

GAZETA LEKARSKA.

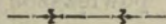
Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ DRA J. STEINHAUSA PRZY WARSZAWSKIM SZPITALU
STAROZAKONNYCH.

I. MIĘSAK ROZLANY SERCA, NEREK I GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Podał

Wacław Sterling,

asystent pracowni.



Chory Z. S. zapisał się na oddział kol. KLEINA dnia 22. V. 1899 r. Skarżył się na bóle w kościach kończyn górnych i dolnych i w krzyżu, trwające od 6-ciu tygodni. Jednocześnie zauważył częstsze niż zazwyczaj, lecz niebolesne oddawanie moczu.

Przy badaniu znaleziono narządy klatki piersiowej prawidłowe, wątroba dochodziła do pępka. Wszystkie prawie kości bolesne przy ucisku.

W moczu ślady białka i nieco leukocytów. T. 90. We krwi leukocytoza. Przy badaniu *per rectum* znaleziono gruczoł krokowy wyraźnie powiększony, gładki. Rozpoznano raka gruczołu krokowego, z przerzutami w kościach (?).

Chory zmarł dnia 23. VI. 1899 r. przy objawach osłabienia działalności serca. Oto protokół autopsyi, dokonanej przez kol. STEINHAUSA.

Trup mężczyzny średniego wzrostu, budowa prawidłowa, odżywienie słabe. Skóra blada, cienka, z odcieniem blado-żółtym. Tłuszczu podskórnego niewiele, mięśnie wiotkie, blado czerwone. Lewe płuco nieznacznie przyrosłe z boku i z tyłu, jama opłucnej płynu nie zawiera. Przy wierzchołku i w części dolnej górnego płata płuca znajdujemy gruczołki rozmaitej wielkości, w nieznacznej liczbie. Powierzchnia płuca jest wilgotna, błyszcząca, powierzchnia przekroju również wilgotna, wykazuje małą zawartość powietrza w płucu. Płat dolny uległ przekrwieniu. Tkanka płucna daje się łatwo rozerwać. Gruźelki około wierzchołka są w środku zropiałe, większe gruzelki w części dolnej górnego płata są twarde, ostro ograniczone, koloru szyflowego.

Prawe płuco przyrosłe jest do klatki piersiowej na całej przestrzeni, zawiera w mięszu swym dużo gruczołków rozmaitej wielkości w części dolnej górnego płata. Gruzelki są koloru szyrowego, z ogniskami rozpadowemi. Gruczoły oskrzelowe są powiększone, miękkie, ciemno-szyrowego koloru.

W osierdziu znajdujemy bardzo małą ilość płynu surowiczego. Serec jest znacznie powiększone, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym. Mięsień serca zgrubiał, miejscami jest zupełnie blado-żółty, miejscami pośród blado-żółtej tkanki widzimy smugi czerwone, miejscami wreszcie barwa czerwona ma przewagę; tkanka sama jest twarda, małokrwista. Otwór lewy żylny przepuszcza trzy palce, prawy tak samo. Zastawki sercowe są normalne. Na wsierdziu prawego serca znajdujemy kilka drobnych i jeden większy wylew krwisty.

Śledziona nie powiększona, umiarkowanej spoistości o wyraźnej zrazikowej budowie, daje się łatwo rwać.

Wątroba znacznie powiększona, otłuszczone, muszkatołowa.

Nerki powiększone są w trójnasób, część korowa olbrzymio zgrubiała, blada o spoistości drzewa. Piramidy również są blade.

Błona śluzowa żołądka przekrwiona, pokryta śluzem, miejscami widzimy małe wybroczyny.

Przewód pokarmowy normalny.

Gruzoł krokowy znacznie powiększony, twardy, zawiera jamy torbielowate.

Błona śluzowa pęcherza jest w stanie zapalnym. Gruczoły krezkowe są powiększone. Szpik kostny uda blady, o spoistości dość znacznej.

Zmiany, zaszły w płucach, należą do dość zwykłych, jakie przy autopsjach spotykamy; o sprawach w sercu, nerkach i gruczole krokowym tego powiedzieć nie można i dla tego zwróciły moją uwagę. Postanowiłem więc zająć się bliżej tym przypadkiem i oto—do jakich wyników doszedłem.

Badanie drobnowidzowe preparatów gruczolu krokowego wykazuje, że tkanka uległa znacznemu nacieczeniu przez komórki okrągłe. Budowa gruczolu doznała wskutek tego pewnych zmian, możemy jednak łatwo znaleźć wszystkie swoiste części składowe tego narządu, jako to: elementy mięsne, nabłonkowe, łączno-tkankowe. Przy oglądaniu otrzymujemy wrażenie, że cały narząd jest znacznie powiększony wskutek tego, że komórki okrągłe, tworzące nacieczenie, wprost rozpychają tkanki normalne. Odpowiednio do makroskopowo widzianych tworów torbielowatych, i pod mikroskopem widzieliśmy w kilku miejscach gruczolu torbiele, wysłane zwykłym nabłonkiem cylindrycznym.

Zupełnie podobny obraz znajdujemy w nerkach. I tu wszystkie mięszowe części składowe nerek są zachowane. Lecz w warunkach normalnych kłębki MALPIGUSZA i wszystkie kanaliki oddzielone są od siebie zaledwie małą ilością tkanki łącznej z naczyniami włosowatymi, tak, że prawie przylegają do siebie, na preparacie zaś naszym pooddzielane są one dość znacznie przez zbitą masę komórek okrągłych, których ilość jest różną w rozmaitych miejscach.

Wskutek tego elementy mięszone nerek są mniej lub więcej—zawsze jednak w dużym stopniu—od siebie oddalone. Największe nacieczenie znajdujemy w korze, część mięszone jest o wiele mniej zajęta. Z innych zmian zauważyć należy, że zarówno większe naczynia, jak i kłębki MALPIGUSZA są zupełnie bezkrwiste, że rurki mają nabłonek miejscami mięszone zmętniały, miejscami zaś nekrotyczny i wreszcie, że w części mięszonej, odpowiednio do mniejszego jej nacieczenia i rurki są mniej zmienione, gdzieniegdzie nawet zupełnie normalne.

W sercu sprawa chorobowa rozprzestrzenia się szlakami okołonaczyniowej tkanki łącznej. Idąc wraz z tą tkanką, komórki okrągłe infiltrują mięsień, t. j. wdrążają się wraz z nią pomiędzy komórki mięśniowe. I tu nacieczenie jest nierównomierne: w niektórych miejscach część komórek mięśniowych jeszcze do siebie przylega, w innych zaś mięśniach pojedyncze komórki mięśniowe oddzielone są od siebie przez 1—2 komórki okrągłe, w innych wreszcie widzimy po 5—6 tych ostatnich.

Komórki, tworzące nacieczenie, są okrągłe lub owalne, o jądrze pojedynczym tego samego kształtu. Jądra barwią się mocno, są duże, [3—4 mikrony na 3—4, lub 2—3×5—6]. Zaródź barwi się słabo, przedstawia się jako rąbek, otaczający jądro; rąbek ten ma $\frac{1}{2}$ —1 mikr. grubości. W tych miejscach, gdzie komórki leżą bardzo ściśle obok siebie, wskutek wzajemnego ich ucisku prawidłowość konturów znika i otrzymujemy postaci jak najrozmaitsze. Figury kariokinetyczne są bardzo rzadkie.

Teraz musimy rozstrzygnąć pytanie, z czem mamy tu do czynienia? Teoretycznie biorąc, nacieczenie całego narządu przez komórki okrągłe może załeżeć od 3-ch spraw: od zapalenia, od białaczki i od sprawy nowotworowej.

Przeciw zapaleniu mamy dane następujące:

a) przeczy temu charakter samych komórek infiltrujących, gdyż przy zapaleniu mielibyśmy dużo komórek wielojądrowych;

b) przy zapaleniu mielibyśmy zmiany w naczyniach, mianowicie rozszerzenie naczyń, infiltrację ścianek naczyń, powiększenie ilości leukocytów w naczyniach i zjawienie się wysięku zapalnego w *capsula Bowmani*;

c) mielibyśmy zmiany w mięszu samych narządów, co głównie i najwyraźniej wystąpiłoby w nerce, mianowicie przechodzenie leukocytów do rurek.

Przeciw białaczce przemawia:

a) badanie krwi, dokonane przez kol. KLEINA, który stanowczo to cierpienie wyklucza;

b) brak zmian, właściwych białaczce, w śledzionie, gruczołach limfatycznych, szpiku kostnym, wątrobie.

Z powyższego więc wynika, że możemy tu mieć do czynienia wyłącznie z nacieczeniem nowotworowym. W literaturze znajdujemy opis jednego tylko analogicznego przypadku, mianowicie przypadku WEHLAND'a [Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. III. Jahr. 1896. T. II. Str. 108], w którym obie nerki były zajęte przez rozlane nacieczenie nowotworowe, przy współczesnym istnieniu ograniczonych guzów mięsakowych na podstawie czaszki, na żebrach i w otocze nerek.

Przypadek nasz o tyle się od powyższego różni, że tam tylko nerki, w naszym zaś nerki, serce i gruczoł krokowy uległy nacieczeniu. Budowa drobnowidzowa zarówno w przypadku naszym, jak i WEHLAND'a, była zupełnie jednakowa. W przypadku W. rozpoznanie nacieczenia, jako mięsakowego, było ułatwione przez jednoczesną obecność guzów na czaszce i t. d., złożonych z takich samych komórek i posiadających typową budowę okrągło-komórkowego mięsaka. W naszym przypadku nacieczenie nerek i t. d. jest identyczne z poprzednim, dlatego tu, choć nie znamy guzów, któreby nam rozpoznanie potwierdziły, to jednak musimy uważać nacieczenie to za mięsakowe.

Zupełnem niepodobieństwem jest stwierdzić, który z trzech zajętych narządów był pierwotnem ogniskiem sprawy.

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

II. O LECZENIU POLIPÓW USZNYCH.

Przez

Dra Teofila Zalewskiego.

—◆—◆—◆—◆—

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 29].

Wielu autorów poleca, w ostatnich czasach szczególnie używany, sposób operowania, mianowicie, wydalenie polipów za pomocą rozmaitego rodzaju ostrych łyżeczek. Musimy podnieść, iż wogóle jako narzędzie łyżeczka nadaje się do operacji usznych, zajmuje bowiem, nawet silnie zbudowana, stosunkowo mało miejsca, w każdym razie mniej, niż narzędzie, złożone z dwóch ramion. Większość autorów poleca ostre łyżeczki do wydalenia przeważnie małych polipów jamy bębnekowej lub przewodu usznego zewnętrznego, niektórzy jednak operują łyżeczką nawet w przypadkach większych nowotworów. Pierwszy, który polecił używanie ostrej łyżeczki do wydalenia polipów usznych, był SCHWARTZE; JACOBY mówi, że SCHWARTZE pierwszy wydził tym sposobem ziarninę z przewodu usznego.

ABEL polecił do operowania polipów usznych łyżeczkę, która jest tylko małą modyfikacją takiegoż instrumentu, używanego w okulistyce. łyżeczki tej ABEL używa nie tylko w przypadkach małych polipów, lecz operuje nią i w przypadkach większych nowotworów i używa jej zamiast pętli wtedy, gdy tej ostatniej czy to z powodu wyjątkowej zbitości nowotworu, czy też wprost z powodu niemożności uchwycenia polipa, użyć nie może. Wogóle ABEL

przekłada operację ostrą łyżeczką nad operowanie za pomocą pętli; przeciwko tej ostatniej przytacza znane już i wyżej przytoczone zarzuty. Pomimo to przyznaje, że operowanie pętlą jest zabiegiem o wiele łagodniejszym.

Podobnież WOLF chętnie operuje ostrą łyżeczką. Najwięcej jednak zaślugi położył około rozpowszechnienia tego sposobu operowania POLITZER, który w tym celu podał cały szereg rozmaicie wygiętych i rozmaitej wielkości łyżeczek, za których pomocą dojść możemy nawet tam, gdzie innemi narzędziami dojść nie jesteśmy w stanie. Wydalenie, np. polipa z górnej części jamy bębnekowej będzie w większości możliwe tylko za pomocą odpowiednio odgiętej łyżeczki. Podobnież wydalenie polipa z dolnej części jamy bębnekowej będzie nieraz możliwe tylko za pomocą łyżeczki, która będzie miała przeciwne wygięcie, niż w wypadku pierwszym. łyżeczki, polecane przez POLITZER'a, mają prócz tego tę dodatnią stronę, że są nadzwyczaj delikatne i wskutek tego zajmują mało miejsca w uchu, a jednocześnie są dość silne.

