skarżąc się na wyciek ropny z obu uszów, trwający od dzieciństwa i na osłabienie słuchu. Chora przed rokiem przebyła błonicowe zapalenie gardzieli i w tym czasie stan uszów znacznie się pogorszył. Przy badaniu uszów znalazłem: Ucho prawe: błona bębenkowa zgrubiła, miejscami ogołocona z naskórka. W przedniodolnym i w tylnogórnym odcinku błony bębenkowej miejsca pozbawione z naskórka, pokryte są nieznaczna płaską ziarniną. W tylnogórnym odcinku znajduje się w błonie bębenkowej małe, szparowate przedziurawienie. Wydzielina z ucha bardzo nieznaczna, przeważnie śluzowa. Przy przedmuchiowaniu trąbki EUSTACHIJUSA, słycać szmer przedziurawienia.

Odległość słuchowa.

Zegarek <sup>1)</sup>: przed przedmuchiowaniem ucha średniego 14 ctm. po przedm. 50 ct.

Mowa cicha	"	"	"	18	"	"	"	150	"
Mowa półgłówna	"	"	"	30	"	"	"	300	"

Widzieć słuchowy słyszalny przez powietrze i kości.

Ucho lewe. W przewodzie zewnętrznym obfita śluzo-ropna wydzielina. Błona bębenkowa całkowicie zniszczona. Młotek i kowadełko również wyropiały. Jamka ucha średniego wysłana miejscami wnątą ziarniną, miejscami znajdujemy tkankę bliznową. Przez trąbkę EUSTACHIJUSA powietrze przechodzi z łatwością.

Odległość słuchowa.

Zegarek przed przedmuchiowaniem ucha średniego 10 ctm. po przedm., 25 ctm.

Mowa cicha	"	"	"	25	"	"	"	129	"
Mowa półgłówna	"	"	"	50	"	"	"	300	"

Widzieć słuchowy słyszalny przez powietrze i kość.

Ogólny stan chorej zadawalniający.

Do leczenia stosowałem przedmuchiwanie obu uszów sposobem POLITZER'a i zaleciłem wdmuchiwanie do uszów sproszkowanego kwasu borowego. Już po kilku dniach wydzielina w uchu lewym znacznie się zmniejszyła i miejsca ogołoczone z naskórka zaczęły się zablizniać. Po kilku tygodniach leczenia wyciek ropny z uszów ustał zupełnie, przedziurawienie zarosło, słuch znacznie się poprawił. [Prawe ucho: mowa cicha słyszalna w odległości 3-ch metrów. Lewe ucho: mowa cicha słyszalna w odległości 2-ch metrów].

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 18. Przegląd ważniejszych prac dotyczących symptomatologii, powikłań i leczenia tyfusu brzuszego za r. 1885.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13].

#### L e c z e n i e .

W tym rozdziale trzymać się będziemy przeważnie EBSTEIN'a, WEIL'a VOGEL'a, a po części ROBIN'a i SENATOR'a. Kwestyja leczenia tyfusu brzuszego porusza ważne pytanie o przyczynie tej choroby; zwraca na to uwagę EBSTEIN, mówiąc, że jesteśmy upoważnieni do twierdzenia, iż tyfus wywołany być może jedynie przez działanie laseczników tyfusowych, które niezależnie jeden od drugiego znaleźli EBERTH i KOCH. Pozostaje tylko dowieść, że szczepienie czyścych hodowli tych laseczników jest w stanie tyfus również wywołać. Z tej zasady wychodząc, leczenie przyczynowe tyfusu łatwo sobie nakreślić możemy. Niestety pod tym względem pozostaje nam jedynie tylko zapobieganie, polegające na zniszczeniu zarazków, które się zewnątrz ustroju znajdują, a mianowicie tych,

<sup>1)</sup> Prawidłowa odległość słuchowa dla mojego zegarka wynosi od 1—3 metrów.

kótre chorzy z wypróżnieniami wydalają. EBSTEIN zaleca w tym celu nocniki porcelanowe i dezynfekcję wypróżnień chorego w tychże za pomocą *ac. muriatici crudi*. W praktyce prywatnej można naczynia napełniać do połowy 5% roztworem kwasu karbolowego. Również ważną jest dezynfekcyja bielizny i poscieli chorych nawet na lekki tyfus.

