

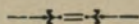
# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI ROPNI WĄTROBY URAZOWEGO POCHODZENIA.

[Rzecz odczytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 29. III. 1898].

Podał

**A. Ciechomski.**



Z ogólnej liczby wszelkich uszkodzeń wątroby, ogłoszonych w literaturze, a wynoszących 543 przypadki, EDLER (1) wyłącza 184 uszkodzeń podskórnych, reszta przypada na rany postrzałowe, klute i cięte.

Podskórne uszkodzenia wątroby powstają zwykle wskutek zgniecenia, przejechania, upadnięcia na brzuch, lub uderzenia np. kopytem, pięścią, odłamem granatu i t. d., przyczem narząd może ulec zranieniu przez czynnik działający bezpośrednio, albo też za pośrednictwem złamanych lub wgniecionych tylko żeber (2). Wreszcie uszkodzenia te powstają i przez tak zwane przeciw-uderzenie (*contre-coup*), jak np. podczas upadnięcia ze znacznej wysokości na nogi, na pośladki, lub na głowę. Z tablicy zestawionych u EDLER'a przyczyn widać, że największa liczba podskórnych pęknięć wątroby zależała od upadnięcia z wysokości na ziemię [59 razy], dalej od przejechania [49 razy], od uderzenia bezpośredniego, a więc pięścią, nogą lub kopytem 30 razy, wreszcie wskutek zgniecenia 22 razy.

Stosownie do siły, z jaką działa uraz, jak również stosownie do stanu, w jakim znajduje się narząd, uszkodzenia wątroby podskórne mogą być trojakie:

- 1-o. Obok rozerwania mięszu ulega rozdarciu osłona wątroby.
- 2-o. Pęknięcie mięszu wątroby bez uszkodzenia osłony.
- 3-o. Wreszcie niewielki wylew krwawy jedno lub kilku-ogniskowy w samym mięszu, czyli t. zw. apopleksya wątroby.

Uszkodzeniom pierwszego rodzaju nieodzownie towarzyszy krwotok wewnętrzny oraz wylanie się żółci do jamy otrzewnowej. Śmiertelność przy takich obrażeniach wynosi, podług EDLER'a, 85,7%. Na 9 przypadków, spostrze-

ganych przez BRYANT'a (3) — 6 zakończyło się śmiercią natychmiastową, w 3 pozostałych śmierć nastąpiła po upływie 3, 7 i 9 dni.

Jeżeli uszkodzenie wątroby nie jest zbyt rozległe i, co za tem idzie, krwotok wewnętrzny nie bardzo obfity, wylanie się do jamy otrzewnej żółci zdrowej, a więc wolnej od bakteryi, pociąga za sobą zapalenie otrzewnej zlepne, dzięki przyżegającemu działaniu żółci na śródbłonek. Mimo to jednak długotrwałe wydzielanie się żółci do jamy otrzewnej, co może mieć miejsce przy uszkodzeniu pęcherzyka lub przewodów żółciowych głównych, niechybnie prowadzi do zguby, a to wskutek wchłaniania się żółci i następnej choleemii.

W przypadkach 2-iej kategorii, a więc przy pęknięciach wątroby bez rozdarcia jej osłony, wylew krwawy gromadzi się najczęściej pomiędzy uszkodzonym mięszem i osłoną, odwarstwiając ją na większej lub mniejszej przestrzeni. Rzadziej wylew ten, zwłaszcza jeżeli jest obszerny, mieści się wśród rozerwanego mięszu i nie dosięga osłony.

W każdym razie jednak przez czas pewien istnieje on jako taki, później przeistacza się w ropień z zawartością dość charakterystyczną. Po dłuższym przeciągu czasu ropień może uleść zserowaceni, albo też przedziurawia się do jamy otrzewnej lub na zewnątrz; w ostatnim razie niezbędne są trwałe zrosty z otaczającymi narządami. Ropnie spostrzegano tylko w 11,3% wszystkich uszkodzeń wątroby i przeważnie na wypukłej jej powierzchni.

Na ostatek w przypadkach 3-iej kategorii wylewy w mięszu ogniskowe dają objawy łagodniejsze i mniej wybitne (4), a za życia zazwyczaj bywają nierozpoznane.

Ponieważ w naszej literaturze, za wyjątkiem doskonałej pracy kol. ŻOLEŃCZOWSKIEGO (6), dotyczącej uszkodzenia wątroby 1-iej kategorii, nie znalazłem obszernego opisu tej sprawy, śmiem przeto podać dwa przypadki pęknięcia wątroby podskórnego i bez uszkodzenia jej osłony, co dało znowu początek wytworzeniu się olbrzymich ropni zarówno w 1-szym, jak i w 2-im przypadku.

Jeżeli w opisie owych przypadków będę zbyt drobiazgowym, to chyba dlatego, aby zwrócić później uwagę czytelnika na niektóre objawy tego rodzaju uszkodzeń wątroby. Że rozpoznanie ropni wątroby, urazowego pochodzenia nie zawsze jest łatwe we wczesnym okresie ich istnienia, zobaczymy zaraz w opisie 1-szego przypadku.

**Spostrzeżenie I.** M. S., lat 6 mająca, spadła z balkonu 1-go piętra na ziemię w d. 6 września 1896. W 3 dni po wypadku przywieziono ją do Warszawy. Podczas badania znalazłem złamanie zwyczajne obu kości przedramienia lewego, tudzież złamanie powikłane obu kości przedramienia prawego; po za tem sińce na policzkach i lekkie starcia naskórka na czole. Jeden z odłamków kości promieniowej prawej przedziurawił skórę; okolica owego otworu mocno obrzmiała, a przy obmacywaniu obrzmienia przez otwór wydziela się obficie gęsta ropa z pęcherzykami powietrza. Dziecko stęka ustawicznie, ma wygląd ciężko chorego, obok ciepłoty 40,2° i tętna 140. Badanie reszty ciała, a zwłaszcza klatki piersiowej nie wykazało żadnego obrażenia.

Przypuszczając, że podniesiona ciepłota i ciężki stan ogólny zależą li tylko od zatrzymania się septycznej wydzieliny przyrannej, postanowiłem czempędzej ułatwić odpływ ropie w tem przekonaniu, że cała sprawa wkrótce opanowaną zostanie.

Nazajutrz w szpitalu chirurgicznym kol. SOLMANA, przy pomocy 2-ch szerokich cięć, wyciąłem końce odłamków obu kości, schorzałe tkanki, ile możliwości, usunąłem, a przedramię prawe przedrenowałem na wylot; naostatek nałożyłem opatrunek unieruchamiający.

Pomimo że sprawa na przedramieniu prawem od razu wzięła dobry obrót, a obrzmienie i bolesność znikły bezpowrotnie, podwyższona ciepłota jednak ani na chwilę nie obniżyła się, lecz, co gorsza, stała się prawie ciągłą. Daremne były ustawiczne poszukiwania moje jakiegokolwiek przyczyny w ciągu pierwszych kilkunastu dni. W końcu 2-go tygodnia zwrócił uwagę moją pewnego dnia częsty, suchy kaszel, a badanie pozwoliło mi wykryć w prawej opłucnej obecność płynu, sięgającego ku górze, do 9-go żebra na linii łopatkowej. Nazajutrz kol. JAKOWSKI znalazł, oprócz powyższego, mocne wzdęcie brzucha, wraz z nieznacznem powiększeniem wątroby, co, wobec wątłego ogólnego stanu dziecka, nie zwróciło tak dalece naszej uwagi. Przekłućcie próbne w 9-m międzyżebżu wykazało płyn przezroczysty, czerwonawy, który przy badaniu drobnowidzowem posiadał wszystkie cechy wysięku. Chociaż po kilku dniach płyn w opłucnej prawej wessał się całkowicie i słychać było wyraźnie tarcie opłucnowe, kaszel mimo to nie zmniejszał się, przyspieszony zaś oddech i wysoka ciepłota wraz z potami przemawiały bardzo za gruźlicą płuc. Badanie drobnowidzowe nader małej ilości płwociny nie wykryło jednak laseczników gruźliczych.

W ciągu następnych 2 tygodni przebieg choroby był bez wyraźniejszej zmiany; taż sama ciągła prawie gorączka, wahająca się około 39°, obfite poty i suchy kaszel, a nadewszystko brzuch wciąż mocno wzdęty, dość bolesny przy dotykaniu; co znowu uniemożliwiało dokładne zbadanie wątroby, umiarkowanie powiększonej, jak to już zaznaczyłem wyżej.

Co się tyczy ran na przedramieniu, to gojenie się ich po operacji chociaż powolne, lecz bez wszelkich powikłań, żadną miarą nie mogło wytłómaczyć nam tak ciężkiego stanu dziecka. Niejednokrotnie przeto, wspólnie z kol. JAKOWSKIM i SOLMANEM, skrzętnie szukaliśmy przyczyny, lecz nie znalazłszy nigdzie umiejscowienia się sprawy, gotowi byliśmy przypuszczać, że mamy do czynienia z jakimś cierpieniem ogólnem zakaźnego charakteru; przypuszczenie to przyszło nam na myśl nie wcześniej, niż po wyłączeniu ropnia podprzeponowego, a to na zasadzie kilkakrotnych daremnych przekłuć próbnych w 10-m i 11-em międzyżebżu prawem od tyłu. Wysięk w opłucnie prawej przedtem wykryty, jak również dolna granica wątroby wyraźnie opuszczona mogły poniekąd upoważniać nas do takiego rozpoznania.

Tymczasem na początku października, a więc w miesiąc po wypadku, stan dziecka chwilami zaczął poprawiać się, mieliśmy bowiem niektóre dni całkowicie bezgorączkowe; wkrótce jednak błogie nadzieje nasze rozwiały się, gorączka powróciła z większem niż dotychczas nasileniem, a co najważniejsza, wy-

stąpiło na jaw wypuklenie w okolicy nadbrzuszej pod wyrostkiem mieczykowatym. Wypuklenie to w ciągu trzech dni wyraźnie powiększyło się, a choć nie można było wykryć w niem chełbotania, nie mniej przeto postanowiliśmy wykonać w tem miejscu przekłucie próbne. Nazajutrz obecny na naradzie prof. Kosiński wydobyl z głębi za pomocą długiej igły płyn czerwony, mętny. Kol. Jakowski w płynie tym znalazł wielką ilość ciałek ropnych, obfitość wielką drobnoziarnistego rozpadu tudzież barwników żółciowych. Hodowle, wykonane z całą starannością, dały wynik ujemny.

Dnia 16 października za pomocą cięcia w smudze białej ponad pępkiem, a zatem na najwyższym miejscu owego wypuklenia, doszedłem do otrzewnej ściennej, niebieskawo przeświecającej; po rozcięciu tejże znalazłem wątrobę ciemno-wiśniowego koloru, znakomicie powiększoną i wypuklającą się w ranie, mimo to nie przyklejoną do otrzewnej ściennej; w jamie otrzewnej płynu nie było. Za pomocą szpryki wydobylem z mięszu narządu płyn zupełnie podobny do poprzedniego, a po obszyciu i szerokiem nacięciu wątroby, wypuściłem z niej z górą litr tegoż; podczas badania ropnia palcem przekonałem się, że dno jego i ściany są miękkie, nierówne, jakby poszarpane. Zanim zeszyłem pewną część rany powłok, jama ropnia już zdołała skureczyć się i zmniejszyć przynajmniej w trójnasób; wytamponowałem ją przeto paskami muslinu i opatrzyłem, jak zwykle.

Jakkolwiek ciepłota po operacyi wyraźnie obniżyła się i bóle w brzuchu znikły prawie zupełnie, upadek czynności serca wzrastał z zastraszającą szybkością i przyprowadził dziecko o zgubę w ciągu trzeciej doby. Badanie zwłok z przyczyn odemnie niezależnych wykonaniem być nie mogło.

Jak widzimy, przypadek powyższy zasługuje na szczególniejszą uwagę zarówno ze względu na przyczynę powstania ropnia, jako też i ze względu na trudności w rozpoznaniu tegoż. Przypuszczać należy, że ropień ów powstał z wylewu krwawego w mięszu wątroby, wylew zaś był następstwem pęknięcia wątroby środkowego, a więc bez uszkodzenia jej osłony surowiczej i włóknistej.

Oczywiście tego rodzaju uszkodzenie, jako skutek upadnięcia dziecka na rączki, z wysokości 1-go piętra, nie przyszło mi do głowy; po za tem samo cierpienie, przez dłuższy przeciąg czasu przebiegające tak dziwnie, najczęściej prowadziło uwagę moją na fałszywą drogę.

**Spostrzeżenie 2.** W. W., szewc, lat 28 mający, w dniu 26 kwietnia r. b. został mocno pobity kijami, pocięty i pokłuty nożami, oraz skopany nogami, o ile pamięta, dostał przynajmniej 30 uderzeń obcasem w brzuch. W godzinę po wypadku przywieziony do szpitala Ś-go Rocha zaczął wymiotować; wymioty trwały przez 6 godzin z małemi przerwami. Przy pierwszym badaniu stwierdzono: oddech 60, tętno 90 i częste wymioty żółciowe, po za tem chory oddecha z trudnością i jęczy, skarżąc się na mocne bóle w brzuchu. Obmacywanie brzucha wykazało obrzmienie pod prawym łukiem żebrowym, dość twarde i bolesne na dotyk; wreszcie znaleziono kilka ran na głowie i twarzy oraz mnóstwo różnorodnych obrażeń na całym ciełe.