Co do wskazań, to łyżeczki ostre nadają się jedynie do wydalenia małych polipów lub resztek polipów, i to mniej się będą nadawały do operacji polipy uszypułowane, a to dlatego, że jako więcej ruchome o wiele łatwiej będą się ześlizgiwały z łyżeczki. W tych przypadkach najodpowiedniej użyć narzędzi, za pomocą których możemy zachwycić nowotwór—więc pętli lub jakiej pensety. Najważniejszym jednak wskazaniem do użycia ostrych łyżeczek są przypadki polipów, połączone z próchniem kości. Naturalnie w przypadkach większych polipów i tutaj użyjemy innego sposobu do wydalenia samego polipa i dopiero do usunięcia resztek możemy użyć łyżeczki ostrej. Jeżeli jednak wzmiankuję, że te przypadki szczególnie nadają się do operowania za pomocą łyżeczek, to nie dlatego, żeby specjalne własności nowotworu wymagały tego, lecz ze względu na zmiany chorobowe kości. Mianowicie, tutaj za pomocą łyżeczek wydalimy nie tylko ziarninę, lecz jednocześnie jesteśmy w stanie za pomocą tej samej łyżeczki wydalić część zepsutą kości i w ten sposób osiągnąć wyleczenie. Podobny zabieg w przypadkach próchnienia kości jest dość rozpowszechnionym w chirurgii, jakkolwiek w wielu przypadkach jest niewystarczającym. Musimy zauważyć, iż zabieg ten jest wogóle najłagodniejszym ze wszystkich, używanych w podobnych przypadkach. Tem nie mniej jednak w wielu przypadkach uda nam się już za pomocą tego łagodnego zabiegu usunąć dokładnie ognisko chorobowe z próchniejącej kości usznej i w ten sposób nieraz osiągnąć zupełne wyleczenie. GARRIGOW-DÉSARÈNES gorąco zaleca ten sposób leczenia, opierając się na trzech własnych przypadkach ropienia chronicznego, połączonego z próchnieniem kości i granulacjami; we wszystkich trzech przypadkach osiągnął zupełne wyleczenie w stosunkowo krótkim czasie.

W tym samym celu POLITZER polecił swojego rodzaju nożyk w kształcie kółka (*Ringmesser*). Jedną powierzchnią takiego nożyka jest wypukła, drugą wklęsła. Ostrzem nożyka jest brzeg wewnętrzny kółka. Nożyk taki nakładamy na guz w ten sposób, że strona wypukła skierowana jest ku podstawie nowotworu, biorąc sam nowotwór w oczko nożyka. Nożyk

staramy się nałożyć o ile możności na samą podstawę guza, dlatego po nałożeniu nożyka musimy czuć twardą powierzchnię czy to przewodu usznego, czy też jamy bębnekowej. Nożyk nakładamy zawsze w ten sposób, że powierzchnia jego wypukła skierowana jest ku podstawie guza. Przyciskając nożyk do twardej podstawy, na której siedzi polip, prędko wyciągamy go i tym sposobem odcinamy guz. Nożyk ten podany jest w rozmaitem odgięciu i rozmaitej wielkości, zawsze jednak będzie się nadawał tylko do operacji małych polipów albo resztek polipów, przyczem polip musi siedzieć albo na ścianie przewodu usznego albo też na ścianie jamy bębnekowej; w przypadkach polipów, usadowionych na bębunku, będzie narzędziem zupełnie nieodpowiednim; pomijając już bowiem to, że w wielu przypadkach nie będziemy mogli uchwycić polipa w nożyk, operując nożykiem w przypadkach usadowienia się polipa na bębunku, łatwo możemy uszkodzić ten ostatni. Także w tych przypadkach, gdzie polip usadowiony jest na wewnętrznej ścianie jamy bębnekowej, operacja jest trudniejszą. Rozmiary nożyka nie pozwalają operować nim większych nowotworów; prócz tego musimy mieć na uwadze, że operacja ta nie jest radykalna i że i po tej operacji pozostaje resztką polipa, którą następnie zniszczyć trzeba.

POLITZER polecił resztki, jakie pozostają po wydaleniu polipów, zmiażdżyć, a mianowicie, w tych przypadkach, w których innym sposobem wydalic ich nie można, a zniszczenie przez kauteryzację zajęłoby dużo czasu. W tym celu POLITZER polecił kleszczyki, których przedni koniec jest silnie ząbkowany. Uchwyciwszy resztkę polipa kleszczykami, silnie je zaciskamy i w ten sposób miażdżymy między ząbkami. Oczywiście rzecz, że w ten sam sposób możemy niszczyć nie tylko resztki polipów, lecz i małe guzki. Same kleszczyki podane są w rozmaitych wygięciach, stosownie do usadowienia guza. W jakich przypadkach możemy być zmuszeni do użycia tego sposobu, trudno sobie wyobrazić. Ze względu na skutek i sposób operowania, metoda ta ustępuje wszystkim dotychczas podanym; z drugiej strony, chyba niewiele będzie takich przypadków w których ani pętłą ani łyżeczką ostrą i nożykiem w kształcie kółka nie moglibyśmy sobie dać rady; posługując się do tego pensetami, powiedzieć możemy stanowczo, że we wszystkich przypadkach damy sobie radę, w których będzie możliwy wogóle jakikolwiek zabieg operacyjny. Jeżeli do tego POLITZER między wskazaniem wylicza i przypadki polipów, usadowionych na bębunku, to możemy tylko powiedzieć, że w tych przypadkach ten sposób operowania jest absolutnie przeciwwskazanym ze względu na łatwą możliwość obrażenia bębinka; — wyżej wyłuszczyliśmy wady kleszczyków w zastosowaniu do operacji usznych.

Oprócz tych sposobów i narzędzi, któreśmy tutaj wyliczyli, a które do pewnego stopnia są zastosowane specjalnie do ucha, w pewnych razach możemy posługiwać się narzędziami, które nie są pobudowane specjalnie do operacji usznych. Że w niektórych przypadkach, szczególnie gdy polip usadowiony jest w przewodzie usznym zewnętrznym, będziemy mogli wydalic polip za pomocą nożyczek, nie ulega wątpliwości. ROOSA nawet uważa nożyczki COOPER'a obok pętli WILDE'go za narzędzie bardzo odpowiednie po operacji

polipów usznych. W wielu przypadkach nie będziemy mogli użyć tego lub owego utartego sposobu operowania, lecz będziemy zmuszeni wykonać zupełnie atypową operację. STONE opowiada o jednym przypadku, w którym nowotwór wypełniał cały przewód uszny i był prócz tego silnie zrośnięty z górną ścianą jego; sam guz był bardzo znacznej zbitości. STONE próbował wydalić go za pomocą pętli, usiłowania jednak pozostały bez skutku, gdyż pętla za każdym razem ześlizgiwała się. STONE poradził sobie w ten sposób, że naprzód za pomocą delikatnego dłota oddzielił guz od górnej ściany przewodu usznego zewnętrznego, a następnie wydzielił go kleszczykami.

Zanim zakończymy sprawę operacyjnego leczenia polipów usznych, omówić wypada kwestyę, czy sama operacja polipów usznych przedstawia jakie niebezpieczeństwo, a z drugiej strony, czy operację tę trzeba wykonywać w znieczuleniu i w jakim.

Co do niebezpieczeństwa samej operacji, to częściowo już o tem wspomnieliśmy, że wydalając polip, nieraz uszkodzić możemy jakąś część organu słuchu, możemy, np., wyrwać młoteczek, co może mieć znaczenie dla późniejszej funkcji narządu słuchu, lub oderwać, np., wewnętrzną ścianę jamy bębnekowej, co z jednej strony nie może być rzeczą obojętną ze względu na późniejszą funkcję słuchową, z drugiej strony może być przyczyną komplikacji, nieobojętnych dla życia chorego. Tutaj pozostaje do omówienia kwestya, o której dotąd nie wspominaliśmy, mianowicie, czy krwotok po wydaleniu polipa jest duży i czy może z powodu tego choremu grozić niebezpieczeństwo. Kwestyę tę z ogólnego punktu widzenia musimy rozstrzygnąć w ten sposób, że główną rolę odgrywa tutaj unaczynienie samego guza i części sąsiednich; im guz sam i tkanki sąsiednie są więcej unaczynione, tem większy jest krwotok po operacji; w zasadzie można powiedzieć, iż krwotok ten jest dość dużym w stosunku do operacji, lecz zbyt małym, by mógł być niebezpiecznym dla życia chorego. Aczkolwiek przypadków śmiertelnych krwotoku po operacji polipów usznych nie obserwowano, to jednak obserwowano kilka przypadków dość poważnych krwotoków. Z przypadków obserwowanych wspomnę tylko przypadek SCHWARTZE'go, gdzie bezpośrednio po wydaleniu polipa nastąpił krwotok, o którym SCHWARTZE mówi, że mógłby nawet zagrażać życiu chorego; był więc dość znaczny. Kilkogodzinny ucisk na tętnicę dogłową i tamponowanie ucha zatrzymało krwotok. Podobnie Moos obserwował znaczny krwotok, który wystąpił w siedem godzin po operacji. I tutaj krwotok ustał po zatamponowaniu ucha. Te i inne przypadki, obserwowane przez innych autorów, przeczą twierdzeniu BÖKE'go, który powiada, że po operacji polipów usznych nigdy niema znacniejszego krwotoku. Jeżelibyśmy się zapytali o środki przeciwko takim krwotokom, to przytoczone przypadki dają nam dostateczne wskazówki, jak mamy się zachować, a zresztą postępujemy według ogólnych zasad chirurgii; pamiętać tylko trzeba, że ucho komunikuje nie tylko na zewnątrz, lecz ma i drugi otwór do jamy nosogardzielowej, może więc zdarzyć się potrzeba zatamponowania i tego otworu.

Co do kwestyi, czy konieczne jest znieczulanie przy operacji polipów, to *a priori* możemy powiedzieć, że pożądanem jest zaoszczędzenie choremu wszelkiego, choćby najmniejszego bólu. Ból, jaki sprawia wydalenie polipa, zależny jest z jednej strony od unerwienia samego polipa, z drugiej — od wrażliwości chorego. To jest pewnem, że w większości przypadków nie jest tak znaczny, by go chory znieść nie mógł, w wielu przypadkach jest dość duży tak, że wskazanem jest jego zmniejszenie. Przypadki, w których spodziewać się trzeba większego bólu, są te w których nowotwór jest mocno uczepiony; przeciwnie, gdzie nowotwór jest słabo usadowiony, ból jest nieznaczny. Pomimo to lepiejby było w każdym przypadku znieczulać miejsce operacyjne, raz dlatego, że oszczędzamy ból choremu, a po drugie — o wiele spokojniej i pewniej się operuje. Już na zasadzie teoretycznych kombinacji musimy przyjść do przekonania, że znieczulenie miejscowe będzie przedstawiało trudności; możnaby jeszcze przypuścić, że w przypadkach małych i miękkich nowotworów będzie możliwe mniej lub więcej dokładne znieczulenie, ale jest rzeczą więcej niż wątpliwą, by kokaina mogła przeniknąć duży nowotwór tak, by chory operacji nie czuł. Możeby można w podobnych przypadkach w niektórych razach zastosować znieczulenie sposobem SCHLEICH'a; w każdym jednak razie sposób ten szerokiego zastosowania mieć nie będzie, sądzę jednak, że szczególnie w przypadkach dużych polipów może być z dobrym skutkiem użyty. Prócz tego podnieść musimy, że kokaina wogóle na błonę śluzową ucha działa bardzo słabo i że wskutek tego znieczulenie miejscowe w uchu jest bardzo niedostateczne. Tak więc i w przypadkach polipów usznych znieczulenie równa się prawie zeru, i zmuszeni jesteśmy w skutek tego, jeżeli nie chcemy operować w uspieniu, operować prawie bez żadnego znieczulenia. Co do narkozy, to tylko w wyjątkowych razach będziemy zmuszeni uciec się do niej, mianowicie, w przypadkach większej wrażliwości chorego lub w przypadkach, gdzie wskutek niespokojnego zachowania się chorego mogłaby zachodzić obawa obrażenia ucha. Będzie to miało częściej miejsce u dzieci; u dorosłych przypadki podobne będą należały bez wątpienia do wyjątków.

To, cośmy tutaj o znieczuleniu powiedzieli, znajdzie zastosowanie i przy innych zabiegach, jakie wykonywamy przy leczeniu polipów usznych.

