

GAZETA LEKARSKA.

I. DWA PRZYPADKI OBRZĘKU ŚLUZOWEGO

(*myxoedema*).

Podał

Aleksander Białobrzeski.



Obrzęk śluzowy jest znany zaledwie od kilku dziesiątków lat i zawdzięcza wyodrębnienie w oddzielną postać kliniczną WILLIAM'owi GULL'owi i ORD'owi. W roku 1873 GULL przedstawił w londyńskim *Clinical Society* pierwszy przypadek obrzęku śluzowego i zgrupował główne objawy, cechujące tę chorobę, a wkrótce potem opisał 5 innych przypadków u kobiet w wieku dojrzałym. ORD w roku 1877 opisał zmiany anatomo-patologiczne i nadał jej nazwę obrzęku śluzowego z powodu znalezienia dużych ilości śluzu w skórze, a na VII-ym Zjeździe międzynarodowym w Londynie przedstawił 9 przypadków obrzęku śluzowego. CHARCOT w roku 1879 nazwał chorobę *cachéxie pachydermique*, a SAVAGE w roku 1880 obserwował pierwszy przypadek u mężczyzny. HADDEN, a za nim komisya, wydelegowana przez londyńskie *Clinical Society* dla zbadania obrzęku śluzowego, wypowiedzieli się za zależnością tego obrzęku od zmian w gruczole tarczowym, mianowicie niedostateczności funkcjonalnej lub zwyrodnienia komórek gruczołowych, oraz za blizkiem pokrewieństwem kretynizmu endemicznego i sporadycznego, *cachexiae strumiprivae s. thyreoprivae* i *myxoedema*. Kretynizm endemiczny wrodzony lub rozwijający się od wczesnego dzieciństwa objaśniano niedostatecznym rozwojem gruczołu tarczowego wskutek braku jodu w wodzie, kretynizm sparadyczny — przypadkowym ubóstwem jodu w ustroju i wywołanym przez nie niedorozwojem (*hypoplasia*) gruczołu tarczowego, *cachexiam strumprivam* — wycięciem gruczołu tarczowego i pozbawieniem ustroju wytwarzanego przezeń związku organicznego jodu — *thyroidin* BAUMAN'a. Podług Ross'a *thyroidin* zawiera znaczne ilości jodu [9,2%]. BAUMAN przypuszcza, że gruczoł tarczowy posiada szczególną własność wyławiania jodu, wprowadzanego do ustroju w nieznacznych ilościach w zwykłych warunkach życia, a wydziela go w postaci wspomnianego organicznego związku i że zapewne jod, podawany w lekarstwach, przechodzi te same koleje, a więc przy zaniku