Rozpoznałem przedewszystkiem wylew krwawy w wątrobie. Nazajutrz obrzmienie urazowego pochodzenia, poczynające się pod prawym łukiem żebrowym, rozszerzyło się aż do pępka, było twardsze niż poprzednio i boleśniesz, a dolna granica jego, kształtem swym przypominająca wątrobę, łatwo wyczuć się dawała; wymioty, oddech i bóle bez zmiany. W ciągu pierwszych 5-iu dni wyraźnej różnicy nie spostrzegałem, chyba tylko niewielkie podwyższenie ciepłoty do 38°. Szóstego dnia wymioty ustały, poczem stan ogólny powoli poprawiać się zaczął; brzuch, a zwłaszcza owo obrzmienie stopniowo było mniej bolesne, pomimo że obraz jego nie uległ żadnej zmianie.

Około 10 maja, a więc w 2 tygodnie po wypadku ciepłota już była prawidłową, a chory czuł się tyle dobrze, że wbrew zaleceniu zaczął siadać na łóżku i już myślał o wypisaniu się ze szpitala. Tymczasem d. 12 maja ciepłota od razu dosięgała 39°, wymioty i bóle w całym brzuchu ponowiły się, były nawet mocniejsze, niż przedtem. W ciągu kilku następnych dni gorączka prawie ciągła; okolica nadbrzuszna stopniowo wypukła się coraz bardziej, a chory w wigilię operacji już niemal wił się z bólu i pragnął czemprędzej przecięcia, chociaż przed kilku dniami słyszeć nawet nie chciał o jakimkolwiek zabiegu chirurgicznym. Przypuszczając ropień w mięszu wątroby, powstały z wylewu krwawego, przystąpiłem do otworzenia go w d. 18 maja.

Na wstępie wykonałem przekłucie próbne w miejscu największego wypuklenia, w którym nawet wyczuć można było tegoż dnia gęłebokie chelbotanie. Płyn, tą drogą otrzymany, był dość rzadki i mętny, a barwę miał czerwonawą.

Do otrzewnej przedostałem się za pomocą cięcia powłok prostopadłego 12 ctm. długości na największej wypukłości obrzmienia, co przypadało na środku pomiędzy smugą białą i przedłużeniem linii sutkowej, prawej. Skoro znalazłem jamę otrzewnej wolną od płynu i wątrobę nie przyklejoną do otrzewnej ściennej, postąpiłem z nią tak, jak przy bąłowcu, a więc wyosobniwszy powierzchnię do przyszłego przecięcia, zeszyłem dokoła otrzewną ścienną z osłoną wątroby. Zanim dostałem się do jamy ropnia, musiałem przeciąć osłonę oraz warstwę mięszu wątroby grubości 1½ ctm.; po wylaniu się zawartości, w ilości przenoszącej litr, podobnej zupełnie do płynu, otrzymanego podczas przekłucia próbnego, wyszedziłem za pomocą palca jamę ropnia; ściany jej były nierówne, jakby poszarpane, a pomiędzy zagłębieniami różnej wielkości sterczały jakby grzbiety, utworzone przez mięsz wątroby. Wobec tego nie mogłem wątpić, że jama ta całkowicie mieściła się w gęłbi narządu, najbardziej zaś upoważniała mnie do tego ściana ropnia górna, podobnie poszarpana i nierówna jak i dolna, a która zatem nie mogła być poczytaną za powierzchnię przepony dolną.

Po wprowadzeniu do jamy grubego sączka, oraz po szczelnem wytamponowaniu jej za pomocą gazy, zmniejszyłem ranę powłok brzusznych kilku szwami. Przebieg pooperacyjny w ciągu pierwszych 2 tygodni nie był zbyt łagodny. Jakkolwiek bóle znikły bezpowrotnie, wymioty jednak powtarzały się od czasu do czasu, a ciepłota podwyższona do 39° prawie nie opuszczała chorego. Wydzielina z rany niezmiernie obfita zmuszała do codziennej zmiany opatrunku; z początku wydzielina ta była rzadka, szara z dużą przymieszką żółci,

z biegiem czasu stała się skąpszą, a wówczas przewaga żółci była widoczniejszą. W ciągu 3-go tygodnia ciepłota była już prawidłowa, a chociaż jama ropnia zmniejszyła się przynajmniej trzykroć, wydzielanie się żółci było wciąż bardzo obfite; dopiero pod koniec 4-go tygodnia po operacji żółci było wyraźnie mniej na opatrunku. W 6 tygodni po operacji stwierdziłem wyzdrowienie zupełne obok całkowitego zagojenia się rany.

Hodowle zawartości ropnia dały, jak poprzednio, wynik ujemny, badanie zaś drobnowidzowe dało obraz bardzo podobny do tego, jaki widzieliśmy w 1-ym przypadku.

Jak powiedziałem wyżej, najczęstszą przyczyną pęknięcia wątroby było upadnięcie z pewnej wysokości, zarówno na brzuch, jako też na głowę i na nogi. Pomijając doświadczenia TERILLON'a (7) na psach, HOFMEIER'a (8) na królikach i ŻOLEŃCZOWSKIEGO (9) na trupach ludzkich, w których to doświadczeniach bezpośrednio uderzano młotkiem, czy też cegłą w okolice wątroby, przytoczę jaskrawsze przypadki pęknięcia wątroby przy t. zw. przeciw-uderzeniu.

REZEK np. znalazł podczas oględzin pośmiertnych rozległe pęknięcie wątroby u wisielca, który spadł na nogi, gdy odcięto go jeszcze żywego. BAERENSPRUNG (11) znowu widział liczne rozdarcia wątroby u człowieka, który głową spadł na bruk. Wreszcie z przypadku MAYER'a (12) widać dobrze, że wątroba, patologicznie powiększona, uległa pęknięciu podczas zwyczajnego upadnięcia na lodzie.

Z powyższego widzimy wyraźnie, jak łatwo w pewnych warunkach wątroba ulega uszkodzeniu i jak pilną należy zwracać na nią uwagę w każdym przypadku nieznacznego choćby upadnięcia. Pierwszy ze spostrzeganych przezemnie przypadków doskonale poucza w tym względzie i wykazuje zarazem, jak trudno jest nieraz wykryć uszkodzenie wątroby, zwłaszcza gdy przed oczyma mamy ciężkie obrażenia zewnętrzne z całym ich wpływem na stan ogólny chorego.

Trudno jest opowiedzieć na pytanie, dlaczego w pewnych razach pęka wątroba wraz ze swą osłoną, w innych zaś osłona pozostaje cała; przy uderzeniu bezpośrednim przyczyny należałoby szukać w sile tegoż, przy upadnięciu zaś obok wysokości, z jakiej pada ciało, przyczyna może tkwić w kruchości samego narządu, patologicznie zmienionego.

Co do objawów, jakie towarzyszą pęknięciu wątroby, to na pierwszym miejscu musimy postawić tak zwany *shok*, który jednak nie jest nieodzownym w każdym przypadku uszkodzenia wątroby. Objaw ten będzie prawdopodobnie częstszym przy działaniu siły bezpośredniej, już choćby dlatego, że samo uderzenie w brzuch wystarcza do wywołania wstrząsu. Po za tem krwotok wewnętrzny i zapaść, wreszcie omdlenie wskutek ogólnego obrażenia zewnętrznego, np. przy upadnięciu z wysokości, mogą w znacznej mierze wikłać prawdziwy obraz wstrząsu. Na tem miejscu nie od rzeczy będzie dodać, że znane są przypadki obszernych obrażeń wątroby, zakończone śmiercią w ciągu kilkunastu minut, tymczasem uszkodzeni do samego zgonu zachowali całą przytomność umysłu.

Co się tyczy krwotoku wewnętrznego, to oczywiście objawy jego będą tem wyraźniejsze, im pęknięcie będzie rozleglejsze i głębsze; a trwać one będą dłużej, aniżeli sam wstrząs. Wogóle krwotok jest najbardziej niebezpiecznym następstwem uszkodzenia wątroby, bywa on obfitszy przy pęknięciu tego narządu wskutek przeciw-udaru, aniżeli wskutek działania urazu bezpośrednio, obok tego uszkodzenie na powierzchni dolnej daje krwawienie większe, aniżeli na górnej. MAYER (13) w liczbie 135 pęknięć wątroby stwierdził 51 razy zejście śmiertelne wskutek krwotoku.

Wylewy krwawe śródmiąższowe, jak również wylanie się krwi pod nie naruszoną osłonę wątroby mogą powstać niepostrzeżenie wśród innych bardziej wybitnych objawów, wykrycie zaś w tym razie zwiększonej objętości narządu niezawsze jest łatwe.

Jednym z najważniejszych objawów jest ból w okolicy wątroby, który stale towarzyszy wszystkim prawie uszkodzeniom tego narządu i występuje wkrótce po uszkodzeniu. Sam miąższ wątroby jest bardzo mało wrażliwy, tymczasem jej osłona posiada mnóstwo gałęzi czuciowych. Zatem stopień bólu nie świadczy zupełnie o rozległości pęknięcia wątroby, przemawia raczej za uszkodzeniem osłony, a bardziej jeszcze za jej rozciągnięciem, skoro wylew krwawy wytworzył się pomiędzy miąższem a osłoną. Na okoliczność tę należy pilną zwrócić uwagę dla rozpoznania różniczkowego; wszelkie bowiem uszkodzenie wątroby, nacechowane mocnym bólem w prawem podżebrzu, a pozbawione objawów krwotoku wewnętrznego, rozpoznamy jako pęknięcie pod-osłonowe. Niewielkie wylewy śródmiąższowe bez napięcia osłony, powstające np. wskutek lżejszych uderzeń, przebiegają bez bólu i za życia bywają nierozpoznane; przy oględzinach pośmiertnych niejednokrotnie znajdowano blizny w zrazie prawym, a nawet zrosty tegoż z powłokami brzuszными, wszystko to zaś jako następstwo dawnych i niewielkich obrażeń wątroby. Obok bólu w okolicy wątroby wielce znamienne jest również promieniowanie tegoż w kierunku barku prawego, na co zwraca uwagę większość autorów. Objaw ten znany był już w starożytności, a CELSUS (14), mówiąc o znakach zranionej wątroby, określa go następującymi słowy: „zranienie wątroby cechuje się: obfitością wylaniem krwi w prawem podżebrzu, zapadnięciem podżebrza ku stosowi pancerzowemu, wielką ulgą przy położeniu się na brzuch, kluciem i bólem, sięgającym do obojczyka i połączonej z nim łopatki, do czego przyłączają się niekiedy wymioty żółciowe“.

Oprócz barku ból promieniuje również w kierunku krtani, wyrostka mieczykowatego, pępka i moszny. BOYER (15) twierdzi, że ból, promieniujący w kierunku łopatki, świadczy o uszkodzeniu wypukłej powierzchni wątroby, natomiast ból w kierunku pępka przemawia za uszkodzeniem powierzchni wklęsłej. DUPUYTREN i DESAULT (16) spostrzegali ból w kierunku barku prawego i krtani przy obrażeniach górnej powierzchni wątroby, przy dolnej zaś stwierdzali ból w okolicy wyrostka mieczykowatego i moszny. Inni znowu, jak GEDDES, BUDD i ANNESLEY (17) nie znaleźli bólu w barku prawym w przypadkach ropni, usadowionych pod powierzchnią wypukłą wątroby. Tymczasem LOEWER (18) spostrzegł u człowieka, który spadł z rusztowania, bardzo mo-

ne bóle w prawej połowie klatki piersiowej i barku prawym, wzmagające się przy najlżejszem choćby poruszeniu, przypuszczał więc na początku złamanie łopatki; po 4 miesiącach podczas oględzin pośmiertnych znalazł ropień pomiędzy przeponą i tylną powierzchnią prawego zrazu wątroby, która niewątpliwie i jedynie była uszkodzoną podczas upadnięcia chorego.

EDLER sądzi, że ból w barku prawym nie zawsze towarzyszy uszkodzeniom wątroby, bywa przytem pierwotny, a więc zaraz na początku uszkodzenia, albo też wtórny, skoro w pękniętym zrazie wątroby tworzy się ropień.

W obu spostrzeganych przezemnie przypadkach znamienego bólu tego nie stwierdziłem, jakkolwiek pilnie dopytywałem się o niego u obu chorych.

Szczegóły dopiero co przytoczone wykazują wyznaczenie, że objaw tu omawiany nie jest stałym; brak jego nie wyłącza uszkodzenia wątroby, obecność zaś stwierdza wartość innych towarzyszących temu cierpieniu objawów.

Do niestałych również objawów zaliczyć należy żółtaczkę, która spostrzeżać się daje zaledwie w 22,8 przypadkach na 100, jak twierdzi CHAUVEL i NIMIER (19). Bywa ona pierwotną, skoro występuje w ciągu pierwszych 4 dni po uszkodzeniu, lub wtórną, a to naskutek zmian, zachodzących w wątrobie, jak np. przy ropniu. Pierwotna bywa częściej, niż wtórna, a przyczyny jej szukać należy w wessaniu się żółci, wylanej do jamy otrzewnej. Jeżeli żółtaczka występuje bardzo szybko, wówczas w moczu można wykryć, oprócz barwników żółciowych, obecność cukru, na co zwrócił już uwagę CL. BERNARD, czytując to za objaw charakterystyczny dla uszkodzeń wątroby. Mimo to jednak większość autorów nie znalazła cukromoczu zarówno w przypadkach pęknięcia wątroby u ludzi, jako też i po doświadczeniach podobnych na zwierzętach.