Przechodzimy obecnie do opisu sposobów leczenia polipów usznych za pomocą środków kaustycznych. Do tej grupy zaliczamy nie tylko sposoby leczenia za pomocą środków farmakologicznych, lecz także leczenie za pomocą galwanokaustyki. Charakterystycznym, wspólnym dla tych sposobów, jest to, że tutaj nie wydalamy nowotworu, lecz staramy się pewnymi środkami działać na niego w ten sposób, by obumarł odrazu lub częściowo. Wszystkie środki kaustyczne, nie wyłączając galwanokaustyki, działają w ten sposób, że przy zetknięciu się ich z tkankami, te ostatnie obumierają. Po kilku dniach obumarała część nowotworu oddziela się; powstaje ubytek i tem samem zmniejszenie się nowotworu. Postępując w ten sposób i powtarzając odpowiednią liczbę razy kauteryzację, możemy nawet duże nowotwory zupełnie zniszczyć; wogóle jednak zniszczenie dużego nowotworu zajmie nam więcej czasu, a w niektórych przypadkach tym sposobem nie dojdziemy do celu,

gdyż właśnie może się zdarzyć, iż tyle, ile zniszczymy nowotworu, odrośnie go napowrót. W przypadkach mniejszych polipów możemy w krótkim stosunkowo czasie zniszczyć zupełnie nowotwór. Wielu autorów jest przeciwnych używaniu środków kaustycznych w leczeniu polipów usznych, uważają bowiem, że drażnienie środkami kaustycznymi może pobudzać nowotwór do tem szybszego rozrostu. Że twierdzenie takie ma dane za sobą, jest rzeczą dowiedzioną i łatwo dającą się wytłómaczyć. Środek kaustyczny, powodując nawet obumarcie części nowotworu, wywołuje z drugiej strony zapalenie reakcyjne, którego następstwem jest oddzielanie się części obumarłej. Rezultatem całej tej sprawy jest znacznieszy przyływ krwi do guza, co, oczywista rzecz, może powodować szybsze rozrastanie się jego. Nie w każdym przypadku musi to nastąpić i nie w każdym to następuje, możemy nawet powiedzieć, że rzadko będziemy mieli sposobność obserwowania czegoś podobnego; podobna jednak sprawa jest zupełnie możliwa. Podobnież nie jest pozbawione danych twierdzenie autorów, że drażnienie polipów usznych środkami kaustycznymi może przyczynić się do przejścia tychże z nowotworów łagodnych w nowotwory złośliwe. Biorąc wszystko to pod uwagę, widzimy, że używanie środków kaustycznych w wielu przypadkach może być rzeczą nieobojętną. TURNBULL mówi, iż wszelkie nowotwory uszne trzeba jaknajszybciej operować, drażnienie zaś środkami kaustycznymi pobudza je tylko do rozrostu i może zamienić nawet nowotwory łagodne w nowotwory złośliwe. Dalej TURNBULL twierdzi, że jedynym środkiem, by zapobiedz przejściu łagodnego nowotworu w złośliwy, jest używanie na wewnątrz *solutionis arsenicalis Fowleri*. Byłby to więc bardzo prosty sposób zapobiegania przejściu nowotworu łagodnego w złośliwy, gdyby wogóle było to prawdą. Wątpić należy, czy sam TURNBULL obserwował takie dodatnie działanie *solutionis arsenicalis Fowleri*. Ciekawemby też było dowiedzieć się, w jaki sposób TURNBULL przekonał się, iż w tym lub w owym przypadku powstrzymał przejście nowotworu łagodnego w złośliwy. Z innych zarzutów, jakie podnoszono przeciw środkom kaustycznym, wypada wymienić dość silny i nieraz dość długo trwający ból i częstokroć zwiększenie się zapalenia w samym uchu wskutek podrażnienia tegoż.

Co do sposobu używania środków kaustycznych, to albo natapiamy je na koniec zgłębnika, jeżeli są ciałami stałymi, lub też wprost tylko maczamy w nich goły zgłębnik albo owinięty na końcu watą i następnie dotykamy się nim nowotworu, jeżeli są ciałami płynnymi. W przypadkach ogólnego, rozlanego przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej, możemy, zamiast oddzielne miejsca dotykać zgłębnikiem, wprost nalać do ucha parę kropli tego lub owego środka, jeżeli jest płynnym. Stosowanie to jest prostsze i do tego działanie środka pewniejsze, gdyż tym sposobem możemy działać i na te miejsca, do których zgłębnikiem dojść nie możemy. Sposób ten będzie miał zaledwie małe zastosowanie, gdyż przypadki rozlanego przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej zdarzają się rzadko. W ten sposób możemy stosować i środki, które są ciałami stałymi, tylko poprzednio trzeba z nich zrobić roztwór. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że nawet nasycony roztwór będzie słabiej działał, niż sam środek

in substantia. Wogóle powtarzamy kauteryzację tego samego miejsca dopiero wtedy, gdy strup po przednim przypaleniu odpadnie, inaczej bowiem przypalenie nie miałyby celu; powtarzając przypalenie, nim strup odpadł, przypalilibyśmy tylko drugi raz to, co już jest przez przypalenie zniszczone.

Do kauteryzacji polecono mnóstwo rozmaitych środków. Jednym z najdawniejszych i najpopularniejszych jest azotan srebra, używany bardzo chętnie przez SCHWARTZE'go i BONNAFONT'a. Obecnie mniej używamy tego środka, mamy bowiem mnóstwo innych energiczniej działających, w pewnych jednak przypadkach używamy go i teraz. Używany bywa azotan srebra albo w roztworze albo *in substantia*; w roztworze nadaje się tylko w przypadkach z bardzo nieznacznym przerostem błony śluzowej jamy bębnekowej; w przypadkach większych guzów trzeba go użyć *in substantia*, gdyż, oczywiście rzecz, w tej formie działa o wiele energiczniej. SCHWARTZE polecił przyżeganie azotanem srebra dwa razy na tydzień, wogóle jednak musimy i tutaj stosować się do ogólnej reguły, że powtarzamy kauteryzację dopiero wtedy, gdy strup, powstały po ostatnim przypaleniu, odpadł. WOLF także gorąco poleca lapis w celu zniszczenia polipów i twierdzi, że jeżeli granulacje po operacji pętlą lub po przyżeganiu lapisem nie znikną, to niema na nie żadnego środka. Pomimo dobrych wyników, obserwowanych przez rozmaitych autorów, musimy przyznać, że lapis, jako środek kaustyczny, jest środkiem dość słabym, i że do zniszczenia większego guza potrzeba dużo czasu. Zaletą lapisu jest możliwość ścisłej lokalizacji, lapis działa tylko na miejsce, z którym został zetknięty, części sąsiednich nie drażni, a przynajmniej w mniejszym stopniu, niż wiele innych środków, gdyż nie tak łatwo się rozplywa. Wogóle, co do tej kwestyi, musimy zaznaczyć, iż środka, któryby działał tylko na miejsce, na które został położony, nie znamy; każdy środek w mniejszym lub większym stopniu rozplywa się i drażni tym sposobem sąsiednie części, tylko, że jeden — mniej, drugi — więcej. Lapis stosuje się w ten sposób, iż *in substantia* natapiamy go na koniec zgłębnika i następnie dotykamy nim miejsca, które chcemy przypalić; co do stosowania azotanu srebra w roztworze, to albo wprost nalewamy parę kropel do ucha, albo też maczamy koniec zgłębnika sam, lub okręcony watą w roztworze i następnie dotykamy danego miejsca. Jednego z tych dwóch sposobów użyjemy zależnie od tego, czy chcemy, by lapis działał na całą powierzchnię jamy bębnekowej, względnie przewodu usznego, np., w przypadkach obszernego rozlanego przerostu jamy bębnekowej [POLITZER], czy też chcemy działanie jego ściśle ograniczyć do danego miejsca.

CLARKE polecił do przyżegania resztek, które pozostają po wydaleniu polipów, potaż żrący *in substantia* w tych przypadkach, w których lapis wydaje mu się za słabym. Przed kauteryzacją wyklada przewód uszny watą, żeby przypadkiem nie przypalić niepotrzebnie samego przewodu; watę poprzednio macza w roztworze kwasu octowego. SCHWARTZE też używał tego środka początkowo do zniszczenia małych polipów. Przyznać musimy, iż potaż żrący jest środkiem silnie kaustycznym, ma jednak tę ujemną stronę, że już na po-

wietrze rozpływa się, a tembardziej w zetknięciu z wilgotną tkanką. Wskutek tych własności, nigdy nie udaje się działania ograniczyć do miejsca, które chcemy przypalić, lecz działa jednocześnie i na miejsca sąsiednie. Że tym sposobem przy użyciu potażu żrącego łatwiej wystąpi pogorszenie sprawy zapalnej, jest rzeczą zrozumiałą. Dlatego też środek ten nie znalazł szerszego zastosowania w leczeniu polipów usznych.

FRIQUET polecił w tym samym celu chlorek cynku *in substantia*, podobnie LANDREIT DE LACHARRIÈRE podnosi silnie kaustyczne własności chlorku cynku: radzi on suche pręciki z chlorku cynku wkładać niejako w polip. Inni autorzy mieli też dobre wyniki po użyciu chlorku cynku czy to w roztworze, czy *in substantia*.

HILDIGE polecił w celu zniszczenia polipów octan cynku w roztworze. POLITZER, mówi, że środek ten nawet w stosunkowo słabych roztworach drażni dość mocno tkanki. POLITZER widział po zastosowaniu jego zwiększenie się wydzieliny. Obecnie obydwie preparaty cynku są prawie nie używane. BLAU polecił rozczyn siarczanu cynku 2:30. Nawet duże polipy miały od tego środka zniknąć. BLAU zaznacza, że reakcyi niema prawie żadnej po użyciu tego środka. I ten środek nie znalazł zastosowania.

Z innych środków, poleconych do zniszczenia polipów, wymienić wypada siarczan miedzi, podany przez LUCAS, i sześciochlorek żelaza, podany przez POLITZER'a. Sześciochlorek żelaza rozpływa się na powietrze i tego, niejako nasyconego roztworu używa POLITZER do niszczenia małych polipów lub resztek, pozostałych po wydaleniu guza. Sposób użycia jest ten, iż koniec zgłębnika maczamy wprost w rozpuszczonym sześciochlorku żelaza i następnie dotykamy się miejsca, które chcemy przypalić. Środek ten nie ma własności silnie kaustycznych, ma jednak przed innemi tę zaletę, że reakcyja po użyciu jego jest niewielka, o wiele mniejsza, niż po użyciu innych środków, np., kwasu chromowego. Ciekawy przypadek opowiada POLITZER, w którym z dobrym skutkiem użył sześciochlorku żelaza. Przypadek dotyczył polipa, wypełniającego cały przewód uszny; polip był uszypułowany i łatwy do operacyi, gdyż sama szypuła była cienka, chory jednak żadną miarą na operacyę zgodzić się nie chciał. Wtedy POLITZER położył pod szypułę guza kawałek sześciochlorku żelaza, wyłożywszy poprzednio przewód uszny watą, by nie przypalić niepotrzebnie samego przewodu. Na drugi dzień polip wydzielił się w całości. W ten sam sposób moglibyśmy zastosować i inne środki, o ile są ciałami stałemi.

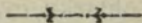
[D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O cewnikowaniu moczowodów.

Opracował

Dr L. Zembrzuski.



I.

Cewnikowanie moczowodów było oddawna przedmiotem licznych usiłowań ze strony chirurgów. Trudności, napotymane przy rozpoznawaniu różniczkowym wielu cierpień nerek, moczowodów i pęcherza zrodziły potrzebę otrzymywania moczu dla badań z każdej nerki oddzielnie. W tym celu właśnie powzięto myśl cewnikowania moczowodów, a próby w tym kierunku rozpoczęto wykonywać u kobiet, ze względu na łatwiejszy u nich dostęp do pęcherza i, co za tem idzie, do ujścia samych moczowodów. Przytem, gdy jedni chirurdzy i ginekolodzy usiłowali w tym celu utorować sobie drogę do moczowodów u kobiet *per vias naturales*, t. j. przez cewkę, inni dążyli do tego samego za pomocą różnych krwawych operacji przygotowawczych. Tak np. HARRISON w r. 1884, a po nim IVERSEN, GUYON i ALBARRAN wprowadzali cewniki do moczowodów po uprzednim dokonaniu nadłonowego cięcia pęcherza.