lub niedostatecznej działalności gruczołu nie może przechodzić w związek organiczny i dlatego w niektórych chorobach, zależnych od zmian gruczołu tarczowego, działanie jodu jest żadne, a działanie gruczołu lub wyciągów z niego doskonałe. Do grupy chorób, zależnych od zmian w gruczole tarczowym, niektórzy zaliczają i chorobę BASEDOW'a, przypisując ją nadmiernej działalności wydzielniczej gruczołu. Przemawiają za tem ujemne wyniki leczenia choroby BASEDOW'a tyreoidyną. HORSLEY, HALLIBURTON, GLEY i HOFMEISTER wywoływali obrzęk śluzowy u psów i owiec wycinaniem gruczołu tarczowego. HORSLEY pierwszy sprawdził na zwierzętach dodatnie działanie na obrzęk śluzowy podawania przez usta lub wstrzykiwania pod skórę gruczołu tarczowego i zalecał je u ludzi. Zmiany anatomo-patologiczne znajdowano przeważnie w skórze i gruczole tarczowym, a MARESCH i BOYCE w przysadce mózgowej (*hypophysis cerebri*). W skórze jedni znajdowali mucynę, inni jej nie znajdowali; również niezgodne są zdania co do kollagenu, tkanki elastycznej, zmian w mięśniach skóry, gruczolach łojowych, torebkach włosowych, naczyniach krwionośnych i limfatycznych. Jedni znajdowali w nich zmiany zapalne, inni przerostowe lub zanikowe i rozpadowe, a jeszcze inni nie znajdowali zmian wcale: w jednym i tym samym przypadku BAUMGARTEN znalazł zmiany w skórze szyi, a CASPARY nie znalazł żadnych w skórze twarzy. W $\frac{2}{3}$ przypadków, w których była robiona sekcyja, znajdowano gruczoł tarczowy w stanie zaniku, a w $\frac{3}{4}$ zmniejszony, ale wobec braku ścisłych wymiarów i dużych wahań w rozmiarach gruczołu tarczowego pojęcie o zmniejszeniu jest dosyć subiektywne. WHITEWELL widział zmiany w mózgu, a ROSARINI AROCINO znajdował u zwierząt z obrzękiem śluzowym sztucznym zmiany w komórkach kory mózgowej. BRISSAUD zrobił przypuszczenie, że gruczoł tarczowy składa się z dwóch funkcyjnie różnych części: *glande thyroide* i *glandules parathyroidiennes*; przy zajęciu pierwszej występuje obrzęk śluzowy li tylko z somatycznymi objawami, a przy zajęciu i drugiej występują także objawy psychiczne. Idąc dalej, możnaby wyprowadzić wniosek, że przy zajęciu wyłącznie *glandules parathyroidiennes* może wystąpić obrzęk śluzowy li tylko z psychicznymi objawami, bez somatycznych. HERTOGHE opisał *myxoedema fruste*, jako specjalną postać, występującą u kobiet w drugiej połowie życia; główne cechy jej stanowią przedwczesne starzenie się, utrata włosów, zębów, nerwobóle, brzęknięcie twarzy, szyi i kończyn, zaburzenia w miesiączkowaniu, rozstrój psychiczno-nerwowy ze skłonnością do melancholii. Do tej postaci możnaby zaliczyć obadwa moje przypadki.

Z. M., lat 38, panna, katoliczka, osoba inteligentna i wykształcona, rodem ze Szlązka pruskiego, pochodzi z rodziny nerwowej, ma 3 siostry i 2-ch braci; wszyscy żyją i są zdrowi; rodzice poumierali w późnym wieku z chorób przypadkowych. W dzieciństwie przechodziła różne wysypki, dosyć często cierpiała na gardło; w 15-ym roku życia zaczął się peryod i powtarzał się prawidłowo co 4 tygodnie z mniejszymi lub większymi bólami. Między 18-ym a 25-ym rokiem życia kilka razy zapadała na blednicę, brała żalazo, wyjeżdżała do morza i z powodu większego rozstroju nerwowego dwa razy przechodziła kuracyę hydropatyczną. Innych chorób nie przechodziła, nadużyć nie popełniała, ży-

cie prowadziła wygodne i, oprócz dużego zdenerwowania, na nic nie cierpiała. Przed 3-ma laty ustał peryod, chora czuła się znacznie gorzej, była bardzo zdenerwowana, osłabiona, cierpiała na silne uderzenia do głowy, palenie w twarzy, szum w uszach, bóle w piersiach i kończynach, bezsenność, brak apetytu, zaburzenia żołądkowe i ogólną apatyę. Z polecenia lekarzy brała żelazo, arsenik, wyjeżdżała nad morze, w góry, przechodziła kuracyę hydropatyczną w zakładzie, elektryczną i dyetetyczną, bez ulgi; przeciwnie, stan jej coraz więcej się pogarszał, zaczęła jej brzęknąć twarz, później szyja, uszy, ręce i stopy do kostek. Skóra twarzy i szyi zabarwiła się na kolor brązowy. W lecie 1900 r. chora w Zakopanem przechodziła leczenie hydropatyczne; stan jej znacznie się pogorszył. W jesieni 1900 r. przez 3 miesiące leczyła się w prywatnym zakładzie w Berlinie, przechodziła kuracyę dyetetyczną, masaż, elektryzację i brała tyroidyne z początku w postaci tabletek, które jej sprowadzały szalone bicia serca, uderzenia do głowy i omdlenia, wskutek czego zmieniono je na ekstrakt i podawanie świeżego gruczołu, co wywoływało nudności, wymioty i rozwolnienie. Po trzymiesięcznej kuracyi chora wyjechała do Warszawy do krewnych ze znacznem pogorszeniem.