Dalej należy zniszczyć laseczniki tyfusowe w kanale pokarmowym chorych i na tej możliwości polega leczenie poronne. Skoro jednak laseczniki przenikną w tkanki, żadne środki już użytymi być nie mogą, a leczenie ograniczać się musi na leczeniu objawowym. To ostatnie polegać winno na pomieszczeniu chorego w odpowiednich warunkach higienicznych, na zwalczaniu czynnem groźnych objawów. Tu ma zastosowanie dawne prawidło: *tuto, cito et jucunde*. Szczególniej pewność środków stoi na pierwszym planie, a wartość metody leczniczej mierzy się odsetką wyzdrowień, rozumie się *ceteris paribus*. Brak swoistego środka wywołuje rozmaite metody lecznicze, ztąd i odsetek śmiertelności w różnych epidemiach takie przedstawia wahania; nadto wiek chorych, charakter epidemii i t. p. zmieniają leczenie jeszcze bardziej; powikłania i choroby następce należy mieć także na względzie. Pomijamy tu statystyczne szczegóły pracy EBSTEIN'a, i zwracamy głównie uwagę na metody lecznicze tak jego jak i innych autorów.

#### Leczenie tyfusu przez użycie kalomelu.

Jeszcze w roku 1830 LESSER zalecał kalomel jako środek swoisty, a SCHOENLEIN, TRAUBE i WUNDERLICH rozpowszechnili jego użycie, zalecając jedną do trzech dawek 5—8 granowych w ciągu doby. Autorowie ci twierdzą, że wczesne użycie kalomelu przerywa tyfus w wielu razach, lub przynajmniej łagodzi jego przebieg i skraca, ztąd też i procent śmiertelności przy tej metodzie leczniczej bywa mniejszym. Działanie tego środka przypisać należy własnościom przeczyszczającym, a poczęści i swoistym, jako soli rcięciowej. Inni, jak LEBERT, zaprzeczają tym własnościom kalomelu, a GRIESINGER podaje procent śmiertelności przy jego użyciu na 18%, BAEUMLER na 11%. WEIL przy użyciu kalomelu stracił 10,5%, nie używając zaś 10,2% chorych. NOTHNAGEL i ROSSBACH są także przeciwnikami kalomelu w tyfusie. Kalomel dawać należy tylko w pierwszych 9 dniach choroby, a zatem im prędzej chory leczonym będzie, tem na większe szanse wyzdrowienia; a że najwcześnieiej udają się do szpitala lub do lekarza chorzy, u których choroba rozwija się nagle i groźnie, aby później przebiegać jako *typhus abortivus*, przeto jasnym jest, że i bez użycia kalomelu choroba przebiegałaby jako tyfus poronny. Z doświadczeń WEIL'a okazuje się, że u chorych nie używających kalomelu, długość i natężenie tyfusu średnio były mniejsze, niż u tych, którzy kalomelu używali. U nie używających kalomelu, większa była odsetka lekkich i średnich tyfusów, a mniejszą względną częstość śmiertelnych zejść, krwotoków kiszkowych, powrotów i recydyw. Ciepłota podług WEIL'a przy użyciu kalomelu spada szybko o 1½—3,4° C., średnio o 2° C. Zmiany tętna nie są stałe. Niekiedy bywają wymioty i *stomatitis mercurialis*.

Z 32 przypadków leczonych kalomelem, WEIL wnioskuje: że 1) Średni przebieg choroby wynosił 11 dni. 2) Przebieg wynosił 4—16 dni. 3) Bez użycia kalomelu przebieg wynosił 7—16 dni, średnio zaś 11½. Wogóle kalomel może skrócić przebieg tyfusów poronnych, a lubo nie ma swoistego znaczenia, może być z korzyścią użyty w pierwszych dziewięciu dniach choroby, jako środek przeczyszczający i jako taki przewyższa olej rycynowy.

Leczenia poronnego za pomocą kalomelu próbował u swych chorych również EBSTEIN, lecz nietylko, że nie zauważył żadnego pomyślnego wpływu, a przeciwnie okres zdrowienia przeciąga się u chorych dłużej, niż zwykle.