HARRISON doradzał nawet w tym celu cięcie kroczowe u mężczyzn, na którego wykonanie jednak nikt z chirurgów nie zdecydował się. BOZEMANN i EMMET uskuteczni cewnikowanie moczowodów przez kółpocystotomię. Wreszcie HEGAR i SAENGER, chcąc otrzymać mocz z każdej nerki oddzielnie, polecali okłucie i czasową przewiązkę jednego z moczowodów przez sklepienie przednie pochwy. Jednakże ten ostatni sposób nie wykroczył po za zakres prac doświadczalnych na zwłokach.

Poza tem widzimy cały szereg badaczy, którzy też dążą do otrzymania moczu z każdej nerki oddzielnie, lecz drogami daleko prostszymi, a mianowicie bez uciekania się do operacji wstępnych. Pierwszy TUCHMANN czynił próby z zamykaniem otworu jednego z moczowodów przez pęcherz za pomocą narzędzia zbliżonego do litotrybu. EBERMANN wymyślił zaciskadło, którego jedno ramię wprowadzał do pęcherza, drugie zaś do odbytnicy i następnie usiłował narzędziem tem zacisnąć dolny odcinek moczowodu. SILBERMANN stosował w tym celu cewnik z wysuwany balonikiem, wypełnianym rtęcią i mającym za zadanie zamknięcie otworu moczowodu po wprowadzeniu narzędzia do pęcherza. FENWICK wynalazł cewnik z specjalnym oczkiem, które udawało mu się przyciskać do ujścia moczowodu tak dokładnie, że mocz, wypływający przez cewnik na zewnątrz, pochodził jakoby tylko z nerki strony przeciwnej. Rozumie się, że przed przystąpieniem do badań i zabiegów tego rodzaju, należało pęcherz opróżnić doszczętnie oraz starannie przepłukać. Pomimo to wszystko, żaden ze sposobów wymienionych nie daje pewności absolutnej, że ujście moczowodu jest istotnie zaciśnięte albo wogóle dość szczelnie zamknięte.

Daleko donioslejszymi pod względem dokładności wyników były usiłowania cewnikowania moczowodów bezpośrednio przez cewkę u kobiety.

Pierwszy SIMON w r. 1875 wykonał cewnikowanie moczowodów u 15-tu kobiet po uprzednim stopniowym rozszerzeniu cewki palcami. IMBERT słu-

nie zupełnie nazywa tę metodę brutalną, tem bardziej, że zgłębniki cewkowo-pęcherzowe, którymi posilkował się SIMON po rozszerzeniu, dochodziły do 1,5 i 2 ctm. w wymiarze poprzecznym.

Z drugiej strony sposób SIMON'a nie okazał się łatwym. Tak, np. WINCKEL'owi, pomimo przeprowadzenia bardzo wielu prób, ani razu nie powiodło się wykonanie cewnikowania moczowodów podług SIMON'a, który też pod tym względem naśladowców nie znalazł. Dopiero w r. 1886 PAWLIK z całą gorliwością zajął się zapomnianą już nieco sprawą cewnikowania moczowodów. Usiłowania jego nie były bezowocnymi. W r. 1894, na kongresie w Rzymie, PAWLIK dowiódł, że do moczowodu można wprowadzić zgłębnik lub cewnik bez uprzedniego rozszerzania cewki. W tym celu P. nadawał kobietom położenie *à la vache* i na przedniej ścianie pochwy odszukiwał miejsce, odpowiadające *trigonum Lieutaudi*, które poznawał po pewnych stałych punktach orientacyjnych. Na przestrzeni tej PAWLIK określał z możliwą dokładnością miejsca, odpowiadające ujściom moczowodów i w ten sposób pod kontrolą niejako oka wprowadzał przez cewkę swój cewnik do moczowodu. Postępowanie takie również nie mogło zyskać szerszego zastosowania ze względu na niebezpieczeństwo uszkodzenia ścian pęcherza i moczowodu podczas rękoczynu, wykonywanego prawie na ślepo i wymagającego niesłychanej zręczności. Zresztą sam PAWLIK wkrótce porzucił swój sposób zupełnie i począł wykonywać cewnikowanie moczowodów przy pomocy oświetlenia pęcherza cystoskopem. W każdym bądź razie jemu należy się pierwszeństwo w zastosowaniu zgłębnikowania moczowodów u kobiety bez przygotowawczych w tym celu zabiegów.

Pomiędzy r. 1894 i 1896 amerykańnin HOWARD KELLY rozwinął myśl PAWLIK'a oraz udoskonalił jego postępowanie. KELLY do cewnikowania moczowodów u kobiet wymyślił przyrząd, odznaczający się prostotą i dogodnością w użyciu. Przyrząd ten składa się z części następujących: 1) z kalibrowanego zgłębnika w postaci stożka do wymierzania szerokości cewki, 2) z kilku wzierników pęcherzowych, cylindrycznych, mających w wymiarze poprzecznym od 10--15 mm. i zaopatrzonych w mandriny, 3) z aspiratora do opróżniania pęcherza i 4) z zgłębnika oraz cewników do moczowodów. Po ułożeniu chorej w pozycji litotomicznej, KELLY opróżnia doszczętnie pęcherz, następnie wymierza szerokość cewki, a ewentualnie rozszerza ją nieco *ex tempore* i wprowadza do pęcherza wziernik wraz z zatykającym go mandrinem. Uczyniwszy to, K. wyjmuje mandrin, a w tej chwili powietrze wpada przez wziernik do pęcherza i rozszerza go w stopniu dostatecznym dla badań. Przy oświetleniu za pomocą reflektora, umieszczonego najlepiej na czole, można, przesuując wziernik w różnych kierunkach, odszukać ujście moczowodu, a otrzymawszy je w polu widzenia, wprowadzić doń zgłębnik lub cewnik.

Prawie jednocześnie z KELLY'm, ROSE wymyślił również wziernik pęcherzowy, który jednak miał służyć właściwie nie do cewnikowania moczowodów, a raczej do otrzymywania moczu z każdej nerki oddzielnie. Cała modyfikacja w przyrządzie ROSE'go, w porównaniu z przyrządem KELLY'go, polega na tem, że wziernik jego posiada na końcu swym otwór skośny, którym dokładniej i szerszej objąć można ujście moczowodu i wprost z tego ostatniego mocz otrzymywać.

Pomimo tylu prób i usiłowań nawet względnie udatnych, trudno jest nie przyznać, że cewnikowanie moczowodów posiadało dotychczas tę mianowicie kardynalną wadę, że posilkowano się niem wyłącznie u kobiet. Dopiero z chwilą, gdy chirurgom po wielu usiłowaniach powiodło się zastosować ten sam zabieg i u mężczyzn, cewnikowanie moczowodów wkroczyło na drogę rozwoju tak pod względem ulepszenia narzędzi, jako też i techniki postępowania.

Jeszcze w r. 1887 BRENNER wpadł na myśl zastosowania cystoskopu do wprowadzenia cewnika do moczowodu u mężczyzny. BRENNER w tym celu dodał do cystoskopu rynienkę, przez którą miał zamiar wprowadzić cienki zgłębnik do moczowodu pod kontrolą oka przy oświetleniu elektrycznym pęcherza. Niestety, w praktyce usiłowania BRENNER'a okazały się płonnymi ze względu na wadliwą konstrukcję narzędzia. Nawet sam BRENNER nie był w stanie ani w jednym przypadku dokonać cewnikowania moczowodów przy pomocy swego przyrządu. Główna wada tego ostatniego polegała na tem, że lampka elektryczna i przyzma oraz wylot kanału, przeznaczonego dla cewnika, umieszczone były nie po stronie wklęsłej dziobu cystoskopu, lecz po stronie tegoż wypukłej i, co ważniejsze jeszcze, że rynienka dla cewnika była zupełnie prosta. W celu oświetlenia ujścia moczowodu należało koniec zewnętrzny narzędzia silnie unosić ku górze. Takie położenie cystoskopu stawało się przyczyną ustawienia końca cewnika do ujścia moczowodu pod kątem ostrym. Z drugiej strony, w przyrządzie tym cewnik zachowywał stale kierunek prosty, a przez to stwarzały się warunki jak najmniej korzystne dla wprowadzenia cewnika do moczowodu. Jednakże u kobiet, zdaniem WERTHEIM'a, przyrząd BRENNER'a miał podobno oddawać pewne usługi. Wkrótce potem BOISSEAU DE ROCHER wymyślił narzędzie, zbliżone do narzędzia BRENNER'a, które ze względu na swe rozmiary zyskało nazwę megaloskopu. Przyrząd ten okazał się zupełnie niepraktycznym.

Szczęśliwsi nieco od BRENNER'a i B. DE ROCHER na polu ureterocystoskopii byli: POIRIER, JAMES BROWN i NITZE. POIRIER'owi pierwszemu powiodło się wprowadzić cewnik do moczowodu u mężczyzny przy pomocy ureterocystoskopu własnego pomysłu. Jednakże opisu swego przyrządu POIRIER nie podaje zupełnie.

Znaczny krok naprzód uczynił JAMES BROWN [r. 1893], który zmodyfikował przyrząd BRENNER'a pod tym względem, że koniec cewnika po wyjściu z rynienki mógł przybierać kierunek nieco zakrzywiony. BROWN osiągnął zmianę powyższą w ten sposób, że do cewnika wprowadzał przewodnik [t. zw. mandrin], zakończony sprężyną, nadającą końcowi cewnika kształt mniej lub więcej łukowaty na długość 3 ctm. Dzięki takiemu urządzeniu, cewnik nie tworzy ostrego kąta z moczowodem, jak w przyrządzie BRENNER'a, a koniec cewnika tem łatwiej zbliżonym i wprowadzonym być może do moczowodu. Pomimo to, BROWN mógł skutecznie cewnikowanie moczowodów zaledwie w dwóch przypadkach. Jednakże myśl BROWN'a o konieczności nadawania końcowi cewnika w ureterocystoskopie pewnego zakrzywienia została przyjętą, jako *conditio sine qua non* i urzeczywistnioną w szerszym daleko zakresie przez NITZE'go, a głównie przez CASPER'a i ALBARRAN'a.

W r. 1896 NITZE ogłosił opis swego przyrządu, który, jak i poprzednie, składa się z cystoskopu, posiadającego dodatkową rynienkę, przeznaczoną dla cewnika do moczowodów. Można rzec śmiało, że właściwa ureterocystoskopia rozpoczęła się od NITZE'go. Zasługi tego uczonego pod tym względem polegają:

1) na tem, że w przyrządzie jego owo niezbędne zakrzywienie cewnika zależy nie od mandrina, jak u BROWN'a, lecz, że sama rynienka, w której przebiega cewnik, posiada na swym końcu odpowiednią krzywiznę, nadającą końcowi cewnika pożądane zagięcie. Wobec tego przy użyciu ureterocystoskopu NITZE'go wprowadzenie miękkiego elastycznego cewnika do moczowodu staje się zabiegiem daleko bezpieczniejszym, aniżeli w przyrządzie BROWN'a, w którym przewodnik sprężynowy może łatwo wywołać uszkodzenie ścian pęcherza lub moczowodu.

2) NITZE pierwszy zaproponował pozostawienie cewnika w moczowodzie *à demeure*. W tym celu należy, wsuwając cewnik do moczowodu, jednocześnie powoli wydobywać cystoskop z pęcherza.

Ureterocystoskop NITZE'go w całości przedstawia się jak następuje: wzdłuż cystoskopu, po stronie przyrządu oświetlającego, umieszczonego we wklęśnięciu dzioba, przebiega rynienka, mogąca być przesuwana naprzód i w tył oraz skręcaną na lewo i na prawo t. j. wokoło osi podłużnej przyrządu. Przed wprowadzeniem narzędzia do pęcherza rynienka winna być przysuniętą zupełnie do dzioba. Ponieważ zakrzywiony koniec rynienki odpowiada krzywiznie dzioba, a zatem po przysunięciu obie te części stanowią jak gdyby jedną całość, czyli jeden spory dziób. Po wprowadzeniu ureterocystoskopu do pęcherza, odsuwamy zakrzywiony koniec rynienki od dzioba cystoskopu; odsłaniamy przez to przyrząd oświetlający i łączymy prąd elektryczny. Następnie przesuwaniem i skręcaniem rynienki zbliżamy pod kontrolą oka końcowy otwór jej do otworu moczowodu, do którego usiłujemy wsunąć cewnik, wprowadzony do rynienki. Rozmiary narzędzia NITZE'go odpowiadają № 25 skali CHARRIERE'a.