Dnia 15-go stycznia badałem chorą po raz pierwszy i znalazłem stan następujący: osoba średniego wzrostu, dobrze zbudowana, wychudzona, uskarża się na kompletną bezsenność, napady tęsknoty i płaczu, ściskanie w okolicy serca, utratę wzroku, pamięci, niemożność wypowiedzenia dłuższego zdania, gdyż zapomina słów i nie wie, co ma dalej mówić, halucynacje, przywidzenia bez treści i sensu, ale które na nią robią silne wrażenie, naprzykład miliardy drobnych robaczków, pełzających naokoło niej, uczucie zaduszania i ucisku w szyi, brak apetytu, kompletny brak woli i sił, mocne zdenerwowanie i napady melancholii. Twarz i szyja opuchnięte, koloru brązowego, uszy i nozdrza powiększone, obrzmiałe; powieki grube, fioletowe, zakrywają prawie zupełnie oczy tak, że między górną i dolną pozostaje zaledwie wązka szczelina, z której wydziela się lepki płyn; rzęsy zupełnie niema; chora z trudnością może podnieść górną powiekę i rozszerzyć trochę szczelinę oczną; gałka oczna przekrwiona. Czoło wypukłe, białe, skóra na niem błyszcząca, sucha, silnie odbija od brązowej, opuchniętej twarzy z wydatnemi kośćmi licowemi, wystającymi policzkami, z dużemi rozwartemi nozdrzami, grubemi, czerwonemi, wywiniętymi i rozwartemi ustami, z których wypływa ślina. Dziąsła nabrzmiałe, przekrwione; chora straciła wszystkie zęby; dolna szczęką wystaje naprzód, skóra na niej gruba, twarda, sucha, również na szyi, która przedstawia się w postaci ściętego, jednokowej cielistości, bez guzów i zgrubień stożka, szeroką podstawą zwróconego do klatki piersiowej. Obrzęknięcie skóry kończy się stopniowo poniżej obojczyków z przodu i dochodzi do łopatki z tyłu. Brązowe zabarwienie skóry zmniejsza się w dolnej części szyi, a później znika zupełnie. Na grzbietowej powierzchni palców i dłoni i naokoło stawu napięstkowego skóra obrzękła, zgrubiała, tworzy miękkie poduszki, na których przy ucisku występują jamki, ale natychmiast się wygładzają. To samo na stopach do kostek. Przy ucisku na skórę twarzy i szyi tworzą się nie pozostające wgłębienia. Trzeszczenia w miejscach opuchniętych niema, obrzęk nie daje się przesunąć z miejsca na

miejsce. W płucach zmian niema, wymiar poprzeczny tępości serca powiększony, tony słabe, lecz czyste, przyspieszone, tętno 120, drobne, miękkie. Brzuch mały, nie napelniony, miękki, niebolesny, wątroba i śledziona nie powiększone, żołądek i kiszki żadnych zбочeń nie przedstawiają; narządy płciowe nie badane z powodu stanowczego sprzeciwienia się chorej. Język suchy, obłożony, niezgrubiały, jak również podniebienie, jęczyczek i migdały. W krtani zmian niema. Włosy z głowy chora prawie zupełnie straciła. Odruchy wzmożone, czucie nie zmienione, krew zawiera 60% hemoglobiny, 5 milionów czerwonych i 8 tysięcy białych ciałek; pojkilo- i mikrocytoza. W moczu nie nienormalnego nie znaleziono. Rozpoznałem obrzęk śluzowy i zaleciłem jodek sodu w ilości 0,1 na dawkę, trzy razy dziennie w mleku, i wodę Giesshübler.