Naostatek wymioty najczęściej żółciowe stanowią objaw dość stały, a występują zwykle zaraz po uszkodzeniu; czy zależą one wyłącznie od wstrząsu, czy też od samego tylko uszkodzenia, rozstrzygnąć trudno. Nie mniej przeto wymioty mogą występować jeszcze powtórnie mianowicie podczas tworzenia się ropnia zarówno w jamie otrzewnej, jako też wśród mięszu wątroby przy pęknięciach wątroby 2-ej kategorii [jak to miało miejsce w 2-m opisanym przypadku].

Zestawiwszy wszystkie ważniejsze objawy, towarzyszące uszkodzeniom wątroby podskórnym wogólności, w tej chwili zwrócimy uwagę na cechy rozpoznawcze dla pęknięć wątroby bez rozdarcia jej osłony oraz dla ropni śródmięszkowych, zazwyczaj powstających z wylewu krwawego.

Już na początku wspominałem, jak często powstają uszkodzenia wątroby podskórne, zarówno przy działaniu siły bezpośredniej, jako też i pośrednio, w każdym przeto przypadku upadnięcia, czy to na nogi, czy na głowę choćby z niewielkiej wysokości, jak również po stłuczeniu górnej połowy brzucha, należy pilnie badać wątrobę i uprzytomnić sobie wszystkie objawy, cechujące jej pęknięcie.

[D. n.]



## II. O UTRACIE SŁUCHU POSTĘPUJĄCEJ.

[Odczyt, wypowiedziany w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem d. 15 marca 1898].

Napisał

**D-r Teodor Heiman.**

— \* — \* —  
[Dokończenie. — Patrz Nr. 14].

Przypadki czystej sklerozy od zwyrodnień, stanowiących okres końcowy nieżyków przewlekłych, różnią się pomiędzy sobą właściwym obrazem błony bębenkowej. WALB utrzymuje, że przy czystej sklerozie błona SBRAPNELL'a jest ruchomą i nie zrosniętą z szyją młotka, a co właśnie ma miejsce przy nieżytkach w ich okresie końcowym. Zauważyłem dość często przy sklerozie dość znaczne uwydatnienie fałdy przedniej błony bębenkowej. Trąbka EUSTACHIUSZA jest zupełnie drożną, powiedziałbym nawet, że powietrze wpada przez nią przy wpędzaniu zbyt szerokim strumieniem. Po wpędzeniu powietrza następuje prawie bez wyjątku pogorszenie słuchu, dłużej lub krócej trwające; czasem rękoczyn ten sprowadza zawroty głowy, a w takich razach współcierpi niewątpliwie błędnik. Określenie stopnia zeszytywnienia strzemięcia w okienku owalnym jest niemożliwe. SCHWARTZE w tym celu przecina błonę bębenkową i bada strzemię bezpośrednio za pomocą zgłębnika.

Tak przy formie nieżytowej, jak i przy sklerozie tony niskie gorzej są słyszane od wysokich, z wyjątkiem tonów najwyższych, które są także gorzej słyszane. Spostrzegamy braki tonów w końcu górnym skali, rzadziej w jej odcinku średnim.

Dla różniczkowego rozpoznania między cierpieniem ucha środkowego i błędnika ważne ma w tych razach znaczenie badanie za pomocą kamertonu, lubo pewnego środka rozróżnienia cierpienia tych dwóch odcinków narządu słuchowego dotąd nie mamy. Możemy przyjąć z całym prawdopodobieństwem dla większości przypadków, że zajęte jest ucho środkowe, gdy ton kamertonu dźwięczącego, postawionego na środku czaszki lub na wyrostkach sutkowych, słyszany jest w uchu chorem, gdy doświadczenie RINNE'go jest ujemne, gdy ton kamertonu bardzo długo słyszany jest w przewodnictwie kostnym i gdy nie słyszane są przed uchem tony niskie. Brak przewodnictwa kostnego, lub też znaczna jego krótkość, czyni bardzo prawdopodobnem współcierpienie błędnika.

Rokowanie w nieżytkach przewlekłych ucha środkowego w okresie wydzielniczym jest niepewne, w okresie przerostowym wątpliwe, w sklerozie zaś bezwzględnie niepomyślne. W nieżytkach nie zadawnionych udaje się nierzadko osiągnąć znaczną poprawę słuchu i usunięcie szumów. Rokowanie zależy też w pewnej mierze od możebności usunięcia zasadniczego cierpienia jamy noso-gardzielowej i od własności wysięku. Gdy po wpędzeniu powie-

trza poprawa słuchu jest nieznaczna lub krótkotrwała, rokowanie jest mniej pomyślne.

W okresie przerostu powrót do stanu pierwotnego jest niemożliwy i dla tego rokowanie jest wątpliwe i częściej niepomyślne. Względnie najpomyślniejsze rokowanie dają jeszcze te formy, w których istnieje wysięk, dający się usunąć za pomocą przekłucia błony bębenkowej. Nierzadko w trakcie leczenia można dopiero stawić rokowanie, lecz i w takich razach rokowanie ograniczyć się musi do określenia, czy i o ile pozostały słuch da się jeszcze uratować. Są niewątpliwe przypadki, w których początkowe niepowodzenie w leczeniu dopiero po dłuższym czasie uwiecznione zostaje pomyślnym skutkiem. Niepodobiestwo wypowiedzenia właściwego rokowania pochodzi przeważnie od niepewności, a raczej niedostateczności naszych środków rozpoznawczych. Ważnym jest dla rokowania stopień przewodnictwa kostnego: zmniejszenie się jego lub zupełny brak, będące znakiem współcierpienia błędnika, czyni rokowanie niepomyślnem. Nie trzeba jednak zapominać, że brak przewodnictwa kostnego nie zawsze dowodzi istnienia cierpienia błędnika.

Przy sklerozie zdarzają się pojedyncze przypadki, w których choroba na pozór przez lata całe zatrzymuje się na pewnym stopniu, zwłaszcza przy poprawie stanu ogólnego; w ogóle jednak rokowanie jest tu bezwzględnie niepomyślne; nagle pogorszenia występują bez widocznej przyczyny, zwłaszcza gdy jednocześnie cierpi nerw słuchowy. Gdy już po krótkim trwaniu choroby słuch wybitnie upośledzony został, gdy sprawa chorobowa przy prawidłowej błonie bębenkowej i drożnej trąbce EUSTACHIUSZA wciąż postępuje, gdy szумы nie ustępują, gdy wpędzenie powietrza do jamy bębenkowej sprowadza pogorszenie słuchu, gdy przewodnictwo kostne już wcześniej zniesionem lub zmniejszonym zostaje, gdy istnieją żoły, gruźlica, syfilis, małokrwiistość, wyniszczenie, skłonność dziedziczna, szkodliwe wpływy zewnętrzne, nie dające się usunąć, wtedy rokowanie jest o wiele niepomyślniejszem. Istnienie wielu z tych momentów pogarsza je zarówno w formie nieżytowej. Wiek starczy pogarsza *ceteris paribus* rokowanie.

**Leczenie.** Przewlekły nieżyt ucha środkowego przedstawia w okresie wydzielinowym dość wdzięczne pole do leczenia. Jeżeli pomimo to dość często otrzymujemy wyniki niezadawalniające, to w znacznej mierze nie jest to winą sprawy chorobowej lub niedostatecznych metod leczenia, lecz samych chorych, nie mogących lub nie chcących poddać się dłuższemu leczeniu, jakie w tych razach jest wymaganem, lub też, że chorzy, lekceważący swoje cierpienie, dopiero w późniejszych okresach choroby szukają odpowiedniej porady lekarskiej. Nie jest też rzadkiem zjawiskiem, że sami lekarze stają się przyczyną zaniedbania się chorych, już to nie zwracając im uwagi należytej na niebezpieczeństwo grożące, już też sami lecząc ich w sposób najniewłaściwszy.

Przy nieżycie przewlekłym zadaniem naszym jest usunąć obrzmienie błony śluzowej jamy bębenkowej ucha środkowego i trąbki EUSTACHIUSZA, usunąć z pierwszej nagromadzoną tam wysięk, przeszkodzić nowemu wytwarzaniu

się jego, leczycie zasadnicze cierpienie jamy nosogardzielowej, oraz wpływać na stan ogólny chorych. Z pomiędzy środków leczniczych, w tym celu stosowanych, stawić musimy na pierwszym planie wpędzanie powietrza do jamy bębnekowej bądź to przy pomocy cewnika, bądź to za pomocą metody POLITZER'a lub jej modyfikacji. Użycie jednego lub drugiego sposobu wpędzania powietrza zależy będzie od drożności trąbki EUSTACHIUSZA, od wyniku otrzymanego po jednym lub drugim sposobie, od stanu jamy nosogardzielowej, a także od wieku chorego. Przy znacznym oporze ze strony trąbki EUSTACHIUSZA z przyczyny niedrożności jej, lub znacznym zwężeniu, właściwszem będzie stosowanie cewnika; przy drażliwości i obrzmieniu błony śluzowej nosa u dzieci stosujemy sposób POLITZER'a. Wybór przeto sposobu wpędzania powietrza do jamy bębnekowej musi w każdym przypadku być indywidualizowany i z góry przewidzieć się nie daje. W jednych przypadkach ten, w innych drugi sposób daje lepsze wyniki. Wpędzanie powietrza sposobem POLITZER'a odbywa się 3—4 razy, za pomocą cewnika 5—12 razy. Wynik nigdy nie jest tak wybitnym, jak w formach ostrych nieżyty; otrzymujemy mniejszą lub większą poprawę słuchu, najczęściej w umiarkowanym stopniu. Wpędzenie powietrza do jamy bębnekowej wpływa nie tylko dodatnio na ostrość słuchu, lecz usuwa także i inne przykre objawy, t. j. ból głowy i ciężkość jej, zawroty i bardzo często szum. Wpędzania powietrza do jamy bębnekowej dokonywa się z początku codziennie, a w miarę trwałej poprawy słuchu co drugi dzień lub nawet rzadziej. Leczenie nie powinno przeciągać się zbyt długo, z chwilą gdy przedmuchiwanie nie sprowadza więcej poprawy, należy je zaprzestać.

Przy wciągnięciu błony bębnekowej, prócz wpędzania powietrza do jamy bębnekowej należy stosować każdorazowo rozrzedzenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym za pomocą lejka SIEGLE'a. Rozrzedzacz powietrza DELSTANCHE'a, przez niektórych zalecany, działa również dobrze, lecz należy go ostrożnie stosować; nierzadko bowiem wywołuje wylewy krwawe w samą tkankę błony bębnekowej. Rozrzedzanie powietrza szczególnie pomyslny wpływ wywiera na szumy; trzeba wszelako przyznać, że najczęściej wpływ ten jest krótkotrwały; czasem trwa zaledwie kilka minut, a nawet kilkadziesiąt sekund. Gdy po kilkakrotnem lub dłużej trwającym wpędzaniu powietrza nie otrzymujemy trwalszego wyniku i gdy w jamie bębnekowej nagromadzony jest wysięk, wskazanem jest przecięcie błony bębnekowej. Jest to operacja niewielka, lecz w innych sprawach chorobowych często życie ratująca choremu; każdy lekarz powinien nią być obeznany i umieć ją wykonać. Po przecięciu błony bębnekowej należy wpędzić do jamy bębnekowej kilkakrotnie powietrze najlepiej za pomocą metody POLITZER'a w celu wypędzenia wysięków do przewodu słuchowego zewnętrznego. Gdy wysięk jest rzadki, niekiedy wystarcza wyczyszczenie nosa do wypędzenia płynu do ucha zewnętrznego.

Otwór w błonie bębnekowej należy zrobić obszerny, ażeby i gęsty wysięk mógł się przedostać. Gdy się to nie udaje przez wpędzanie powietrza, stosuje POLITZER rozrzedzenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym za

pomocą rozrzedzacza DELSTANCHE'a; lub też zgęszczenie powietrza w uchu zewnętrznem, ażeby przez to zawartość jamy bębenkowej przez trąbkę EUSTACHIUSZA wpędzić do gardła. Skuteczności tych sposobów nie mogłem dotąd sprawdzić; inni też autorowie wyrażają się o nich sceptycznie. Przekłucie błony bębenkowej przychodzi w tych razach niejednokrotnie powtórzyć, ponieważ wysięk gromadzi się na nowo i ażeby otrzymać stały wynik, trzeba wpędzać powietrze miesiącami, a nawet latami całemi w odstępach 1 — 2 tygodniowych. Stosowanie leków płynnych w tych formach nieżyty, zwłaszcza gdy istnieje wysięk, jest nie tylko bezpożyteczne, lecz wręcz szkodliwe; wywołuje bowiem drażnienie błony śluzowej i nierazko daje powód do zapaleń ropnych ucha środkowego. Na szczęście trąbka EUSTACHIUSZA jest najczęściej na tyle obrzmiała, że nie przepuszcza wstrzykniętych płynów. Obrzmienia trąbki EUSTACHIUSZA, gdy nie ustępują samowolnie lub po wpędzeniu powietrza, wymagają zastosowania leków płynnych [środki ściągające] lub gazowych, lub też wprowadzenia świeczek (*bougies*), napojonych środkami leczniczymi (*arg. nitr.* 1:10); ostatnie zostawiają się w trąbce przez kilka minut; dłuższe pozostawienie ich może wywołać zapalenie ropne ucha środkowego. Przypominam jeszcze raz, że leczenia za długo prowadzić nie można. Przy niezbytach upartych, nie ustępujących leczeniu miejscowemu, należy chorych wysyłać do miejsc górzystych [Zakopane, Krynica, Alpy] i zalecać im leczenie ogólnie wodami mineralnemi.