Pomimo zalet, które niezaprzeczenie posiada ureterocystoskop NITZE'go w porównaniu z wynalazkami jego poprzedników, to jednakże nie jest on wolny od wad następujących:

1) Zakrzywienie końcowe rynienki pozostaje stale niezmiennem. W skutek tego promień zakrzywienia cewnika jest również zawsze jeden i ten sam, przez co cewnikowanie moczowodów bywa znacznie utrudnione. Zrozumiemy to łatwo, jeśli uprzytomnimy sobie, że kierunek, w jakim przebiegają moczowody, wcale nie jest stałym, i gdy w jednych razach kierunek ten jest bardziej prosty, to znowu w innych—może być mniej lub więcej zagięty. Przy wprowadzaniu zaś cewnika o zakrzywieniu stałym, zdarzyć się może często, że koniec jego oprze się o ścianę moczowodu. Wówczas usiłowania nasze, skierowane ku posunięciu cewnika dalej w głąb moczowodu, mogą pozostać bez skutku.

2) Pozostawienie cewnika *à demeure* przy użyciu ureterocystoskopu NITZE'go wcale nie jest łatwem. Najczęściej bowiem przy cofaniu cystoskopu z pęcherza wyciąga się razem z nim cewnik wskutek tarcia, powstającego pomiędzy tym ostatnim i ścianami rynienki.

3) W przyrządzie NITZE'go pole widzenia jest bardzo małe.

Po narzędziu NITZE'go najbardziej ulepszonymi i rozpowszechnionymi są 2 ureterocystoskopy: CASPER'a [w Niemczech] i ALBARRAN'a [we Francji].

Ureterocystoskop CASPER'a posiada konstrukcję następującą:

1) Część cystoskopu, odpowiadająca przyrządowi optycznemu i mająca kształt cylindryczny na podobieństwo t. zw. tubusa w mikroskopie, osadzona jest nie na jednej linii z trzonem samego narzędzia, lecz na równoległej z nim i po stronie przeciwnej przyrządu oświetlającego. Jest to t. zw. „*Vogelperspective*”. W miejscu połączenia tej ostatniej z trzonem znajduje się układ odpowiedni soczewek optycznych. Takie urządzenie daje możliwość lepszego oświetlenia dna pęcherza, oraz pozwala patrzeć przez cystoskop bez zbytecznego unoszenia ku górze zewnętrznego końca przyrządu.

2) W ureterocystoskopie CASPER'a kanał dla cewnika moczowodowego nie przebiega właściwie w osobnej rynience, lecz ukryty jest w samym trzonie, w skutek czego rozmiary narzędzia są mniejsze, a mianowicie odpowiadają №№ 22—23 skali francuskiej.

3) Kanał, przez który cewnik wprowadzanym bywa do moczowodu, posiada przez całą swą długość ścianę zewnętrzną ruchomą w postaci pokrywki albo raczej zasuwki, mogącej być wsuwaną i wysuwaną zupełnie dowolnie.

Urządzenie takie ma cel dwojaki. Po pierwsze, gdy ureterocystoskop jest już wprowadzony do pęcherza, należy nieco wysunąć, czyli cofnąć zasuwkę, która przez to odsłania mały otworek w końcu kanału cewnikowego. Przez otworek ten bywa wysuwany cewnik. Gdy koniec tego ostatniego znajduje się już na zewnątrz kanału, a więc w pęcherzu, można mu wówczas nadawać mniejsze lub większe zakrzywienie, zależnie od tego, czy będziemy powiększać lub zmniejszać otwór, manipulując odpowiednio zasuwką. Powtóre, owa ściana ruchoma kanału ułatwia znakomicie pozostawianie cewnika w moczowodzie *à demeure*: mianowicie, gdy cewnik jest już wprowadzony do moczowodu, trzeba tylko wydobyć zupełnie zasuwkę z przyrządu. Wówczas należy przytrzymać cewnik za pomocą wprowadzonego doń przewodnika, a cystoskop tymczasem usunąć z pęcherza.

4) Ureterocystoskop CASPER'a posiada pewne ulepszenia w urządzeniu i zastosowaniu przyrządu oświetlającego, którego opisu jednak nie przytaczam ze względów natury czysto technicznej.

5) Dziób w przyrządzie CASPER'a przykręcanym być może do trzonu cystoskopu właściwego i posiada kilka kształtów odmiennych, co jest niezmiernie ważnem w niektórych przypadkach patologicznych [np. przy powiększeniach gruczołu krokowego].

CASPER wymyślił też pewną odmianę swego narzędzia, przeznaczoną specjalnie dla kobiet, zasadniczo jednak prawie nie różniącą się od przyrządu wyżej opisanego. Nie ulega wątpliwości, że ureterocystoskop CASPER'a posiada znaczną wyższość nie tylko nad przyrządami BRENNER'a, BROWN'a lecz i NITZE'go tak pod względem konstrukcyi, jako też sposobu użycia. Posiada on jednak tę jedną wadę, wspólną zresztą wszystkim dotąd opisanym przyrządom, a mianowicie, że kanał cewnikowy jest w nim zbyt wązki, cewnik bowiem, mogący się w nim pomieścić swobodnie, nie przekracza № 6 podług CHARRIÈRE'a. Przytem niektórzy, jak IMBERT, ALBARRAN, czynią CASPER'owi zarzut, że i w jego przyrządzie koniec cewnika dla moczowodu jest niedość jeszcze ruchomy. Najbliższym doskonałości i wolnym jakoby od wszystkich braków powyższych ma być ureterocystoskop ALBARRAN'a. W r. 1897 na kongresie lekarskim w Moskwie ALBARRAN opisał i przedstawił ureterocystoskop własnego pomysłu, składający się z 3-ch części następujących:

1) z cystoskopu właściwego, zbudowanego podług cystoskopu NITZE'go. Pierwszy różni się od drugiego tem, że posiada silniejszy przyrząd oświetlający, że trzon jego jest znacznie dłuższy i że przed przyzmą posiada wgłębienie do przymocowywania;

2) z części drugiej, składającej się z przyrządu, służącego do wprowadzania cewnika do moczowodu. Przyrząd ten zrobiony jest ze stali i ma kształt rynienkowaty, przytem jest dokładnie dopasowany do cystoskopu i po nałożeniu na trzon sięga do przyrządu oświetlającego. Rynienka ta posiada po bokach, od strony powierzchni wewnętrznej, 2 ruchome sztabki stalowe, połączone na końcach swych w pobliżu przyzmy z małym przyrządem w postaci ruchomego wyżłobionego jęczyczka, który ma za zadanie zginanie i wyprostowywanie końca cewnika w miarę potrzeby. Ruch postępowy i wsteczny udzielany bywa sztabkom przez pokręcanie śrubki, umieszczonej w pobliżu t. zw. okulara cystoskopu. Jeśli przesunąć sztabki naprzód, to połączone z niemi jęczyzek przybiera położenie poziome, a leżący na nim koniec cewnika wyprostowuje się. Naodwrot, jeśli śrubę przekręcimy tak, że sztabki cofną się, to jęczyzek unosi się ku górze, nadając przez to końcowi cewnika mniejsze lub większe zakrzywienie. Ponad sztabkami, po stronie również wewnętrznej tej samej rynienki, przebiega kanał, przeznaczony dla cewnika; wylot kanału znajduje się przed samym jęczyzkiem, na którym, jak widzieliśmy, układa się ko-

niec cewnika. Przecięcie poprzeczne kanału jest w przyrządzie ALBARRAN'a wielkie na tyle, że łatwo przepuszcza cewnik № 8 [CHARRIÈRE'a]. Nad kanałem dla cewnika znajduje się [również jeszcze wewnątrz rynienki] drugi kanał, służący do przepłukiwania pęcherza podczas cystoskopowania.

3) Trzecia część w przyrządzie ALBARRAN'a przedstawia również rynienkę, służącą tylko do irygacji pęcherza, i, podobnie jak tamta, nakładana bywa na trzon cystoskopu. Ta część z cewnikowaniem moczowodów nie ma właściwie nic wspólnego.

Ureterocystoskop ALBARRAN'a rozmiarami swymi odpowiada № 25 podług sk. francuzkiej, czyli jest grubszy w porównaniu z ureterocystoskopem CASPER'a o 2—3 numery. Zalety przyrządu ALBARRAN'a polegają na następującem:

- 1) pole widzenia jest względnie dość obszerne,
- 2) oświetlenie jest znakomite,
- 3) końcowi cewnika nadawać można bez porównania większą ruchomość w kierunku zginania i wyprostowywania, aniżeli w innych ureterocystoskopach,

- 4) przyrząd ten posiada przyrząd irygacyjny, za pomocą którego można zmywać podczas badania szkła lampki i pryzmy, oraz przepłukiwać pęcherz w razie potrzeby,

- 5) za pomocą ureterocystoskopu ALBARRAN'a można wprowadzić do moczowodów cewniki, odpowiadające № 8, a nawet wyższe, bo do № 12; te ostatnie naturalnie nie inaczej, jak przy użyciu elastycznych, fiszbinowych przewodników, mających długości przeszło 70 ctm. Same cewniki do moczowodów przedstawiają się jako zwykle cewniki elastyczne z tą różnicą, że długość ich wynosi najmniej 70 ctm.; przytem jedne z nich posiadają otwór w pobliżu końca swego z boku, a drugie, prócz tego, otwór na wierzchołku. Pozostawienie cewnika w moczowodzie *à demeure* daje się również uskutecznić w przyrządzie ALBARRAN'a. W tym celu należy cofnąć sztabki i opuścić zupełnie języczek, poczem zabieg ten wykonywa się zupełnie tak, jak w ureterocystoskopie NITZE'go, t. j. cewnik wsuwać należy do moczowodu, a jednocześnie cystoskop wydobywać powoli z pęcherza. Zdaje się jednak, że technika tego postępowania jest znacznie bardziej ułatwioną w ureterocystoskopie CASPER'a.

Pozostaje jeszcze opisać w paru wyrazach najnowszy [bo z r. 1900] ureterocystoskop SCHLIFKA'i, stanowiący właściwie połączenie systemu CASPER'a z systemem ALBARRAN'a. SCHLIFKA zapożyczył od CASPER'a stosunek części optycznej przyrządu do części oświetlającej, czyli t. zw. „vogelperspektywę”, od ALBARRAN'a zaś urządzenie z języczkiem dla końca cewnika. Nowością w ureterocystoskopie SCHLIFKA'i jest to, że S. zbliżył pryzmę do otworu kanału cewnikowego o 4 mm. Z powodu tej modyfikacji cewnik staje się widocznym w pęcherzu już wówczas, gdy koniec jego wysunie się z przyrządu na długość zaledwie 6 mm. Ta modyfikacja, zdaniem SCHLIFKA'i, ułatwia w znacznej mierze wprowadzenie cewnika do moczowodu.

Ostatnimi czasy, podług doniesienia FEDOROFF'a, CASPER wymyślił ureterocystoskop, pozwalający na wprowadzanie cewnika do obu moczowodów jednocześnie. Dotychczas jednakże nie miałem możności spotkania się z szczegółowym opisem tego nowego przyrządu.

II.

Przechodząc z kolei do techniki cewnikowania moczowodów za pomocą ureterocystoskopu, zauważyć wypada, że zabieg ten nie jest zadaniem łatwym i że wymaga on ze strony lekarza ogromnej cierpliwości i wprawy. Przeważnie trzeba mieć na uwadze pewne przygotowania wstępne, poprze-

dzające samo wprowadzenie cewnika do moczowodu, a od których dokładnego i sumiennego wykonania zależy w bardzo znacznym stopniu powodzenie samego zabiegu. Mam tu na myśli sposoby odkażania narzędzi i przygotowanie pola operacyjnego. O sterylizacji ureterocystoskopu w ścisłym znaczeniu tego słowa nie może być mowy. Pod wpływem bowiem pary i gotowania przyrząd ten, a mianowicie część jego optyczna ulega zepsuciu i z tego powodu można poddawać go oczyszczeniu tylko za pomocą środków odkażających. Odkażenie ureterocystoskopu może być dokonane kilkoma sposobami. Tak np. KOLISCHER stosuje w tym celu alkohol absolutny, CASPER poleca trzymanie stałe przyrządu w roztworze karbolu [5:1000], a zaś cewników elastycznych przez czas dłuższy przed użyciem—w roztworze sublimatu. Wiadomo jednak, że tego rodzaju cewniki psują się łatwo już po godzinnem nieraz działaniu na nich sublimatu w stosunku 1:1000; prócz tego sposób CASPER'a nie daje dostatecznej rękojmi co do odkażenia zupełnego przyrządu. Wobec tego DÜHRSEN proponuje odkażanie ureterocystoskopów razem z cewnikami za pomocą pary formalinowej w aparacie ROSENBERG'a. Sposób ten podobno nie psuje przyrządów optycznych i daje wyniki zupełnie zadawalające ¹⁾. Przed użyciem ureterocystoskopu należy odkazić cewkę, a pęcherz opróżnić i ewentualnie przepłukać, a następnie wpuścić do niego 100—200 ctm. sz. roztworu kwasu bornego. Trzon narzędzia wraz z dziobem należy posmarować gliceryną lub wazeliną sterylizowaną [B. DE ROCHER]. Wprowadzenie ureterocystoskopu do pęcherza nie jest zazwyczaj zbyt bolesnem; zresztą u osobników bardziej wrażliwych można znieczulić do pewnego stopnia cewkę roztworem 2% kokainy [CASPER].