Wogóle przeto kalomel nie cieszy się uznaniem współczesnych klinicystów, natomiast wszyscy zalecają postawienie chorego w dobrych warunkach higienicznych. Tu należą: dobrze powietrze, w razie potrzeby podwójna pościel, czystość skóry, zębów i jamy ustnej. Pożywienie przez czas trwania gorączki i 6—8 dni pokrytycznych winno być płynne, lecz pożywne: mleko, bulion z żółtkiem, jaja. Wino co do ilości i jakości stosownie do sił. WEIL zaleca dalej lód na głowę, kwas solny i obfity napój chłodzący.

### Leczenie przeciwgorączkowe. Kąpiele.

Zgubny wpływ wysokiej ciepłoty krwi w przebiegu tyfusu na narządy wewnętrzne, mózg, serce i t. p. czyni niezbędnem leczenie przeciwgorączkowe rozwiniętej choroby. Różne co do wartości tej metody są zdania autorów i lekarzy praktyków. WEIL, gorący zwolennik środków przeciwgorączkowych, mówi, że, lubo spotykamy przypadki tyfusu, gdzie obok wysokiej gorączki nie ma groźnych objawów ze strony serca, ani układu nerwowego, gdy znowu ciężkie tyfusy z małą gorączką przebiegają gorączką; jednakże przyjąć należy, że natężenie groźnych objawów, słabość tętna, zaburzenia nerwowe i skłonność do powikłań, idą zwykle w parze z wysoką gorączką. Wysokość przeto gorączki jest miarą złośliwości tyfusu i siły zakażenia. WEIL nie uważa gorączki za wysoką jedynie ciepłotę ciała. Oprócz wysokiej ciepłoty, cechuje gorączkę zbiór innych objawów, a szczególnie przyspieszenie tętna i oddechu.

Każdy przeto środek przeciwgorączkowy powinien nie tylko obniżać ciepłotę, lecz i miarkować inne objawy gorączki, a mianowicie objawy ze strony krążenia krwi. Pod tym względem środki obniżające ciepłotę działają niejednakowo. Ztąd też w nowszych czasach przy stosowaniu metody przeciwgorączkowej kładą autorowie nacisk na potrzebę indywidualizowania w każdym poszczególnym przypadku. Toż zaleca WEIL i EBSTEIN. WEIL w przypadkach przebiegających ze stosunkowo niską gorączką lub znacznymi zwolnieniami rannemi nie stosuje metody przeciwgorączkowej, a przy wystąpieniu objawów nerwowych zaleca kąpiel letnią, jako środek pobudzający. Systematyczne leczenie przeciwgorączkowe zaleca natomiast w tych razach, gdzie w ciągu pierwszego tygodnia stale trwa wysoka ciepłota (wieczór  $40^{\circ}$  C., rano  $39^{\circ}$  C.), lub gdy przy niższych nawet wieczornych nasileniach, z wolnienia rannego nie są zbyt wielkie. Są to zwykle przypadki o długim przebiegu, osłabieniem czynności serca i objawami nerwowymi powikłane. Tu leczenie dyjetetyczno-higieniczne nie wystarcza, natomiast konieczne jest systematyczne leczenie środkami przeciwgorączkowym. Ze 105 chorych WEIL'a, u 37 nie stosowano metody przeciwgorączkowej, u 68 używano takowej, a mianowicie: kąpiele chłodne u 21, chininę u 3; kąpiele i chininę u 44. Kąpiel stosowaną była niekiedy co 2 godziny, tak, że chorzy w ciągu 5—7 dni brali 50—60 kąpeli.

Leczenie złożone, t. j. kąpiele i chininę, WEIL uważa za najlepsze i zaczyna takowe od kąpeli o ciepłocie  $25^{\circ}$  C., obniżając do  $20^{\circ}$  C. Kąpiel trwa 10—15 minut. Dla silniejszego pobudzenia głowę chorego oblewa zimną wodą. U chorych wrażliwszych, np. u kobiet można zaczynać od  $30^{\circ}$  C., dochodząc do  $25^{\circ}$  C., Chorzy, którym ciepłotę mierzyć należy co 2 godziny, dostają kąpiel, skoro ciepłota przewyższa  $39,5^{\circ}$  C.. Jeżeli bredzą, należy ich kąpać przy gorączce  $39^{\circ}$  C.. Kąpiel taka zniża ciepłotę, zwalnia tętno, które staje się pełniejszym, oddechaniem staje się głębszym, przytomność umysłu wraca. Nawet wydzielanie moczu powiększa się.