Gdy doszło do przerostu, mamy za zadanie nie tylko poprawić słuch, ale także starać się o powstrzymanie postępu choroby. Leczenie pozostawia tu, niestety, wiele do życzenia. Jest ono mniej więcej takie same, jak w okresie wysięku. I tu główna nadzieja nasza polega na wpędzaniu powietrza do jamy bębenkowej. Działać bezpośrednio na obrzmiałą i przerośniętą błonę śluzową dość stężonym roztworem azotanu srebra, jak to ma miejsce w wielu innych błonach śluzowych, co stanowiłoby jedyny racjonalny sposób postępowania, nie mamy możliwości, gdyż środek ten wywołałby zbyt silny, a często i niebezpieczny odczyn. Stosowane często wstrzykiwania przez trąbkę EUSTACHIUSZA chybają często swego celu z powodu znacznej niedrożności kanału jej. Najrozmaitsze środki były i bywają stosowane do wstrzyknięcia przez trąbkę EUSTACHIUSZA, t. j.: salmiak, sól kuchenna, sól glauberska, soda, jodek potasu, chloral, siarczan cynku, sublimat, siarczan miedzi, kwas solny, kwas octowy, kwas mleczny, pilokarpina, a w ostatnich czasach płynna wazelina sama lub z *zinum oleinum*. Każdy z lekarzy oddaje pierwszeństwo pewnemu ulubionemu środkowi. Wszystkie one mają to do siebie, że, sprowadzając pewien odczyn, przez który rozluźniają nieprawidłowe zrasty kostek słuchowych, wywołują pewne polepszenie słuchu, ale, niestety, tylko krótkotrwałe; a gdy środki zastosowane były zbyt silne, następuje znaczne pogorszenie słuchu. W świeżych przypadkach mogą leki te w niezorganizowanych elementach komórkowych wywołać rozpad i wchłonięcie ich. Względnie pomyślne wyniki otrzymuję z wazeliny płynnej, zalecanej przez DELSTANCHE'a. Radzą też stosować leki w formie pary lub nawet czystą parę wodną. Pary, drażniąc powierzchnię błony śluzowej, sprowadzają jej przesięk, co ma rozrze-

dzać nagromadzony gęsty wysięk. WALB widział dobre skutki z dłuższego zastosowania pary wodnej przy nadmiernej suchości błony śluzowej. POLITZER radzi znowu pary terpentynowej; inni pary jodu, chloroformu, eteru siarczanego, eteru octowego i jodetylu, także kwas węglany i wodór. Trzeba jednak przyznać, że działanie wszystkich tych środków jest tylko przemijające i w wielu razach względnie jeszcze otrzymujemy najlepszy wynik z wpędzania zwyczajnego powietrza do jamy bębenkowej. Leczenie wstrzykiwaniami zasługuje na pierwszeństwo przed stosowaniem leków w parach; trwa bowiem krócej i działa skuteczniej.

Przy stosowaniu wpędzania powietrza największy efekt otrzymujemy w pierwszym tygodniu i przy pierwszym leczeniu. Codzienne wpędzanie powietrza lub też zbyt długo prowadzone leczenie stanowczo szkodliwie oddziaływa na słuch, zamiast pierwotnej poprawy otrzymujemy prawie zawsze pogorszenie. Co do mnie, to stosuję wpędzanie powietrza przez pierwszy tydzień codziennie, następnie co drugi dzień, a nawet rzadziej; leczenie prowadzę nie dłużej nad 6 tygodni; zwykle tylko przez miesiąc, w wyjątkowych przypadkach przez dwa miesiące. Leczenie powtarzam raz do roku lub nawet raz na dwa lata, następne leczenia prowadzę tylko przez 3 — 4 tygodni. Z wyników leczenia mojego chorzy są zupełnie zadowoleni, ma się rozumieć zadowolenie jest względne. Chcąc osiągnąć jakie takie wyniki lecznicze, trzeba indywidualizować każdy przypadek oddzielny i nie mieszać tych form z czystą sklerozą. Nie należy też czynić chorym różowych obietnic, jak to niektórzy czynią, obiecując wyleczyć ich w ciągu kilku tygodni, przez to bowiem chorzy tracą zaufanie do lekarza; tenże dyskredytuje siebie i naukę, a chorzy, zawiódłszy się w swoich oczekiwaniach, porzucają zupełnie leczenie i do reszty tracą słuch. Chory powinien wiedzieć z góry, co możemy zrobić dla jego słuchu i co mu grozi w razie dalszego zaniedbania, a wtedy rzadko który nie podda się systematycznemu leczeniu. Wpędzeniem powietrza staramy się działać wchłaniająco na wysięk, jeżeli taki istnieje; staramy się rozzerwać sklejenia, zrośnięcia nieprawidłowe w jamie bębenkowej, ma się rozumieć, o ile te nie są jeszcze zastarzałe. Przy znacznej niedrożności trąbki EUSTACHIUSZA mogą być stosowane *bougies*, należy wszelako z nimi być ostrożnym; zauważyłem niejednokrotnie, że gdy przedtem powietrze jeszcze jako tako przechodziło do jamy bębenkowej, po kilkakrotnem zastosowaniu świeczki nastąpiło od razu zamknięcie trąbki, co spowodowało widoczne i bardzo długo lub wcale nie ustępujące pogorszenie słuchu

Przy znacznem wciągnięciu błony bębenkowej dobrze działa rozrzedzenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym oraz masaż błony bębenkowej za pomocą rozrzedzacza DELSTANCHE'a. Dla leczenia mechanicznego tych nieżyków stosuje LUCAS zglębnik sprężynowy; stosowanie go jest bolesne, często sprowadza wybitną poprawę słuchu i ustąpienie szumów, lecz, niestety, także tylko na czas krótki.

Leczenie powinno być równie starannie przeprowadzone przy cierpieniu jednego ucha, gdyż choroba z czasem przerzuca się na drugie ucho; poprawiając przeto słuch na ucho chore, powstrzymujemy niejako przejście sprawy

chorobowej na drugie ucho. W tym okresie choroby uwaga na stan ogólny chorych jeszcze bardziej zwróconą być musi, aniżeli w okresie wysiękowym. Przy zboczeniach konstytucjonalnych należy działać na skład krwi. Zimne kąpiele w jakiejś formie, wszelkie manipulacje hydropatyczne są stanowczo szkodliwe. Kąpiele letnie, solankowe, pobyt w górach są bardzo korzystne.

U osób otyłych dobrze działają odpowiednie wody mineralne [Marienbad, Kissingen, Tarasp], u małokrwistych żelazo. Gdzie warunki nie pozwalają na takie postępowanie, tam wszelkie leczenie miejscowe nie będzie wiele warte. Nie potrzebuję dodawać, że stan jamy nosogardzielowej musi w każdym poszczególnym przypadku być dostatecznie uwzględniony i wszelkie w niej chorobliwe zmiany usuwane.

Nigdy z góry nie możemy wiedzieć, do jakiego stopnia słuch poprawi się przez leczenie. Gdy upośledzenie słuchu jest znaczne, a po pierwszym wpędzeniu powietrza otrzymujemy znaczną poprawę, tam można się spodziewać względnie dobrego wyniku leczenia. Zupełna głuchota dla mowy, t. j., że chory nie jest w stanie słyszeć wyrazów, nie wyłącza możliwości poprawy.

Leczenie następcze powinno polegać na wpędzaniu powietrza do jamy bębenkowej raz na tydzień lub raz na dwa tygodnie.

Pomimo najstaranniejszego leczenia miejscowego i ogólnego choroba rozwija się ciągle, lub też zatrzymuje się na pewien czas, aby w końcu doprowadzić do znacznego upośledzenia słuchu. Na szczęście czas ten w wielu przypadkach rozciąga się na całe dziesiątki lat; w niektórych wszelako przypadkach fatalne zejście nastąpić może już po paru latach.

Najsmutniejsze wyniki daje nam leczenie sklerozy. Zaznaczam przede wszystkim, że tu wszelkie leczenie miejscowe jest wręcz szkodliwe i często przyśpiesza katastrofę. A nigdzie, niestety, lekarze nie grzeszą tyle, ile przy leczeniu tej formy chorobowej. Jeżeli mówię o lekarzach, to w tym razie mam wyłącznie na myśli lekarzy chorób usznych. Przeprowadza się kuracje wpędzania powietrza przez całe tygodnie i miesiące, wstrzykuje się do jamy bębenkowej rozmaite leki; stosuje się elektryczność, masaż, nacinają, wycinają, wypalają błonę bębenkową usuwają kostki słuchowe, nacinają mięsień natężacz błony bębenkowej. A jakież z tego wszystkiego wyniki? Żaden lub nawet, co się częściej zdarza, pogorszenie stanu istniejącego. Przy leczeniu tej formy chorobowej, a nawet i niejednej formy nieżytowej, prawdziwym jest zdanie chorych na pozór niesłuszne i poradoksalne, że z chwilą, gdy się zaczęli leczyć, zaczęli tracić słuch coraz bardziej i że dzięki leczeniu zupełnie ogłuchli. Najczęstsze nadużycia robią się z szablonowym wpędzaniem powietrza do jamy bębenkowej. Stosując je, musimy sobie przecież postawić pytanie: co przez nie chcemy osiągnąć? W formach poprzednio opisanych mamy na celu usunięcie przez ten rękoczyn wysięku, działać na niedrożność trąbki EUSTACHIUSZA i obrzmienie błony śluzowej jamy bębenkowej, na zrosty nieprawidłowe; w formie sklerotycznej nie mamy ani wysięków, ani obrzmiń, ani zrostów, co więc uczynić wpędzanie powietrza? Chyba tylko powiększyć stniejącą małokrwistość błony, bo chyba rękoczyn ten na uruchomienie strze-

mienia w okienku owalnem wpływu mieć nie może. Zdarza się, że po wpędzeniu powietrza chorzy chwilowo czują zmniejszenie się szumów; nie ludźmy się jednak tem, bo jest to efekt tylko chwilowy, który jeszcze wydatniejszym będzie, gdy zastosujemy rozrzedzenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Wpędzanie systematycznie prowadzone stanowczo powinno być zaniechane. Czasem przy znacznych szumach sprawiają pewną ulgę wstrzykiwania leków do jamy bębenkowej. Stosując je przy nieznośnych szumach, miałem dotychczas największy efekt z chloralu 1%. Skuteczniej daleko działa kokaina, sprowadza wszelako nierzadko silne objawy zatrucia i dlatego nie radzę jej używać. Niekiedy przeciw szumom nieźle działają wielkie dawki bromu i przyszczydła na wyrostki sutkowe. Masaż za pomocą rozrzedzacza DELSTANCHE'a, sonda sprężynowa LUCAE'go, uciskanie skrawka metodą HOMMEL'a: wszystko to są środki, spowadzające ulgę nadzwyczaj krótkotrwałą.

W ostatnich kilkunastu miesiącach radzono stosować tyreoideę, wszelako większość lekarzy wyraża się sceptycznie o jej działaniu. Stosowałem ją 8 razy, atoli bez jakiegobądź skutku. W tej formie chorobowej główną uwagę powinniśmy zwrócić na stan ogólny chorych i w tym kierunku prowadzić nasze leczenie. Środki są tu te same, co przy formach poprzedzających. Leczenie wewnętrzne sklerozy, przez niektórych stosowane, o tyle tylko może mieć znaczenie, o ile wpływa na poprawę ogólnego stanu ustroju. Wszelako wszystkie środki wewnętrzne i ogólne metody lecznicze: klimatyczne, kąpielowe, o których wyżej wspomnieliśmy, choroby nie wyleczą i wybitnego wpływu na przebieg jej nie wywrą.

W ostatnich dwóch dziesiątkach lat starano się tak w sklerozie, jak i w formie przerostowej nieżyty usunąć zrosty tkanko-łączne i kostne przez usunięcie całego narządu dźwięk przeprowadzającego lub też części jego, a to w celu, ażeby fale głosowe bezpośrednio dochodziły do błędnika. KESSEL był pierwszy, który wyciął błonę bębenkową z wszystkimi kostkami słuchowymi. LUCAE często robił tę operację, lecz nie otrzymał żadnych pomyślnych wyników. BOUCHERON i MIOT chwala bardzo metodę operacyjną, mającą na celu uruchomienie strzemia. POLITZER stosuje, lecz tylko jako próbę oddzielenie ramion strzemia od ścian niszy okienka owalnego [synechotomia]. Wycięcie już to samej błony bębenkowej, już też jednej lub obu pierwszych kostek słuchowych wykonywali: SIMROCK, KESSEL, SCHWARTZE, LUCAE, SEXTON, BURNET, BARĄCZ i ja. Z wyjątkiem jednak SEYTON'a wszyscy inni autorowie otrzymywali tylko czasowe, albo też żadne polepszenie, SEXTON spostrzegł przypadki, w których poprawa słuchu trwała przez wiele lat [czy to tylko była prawdziwa skleroza? H.].