Trzeba przytem pamiętać, że najczęściej używane ureterocystoskopy, jak CASPER'a i ALBARRAN'a posiadają spore rozmiary [od № 23 do № 25] i dla tego pożytecznem jest, a nawet koniecznem w niektórych razach, uprzednie rozszerzenie cewki odpowiedniami świeczkami. Wprowadzenie ureterocystoskopu do pęcherza odbywać się winno według wszelkich zasad prawidłowej katetyzacji przy ułożeniu chorego w pozycji litotomicznej. Gdy przyrząd znajduje się już w pęcherzu, należy zapalić lampkę i odwrócić dziób cystoskopu, a z nim aparat oświetlający ku dołowi, t. j. ku otworowi cewki wewnętrznej. Uczyniwszy to, badający odszukuje ujścia moczowodów. Nie jest to bynajmniej zadaniem łatwem. Otwory bowiem moczowodów są dość zmienne jak pod względem swej topografii, tak też i swych kształtów. Jak wiadomo, ujścia moczowodów oddalone są od otworu cewki wewnętrznej, jak również pomiędzy sobą na 2 — 3 ctm., wskutek czego tworzy się trójkąt, zwany *trigonum Lieutaudi*. Stosunek ten jednakże nie jest stałym, a szczególnie w razie pewnych zmian patologicznych w pęcherzu i w narządach sąsiednich. Zdarza się to np. przy powiększeniu gruczołu krokowego, przy guzach pęcherza i jamy brzusznej, przy wypadnięciach macicy, pochwy i t. p. Miejsca, odpowiadające ujściom moczowodów, w warunkach prawidłowych przedstawiają się dla oka w postaci jakby niewielkich brodawek, w których dostrzedz można otworek podłużny, przebiegający w kierunku poprzecznym, albo częściej w kierunku nieco skośnym. W niektórych przypadkach kształt otworu również ulega zmianom, lub ukryty jest w głębi brodawki; w innych znowu razach przegrody (*trabeculae*) w pęcherzu bywają rozwinięte w takim stopniu, lub błona śluzowa jest tak obrzmiała z powodu zapalenia, że odszukanie wzrokiem ujścia moczowodu staje się prawie niewykonalnem. Jedyną wskazówką w takich razach bywa spostrzeganie wytryskującego strumienia moczu. Nie małą też przeszkodę dla wprowadzenia cewnika do moczowodu stanowią przy-mieszki krwi i ropy w pęcherzu, wpływające ujemnie na jasność pola widze-

1) W ostatnich czasach CASPER poddaje cewniki elastyczne gotowaniu przez minut parę-

nia. Do takich przypadków najbardziej nadaje się właśnie ureterocystoskop ALBARRAN'a, posiadający kanał do przepłukiwania pęcherza podczas samego badania.

Jeśli wśród warunków przyjaznych uda się dostrzedz ujście moczowodu, to należy zbliżyć ku niemu dziób cystoskopu, następnie wysunąć koniec cewnika na 6—10 mm. i starać się wprowadzić go do moczowodu manipulując narzędziem w różnych kierunkach, oraz nadając cewnikowi mniejsze lub większe zagięcie. Gdy cewnik końcem swym wejdzie już do moczowodu, wówczas posuwanie jego dalej w głąb aż do miedniczki nerkowej jest już zadaniem znacznie łatwiejszem. Należy tylko nadać końcowi cewnika znacznie mniejsze zakrzywienie, aniżeli przy jego wprowadzeniu, czyli bardziej odpowiednie kierunkowi, w którym przebiega sam moczowód. Lecz i posuwanie cewnika w głąb moczowodu może być też połączone z pewnemi trudnościami. Nieraz cewnik natrafia na przeszkodę w samym moczowodzie, np. na fałdę błony śluzowej, o którą się opiera; dalej, zdarzają się wrodzone lub nabyte zwężenia światła moczowodu, względnie drożne jeszcze do pewnego stopnia dla moczu, a nie przepuszczające cewnika. Znane są wreszcie skurcze spastyczne tego narządu u osobników nerwowych.

Samo cewnikowanie moczowodów, zdaniem CASPER'a, ALBARRAN'a, IMBERT'a i wielu innych, nie jest wogóle bolesnem, jedynie dotykanie ściany pęcherza końcem cewnika wywołuje dość żywy ból. Dlatego t. zw. lekkość ręki badającego, a przytem zręczność i ostrożność podczas wykonywania zabiegu stanowią zalety niezmiernie pożądane. Ażeby otrzymać moc z nerki, wystarczy wprowadzić cewnik do moczowodu na kilka centymetrów, przytem moczu wypływa z cewnika nie strumieniem, jak np. z pęcherza, lecz po kropli i z przerwami, odpowiadającemi fizyologicznym skurczom moczowodu. Zazwyczaj wypływa najpierw 2—20 kropli moczu, potem następuje pauza, po pauzie ukazuje się znowu kilka lub kilkanaście kropli, przychodzi nowa pauza i t. d. CASPER obliczał, że w ten sposób przy prawidłowym stanie nerki można otrzymać przez cewnik 8—10 grm. moczu w przeciągu 10 minut. Tę okoliczność, że moc wycieka kroplami, nie zaś strumieniem, należy objaśnić niezmierną długością [70 ctm.] i cienkością cewnika. W niektórych przypadkach zdarza się, że moc z nerki wypływa też obok cewnika do pęcherza w ilości zresztą minimalnej; zależy to zapewne od różnic indywidualnych w szerokości światła moczowodu. CASPER czynił też doświadczenia z zastrzykiwaniem bezpośrednio do moczowodu przez cewnik różnych ilości płynów obojętnych. Doświadczenia te wykazały, że gdy cewnik doprowadzony jest do miedniczek nerkowych, to wstrzykiwanie płynu w ilości 40—50 ctm. sz. [a nawet więcej] nie wywołuje żadnych dolegliwości. Natomiast, gdy koniec cewnika tkwi w moczowodzie, wstrzyknięcie nawet daleko mniejszej ilości płynu zwykle wywołuje ból dotkliwy w postaci kolki. Jeśli cewnik ma być pozostawionym w moczowodzie *à demeure*, to odłączyć go można od cystoskopu jednym z wyżej przytoczonych sposobów, zaleźnie od konstrukcyi narzędzia. Zdaniem CASPER'a, cewnik [najlepiej Nr. 8] można pozostawić w moczowodzie od 2—4 godzin; ALBARRAN i IMBERT pozostawiali go na 12 i nawet na 15 godzin bez szkody dla chorego; przytem nie spostrzegano zupełnie t. zw. *ureteritis* wskutek podrażnienia, jakby się tego należało spodziewać. Tymczasem SINITZIN już po 4 godzinach zmuszony był usuwać cewnik z moczowodu z powodu występowania bardzo silnych bólów.

Po wprowadzeniu cewnika do jednego moczowodu, można ten sam zabieg zastosować bezpośrednio potem i do drugiego. W tym celu należy obok pierwszego cewnika *in situ* wprowadzić powtórnie ureterocystoskop do pęcherza i wykonać cewnikowanie drugiego moczowodu, jak wyżej. Przytem, gdy oba cewniki mają pozostać *à demeure*, to trzeba pamiętać tylko o tem, ażeby

przynajmniej na jednym z nich położyć pewien znak umówiony, dla odróżnienia następnie cewnika prawego od lewego. Cewniki, pozostawione w moczowodach *à demeure*, zwykle trzymają się dobrze i nie wypadają, czasami tylko mogą się nieco wysuwać. Poważniejszym daleko powikłaniem jest zdarzające się zatkanie światła cewnika przez gęstą wydzielinę, złogi moczanów i t. p. Ta sztuczna niedrożność moczowodu może spowodzić typowy napad kolki nerkowej. Wówczas nie pozostaje nic innego, jak natychmiast cewnik usunąć.

Po cewnikowaniu moczowodów niektóre osobniki doznają nieznacznych bólów podczas oddawania moczu; bóle te jednak w przeciągu 2—3 dni ustępują zupełnie. [D. n.]

Przegląd bibliograficzny.

Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego, opracował dr H. SCHRAMM.

Z prawdziwą przyjemnością powitałem ukazanie się tej pracy; autor, pracujący od lat wielu w szpitalu Św. Zofii dla dzieci we Lwowie, rozporządzał bogatym stosunkowo materiałem, który pozwolił mu, przy układaniu powyższego podręcznika, krytycznie się zapatrywać na rozmaite sporne kwestye i przytaczać dla poparcia swego zdania własne spostrzeżenia, nieco za obszernie jednak w niektórych miejscach podawane.

Dotychczas wyszła dopiero część pierwsza, obejmująca stron 417 i zawierająca choroby stopy, goleni i kolana.

W rozdziale pierwszym, traktującym choroby stopy, autor szczegółowo opisuje wszystkie zbożenia wrodzone, podając teorye powstawania tych cierpień i sposoby ich leczenia. Najwięcej i zupełnie słusznie poświęca miejsca opisowi stopy szpotawej wrodzonej (*pes varus*); przytaczając etyologię tego cierpienia, przechyla się na stronę teoryi wygłoszonych przez Bessel-Hagen'a i Hoffę, uwzględniających dwojakiego rodzaju przyczyny, t. j. 1) zbożenia w samym zarodku części składowych stopy i 2) zbożenia przy prawidłowym rozwoju części składowych stopy, powstałe wskutek działania różnych szkodliwości podczas życia śródmacicznego. Nie pomija jednak i innych teoryi, starających się wyjaśnić przyczynę powstawania stopy szpotawej wrodzonej. Zmiany anatomiczne w kości stopy szpotawej, w ścięgnach i w całej kończynie, różniczkowe rozpoznanie pomiędzy stopą szpotawą wrodzoną, a nabytą porażoną, są bardzo dokładnie opisane; przechodząc do rokowania i leczenia, autor jest za wczesnem rozpoczęciem leczenia, chociażby w pierwszym tygodniu po urodzeniu; na rokowanie wpływa podług niego w dość znacznym stopniu mniejsze, lub większe skrócenie dolnej piszczeli ku wewnątrz, które nadzwyczaj utrudnia wyleczenie. Leczenie u ssawców powinno się podług niego rozpoczynać od tego, aby za pomocą palców nadać stopie położenie prawidłowe, bez użycia jednak większej siły; do ustalenia w położeniu prawidłowem używa opaski z plastra kauczukowego, lub z cellulozy grubej na 3—4 mm. Od 8-go miesiąca życia stosuje już opatrunek gipsowy; dziecku pozwala wtedy dopiero chodzić, kiedy stopa odzyskała prawidłową postać.

U trochę starszych dzieci zaleca stosować sposób Koenig'a, polegający na tem, aby na jednym posiadzeniu usunąć całe zbożenie, bez użycia jednak nadzwyczajnej siły, i po dokonaniu przecięcia ścięgna Achillesa; u znacznie starszych dzieci zaleca tylko wyjątkowo użycie osteoklastu Lorenz'a, jeżeli

palcami nie można usunąć zbroczenia; po usunięciu zbroczenia nakłada na 3—4 tygodnie opatrunek gipsowy, a później masaż i noszenie przyrządów ortopedycznych. Autor bardzo słusznie zaleca rozpoczynać naprawę zbroczenia od przecięcia ścięgna *ACHILLES*A; nie mogą się jednak z nim zgodzić na to, aby ten rękoczyn, jak również i przecięcie powięzi podszwowej wykonywać podskórnie; powtórne wprowadzanie noża, co zaleca autor, lub krwotok, który sam autor miał w jednym przypadku, choćby najrzadziej miały miejsce, stanowczo przemawiają na korzyść otwartego postępowania, które jest w dzisiejszych czasach zabiegiem niewinnym i zupełnie bezpiecznym, a zapewnia dokładną kontrolą. Przytaczając szczegółowo operację *PHHELPS*'a i inne metody operacyjne na kościach stopy, stosowane w przypadkach bardzo opornych, autor, opierając się na własnych spostrzeżeniach, podziela zdanie *HOFFY* co do tego, że operacje na kościu stopy należy tylko wykonywać u dorosłych, gdyż u dzieci wystarczają niewinniejsze zabiegi, co najwyżej operacja *PHHELPS*'a.