Przeciwwskazaniem do użycia kąpeli są krwotoki z kiszek i znaczne osłabienie czynności serca, przy zimnych kończynach a palającym tułowiu

i drobnem a częstem tętnie; dalej jeżeli chory źle znosi kąpiel, staje się sinym, szczęka zębami i długo po kąpeli ma zimne kończyny. Można wtedy robić cieplejsze kąpiele, lub krócej w kąpeli chorego zostawiać.

Kąpiele bezwątpienia łagodzą przebieg tyfusu, lecz na samą sprawę tyfusową nie mają żadnego wpływu. Działanie kąpeli trwa krótko, musi więc ona być często powtarzana. Zwykle wystarcza 4—5 kąpeli na dobę, w cięższych zaś przypadkach kąpać należy chorych 12 razy na dobę, przyczem niekiedy w przebiegu choroby potrzeba zrobić 200 kąpeli. Aby tego uniknąć, WEIL zaleca 4—6 kąpeli na dobę, obok większych dawek chininy, którą w ilości 1 grm. w roztworze kwaśnym daje chorym około godziny 6 wieczorem; niekiedy dawkę tę należy powiększyć do  $1\frac{1}{2}$ —2 grm.. Obniżenie ciepłoty o  $1\frac{1}{2}$ —2° C. trwa niekiedy 16 godzin, poczem wznosi się ona powoli, nie dochodząc jednak poprzedniej wysokości. Zwykle więc dopiero po 48 godzinach trzeba chininę powtórnie zadawać. Przy użyciu chininy występuje polepszenie własności tętna i oddechu, a ilość moczu powiększa się. Oboczne działanie bywa rzadko. Na 168 dawek, po 124-u nie było żadnych zaburzeń, wymioty wystąpiły 10 razy [9 razy u kobiet], z tych u 5 po 3—6 godzinach po użyciu chininy. Szum w uszach widziano 36 razy, innych cięższych zaburzeń nie było wcale. Zwykle po użyciu chininy wieczorem WEIL daje chorym 1—2 kąpeli o północy; niekiedy ciepłota spada tak szybko, że kąpiel staje się niepotrzebną. Po 48 godzinach dawkę chininy powtarza, jeżeli gorączka dojdzie do 39,5° C. wieczorem, u jednego chorego zużywa w ten sposób 1—12 dawek chininy, średnio 3—4. Ilość kąpeli wynosi 6—67, średnio 28. Chininy można używać w tych razach, gdzie kąpiele są przeciwwskazane. Wogóle użycie chininy i stosowanie kąpeli jednocześnie stanowi podstawę leczenia przeciwgorączkowego. Nadto WEIL sądzi, że chinina przy tyfusie nie tylko obniża ciepłotę, lecz nadto działa specyficznie, usuwając przyczyny wywołujące gorączkę; skraca więc przebieg choroby. Należy ją jednak dawać tylko przy gorączce ciągłej, gdyż przy znacznych remisjach lub intermisjach może ciepłota spaść o 4°—5° C., co wcale dla chorego pożądanem nie będzie. Przy przebiegu przepuszczającym, WEIL zaleca chininę rano, jak przy zimnicy, po 5 gran co 1—2 godzin w trzech dawkach.

Co do innych lekarstw, to WEIL zaleca w potrzebie silne środki pobudzające: wino czerwone po  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  litra dziennie daje każdemu choremu; w cięższych przypadkach po  $\frac{1}{2}$  litra mocnego greckiego wina, a przy znacznej słabości serca wyskok, grog, koniak, wino szampańskie. Zatrucia przytem nigdy nie bywa, nawet u osób delikatnych. Z lekarstw zaleca kamforę po 3 grany co 2 godziny i piżmo. To ostatnie szczególnie chwali przy osłabieniu serca. Jako *expectorans* daje senegę z *amonium antisatum*. Powikłania leczy jak wyżej, a przy krwotokach daje octan ołowiu, przy powikłaniach ropniczych salicylan sodu.