W każdym przypadku, przystępując do operacji, należy wprzód przekonać się, czy niema jednoczesnego zajęcia błędnika, w takich bowiem razach wszelkie zabiegi operacyjne stanowią niepotrzebne męczenie chorych.

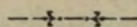
Upośledzenie słuchu w ostrych sprawach ropnych ucha środkowego jest z samego początku umiarkowane; w miarę gromadzenia się ropy w jamie bębenkowej i obrzmienia jej błony śluzowej oraz trąbki EUSTACHIUSZA słuch się pogarsza. W okresie ustępowania sprawy zapalnej i słuch zaczyna się popra-

wiać; pewne upośledzenie słuchu dość długo jeszcze po ustaniu objawów zapalnych trwa.

Przewodnictwo kostne jest wzmożone dla kamertonu, powietrzne znika. Przewodnictwo kostne znika w tych formach złośliwych zapalenia ropnego, w których zajęty zostaje nerw słuchowy, t. j. w szkarlatynie, dyfteryście i t. p. Może jednak pozostać trwałe upośledzenie słuchu skutkiem zrostów tkankolącznych w jamie bębnekowej, skutkiem znacznej utraty błony bębnekowej, lub skutkiem następczego cierpienia błędnika.

Przy zapaleniu przewlekłym ropnym ucha środkowego słuch przedstawia rozliczne wahania i często jest względnie bardzo dobry. Wszelkie obostrzenia sprawy zapalnej, sprowadzające znaczniejsze obrzmienie błony śluzowej, otaczającej kostki słuchowe i okienka błędnikowe, błony śluzowej trąbek EUSTACHIUSZA, sprowadzają pogorszenie się słuchu. I tu odgrywają ważną rolę choroby konstytucjonalne i wpływy atmosferyczne. Gdy ropienie ustaje, obrzmienie błony śluzowej ustępuje, chorzy mają często bardzo dobry słuch, nawet pomimo znacznego braku błony bębnekowej. Wytworzenie się zrostów ograniczających ruchomość kostek słuchowych, ziarniny w okolicy okienek błędnikowych, ograniczającej ruchomość strzemiennia, zrostów między błoną bębnekową i ścianą wewnętrzną ucha środkowego, zrośnięcie się dolnego końca młotka z pagórkciem, nitki tkankolączne w okolicy stawu kowadelko-strzemiennego i okienka owalnego, utrudniające ruchomość strzemiennia, blizny nieruchome lub zbyt ruchome błony bębnekowej: wszystkie te czynniki wpływają na słuch i ten ulega znacznemu i stałemu pogorszeniu. Zdarzają się przypadki, że słuch się pogarsza po ustaniu ropienia; powrót wydzieliny wpływa na polepszenie słuchu. Zawroty głowy są rzadkie przy upośledzeniu słuchu, wywołanego przez przewlekłe ropienia w uchu środkowym. Leczenie daje często dobre wyniki, a tam, gdzie wpędzanie powietrza, rozrzedzanie go w przewodzie słuchowym zewnętrznym nie odnosi pożądanego skutku, tam wskazane są operacye, o których była mowa przy sklerozie; dają one w sprawach ropnych często bardzo dobre i trwałe wyniki. Ma się rozumieć, że i tu zawsze przed wykonaniem operacyi należy przekonać się o stanie błędnika; współcierpienie ostatniego czyni wynik operacyi niepomyślnym. Do środków, poprawiających w tym razie słuch, należą też sztuczne błony bębnekowe.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 49. Hallopeau. O toksynach w dermatologii.

Toksynami nazywamy wszystkie substancje chorobotwórcze, wytwarzane przez istoty żyjące, niezbędnym więc warunkiem ich wytwarzania jest czynność, działalność komórek. Działanie toksyn nie jest jednakowe u rozmaitych osobników lub nawet u jednego osobnika przy rozmaitych okolicznościach, wiemy naprzykład, jak rozmaicie oddziałują niektórzy na ukąszenia pcheł; wiemy, jak wielką rolę gra tu t. zw. idiosynkrazia. Wobec tego w genezie



danego cierpienia należy wziąć pod uwagę nie tylko czynnik chorobotwórczy, lecz także grunt, jemu podlegający i warunki, w jakich dany osobnik się znajduje w chwili działania toksyny.

Toksyny mogą być wytworzone po za obrębem ustroju i wniknąć weń drogami rozmaitemi, są to t. zw. *toxines exogènes*, lub rozwinąć się w samym ustroju, bądź dzięki nienormalnej czynności komórek, bądź dzięki pasożytom, t. zw. *toxines endogènes*, wreszcie mogą być one pochodzenia mieszanego.

Toksyny doprowadzone z zewnątrz mogą być pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Zwierzęce dostają się do ustroju za pomocą ukłucia lub ukąszenia [np. przez owady, ryby, pająki], za pomocą spożywania [np. niektóre mięczaki], wreszcie za pomocą prostego dotyku [np. kantarydy]. Wynikiem działania tych toksyn bywają rumienie, obrzęki, pęcherze, ropienie, zgorzel, czasami wysypki mają cechy zupełnie krwiste, jak naprz. plamy marmurkowate przy mendoweskach. Bardzo jest prawdopodobne, że ciemne zabarwienie skóry, wywołane przez wszy, zależne jest od podobnej przyczyny; również zapalenia skóry, związane z istnieniem *pediculi* we włosach, zależne są przypuszczalnie nie tylko od ich działania mechanicznego, lecz prawdopodobnie od ich drażniącej wydzieliny. To samo powiedziec można o wykwitach świerzby.

Wykwity skórne, zależne od spożycia toksyn pochodzenia zwierzęcego [niektórych mięczaków], bywają znacznie rzadziej. Występują one pod postacią pokrzywki, często z obrzękiem, u osób usposobionych. Być może, należą tu też niektóre sprawy pryszczycowe. Do tej samej grupy należą toksyny, wprowadzane do ustroju przez zastrzykiwanie surowicy. Według spostrzeżeń Roux, wykwity mogą występować nie tylko po zastrzyknięciu surowicy krwi koni, nospornionych przeciwko błonicy, lecz i zwierząt zdrowych różnego rodzaju. Wykwity te występują od 5 - 25 dnia, są więc wczesne lub późne. Według postaci, bywają one wzniesione, podobne do odrowych lub płonicowych, wczesne zwykle bywają wzniesione, późne zaś rumieniowe; jedne i drugie mogą wystąpić u tego samego osobnika. Dość często punktem wyjścia wykwitów bywa miejsce szczepienia, skąd rozszerzają się dalej. Cechy ich mogą być bardzo zmienne, dla tego też rozróżniamy jeszcze *erythema marginatum*, *er. en coeardie* i t. p.

W postaci, podobnej do wysypki kuru, występują z początku małe czerwone plamki w formie sierpu lub półkola; mogą one zlać się, pokrywając wtedy znaczne przestrzenie; towarzyszy im zwykle silne swędzenie, po nich zaś najczęściej widzimy łuszczenie się, naogół niezbyt obfite, nieodpowiednio do natężenia wysypki.

Toksyny pochodzenia roślinnego mogą również działać bezpośrednio lub po wessaniu się. Podrażnienie miejscowe może wystąpić w postaci rumieni, pokrzywki, pęcherzyków, pryszczyków, pęcherzy, wybroczyn, lub strupów. Grają tu rolę zaburzenia w unerwieniu naczyń i troficznem, wywołane przez działanie toksyn na nerwy obwodowe.

Toksyny pochodzenia wewnętrznego mogą być wynikiem działalności komórek ustroju; są to wtedy wytwory normalne, które stają się szkodliwymi przez swą nadmierną ilość lub przez zmiany w nich, zaszłe pod wpływem bądź usposobienia dziedzicznego lub nabytego, bądź zaburzenia przejściowego lub stałego, mającego miejsce w środowisku wewnętrznem. Zaburzenie to samo przez się może być pochodzenia zewnętrznego, przypadkowe lub zależne od zmiany jakiejś w czynności ustroju.

Pomiędzy toksynami wewnętrznego pochodzenia spotykamy tyreoidynę, jako mogącą wywołać zmiany na skórze; z drugiej strony znamy *myxoedema*, zależne od zaniku lub usunięcia gruczołu tarczowego. Prawdopodobnie też za pomocą toksyn zmiany w nadnerczu wywołują ciemne zabarwienie skóry (*melanoderma*). Powstrzymane miesiączkowanie powoduje, według CHARRIN'a,

samozatrucie, objawiające się przez wyprysk i biegunkę, współistniejącą z bólami głowy i wysypkami u ssawców.

Wessanie wydzielin, wskutek czy to ich nadmiaru, czy przeszkód w ich wydzielaniu, zarówno jak i zmiany w nich zachodzących, często jest przyczyną samozatruc, które mogą wywołać objawy ze strony skóry; tak się ma rzecz z żółcią, która wytwarza żółtaczkę ze znacznym swędzeniem i *prurigo*, które trwają przez cały czas choleмии; cierpienia wątroby i trzustki mogą powodować cukromocz z następczem swędzeniem części płciowych i okołopłciowych i wysypką, zależną od drażnienia skóry przez moc, zawierający cukier. Z drugiej strony krew, zawierająca cukier, jest powodem rozmaitych wrzodziańek, czyraków, spraw zgorzelowych, gdy omywa skórę, gdyż wtedy drobnoustroje chorobotwórcze, zwykle na skórze znajduwane, stają się czynniejszymi [co stwierdził CHARRIN, zastrzykując śwince morskiej do żył wodę cukrową]. Niedostateczne wydzielanie moczu również powoduje wykwyty, najczęściej rumień. Zmiany w narządach wewnętrznych, zwłaszcza w wątrobie, bywają przyczyną krwotoków skórnych; wiadomo, jak częstą jest *purpura* przy marskości wątroby, przy chorobie BRIGHT'a, przy ciężkiej żółtaczce; opisywano również *purpuram*, zależną od cierpień śledziony. CHARRIN wykazał, że w mechanizmie tych purpur główną rolę gra samozatrucie. Tu też można zaliczyć krwotoki skórne, występujące w przebiegu stanów gorączkowych, zwłaszcza podczas żółtej febry, różyczki, płonicy, ospy, gorączki tyfoidalnej. Według CHARRIN'a, można wywołać *purpuram* u zwierząt o skórze gładkiej, jak węgorz, zastrzykując im toksyny, które zmieniają ściany naczyń, skład krwi i wywołują zaburzenia w unerwieniu naczynioruchowem — co jest przyczyną krwotoków.

Prawidłowe wydzieliny skóry, jak pot i tłuszcz, zmieniając się, mogą wprost lub ubocznie wywoływać zmiany na skórze. Wyrzuty potowe najczęściej bywają w okolicach pachwinowych i pod pachami, rzadziej na klatce piersiowej. Spornem jest jeszcze, czy sam tłuszcz powoduje wykwyty, czy przygotowuje on jedynie odpowiednią glebę dla drobnoustrojów.

Toksyny pochodzenia mieszanego. Czynniki chorobotwórcze, pochodzą z zewnątrz ustroju, wyrabia zaś substancje trujące za pomocą elementów, które znajduje w komórkach, albo w sokach ustroju, w ten sposób wtórnie zmienionych. Drobnoustroje zachowują się pol tym względem zupełnie tak samo, jak komórki żywe, tak, że często bywa trudno rozróżnić skutki wywołane przez jedne lub drugie. Zwłaszcza przewód pokarmowy narażony jest na nawał drobnoustrojów, lecz różne przyczyny przeszkadzają szkodliwemu działaniu toksyn, jak naprz. pepsyna [CHARRIN i LEFÈVRE], komórki błony śluzowej, grające tu rolę ochronną [CHARRIN]. Wessanie się toksyn może mieć miejsce już w jamie ustnej. Przykładem tego mogą być rozrzucone wykwyty krostowate, występujące pod koniec chorób gorączkowych, gdy higiena jamy ustnej była zaniedbana. Przy przejściowych lub stałych obrażeniach błony śluzowej przewodu pokarmowego możemy widzieć, że częściowe zmiany destrukcyjne nabłonka stają się przyczyną samozatrucia; tak bywa w tyfusie brzuszny, gdzie śmiało możemy takiej przyczynie przypisać występujące różowe plamy, w znacznej bowiem większości przypadków nie spotykamy tam laseczników EBERTH'a.