Dokładny też opis podaje autor i stopy szpotawej nabytej, której przyczyną najczęściej, gdyż w 70%, bywa tak zwane esencyonalne porażenie wieku dziecięcego; oprócz porażenia jednak m. strzałkowego i wyprostnych, podług autora, dużo przyczynia się do rozwoju tej wady sam ciężar stopy i obciążenie jej przy chodzeniu. Mówiąc o leczeniu, autor zastanawia się nad przeszczepianiem ścięgien, zaleconem przez *NICOLADONI*'ego, a rozpowszechnionem dzięki pracom ś. p. *DROBNIKA*; przy porażeniu wszystkich mięśni zachwala bardzo *arthrodesę*. Kilka słów poświęca także stopie szpotawej, powstałej z przyczyny urazu, skurczenia bliznowatego części miękkich, źle zagojonych złamań kości goleni.

Również dokładne i szczegółowo opisane jest zbroczenie stopy zwane stopą koślawą (*pes valgus*), która częściej bywa nabytą, niż wrodzoną i najczęściej z przyczyny krzywicy. Parę słów poświęca także i innym zbroczeniom stopy, jak *pes planus*, *pes equinus*, *pes calcaneus*.

Przechodząc do spraw zapalnych części miękkich i kości stopy, autor poświęca najwięcej miejsca gruźlicy stawów i kości stopy, tak często spotykanej u dzieci.

Autor dzieli ją na 4 grupy: 1) gruźlica kości palców i śródstopia; przy tej postaci radzi jak najwcześniej operować, 2) gruźlica kości stępu, 3) gruźlica kości piętowej, 4) gruźlica stawu skokowego; przy ostatnich 3-ch postaciach zaleca z początku leczenie zachowawcze, przy rozszerzaniu się jednak sprawy chorobowej, radzi nie zwlekać z zabiegiem operacyjnym. Z zastrzykiwań zawiesiny jodoformowej co 10—14 dni jest bardzo zadowolony; inne środki, zalecane do zastrzykiwań przez różnych autorów, nie wytrzymują podług niego porównania z zawiesiną jodoformową. Optymistyczniej już zapatruje się na metodę *BIER*'a, dzięki której w 4-ch przypadkach osiągnął znaczną poprawę. Jeżeli po 4-ch—5-iu tygodniach nie ma polepszenia przy stosowaniu leczenia zachowawczego, radzi operować stosownie do danego przypadku. Przytaczając liczne metody w celu chirurgicznego leczenia stawu skokowego sam autor zaleca cięcie zewnętrzne podług *LAUENSTEIN*'a; z metody *OBALIŃSKIEGO* również był zadowolony w paru przypadkach.

Na kilkunastu stronicach zajmuje się jeszcze autor nowotworami stopy i rozmaitego rodzaju urazami części miękkich i kości stopy.

W rozdziale 2-im zajmuje się chorobami goleni; i tutaj najpierw opisuje wady wrodzone, jak brak goleni, brak kości strzałkowej, brak kości goleńowej, zniekształtnienie stopy *Volkmanowskie* i złamania wrodzone goleni; później przechodzi do wad nabytych, w których rozwoju krzywica odgrywa główną rolę; kiedy krzywica jest w pełni rozwoju, zaleca trzymanie dzieci w łóżku i dopiero po przycichnięciu sprawy pozwala na chodzenie. Jeżeli skrzywienie nie ustępuje po 7-ym roku życia, zaleca usuwać je na jednym po-

siedzeniu palcami i nałożyć opatrunek gipsowy na 2—3 tygodni. U dzieci starszych przeciwny jest podskórnemu łamaniu kości, a radzi wykonywać osteotomię, przy czem wystarcza przecięcie dłużkiem kości do połowy.

Przechodząc do spraw zapalnych goleni, autor najwięcej miejsca poświęca ostremu ropnemu zapaleniu kości; etyologia, zmiany anatomo-patologiczne i przebieg kliniczny opisane są jasno i dokładnie; również dobrze przedstawione jest rozpoznawanie tej choroby. Mówiąc o leczeniu autor rzuca myśl, popartą jednym własnym spostrzeżeniem, czy nie należałoby próbować w początkowych okresach zastrzykiwania surowicy MARMORKA. Przy objawach umiejscowionego ogniska zapalnego radzi robić natychmiast szerokie cięcie, trepanować kość i wyskrobać łyżeczką chory szpik kostny, nie czekając na wytworzenie się wyraźnego ropnia. Jeżeli się stan nie poprawia, pomimo braku innych ognisk w innych kościach, zaleca usunięcie całej chorej kości. Wyjmowanie całego końca stawowego zaleca tylko w tych razach, kiedy jest on obumarły i zupełnie oddzielony od trzonu. W przypadkach, nie przebiegających tak ostro, radzi usuwać martwaki, kiedy są już zupełnie oddzielone, przy czem zaleca robić cięcie bardzo długie. W razie olbrzymich jam w kości, radzi stosować sposób NEUBER'a, polegający na tem, że po odbiciu wystających części z otoczki kostnej martwaka, wciska się w jamę płat skórno-okostnowy. [Nie zdaje się mi właściwym i dość estetycznym wyraz „trumna“, przyjmowany przez autora dla określenia otoczki kostnej martwaka]. Z wypełniania jam kostnych ciałami organicznymi, lub nieorganicznymi autor nie otrzymał dobrych wyników.

Mówiąc o gruźlicy kości goleni, autor opisuje zmiany i umiejscawianie się tej sprawy i podaje wskazówki dla odróżnienia tej sprawy od przewlekłych ropnych zapaleń kości i od zmian natury przymiotowej.

Mówiąc o mięsakach kostnych, autor tylko przy mięsakach okostnej zaleca natychmiastowe odjęcie kończyny, przy ośrodkowych zaś radzi najpierw usunięcie miejscowe, a dopiero w razie nawrotu, odjęcie kończyny. Przy złamaniach prostych u dzieci radzi nakładać opatrunek stały i jest przeciwny używaniu przyrządów ortopedycznych dla dzieci.

W rozdziale 3-im autor omawia sprawy chorobowe kolana; ta sama dokładność w opisie zbroczeń wrodzonych i nabytych cechuje ten rozdział, jak i poprzednie. Pomiedzy zbroczeniami nabytymi dłużej się zatrzymuje nad *genu valgum*, pierwszeństwo oddaje teorii MIKULICZA, który krzywicę uważa za najczęstszą przyczynę tego zbroczenia u dzieci. Leczenie za pomocą przyrządów, a u dzieci starszych zabiegi operacyjne jasno są przedstawione; przechodząc do spraw zapalnych, autor najwięcej się zajmuje gruźlicą stawu kolanowego, w którym właśnie najczęściej umiejscawia się ta sprawa chorobowa. Podług autora, pierwotna gruźlica torebki stawowej nie jest tak rzadką, jak przypuszczało wielu chirurgów. Rozpoznawanie tego cierpienia, zmiany anatomo-patologiczne krótko, ale jasno są wyłożone. Co do leczenia, to autor w pierwszych okresach choroby zaleca postępowanie zachowawcze; przy rozległych jednak zmianach zaleca zabieg operacyjny i przekłada opatrunek gipsowy nad wyciągający, który stosuje tylko dla usunięcia przykurczenia. Zachwala zawieszinę jodoformową; zastrzykiwanie innych środków nie dało żadnych dobrych wyników, a metoda LANNELONGUE'a nawet sprowadziła ujemne rezultaty. Przy metodzie BIER'a także nie osiągnął dobrych wyników. Co do metod operacyjnych, to zaleca atypową rezekcyę, przy czem cięcie poprzeczne stawia najwyżej; w rzadkich zaś przypadkach i typowe wypiłowanie stawu.

Przy złamaniach rzepki podskórnych zaleca nałożenie opatrunku na kilka dni, a później codzienną zmianę opatrunku: masaż przez 4—5 tygodni; przeciw-

ny jest punkcyi stawu; tylko przy wielkich rozstąpieniach się odłamków radzi uciekać się do nałożenia szwu i to podskórnego podług ANDERSON'a.

Na tem kończy się część pierwsza dzieła, jak widać z tej książki, podjętego na wielką skalę; wydanie bardzo ładne, rysunki odpowiednio dobrane i wszystkie wyżej przytoczone zalety polecają ze wszech miar tę książkę; życzyć tylko należy, aby dalsze części ukazywały się w tempie o wiele szybszem, niż to się dzieje z wyborym, ale dopiero zapoczątkowanym podręcznikiem prof. RYDYGIERA.

A. Gabszewicz,

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

81. Marfan. Przekarmianie mlekiem i wczesne odstawienie od piersi jako przyczyny zaburzeń w trawieniu u ssawców.

„*Gastroenterites dyspeptiques*“ nazywa autor te zaburzenie w trawieniu, które powstają z wadliwego odżywiania, polegającego zarówno na przekarmianiu mlekiem, jak i na wczesnem dostarczaniu ssawcowi innych pokarmów.

Przekarmianie mlekiem jest jedną z najczęstszych przyczyn zaburzeń w trawieniu u ssawców. Powstaje przez zbyt częste karmienie, przez dawanie za jednym razem zbyt wielkiej ilości pożywienia i przez zbyt pożywny pokarm. Zwykle karmi się dziecko za często. Przez pierwsze 4—5 miesięcy powinno się dawać dziecku pierś co 2½ godziny z 5—6 godzinną pauzą w nocy (8 razy na dobę), do 6 miesięcy—co 3 godziny z 6 godzinnym odpoczynkiem w nocy (7 razy na dobę), po 6-ym miesiącu tylko we dnie co 3 godziny (6 razy na dobę); pauzy mogą być krótsze tylko wtedy, jeśli matka ma mało pokarmu. Zbyt obfite dawki pożywienia wywołują też zaburzenia w trawieniu. Niektóre matki mają zbyt dużo mleka—wtedy należy karmić z jednej piersi, a z drugiej mleko odciągać. Ważną w powyższym względzie okolicznością jest karmienie dziecka zbyt stałym pokarmem (np. nowonarodzonego karmi mamka, której rozwiązanie nastąpiło przed kilkoma tygodniami lub miesiącami); w tych przypadkach powinna mamka część mleka przed każdym karmieniem odciągnąć, lub karmić jednocześnie z nowonarodzonym i swoje dziecko. Wreszcie, mleko kobiece może być zbyt pożywnem, najczęściej skutkiem nadmiaru tłuszczu; zbytńia ilość cukru, sernika lub soli, nie wywiera tak ujemnego wpływu. Przekarmianie mlekiem krowiem następuje wtedy, gdy dajemy nierozcieńczone mleko w 5-ym lub 6-tym miesiącu, lub też zbyt często i zbyt dużo. Mleko krowie jest w każdym razie mniej strawne, niż kobiece i powinno być dawane nie częściej, niż co 3 godziny. Mleko kozie zawsze prawie wywołuje zaburzenia z przekarmienia (nadmierna obfitość tłuszczu i sernika w kozim mleku).

Często dzieci zapadają w okresie odstawienia od piersi: pochodzi to stąd, że daje się dziecku zwykle pożywienie równie obfite, jak po urodzeniu, i wmusza się w nie duże ilości mleka wraz z innem pożywieniem. Im dziecko starsze, tem większe muszą być odstępy między jednym przyjęciem pokarmu, a drugim: między 15-ym a 20-ym miesiącem—4 razy na dobę (2 większe porcje i 2 mniejsze). Do 9-go miesiąca wyłącznym pokarmem powinno być mleko. Od tego czasu, o ile dziecko jest zdrowe i ma 4 pierwsze zęby, można zamiast flaszki

lub piersi dawać zupy mączne, lub kaszkę. Od 10-go—12-go miesiąca dajemy 1 raz kaszkę i 5 razy pierś lub flaszeczki po 200 grm. Od 12-go—15-go miesiąca 2 razy kaszkę i 3 razy pierś lub flaszeczki po 250 grm.; po kaszce zawsze 4-godzinną pauza. W 15-tym miesiącu zdrowe dziecko powinno być odstawione i dostaje jeść 4 razy dziennie (mleko, zupy mleczne, bulion, jajka, kaszkę, tarte kartofle). Mięsa nie dawać przed ukończeniem 2-ch lat.