EBSTEIN przy stosowaniu środka przeciwgorączkowego zaleca również zwracanie uwagi na indywidualność chorego, a obniżenie ciepłoty zaleca wtedy, gdy wysoka gorączka grozi życiu chorego lub wywołać może porażenie mózgu i narządów krążenia. Jako środek przeciwgorączkowy chwali on salicylan sodu lub kwas salicylowy, który daje przy wysokiej i ciągłej gorączce w ilości 1—3 grm.. raz lub w dwóch dawkach. Słabości serca zapobiega przez pożywną dietę i środki podniecające: [wyskok, wino, koniak, rum] kamforę, kwas benzoowy i przetwory amonijaku. Dla podziałania na układ nerwowy zaleca obcierania płatkami, maczanemi w wodzie o ciepłocie 16°—24° C.. Na głowę lód. Kąpeli EBSTEIN używał w 1877—8 roku w wielu przypadkach, które po większej części kończyły się śmiercią. Zaleca je jednakże przy tych samych warunkach jak WEIL. Wartość leczenia tyfusu kąpielami zimnemi w dziwny zaiste sposób ze stanowiska statystycznego ocenia SENATOR. Statystyka pod tym względem dotąd bardzo jest ubogą. W Niemczech mają tylko zestawienia

GLAESER'a ze szpitala Hamburgskiego za rok 1874—77, z których okazuje się, że w jednym oddziale leczono 937 chorych bez użycia kąpeli, w drugim oddziale 868 chorych, używając kąpeli. Wyniki w obu oddziałach były jednakowe, a śmiertelność wyniosła 7,2%. Praca SENATOR'a stanowi ważny przyczynek do statystyki leczniczej ale nie do nauki o użyciu kąpeli w tyfusie; a opiera się na materyjale za lat 10 [1875—1884] z ośmiu szpitali berlińskich. Odsyłając ciekawego czytelnika po szczegóły do oryginału, tu podamy ważniejsze dane statystyczne, nie przekraczające zakresu niniejszej pracy. W 10-letnim okresie czasu leczono:

w Charité . . . . .	2815 chorych —	śmiertelność	16,4%
„ Friedrichain Krhaus . . . . .	2768 „	„	19,6%
„ Moabit . . . . .	846 „	„	15,2%
„ Hedwig Krhaus . . . . .	2412 „	„	14,7%
„ Bethanien . . . . .	2229 „	„	13,5%
„ Elisabet Krhaus . . . . .	847 „	„	12,8%
„ Lazarus Krhaus . . . . .	513 „	„	14,1%
„ Augusta hospital . . . . .	545 „	„	12,3%

Śmiertelność wogóle wielka w porównaniu z innymi szpitalami, a SENATOR stara się wyjaśnić przyczynę takowej, przeglądając przyczynę śmierci, powikłania i inne warunki.

Co się tyczy metody leczniczej, to w żadnym z wymienionych szpitali nie było przeprowadzone ściśle leczenie kąpielami zimnymi. Najczęściej stosowano kąpiele w Bethanien, a z lekarstw używano chininy. W szpitalu „Agusta“ nie przeprowadzono ani razu systematycznego leczenia przeciwgorączkowego, lecząc jedynie tylko symptomatycznie chorych, u których tygodniami ciepłota ciała utrzymywała się na 39—40° C. SENATOR objawszy przed 11 laty oddział w *Augusta Krankenhaus* postanowił zastosować ściśle metodę przeciwgorączkową, lecz straciwszy pierwszego chorego [1875] stracił jednocześnie zaufanie do kąpeli zimnych, tak, że w ciągu 10 lat na jego oddziale wydano nie więcej nad 5 kąpeli. Nie uważa on kąpeli zimnych jako środka przeciwgorączkowego i sądzi, że możemy się bez nich obejść, mając nierównie lepsze i pewniej działające, jak chinina, antypiryna. Zato jako środek pobudzający układ nerwowy, kąpiele mają ważne znaczenie. W kąpeli chory odzyskuje przytomność, pomimo, że ciepłota narządów wewnętrznych wskutek zatrzymania wydzieliny podnosi się. Nie jest to więc działanie wynikające z obniżenia ciepłoty ciała. Toż samo dobroczynne działanie wywiera kąpiel przy otruciach, np. u pijaków. Oprócz tego kąpiel działa na krążenie i oddechanie, a obniżenie gorączki stoi tu na ostatnim planie zaledwie. Nado kąpiel zmusza chorego do zmiany położenia i przyczynia się do utrzymania równie ważnej czystości ciała. SENATOR przeto tak pojmując działanie kąpeli, zaleca kąpiel zimną przy *f. nervosa stupida* dawnych lekarzy, a letnią przy *febris nervosa versatilis*. Takież muszą być oblewania, a gdzie kąpeli stosować nie można, tam dostateczne będą zawijania w prześcieradła, obmywania i obcierania. Szablonowe zdanie, że tam, gdzie ciepłota dochodzi 39,5° C., potrzebną jest kąpiel, nie ma podług SENATOR'a racji bytu, a wynajdywanie wskazań do kąpeli nie jest tak łatwym, jak się na pozór zdawać może. Lekarz musi tu zwracać uwagę na cały zbiór objawów. W końcu SENATOR zwraca uwagę na stosunek powikłań do kąpeli zimnych. Obwiniano kąpiele, że wywołują krwotoki kiszkowe. W szpitalu Augusty SENATOR zanotował krwotoki w 6,8% w Bethanien 7% przy najrozmaitszych metodach leczniczych, pomimo, że kąpiele tam stosowanymi nie były.