Rozszerzenie żołądka, wskutek którego wytwarzają się substancje gnijące, mogące uleść wessaniu, bywa przyczyną zmian na skórze. Wynikiem tego bywa pryszczycyca, pokrzywka, trądzik. W sprawie samozatruc, pochodzenia żołądkowo-kiszkowego, dzielnym sprzymierzeńcem ustroju jest wątroba, która zatrzymuje toksyny, przyniesione przez żyłę wrotną, zmienia je i pozwala im uleść wessaniu, już jako nieszkodliwym. To jest powodem ciężkich zaburzeń,

występujących, ilekroć miąższ wątroby bywa głębiej dotknięty; tak też możemy wytlomaczyć *purpura*m przy ciężkiej żółtaczce i marskości wątroby.

W wykwitach skórnych, wywołanych przez działanie toksyn drobnoustrojowych, rozróżnić możemy kilka kategorii. Jedne z nich zostają ograniczone w bezpośrednim sąsiedztwie z ogniskiem drobnoustrojowym — jak to ma miejsce przy wrzodzie wenerycznym, łepieżach płaskich, *molluscum contagiosum*, trądziku, *folliculitis pustulosa*, czyrakach, umiejscowionych cierpieniach gruzliczych i t. d. Inne rozszerzają się ośrodkowo — tak tuberkulina może wywołać wystąpienie *lichenis scrophulosorum* naokoło ognisk wilka. Gronkowce rozmnażają się i przez swe toksyny wywołują ropienie. Paciorkowce mają własność postępowania krok za krokiem i powodują, przez swe toksyny, ropne zapalenia o znamionach swoistych, z których najzwyczajszą jest róża. Inne drobnoustroje, które początkowo były umiejscowione, wywołują wtórnie objawy zakażenia; objawy te mogą się umiejscowiać lub uogólniać; ponieważ nie znajdujemy tu drobnoustroju chorobotwórczego, zależą one od wessanych toksyn. Tak przy dyfterycie możemy spotkać wykwity rumieniowe, trudne do odróżnienia od wykwitów, występujących po zastrzyknięciu surowicy. Przy tryprze sprawy skórne, zależne od drobinek NEISSER'a, występować mogą też w postaci rumieniowej, zupełnie podobnej do *eryth. balsamicum*. Tu też zaliczyć należy rumienie, występujące u dzieci, cierpiących na *coli-bacillosis*. Są wreszcie wysypki ogólne, z wielkiem prawdopodobieństwem zależne od toksyn, jak gorączki wysypkowe.

Niedoskonałość naszych wiadomości bakteryologicznych i chemiczno-biologicznych nie pozwala nam dotychczas określić roli toksyn w powstawaniu wysypek pryszczycowych, łuszczycy, niektórych zgorzeli rozsianych, *acrodyniae*, *dermatitis herpetiformis*, pęcherzycy.

Wreszcie zaznaczyć należy zakażenia, mogące przez swe toksyny wywołać wyrzuty, należące jednocześnie do rozmaitych omawianych tu kategorii. Na pierwszym miejscu stoi tu gruzlica: toksyny jej mogą w bezpośrednim sąsiedztwie z gruzłkami warunkować różne zmiany na skórze, których cechy zmieniają się stosunkowo do siły zarazka i reagowania osobnika; rozwijają się więc bądź zwykle gruzlice skóry, bądź rozmaite postaci wilka, bądź pewne zapalenia torbek. Te same toksyny mogą przenikać do krwiobiegu miejscowego i stać się przyczyną wrzodziejących zapaleń naczyń chłonnych; mogą być one przeniesione dalej i wystąpić pod postacią rozmaitych cierpień, związanych z gruzlicą skóry, jak *folliclis* [BARTHÉLEMY], *lichen scrophulosorum*, *acne cachecticorum*, *acne scrophulosorum*, *folliculitis en placards à progressien excentrique* z towarzyszącymi wyrzutami pęcherzycowymi lub bez nich, jak *dermatosis papulo-erythematoso*.

Malleina pomiędzy innymi objawami powoduje także zapalenia, podobne do róży; toć samo widzimy przy trądzie, w obu sprawach toksyny grają prawdopodobnie główną rolę. Co do syfilisu, można podejrzewać tu pewną analogię, dopóki jednak drobnoustrój chorobotwórczy odkrytym nie będzie, nie stanowczego wyrzec się nie da.

(Annal. de Dermat. et de Syphil. T. VIII. N. 8—9). Wacław Sterling.

## 50. Concetti. Organoterapia zapalenia nerek u dzieci.

Lubo początek naukowy organoterapii datuje się od czasów doświadczeń BROWN-SEQUARD'a, przyznać musimy, że u pewnych narodów od najdawniejszych czasów używano empirycznie jako leki przy chorobie danego organu odpowiednich organów młodego zwierzęcia.

REVERDIN, SCHIFF, KOCHER, HORSLEY otrzymywali świetne rezultaty przy uzyciu tyreoidiny; zastosowaniu wyrobów leczniczych z innych gruczołów lub

organów dało wyniki mniej pomyślne. DIEULAFOY jednak w jednym przypadku mocznicy otrzymał szybkie polepszenie, DONOWEIN w krótkim czasie wyleczył chorego od 10 miesięcy na zapalenie nerek bardzo ciężkie; SZYPEROWICZ stosował wyciąg z nerek w 35 przypadkach cierpienia nerek z dobrym wynikiem. Zdaje się jednak, że niechęć klinicystów ku organoterapii miała dotąd za przyczynę toksyczne działanie przymieszek, zanieczyszczających przetwory organów, a szczególnie wyciągi wodne lub glicerynowe, tak łatwo ulegające fermentacji, a tak trudne do wyjałowienia.

To działanie toksyczne występuje częściej przy wstrzykiwaniach podskórnych lub zadawaniu przez usta w postaci proszków lub pastylek, aniżeli przy spożywaniu świeżych gruczołów. Proszki bowiem i pastylki mają zapach nieprzyjemny i łatwo ulegają zepsuciu.

LANZ z Bernu stwierdził, że objawy zatrucia, jak: bicie serca, ból głowy, zawrót głowy, wymioty i upadek sił przy użyciu tyreoidyny, wywołane bywają przez produkty gnicia, zawarte w pastylkach, w których niekiedy znajdowały bakterie *oedematis maligni*. Należało przeto wynaleźć metodę, za pomocą której możnaby było oddzielić czynne pierwiastki danego gruczołu od innych nieużytecznych i łatwo gnijących, a szczególnie od tłuszczów. SAHLI z Bernu i COMBE, po licznych próbach z przetworami fabryki Knoll et Comp. w Ludwigshafen nad Renem, doszli do wniosku, że są one bardziej stałe niż przetwory innych fabryk i nigdy nie wywołują zatrucia.

Sposób przygotowania tych przetworów jest następujący. Dany organ młodego zwierzęcia szybko się wyjmuje i rozciera w stanie świeżym, substancja czynna wyciąga się wodą destylowaną, lekko osoloną, i ten wodny wyciąg poddaje się rozmaitym metodom stosownie do organu, w celu oddzielenia substancji nieużytecznych lub sprzyjających rozkładowi. W ten sposób otrzymujemy proszek, który się miesza z cukrem mlecznym. Przetwory z fabryki Knoll'a mają nazwę kończącą się na *aden*. Renaden jest to proszek białożółtawy, z zapachem przypominającym mocz, smak ma słonawy. Częścią rozpuszcza się w wodzie, miesza się łatwo z mlekiem lub rosółem i w tej postaci najłatwiej go chorzy przyjmują.

Prof. CONCETTI, którego liczne prace pediatryczne są ozdobą literatury lekarskiej włoskiej od czasu, gdy był jeszcze asystentem BACELLI'ego, używał renadenu u chorych dzieci w swej klinice w Rzymie i w praktyce prywatnej. Trzy przypadki zapalenia nerek były to formy ostre, autor określa je ze względu na etiologję, jako reumatyczne.

Trzy inne przypadki były przewlekłe, z tych dwa po przebyciu płonicy trwały od lat dwóch, a leczenie zwykłemi metodami nie dawało dobrych rezultatów. Trzeci przypadek przewlekły trwał od 9 miesięcy i zaczął się w przebiegu ciężkiego kokluszku.

CONCETTI dawał chorym renaden od 1 do 4 grm. dziennie, w 4 dawkach 0,25—1,0 *pro dosi* w mleku. Leczenie formy ostrej zapalenia nerek trwało 10—20 dni, jakkolwiek już daleko prędzej znikaly objawy choroby. W formach przewlekłych leczenie trwało po kilka miesięcy, a w jednym przypadku chory w ciągu 8 miesięcy użył 900 gramów renadenu. Żadnych niepożądanych zaburzeń przytem nie zauważono u chorych. Przy ostrem zapaleniu nerek chorzy leżeli w łóżku i za pożywienie dostawali pół litra lub litr mleka i dwie lub trzy porcje rosółu dziennie. Gdy ciepłota ciała opadła do normy, autor pozwalał *purées* z jarzyn, rybę świeżą, kotlet cielęcy i gotowane owoce. W formach przewlekłych dyeta była mieszana z przewagą mleka. Zabraniał tylko jaj i wina. Z przebiegu choroby przy użyciu renadenu widać przedewszystkiem szybkie polepszenie stanu chorych, zmniejszanie się stopniowe ilości białka w moczu, zwiększanie się ilości moczu i mocznika. W końcu białko znika zupełnie.

Badanie mikroskopowe również wykazuje stopniowe zmniejszanie się i znikanie elementów anatomicznych krwi i nerek w osadzie moczu. Objawy mocznicy szybko i bezpowrotnie, w formach przewlekłych zwłaszcza, ustępują, przebieg zaś form ostrych znakomicie się skraca, a powrotu choroby nie bywa.

Obok tego leczenia CONCERTI jako środek pomocniczy zaleca przepisy higieniczne, odnoszące się do kanału pokarmowego, do nerek i do czynności mięśni, lub mózgu. Mają one na celu, ażeby przez nerki przechodziło jak najmniej substancji toksycznych.

Przedewszystkiem więc pożywienie powinno zawierać jak najmniej związków azotowych; najodpowiedniejszym więc jest mleko. Kanał pokarmowy należy od czasu do czasu oczyszczać za pomocą łagodnie działających środków, jak wody mineralne, kalomel. Oprócz tego zaleca się spokój mięśniowy i wstrzymanie od zajęć umysłowych. Nakoniec podtrzymanie czynności skóry w celu łatwiejszego usunięcia ze krwi produktów trujących, zanim się stan nerek zupełnie poprawi.

Podając czytelnikom „Gazety Lekarskiej“ streszczenie ciekawej pracy prof. CONCERTI'ego, zaznaczam, że zacząłem próby z renadenem Knoll'a w oddziale moim szpitala dla dzieci, u chorych na zapalenie nerek.

(*Bulletino della R. Accademia medica di Roma, 1898, fasc. 1. i oddzielna odbitka Roma. 1898.*)  
Alfons Malinowski.

### 51. Bayer 0 leczeniu uda szpotawego (*Coxa vara*).

Udo szpotawe rozwija się na tle krzywicy, umiejscowionej w szyjce uda lub ogólnej; obarczenie ciała dużym ciężarem, dalej uraz uda lub szyjki tegoż poprzedza zwykle to cierpienie. Podlegają mu najczęściej dzieci przy pierwszych próbach chodzenia i młodzież w okresie dojrzewania, kiedy układ kostny jeszcze jest za wątki do ciężkiej pracy fizycznej. Objawy początkowe są bardzo podobne do objawów, towarzyszących cierpieniu stawu biodrowego. Jeżeli udo szpotawe nie powstaje bezpośrednio po urazie, to objawy rozwijają się zwykle stopniowo pod postacią bólów w stawie biodrowym, w kolanie, w biodrze, a nawet w stawie skokowym; do tego dołącza się wkrótce uczucie zmęczenia i drętwienia uda po krótkiej nawet przechadze lub staniu, utrudnione schyłanie się, klęczenie i siedzenie; później występuje kulenie, skrócenie nogi i w końcu skrzywienie uda. Przy leżeniu objawy powyższe [podmiotowe] znacznie łagodnieją, przy pracy zaś natychmiast powracają.

W okresie ostrym zaleca się postępowanie zachowawcze: leżenie w łóżku wyciąg nakładany tylko na noc, masaż mięśni, głównie zaś leczenie choroby podstawowej *resp.* krzywicy [tran, fosfor, proszki KUCHEENMEISTER'a, kąpiele i t. d.].

Przy skrzywieniu uda chód staje się wahałowym z pochyleniem tułowia ku przodowi, choremu coraz trudniej odprowadzać nogę, obracać ją do wewnątrz, a nawet zginać. Krętarz wielki posuwa się ku tyłowi i ku górze od linii ROSEK-NELATON'a. Jakkolwiek w tym okresie kości już są utrwalone w pewnej pozycji, czasami jednak leczenie wyciągiem i masażem oraz zrównanie nogi za pomocą grubszej podeszwy może być uwieńczone dobrym skutkiem.

W przypadkach znacznego zniekształcenia nogi pozostaje tylko droga operacyjna. KOCHER, BRUNS i HOFFA resekowali stawy z dobrym wynikiem, większość jednak przekłada osteotomię. HOFMEISTER pierwszy wspomina o osteotomii podkrętarzowej, radząc unieruchomić nogę po operacji w kierunku odsiebny i rotacji do wewnątrz; ponieważ jednak zabieg ten nie wpływa na zmieniony kształt szyjki udowej, przeto myśli HOFMEISTER'a została zaniedbana. KRASKE przeniósł pole operacji na części chore, t. j. na szyjkę uła.