Po trzech dniach chora czuła się trochę spokojniejszą, spała pierwszy raz w łóżku, bóle w okolicy serca i ucisk na szyi zmniejszyły się. Dawkę zwiększyłem do 0,2 trzy razy dziennie. Stopniowo objawy nerwowe ustępowały, chora odzyskiwała pamięć, humor, apetyt, sen; napady płaczu i melancholii występowały coraz rzadziej, również halucynacje i przywidzenia. Po 10-ciu dniach zaczął zmniejszać się obrzęk czoła i powiek, a po 20-tu dniach obrzęk z czoła, powiek i uszu znikł zupełnie, z twarzy, nosa i ust w znacznej części; szyja w górnej połowie zmniejszyła objętość z 40 ctm. na 35, a w dolnej z 45 ctm. na 42. Obrzęk z twarzy, ust, nozdrzy ustąpił zupełnie po 28-iu dniach, a z szyi po 40. Najdłużej trzymał się na bocznej górnej części szyi; wymiary szyi po 40-tu dniach jodowej kuracji wynosiły w górnej części 32 ctm., a w dolnej 36 ctm. Zabarwienie bronzowe pozostało niezmienione. Obrzęk rąk i stóp trzymał się jeszcze dłużej i dopiero po 50-iu dniach ustąpił zupełnie. Chora może swobodnie otwierać i zamykać powieki i usta, wydzieliny żadnej z oczu i ust niema. Napady halucynacji, przywidzenia, melancholii, płaczu ustały zupełnie, chora sypia doskonale, ma wysmienity apetyt i humor; waga jej podniosła się ze 130 do 165 funtów; pamięć dobra; mówi dużo i płynnie; pozostało tylko zabarwienie twarzy i górnej części szyi i pewna skłonność do płaczu.

W przypadku tym mamy przedwczesne ustanie peryodu, za którym idą objawy nerwowe; później występuje obrzęk, zaburzenia psychiczne, następnie bronzowe zabarwienie twarzy i szyi. Objawy psychiczne występują na plan pierwszy, kuracja swoista tyroidyą nie przynosi żadnej ulgi; pod wpływem małych dawek jodku sodu następuje powolne, lecz stałe polepszenie; najpierw zmniejszają się zaburzenia psychiczno-nerwowe, później obrzęk czoła, twarzy, szyi, rąk i nóg i w tym porządku polepszenie postępuje do zupełnego wyzdrowienia. Po 50-iu dniach stosowania jodku sodu pozostaje bronzowe zabarwienie twarzy i górnej połowy szyi, znaczna nerwowość i skłonność do płaczu. Chora dotychczas miewa się dobrze.

Sz. A., lat 40, katoliczka, żona szewca, zamężna od lat 14-tu, bezdzietna, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. W dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła; peryodu dostała w 16-ym roku życia; był on prawidłowy bez bólów do 32 roku, kiedy ustał zupełnie; upławów nie miała. Od 20-go roku życia często zapada na zapalenie gardła i krtani; innych chorób nie przechodziła,

nadużyć nie popełniała, życie prowadziła dostannie i wygodnie. Od 6-iu lat zauważyła obrzmiewanie twarzy i szyi, które to się zwiększało, to zupełnie ustępowało; chora przypisywała je temu, że mąż po pijanemu często ścisnął ją palcami za szyję i dusił. Od 6-iu miesięcy obrzmienie twarzy stale się zwiększało, najpierw koło oczu i ust, potem na czole, uszach i szyi; twarz i szyja przybierały potworne kształty, wystąpiła duszność, bóle w gardle, bóle głowy, bezsenność, utrata słuchu, duże rozdrażnienie nerwowe i skłonność do płaczu.

Chora leczyła się w domu, potem wstąpiła do szpitala, gdzie przeleżała od 24-go kwietnia do 10 maja na oddziale chirurgicznym, brała brom, salol, okłady z płynu Burow'a i smarowanie jodyną szyi i twarzy. Stan chorej stale się pogarszał, opuchnięcie zwiększało się, duszność, bezsenność i rozstrój nerwowy wzrastały, wskutek czego chorą, jako nie kwalifikującą się do chirurgicznego leczenia, przeniesiono na oddział wewnętrzny. Chora przybyła na klinikę wewnętrzną 11 maja, uskarżając się na opuchnięcie twarzy i szyi, duszność, kaszel, bóle w gardle, bóle głowy, bezsenność, utratę pamięci i słuchu, ogólny rozstrój nerwowy i osłabienie.