Rozróżniamy 2 rodzaje dzieci chorych wskutek przekarmienia: jedne dobrze trawia te nadmierne ilości mleka, które wmuszają w nie rodzice lub wychowawcy,—dzieci takie są bardzo tęgie, ociężałe, często podlegają wysypkom i swędzeniu (*cachexia adiposa*); inne mają żołądek bardziej wrażliwy i te chudną (*cachexia atrophique*); często u dzieci z *cachexia adiposa* występuje później *cachexia atrophica*. Przy przekarmianiu przedewszystkiem rozwija się niestrawność (*dyspepsia*), resztki pokarmu fermentują, wywołują nieżyt żołądka i oto powstaje błędne koło. Niezupelne przetrawianie po dłuższym czasie wywołuje zastój miazgi pokarmowej, atoniczne rozszerzenie żołądka i obfite rozmnażanie się drobnoustrojów. Kiszki, otrzymując nienormalną miazgę (*chymus*) podlegają też nieżytkowi; zaburzenia przy przekarmianiu są najczęściej na tle zatrucia kwasami; rozpad tworów azotowych zdarza się rzadziej.

Jedną z najczęstszych przyczyn nieżytków żołądkowo - kiszkowych jest zbyt wczesne karmienie mąką i mięsem. Dziecko może otrzymać inne pokarmy dopiero po 6-ym, a często nawet po 9-ym miesiącu, tymczasem upowszechniło się mniemanie, że zupy mączne mogą zastąpić mleko. Dając takie zupy dziecku, mającemu 3 miesiące, wywołujemy zanik (*atrophia infantum*); u dzieci starszych nad 3 miesiące urabiamy pewny grunt dla krzywicy. Za dowód szkodliwości zbyt wczesnego podawania potraw mącznych mogą służyć 2 przypadki sekcyjne, w których w jednym śluzówka kiszek była w stanie zapalenia i na dużej przestrzeni pokryta krochmalem (niebieskie zabarwienie od jodu), w drugim żołądek był kompletnie rozciągnięty przez nieprzetrawioną mąkę. Zbyt wczesne karmienie mięsem wywołuje zgniłą biegunkę— mamy tu zakażenie żołądkowo-kiszkowe wewnętrzne (*endogene*) skutkiem tworzenia się indolu, skatolu, fenolu, siarkowodoru, amoniaku. Wypróżnienia reagują niekiedy zasadowo.

Bulion można dawać po 5-ciu miesiącach, mięso po 2-ch latach; do tego czasu kanał pokarmowy jest dla powyższych potraw zbyt wrażliwy.

(Arch. de Med. des Enfants 1900 Nr. 7).

Z. Prechner.

82. Silhol. Badanie krwi w praktyce chirurgicznej.

Badanie krwi, pomimo swych znacznych zalet, nie pozyskało dotychczas w szerszej praktyce prawa obywatelstwa, jakie mieć powinno przy stawianiu rozpoznania, zwłaszcza w przypadkach ropnych i nowotworowych. Badania, przedsiębrane przez autora w klinice HARTMANN'a, polegały na określeniu ilości hemoglobiny, obliczeniu ilości ciałek krwi, wreszcie na badaniu ciałek białych. Leukocytozę spotykał S. w sprawach ropnych (brakowało jej jednak w ropieniach pochodzenia gruźliczego) i przy rakach żołądka i prostaty; nie zdołał wszakże jej znaleźć przy rakach języka, sutki, tudzież pęcherza moczowego; wybitną leukocytozę znalazł również w przypadku przedziurawienia ściany jelita przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, co stoi w związku ze spostrzeżeniem CUSHING'a przy przedziurawieniu jelita w tyfusie brzuszny. Jako odczyn ustroju na czynniki chorobotwórcze, leukocytoza nie zawsze występuje przy zakażeniach ustroju, gdyż autor nie wykazał jej przy posocznicy.

Wyniki badania krwi przy raku żołądka są następujące: 1) zmniejszenie ($0\frac{1}{2}$) ilości hemoglobiny, 2) zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, 3) wybitna

leuko—i 4) poikilocytoza. Praca zawiera kilkanaście spostrzeżeń, w których rozpoznanie, postawione przez autora, całkowicie zostało stwierdzone podczas operacji.

(*Rev. de chir. Nr. 6. 1901*).

C. Jankowski.

83. O. Heubner. Przyczynę do poznania atrofii ssawców. Rzecz, czytana na zjeździe przyrodników w Akwizgranie.

Autor przedstawia kwestyę ogólnej atrofii ssawców w nowem zupełnie świetle, przedtem jednak—szczegółowo dotychczasowe zapatrywania, według których sprawa ta polega na zmianach anatomicznych błony śluzowej i nabłonka rozmaitych części kiszek, zmianach ostatecznie prowadzących do zaniku. Utrudnione z tej przyczyny wchłanianie upośledza odżywianie i powoduje ogólne wyniszczenie ustroju niemowlęcia. Na zasadzie licznych, gruntownie w tym kierunku przeprowadzonych badań, autor przychodzi do wniosków, różniących się zasadniczo od poglądów innych badaczy, mianowicie NOTHNAGEL'a, a szczególnie BAGINSKY'ego i powiada, że bywają przypadki niewątpliwej atrofii ssawców bez jakichkolwiek zmian anatomicznych zarówno w nabłonku, jako też w błonie śluzowej kiszek na całej ich przestrzeni. Następnie zmiany anatomiczne, stwierdzone przez wspomnianych autorów i uznane za zanikowe, spostrzega się i na zdrowych kiszkiach, jeżeli badać je w stanie wzdętym, a nie skurczowym, co potwierdzają bardzo piękne rysunki preparatów mikroskopowych; okoliczność ta nie była zupełnie uwzględnianą przez poprzednich badaczy. Niektóre dane kliniczne, mianowicie szybkie i zupełne wyleczenie pewnych, względnie ciężkich przypadków atrofii, przemawiają również za tem, że wyniszczenie niemowląt nie powstaje wskutek prawdziwego zaniku błony śluzowej kiszek.

Nie znajdując widocznej przyczyny atrofii w zmianach anatomicznych, autor zwraca uwagę w innym zupełnie kierunku i twierdzi, że atrofia ssawców polega wyłącznie na ciężkich zaburzeniach czynnościowych kanału pokarmowego. Jeżeli stan ten chorobowy nie został dotychczas należycie wyświetlonym, to przyczynę należy szukać w niedokładnej znajomości wszystkich, ogólnie wziętych czynników przemiany materii niemowlęcia, według wzoru, ułożonego przez CAMERER'a w 1899 r.

Rozpatrując tę kwestyę, widzimy, iż niemowlę, spożywając dziennie pewną ilość mleka, wytwarza oznaczoną ilość kaloryi, z której największa część zużywa się jako energia na pokrycie utraty ciepła i wyparowanej wody, na wytworzenie pracy wewnętrznej [np. trawienia], a stosunkowo nieznaczna tylko część pozostaje jako energia potencjalna i służy do wzrostu ciała. We wzajemnych stosunkach tych wszystkich czynników, które stanowią wykładnik przemiany materii, należy szukać przyczyny, która powoduje wyniszczenie dziecka.

W przeprowadzonych w tym kierunku badaniach, autor spostrzegał tego rodzaju przypadki, że pomimo dostatecznej ilości przyjętego pokarmu, który względnie zdawał się odpowiednim, dzieciom, czy to sztucznie karmionym, czy przy piersi nie przybywało na wadze. U jednego, przez dłuższy czas obserwowanego dziecka, waga w przeciągu 4-ch miesięcy utrzymywała się na jednej wysokości, pomimo nie stwierdzenia jakichkolwiek zaburzeń kiszkowych; ilość wytwarzanych dziennie kaloryi była względnie do wagi ciała normalną. Rodzaj pokarmu był rozmaity.

Po takim bilansie, który wykazuje, że z przyjętego w ciągu dnia pokarmu, nie pozostaje nic na przyrost ciała, musi po pewnym czasie nastąpić wychudnienie, atrofia, ponieważ dziennie wytworzona energia zużywa się na potrzebę organizmu, a na wzrost ciała organizm czerpać musi z nagromadzonego w for-

mie energii potencjalnej materiału *resp.* z tłuszczu. Usunąć w początkach tego rodzaju atrofii można tylko przez wynalezienie takiego pokarmu, który byłby przyswojony t. j. większa ilość zrezorbowaną przy mniejszej pracy trawienia.

Dwa czynniki odgrywają główną rolę w bilansie przemiany materii przy atrofii: praca wewnętrzna, czyli w danym razie zdolność trawienia i następnie zdolność przyswajania pokarmu. Ogólny bilans zależy od wahań tych dwóch czynników [przy jednakowej zawsze wartości wprowadzonego pokarmu] i od wzajemnego ich stosunku.

Równowaga w ogólnym bilansie zostaje naruszona już przy bardzo nieznacznych wahanach tych dwóch czynników, co daje początek atrofii. Z drugiej jednak strony, zmiana pokarmu, zaznaczona w bardzo nieznacznych chociażby różnicach obydwóch wspomnianych czynników, może być bodźcem ku poprawie istniejącej już atrofii.

Wzajemny stosunek obu tych czynników należy rozumieć w ten sposób, że pokarm, który bywa łatwo przyswojony, wymaga mniejszej pracy.

Przypuściwszy, iż upośledzone przyswajanie pokarmu jest skutkiem osłabionej czynności nabłonka kiszek i jego gruczołów, nasuwa się pytanie, czemu ona wywołana zostaje. Zdaniem autora, odgrywa tu rolę zarówno pierwotne, długotrwałe, niedostateczne odżywianie, które powoduje stan czynnościowego osłabienia, jako też długotrwałe przekarmianie, wywołujące stan chorobowy. Ostatecznie niekiedy może mieć znaczenie pewna wrodzona, upośledzona czynność (*Mindertüchtigkeit*) przewodu pokarmowego.

(*Jahrbuch f. Kinderheilkunde T. I. Z. I. 1901*).

Salberg.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku № 148 „Odczytów klinicznych“; zawiera on pracę prof. AHLFELD'a z Marburga: „Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsji“ w tłumaczeniu kol. ZWEIGBAUMA.

— Na 19 kongresie balneologów niemieckich postanowiono wnieść pomnik BREHMER'owi, twórcy nowoczesnej terapii suchot płucnych. W tym celu zawiązał się specjalny komitet a składki przyjmuje bankier berliński E. LANDAU.

— Rząd badeński urządza kursa balneologii dla lekarzy praktyków i studentów. Pierwsze takie kursa odbędą się w Baden-Baden podczas feryi letnich.

— Królewski londyński Instytut zdrowia publicznego medal HARBEN'a w r. b. udzieli R. Koch'owi i wręczy mu go publicznie na uroczystym posiedzeniu 24. VII podczas kongresu przeciwgruźliczego.

— Berlińskie Towarzystwo Lekarskie celem uczczenia 80-ej rocznicy urodzin VIRCHOW'a, prezesa honorowego towarzystwa, która uroczystość będzie obchodzona 12 października r. b., buduje specjalny dom, na który miasto udzieli grunt. Dotąd zebrano na budowę 150000 marek.

— Profesorem kliniki okulistycznej w Paryżu po PANAS'ie mianowany został dotychczasowy prof. w Lille dr LAFERSONNE.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Czerwiec 1901 r. i reklamę: „Wyciągi borowinowe MATTONI'ego“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 12 Юля 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dr. W. MALESZEWSKI 0—19

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

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

P E R T U S S I N

Extract. Thymi saccarat. Taeschner. 26—26

Apteka komendantury. Berlin C.

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

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

Wiener Aerztl Centralztg. № 12 (1901)

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

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

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

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

Baden pod Wiedniem 0—10**Kąpiele siarczane pierwszorzędne**

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

Sanatorium międzynarodowe
Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden. 0—10

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

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



Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacji kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczywy żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—5 Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

NATURALNA

Maryenbadzka sól zdrojowa

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przypadkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz i najlepszym środkiem przy ogólnem otłuszczeniu, otłuszczeniu wątroby serca, zaparciu stołca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycji głównej w Maryenbadzie (Czechy). 12—5

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda alkaliczna gazowa.