Cięcie skórne prowadzi on wzdłuż uda po przedniej powierzchni krętarza wielkiego; doszedłszy do kości, odsuwa okostną razem z przyczepem torebki stawowej i wycina z szyjki udowej klin, zwrócony podstawą [2 cm.] ku górze i ku przodowi; operacja kończy się unieruchomieniem nogi za pomocą wyciągu w ułożeniu odsiebnyim i rotacyi do wewnątrz.

BUEDINGER rozcina skórę wzdłuż uda, zaczynając od więzu POUPART'a, na granicy środkowej jego części i zewnętrznej; przeciąwszy powięź szeroką i odsunąwszy *m. sartorius* na zewnątrz, na tępo rodziła warstwy mięśniowe do kości, po odsunięciu zaś okostnej wraz z torebką stawową przecina szyjkę biodrową w prostym kierunku i układa nogę w kierunku odsiebnyim i rotacyi do zewnątrz. Po operacyi nakłada spodnie gipsowe na 3 tygodnie, a potem na 3 tygodnie wyciąg.

BARDENHEUER zastosował u jednego pacyenta z udem szpotawem obustronem sposoby obu powyższych autorów, z wyniku jednak nie był zadowolonym. Chociaż obie kończyny odzyskały kierunek prawidłowy, a chód znacznie poprawił się, w stawie udowym jednak pozostało prawie zupełne zeszywnienie. Z tem wszystkiem B. pierwszeństwo przyznaje operacyi BUEDINGER'a, po której nie obawia się przemieszczenia odłamów kostnych, co miewa miejsce po zastosowaniu sposobu KRASKE'go. Co do ustawiania nogi po operacyi, KRASKE i BUEDINGER zasadniczo się różnią: KRASKE ustawia nogę w lekkiej abdukcji i silnej rotacyi do wewnątrz, BUEDINGER zaś, opierając się na fakcie, że normalna noga w abdukcji jest zarazem wywróconą na zewnątrz, ustawia ją w rotacyi do zewnątrz, przez co spodziewa się mieć większy zakres dla rotacyi.

W przypadkach znacznego zniekształcenia i skrócenia szyjki udowej autor radzi zrobić resekcję stawu.

(*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, B. 45).

J. Borzymowski.

## 52. Artaud i Barjon [Lyon]. Wyniki ujemne serodyagnostyki w przypadku tyfusu brzuszego z zejściem śmiertelnem.

Przeświadczeni o doniosłości aglutynacyjnej próby VIDAL'a w dyagnostyce tyfusu brzuszego, autorowie uciekali się do niej we wszystkich przypadkach gorączki tyfoidalnej, otrzymując z niej zawsze niezawodne wskazówki dyagnostyczne; szczególnie cenną i pomocną okazała się ta próba w rozpoznawaniu przypadków niejasnych, wielce nieraz od przyjętego typu odbiegających, które jedynie dzięki niej prawidłowo rozpoznane być mogły. Ostatnimi jednak czasy spostrzegali oni przypadek tyfusu brzuszego, w którym serodyagnostyka dwukrotnie dała wyniki ujemne. Dotyczył on 17-letniej panny, która przybyła na klinikę z objawami epilepsji, od roku już w dość krótkich odstępach czasu się powtarzającymi. Pod koniec trzeciego miesiąca pobytu na oddziale, chora, przy stopniowo wzrastającym ogólnem rozbięciu i osłabieniu, przy szybko wzmagającym się bólu głowy, dostaje gorączki 39,2°. Bardzo dokładne badanie, kilkakrotnie powtarzane, nie wykryło nic nieprawidłowego ani w narządach oddechowych, ani też w układzie naczyniowym. Ciężota w ciągu 11-tu dni utrzymywała się prawie w mierze, gdyż wahania odbywały się w granicach od 32,7 do 39,2°, brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny dopiero pod koniec choroby, zaparcie stolca, bóle głowy, bredzenie, stan silnego podniecenia, niezmierne obrzmienie śledziony, zupełny brak wysypki, t. zw. *gargouillement* i przejściowych choćby rozwolnień; na dwa dni przed śmiercią wystąpiła ogólna nadezutość skóry i mięśni. Ze względu na stan gorączki rozpoznano tyfus brzuszny o przebiegu nieprawidłowym, zależnym od cierpienia nerwowego chorej. Siódmego dnia wykonano próbę aglutynacyjną, która jednakże dała wyniki zupełnie ujemne. Kiedy stan chorej, pozostając przez następne kilka dni prawie bez zmian, narzucił jedna-

kowoż podejrzenie tyfusu, próbę powtórzono po raz drugi, lecz z podobnym rezultatem. Chora przy wciąż wzrastającej cieplocie, która tylko na dwa przedostatnie dni spadła do 38°, wśród ogólnej zapaści zmarła 19 go dnia choroby.

Badanie pośmiertne wykazało dość rozległe owrzodzenia tyfusowe w cienkich i grubych kiszkiach, ograniczone, ściśle odpowiadające owrzodzeniom zapalenie otrzewnej i nieznaczne obrzmienie śledziony; w układzie mózgo-rdzeniowym żadnych zmian wykryć nie zdołano; w hodowlach ze krwi śledziony otrzymano czyste kolonie laseczników EBERTH'a.

W przypadku powyższym, o tak niezwykłym przebiegu ze względu na brak wysypki, rozwoleń i bolesności brzucha, od próby aglutynacyjnej spodziewano się wskazówek rozpoznawczych, które nigdy dotychczas nie zawodziły; wobec wyników ujemnych wyrzeczono się przypuszczenia co do tyfoidalnej natury cierpienia, którą od pierwszej chwili podejrzewano.

Obie próby aglutynacyjne dla zupełnej pewności, jak to zresztą autorowie zawsze czynili, wykonano porównawczo, biorąc jednocześnie krew od osobników, na oddziale podówczas przebywających, u których kliniczne rozpoznanie tyfusu brzuszego skutecznym wynikiem próby VIDAL'a potwierdzone zostało <sup>1)</sup>.

Spostrzeżenie to, zdaniem autorów, nie powinno zachwiać doniosłości próby aglutynacyjnej, którą każdy sumienny klinicysta systematycznie wykonywać powinien. Przypuszczać należy, że zdolność aglutynacyjna surowicy krwi podlegać tu może tej samej zmienności, jaka cechuje wszystkie objawy tyfusu; wszak niema ani jednego objawu, któryby we wszystkich przypadkach tyfusu występował, któryby na miano bezwzględnie stałego zasługiwał. Zresztą, być może, miało tu miejsce tylko opóźnienie odczynu aglutynacyjnego, który zdążyłby wystąpić, gdyby udało się chorą utrzymać przy życiu lub na kilka dni zejście śmiertelne oddalić.

(*La Presse Médicale*, Nr. 18, 1898 r.).

I. Landstein.

**53.** 1) Huber [z klin. LEYDEN'a]. Doświadczenia na zwierzętach z nową bakterią Koch'a.

2) Tenze. Wyniki stosowania nowej bakterii Kocha w gruźlicy płuc [u mężczyzn].

3) Burghart [z klin. LEYDEN'a]. Wyniki stosowania nowej bakterii Koch'a w gruźlicy płuc [u kobiet].

4) Rande A. Niektóre przypadki, leczone bakterią R.

HUBER, używszy do badań nad nową bakterią [T. R.] świnek morskich i królików, ogłasza wyniki swoich badań co do 15 świnek morskich, gdyż pozostała część zwierzątek [było ich sześćdziesiątkilka] albo wyginęła wskutek różnych przypadkowych chorób, albo też okazała się nieodpowiednią do badań tego rodzaju. Większa część tych 15 świnek, stosownie do twierdzeń Koch'a powinna była przy stosowaniu bakterii R. pozyskać uodpornienie przeciwko gruźlicy, albo przynajmniej u zwierząt tych powinny były wydatnie się na secey ślady ustępowania sprawy gruźliczej w odnośnych tkankach. Tymczasem wszystkie 15 świnek bez wyjątku wyginęły z objawami daleko posuniętej gruźlicy; śladów gojenia się tkanek gruźliczych nie zauważono. Co do długości życia, to świnki, służące do kontroli, t. j. takie, u których po

<sup>1)</sup> Autorowie posługiwali się jedynie próbą mikroskopową, co zdaje się tłumaczyć tak częste wyniki dodatnie. (*Przyp. ref.*).

zaszczepieniu zarazka gruźliczego nowa tuberkulina stosowaną nie była, przeżyły nawet te świnki, którym były robione wstrzykiwania tego środka.

Niezależnie od doświadczeń na zwierzętach, HUBER przeprowadził również badania na ludziach.

Dwóm z pośród 5 suchotników, u których sprawa gruźlicza płuc była daleko posuniętą, nowa tuberkulina przyniosła, o ile się zdaje, tylko szkodę; na 3-ch pozostałych użycie T. R. nie wywarło żadnego wyraźnego wpływu. W innych 2-ch przypadkach, nadających się do leczenia nową tuberkuliną, t. j. z małemi zmianami w płucach, ogólny stan pozostał niezmieniony. Z 3-ch przypadków, odpowiednich do leczenia, w których jednak stosowanie T. R. było przedwcześnie przerwane, w jednym dała się dostrzedz pewna poprawa, 2 pozostałe zaś nie wykazywały żadnej widocznej zmiany po użyciu tego środka. W końcu z 4-ch chorych, najzupełniej nadających się do leczenia nową tuberkuliną, i u których zostało przeprowadzone całkowite leczenie, jeden pozostał w tym samym stanie, w jakim był przed leczeniem, drugi zdawał się być zupełnie wyleczonym, lecz później zmarł, a na sekcji znaleziono u niego gruźlicę prosówkową narządów wewnętrznych, u pozostałych zaś chorych nastąpiło istotne polepszenie.

Na zasadzie tych wyników HUBER wypowiada zdanie, iż ostrożne stosowanie nowej tuberkuliny u chorych, nadających się do tego leczenia, nie przynosi wprawdzie szkody, ale też z drugiej strony w niczem nie przewyższa innych środków, stosowanych dotychczas.

BURGHART również nie przypisuje nowej tuberkulinie R. szczególniejszego znaczenia, opierając się na własnych spostrzeżeniach nad działaniem tego środka u ludzi, dotkniętych gruźlicą. Zauważył on mianowicie, że nie tylko suchotnicy, ale także i osobniki, wolne od gruźlicy [7 przypadków], reagowali na niewielkie nawet dawki tuberkuliny R.. Suchotnicy, zarówno z gorączką [5 przypadków], jako też i nie gorączkujący [5 przypadków] po większej części źle znosili stosowanie tego nowego środka i nie okazywali żadnej wyraźnej poprawy. Autor dochodzi do przekonania, że tuberkuliny R. nie można uważać ani za środek swoisty, ani też za skuteczniejszy od innych znanych w medycynie.

Podobne zdanie wypowiada i RAUDE [na podstawie 4 przypadków], twierdząc, że jeżeli w niektórych przypadkach stosowanie tuberkuliny R. spowodowało pewną poprawę, to jednakże podobną, a niekiedy i większą możemy zauważyć i przy użyciu innych sposobów leczenia gruźlicy.

Tym sposobem wszyscy trzej wyżej wymienieni autorowie odmawiają nowej tuberkulinie Koch'a [T. R.] tego swoistego działania w gruźlicy narządów wewnętrznych, jakie Koch jej przypisywał.

(Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 7).

Piotr Karpiński.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 22. II. 1898.

1) CIECHOMSKI przedstawia preparaty anatomo-patologiczne, wskazujące na niezwyklej sposób generalizacji raka. Historia danego przypadku jest następująca: w czerwcu 1895 r. zgłosiła się do C. kobieta 43-letnia z guzem w sutce lewej oraz powiększonymi gruczołami pod lewą pachą. Po usunięciu sutki i gruczołów chora w ciągu kilku miesięcy czuła się dobrze, w październi-



niku zaś tegoż roku wróciła do C. z podobnym guzem sutki i gruczołami po stronie prawej. W miesiąc po usunięciu sutki i gruczołów zauważono w okolicy lewej blizny mnóstwo płaskich, różowych guziczków, których liczba przez czas długi nie powiększała się. Pod koniec lata 1896 r. chora zaczęła chudnąć i zauważyła powiększanie się brzucha, z którego wkrótce potem dwukrotnie w odstępie miesięcznym wypuścił CIECHOMSKI po 9 litrów płynu przesiękowego. W listopadzie 1896 roku pacjentka z powodu ostrego obłądu umieszczoną została w szpitalu w Tworkach, gdzie szybko nastąpiła poprawa jej stanu; chora zyskała na wadze, a płyn w otrzewnej więcej się już nie zbierał. Po 14 miesiącach pobytu w szpitalu chora zmarła po biegunce, trwającej kilka tygodni. Na sekcji, zrobionej wspólnie z BUCELSKIM, znalazł C., co następuje: po przepiłowaniu czaszki widać na jej wewnętrznej powierzchni około 30 czopków tkwiących w kości, dość twardych i łatwo wyłuskujących się; jamy w kości, mieszczące owe czopki, przechodzą niekiedy aż na zewnętrzną powierzchnię pokrywy czaszki; opona twarda nieco zgrubiała; w komorach mózgowia płyn przezroczysty w ilości nieco większej, niż normalnie; na skórze lewej połowy klatki piersiowej guziczki nowotworu; na otrzewnej, pokrywającej kątnicę biodrową guziczki wielkości ziarnka prosa; na błonie śluzowej okrężnicy guziczki większe, płaskie; krezka kiszek cienkich niezmiernie zgrubiała; jajniki mają postać guzów twardych wielkości cytryny. Badania drobnowidzowego jeszcze nie ukończono.