[D. n.]

## Wiadomości bieżące.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odbyć się mającego w dniu 6 Kwietnia 1886, jest następujący:

- 1) Wniosek zarządu dotyczący spłaty długu Towarzystwa Kasie Wsparcia.
- 2) FABIAN. O kąpielach elektrycznych.
- 3) WATRASZEWSKI. O leczeniu przymiotu wstrzykiwaniami podskórnymi związków tlenowych rtęci.
- 4) MATLAKOWSKI. Dwa przypadki przepuklin, przy których kiszkę można było podejrzewać o zgorzel.

UWAGA. Z powodu doniosłości wniosku Zarządu dla spraw Towarzystwa uprasza się Pp. członków o liczne zgromadzenie się.

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

*Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1885. Zeszyt IV.* HEILPERN. O wartości pożywej chleba wobec nowoczesnej techniki piekarskiej. — BIELIŃSKI. Doktorowie medycyny promowani w Wilnie.

*Medycyna Nr. 13.* SOKOŁOWSKI. W kwestyi wyleczalności i leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani. — ROSENTHAL. Przyczynę do nauki o afazji zmysłowej.

*Przegląd lekarski Nr. 13.* RUMSZEWICZ. O szparze środkowej oka. — GÓRSKI. Przetoka cewki moczowej z powodu zadzierzgnięcia. Uretrorafija. Wyleczenie.

*Zdrowie Nr. 7.* Artykuł wstępny. — Artykuły oryginalne. Fizyologija alkoholizmu [przez LESNIKA]. — Cieplice węgierskie [p. prof. ŁUCZKIEWICZA]. — Wyniki badań składu wody warszawskiej. — „Ze statystyki szpitalnej [p. D-ra SOKOŁOWSKIEGO]. — Sprawozdania. O zużycowaniu odchodów miejskich [p. ROGOJSKIEGO]. — O zapobieganiu wilgoci w mieszkaniach [przez HEURICHA budown.]. — Odcinek. Hygiena, miasto zdrowia. — Notatki biblijograficzne. — Korespondencje: z Zurychu [H. Fr.] i z Paryża [D-r ZŁOTNICKI]. — Kronika. — Dział statystyczny. — Korespondencja Redakcyi. — Nekrologija.

## OŚWIADCZENIA KOMITETU KASY WSPARCIA.

### I.

Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDE wakuje wsparcie 95 rs., według woli testatora, w rocznicę jego zgonu, t. j. d. 18 Lutego 1887 przyznać się mające albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom możezowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim — wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15 Grudnia 1886 r.. Przy prośbie należy złożyć dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy, członków kasy wsparcia oraz Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczzonego wsparcia.

### II.

Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu ś. p. D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO, wakuje wsparcie rs. 300 za r. 1886 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się prekluzyjny termin do dnia 15 Czerwca r. b.. Przy prośbie należy: metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza, poświadczenie 3-ch lekarzy oraz Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami  
D-r Szokalski

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wędenego i S-ki za m. Luty r. b..

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Издательство Целсыяко Варшава, 20 Марта 1886 г. Друк K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.