W dyskusji prof. PRZEWÓSKI wypowiada zdanie, że ze względu na charakterystyczne zmiany otrzewnej bez drobnowidzowego nawet badania rozpoznąć można w danym przypadku raka włóknistego (*carcinoma fibrosum*). Zmiany zależą również od rozwijających się w nich wtórnych ognisk nowotworu i są dla danej formy raka charakterystyczne.

2) STANKIEWICZ przedstawia sutkę przerosłą, okazaną na poprzednim posiedzeniu przez NEUGEBAUERA; prócz przerostu znaleziono tu wewnątrz gruczołu ropień wielkości prawie główki noworodka.

3) SOKOŁOWSKI demonstruje kamienie nerkowe, znalezione przy badaniu pośmiertnym człowieka 66 letniego, który przybył do szpitala z bezwładem lewej połowy ciała. Za życia, prócz powyższego bezwładu i towarzyszących mu zwykłych objawów, stwierdzono rozedmę płuc, miażdżycę naczyń i powiększenie wątroby; w moczu o odczynie zasadowym wykryto białko i ciała ropne. Na sekcji znaleziono ognisko rozmiękczenia w prawym zrazie czołowym mózgu, *phthisis fibrosa* prawego płuca, a zmiany właściwe *pneumoniae cachecticorum* w lewym; serce powiększone w wymiarze poprzecznym; wątroba muszkatolowa, śledziona mała, twarda. Obie nerki powiększone; otoczka z trudnością daje się zdjąć; powierzchnia drobno-ziarnista; substancja korowa ścięczała; miedniczki rozszerzone i wypełnione ropą; w każdej z nich znajdują się kamienie, z których jeden, zajmujący miedniczkę prawej nerki, miał postać koralu alabastro-białego. Wszystkie kamienie razem [7 sztuk] ważyły 14 grm.. Kamień biały składał się, jak wykazało badanie L. NENCKIEGO, z 90,5% fosforanu wapnia i 9,5% fosforanu amonu i magnezyi. Przypadek powyższy należy do niezwykłych ze względu na obecność w nerce kamienia fosforanowego przy zasadowym odczynie moczu.

4) SOKOŁOWSKI opisuje niezwykły przypadek gruźlicy płuc. Ślusarz 19-letni przybył do szpitala w styczniu r. b., skarżąc się na gorączkę, duszność, kaszel i kłucie w prawym boku od 4 dni. Od 4 lat kaszle z przerwami. Chory budowy prawidłowej, dobrze odżywiany; ciepota ciała wynosi 40° C.; tętno 120 na minutę; oddechów 30. W prawej okolicy pachowej rżenia wilgotne i oddech oskrzelowy; plwocina rdzawa. Rozpoznano zapalenie płuc włóknikowe. Nazajutrz po przybyciu chorego wystąpiły typowe objawy odmy

piersiowej (*pneumothorax*). Następných dni ciepłota stopniowo spadała; laseczników gruźliczych nie wykryto. Po 5 dniach ciepłota poczęła się podnosić, a jednocześnie stwierdzono obecność płynu w prawej płucnej; 21-go dnia choroby strzykawką wydobyto z niej ropę z wielką ilością laseczników gruźliczych. Po 23 dniach choroby pacjent zmarł wśród objawów mózgowych. Na sekcji znaleziono, co następuje: przy otwieraniu prawej jamy płucnej wydobywa się z niej powietrze ze świstem; płucna prawa zgrubiała i pokryta warstwą włókniaka; w jamie jej około 2 litrów ropy; płuco prawe, przyrośnięte do kręgosłupa, posiada na powierzchni dolnego płatu otwór o średnicy 3 mm., otoczony włókniem z włókniaka i prowadzący do jamy wielkości orzecha włoskiego, leżącej w miąższu płuca tuż pod otrzewną i wypełnionej masą serowatą; całe płuco twarde, nie zawiera powietrza, w górnej części parę małych ognisk gruźliczych. W płucu lewem oraz w innych narządach nie znaleziono żadnych zmian. Oddech piersiową w gruźlicy płuc spostrzega S. rzadko, wbrew temu, co podają podręczniki. Gruźlica rozpoczęła się w omawianym przypadku w dolnej części płuca. Za bezpośrednią przyczynę śmierci swego chorego uważa S. nagromadzenie się w ustroju toksyn gruźliczych.

Zdaniem SZTEYNERA, który zabrał głos w dyskusji, pleurotomia mogła ocalić życie pacjenta S.

PRZEWÓSKI sądzi, że gruźlica w danym przypadku rozpoczęła się w wierzchołku, a stąd przeszła do dolnego płata; ognisko wtórne często wywołuje zmiany daleko większe, niż ognisko pierwotne.

Tego samego zdania jest EDW. ZIELIŃSKI, który na zasadzie pigmentacji ognisk gruźliczych w wierzchołku płuca uważa je za wcześniejsze od ogniska dolnego.

## Wiadomości bieżące.

— Zatwierdzony został projekt ustawy Towarzystwa Hygienicznego w gub. Królestwa Polskiego.

— Redaktorem „Medycyny“, po ustąpieniu kol. DOBRZYCKIEGO, wybrany został przez współwłaścicieli tegoż pisma kol. MICHAŁ SADOWSKI.

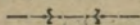
— VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Zgłosili się do tychczas następujący prelegenci z odczytami: 1) Prof. KOSTANECKI z Krakowa: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii“. 2) Prof. NATANSON z Krakowa [temat zastrzeżony]. 3) Prof. RYDYGIER ze Lwowa: 1) „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (*hypertrophia prostaticae*)“. 2) „Wskazanie do uretromii wewnętrznej i zewnętrznej“. 3) „O nowotworach pęcherza z demonstracją“. 4) Jeszcze kilka słów o t. zw. *coxa vara*“. 4) Dr. SĘDZIAK z Warszawy: „Uwagi w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani“. 5) Dr. FABIAN z Warszawy: „Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie“. 6) Dr. WRÓBLEWSKI z Krakowa [3 tematy zastrzeżone]. 7) Dr. ARNSTEIN z Kutna-Ciechocinka: 1) „O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka“. 2) „60 przypadków rwy kulszowej (*ischias*), leczonych w Ciechocinku“. 8) Dr. JARUNTOWSKI z Poznania: „Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc“. 9) Dr. OLTUSZEWSKI z Warszawy: „Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii“. 10) Dr. BIAŁOBRZEŃSKI z Warszawy: 1) „O heminie i hematynie“. 2) „O dezynfekcyjnych własnościach formaliny“. 11) Dr. ZAREMBA z Wrocławia: „Stanowisko umysłowo-chorych w wiekach średnich“. 12) Dr. OŚWIECIMSKI z Katowic: „O działaniu styptycyny“. 2) O terapii *endometritidis chronicae*“. 13) Prof. BUJWID z Krakowa: „O stosowaniu tuberkuliny u bydła w celu usunięcia gruźlicy“. 14) JÓZEF ZIEMBA z Władykaukazu: 1) „Piody kopalne Kaukazu“. 2) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii“.

15) Dr. M. RACIBORSKI z Kagok-Tegal [Jawa]: „Roślinność kraterów wulkanów jawajskich“. 16) Dr. SEYDA z Wrocławia: 1) „O środkach zastępujących u niemowląt pokarm macierzyński“. 2) „Pogląd na stan obecny oceny, czy woda zdatna do picia lub do celów użytkowych“.

— Tegoroczny kongres fizyologów odbędzie się w Cambridge między 23—27 kwietnia.

— Zmarł w Wiedniu prof. patologii doświadczalnej STRICKER.

## N E K R O L O G I A.



Znowu ubył nam jeden, znowu jeden „z tych lepszych“, znowu na szczycie męskiej działalności, bo w 46 roku życia.

S. p. STANISŁAW BACZYŃSKI urodził się w 1852 r. w gub. Lubelskiej, szkoły przechodził w Lublinie, Uniwersytet ukończył w Warszawie w 1878 r.. Po ukończeniu nauk przyjął obowiązek w ruchomym sanitarnym oddziale do przywożenia rannych w wojnie tureckiej do kraju. Następnie był asystentem w klinice prof. BARANOWSKIEGO w Warszawie. W roku 1883 m. ulegając namowom przyjaciół, osiadł w Zmierzynie, osadzie kolejowej przy skrzyżowaniu linii Odeskiej z Kijowską Dróg Południowo-Zachodnich, w powiecie Winnickim gubernii Podolskiej.

Wszelkoniem wykształcony, wykwiłtnie wychowany, uczynny do najwyższego stopnia, wprędeć dał poznać ogółowi pierwszorzędnę zaletę swego umysłu i serca, zjednał sobie ogólne uznanie, wyrobił obszerną praktykę, na kilka powiatów w najpierwszych domach obywatelskich, w niektórych z nich przyjął nawet obowiązek stałego, dominalnego lekarza, a prócz tego został lekarzem fabrycznym przy fabryce cukru w Gniewaniu i lekarzem konsultantem przy stacyi Zmierzynka Dróg Południowo-Zachodnich.

Jak te wszystkie obowiązki spełniał, jak spieszył z radą i dzielną pomocą zarówno do najbiedniejszego robotnika, jak do najbogatszego właściciela, wiemy my, którzyśmy na Jego pracę patrzyli, wiedzą ci, którzy Jego rad fachowych potrzebowali, a którym dzisiaj nielatwo Go będzie komuś zastąpić, wiedzą nareszcie ci, którzy wprost materialnej od Niego pomocy doznawali, chociaż „nie wiedziała, prawica co daje lewica“.

A jakże wysoko zawsze trzymał Nasz sztandar zawodowy! Z jak idealnego punktu pojmował zawsze koleżeństwo! Dla Niego niepotrzebne były wszelkie pisane prawidła etyczne, bo je zawsze miał przytomne w umyśle i sercu, bo etykę miał wrodzoną.

Praca nadmierna przyprawiła Go od pół roku o ciężką, nieuleczalną niemoc, z której już nie miał powstać.

Taka praca nie daje czasu na inne zajęcia. To też nie pozostawia On po sobie trwalszych, literackich dorobków. Ale wzór cnót zawodowych, nie wygasła pamięć we wdzięcznych sercach okolicznych mieszkańców i kolegów sąsiadujących na długo pozostanie!

Oby takich więcej było!

Żegnaj drogi przyjacielu i nieodżałowany Kolego! Niechaj tych kilka nieudolnych słów żalu szczerzego po Tobie służy Ci za garść ziemi, poslaną na mogiłę Twoją z Podola, któremuś najpiękniejszych 15 lat życia swego poświęcił i tyle dobrego zrobił wielu jego mieszkańcom i wiele w niem serc wdzięcznych zostawił!

*Władysław Kossecki.*

# APTEKA M. Malinowskiego,

dawniej

E. Jarnuszkiewicza,

26—25

Nowy-Swiat № 53, telefonu № 190, przygotowuje:

Antrophor-Urethral z % środka leczniczego wskazanym przez lekarza.

**Mydło lecznicze:** Benzoesowe 5%; Borno-Tymolowe 5%, 1%; hi%)%  
nowe 3%; Chinozolowe 2%; Dziegielowe 10%; Ichtyolowe 10%; Jodowe 3 C° KJ  
1½ J; Karbolowe 5%; Kreolinowe 5%; Lanolinowe 15%; Lecznicze zawie-  
rające 5% tłuszczu), Mentolowe 3%; Naftolowe 5%; Naftolo-Siarkowe 5%  
10%; Rezorcyno-Salicylowe 3%, 3%; Rezorcyno-Salicyl-Siarkowe 3%, 3%  
10%; Salicylowe 5%; Siarkowe 10%; Sublimatowe ½, %; Tanninowe 3%  
Tymolowe 1%; Waselinowe 10% i do mycia głowy.

Tabulettae czekoladowe ze środkami wskazanymi przez lekarza.

Tlen czysty i z tlenkiem azotu.

## Dr Kazimerz Ciągliński

przez lato ordynuje jak zwykle w Ciechocinku,

dom *Wodzińskiego* obok łaźienki głównej.

6—1

Środek i nazwa  
opatentowane

## Nagrodzona medalem srebrnym w Pradze 1896.

Jedyny specyfik przeciw dyatezie moczano-  
wej, artrytyzmowi, podagrze, piaskowi moczowemu, marskości wątroby. Skład w apte-  
ce K. Wendy w Warszawie.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Literatura gratis.

**Urisolwina  
Mahl'a**



## Chlorophormium purissimum



(do operacji)

oczyszczony w laboratorium Apteki

### H. B I E R T Ü M P F L A

Marszałkowska 133 w Warszawie.

2 uncje	55 kop.
3 „	80 kop.
6 uncyj	1,50 kop.
12 „	2,80 kop.

Ceny niniejsze są dla  
Aptek, Szpitali i Zakładów  
leczniczych.

12—5