Przy badaniu znaleziono: chora dobrego wzrostu, dobrze zbudowana, otyła; twarz spuchnięta, blada, powieki czerwone, obrzmiałe, wywinięte, pokryte obfitą wydzieliną, nos duży, czerwony, wewnątrz pokryty strupami i śluzem, wargi fioletowe, grube, wydęte, wywrócone, z ust wypływa ślina, dziąsła czerwone, obrzmiałe, język wilgotny, powiększony, twardy, zaledwie mieści się za zębami, podniebienie, języczek i migdały przekrwione, obrzmiałe, uszy ogromne, czerwone, odstają, szyja gruba, spuchnięta, skóra na niej twarda, sucha, naprężona i bolesna przy dotyku, przy ucisku tworzy się wgłębienie, które po ustaniu ucisku natychmiast ustępuje. Wygląd twarzy i szyi robi wrażenie świńskiego łba; szyja grubsza w dolnej części, obrzęk przechodzi na klatkę piersiową do 3-go żebra z przodu i do *spina scapulae* z tyłu. Na lewym przedramieniu, na granicy napięstka obrzęk w formie szerokiego na 4 palce pierścienia. Miejsca opuchnięte nie dają żadnego trzeszczenia i obrzęk nie daje się przesunąć z miejsca na miejsce. Nogi od kolan do kostek znacznie zgrubiałe, twarde, skóra na nich blada, sucha i mocno naprężona. Błona śluzowa krtań fioletowa, nagłośnia obrzmiała, również struny prawdziwe i fałszywe; na tylnej ścianie pod strunami ziarnina. W płucach i sercu zmian niema, puls 100, pełny, twardy, skaczący. Brzuch duży, twardy, nie bolesny, wątroba i śledziona nie powiększone, żołądek i kiszki zmian nie przedstawiają. Narządy płciowe nie były badane z powodu niezgodzenia się chorej. Gruczoły chłonne nie powiększone. Apetyt i trawienie dobre. Odruchy słabe, czucie niezmienione z wyjątkiem pewnej nadwrażliwości na dotyk i ból na twarzy i szyi. Krew zawiera 90% hemoglobiny, 5500000 czerwonych i 6000 białych ciałek; pojkilocytoza. W moczu nic nienormalnego niema. Rozpoznałem obrzęk śluzowy i zaleciłem jodek potasu po 0,2 na dawkę 3 razy dziennie, mentol do wzięcia, *ungu. kalii jodati* do wcierań w twarz i szyję. Stan chorej zaczął się szybko poprawiać, duszność, bezsenność, utrata pamięci, słuchu, rozstrój nerwowy ustępowały, obrzęki zmniejszały się, najpierw na twarzy, powiekach, uszach, wargach i nosie, później na szyi i klatce piersiowej; bóle w gardle i ka-

szel słabły i po 3-tygodniowym braniu jodu chora wypisała się dnia 1-go czerwca w następującym stanie: twarz blada, nie spuchnięta, powieki nie obrzękłe, zamykają się prawidłowo, wydzieliny z łącznic niema, nos nie powiększony, wewnątrz bez strupów, usta nie obrzmiałe, różowe, dziąsła przekrwione, język wilgotny, nie zwiększony, podniebienie, języczek i migdały nie zaczerwienione, zwykłej wielkości, uszy blade, nie odstają, nie powiększone, szyja nie obrzęknięta, zmniejszyła się w górnym obwodzie z 42 na 32 ctm., w dolnym z 48 na 36, skóra na niej gładka, miękka, wilgotna, również na górnej części klatki piersiowej. Obrzęku na lewym przedramieniu niema, nogi pozostały zgrubiałe. Nagłośnia nie powiększona, krtań czerwona, struny głosowe blade, nie obrzęknięte, ziarniny niema wcale.

Chora doskonale sypia, ma dobry apetyt, pamięć i słuch wruciły do zwykłego stanu, bólów głowy i gardła niema, kaszel znacznie mniejszy. Pozostał pewien rostrój nerwowy, brak woli i zgrubienie nóg od kolan do kostek; stan chorej dotychczas bardzo dobry. W danym przypadku mamy przedwczesne ustanie peryodu, obrzmienie twarzy i szyi, zaburzenia psychiczno-nerwowe, duszność i przewlekły nieżyt krtani. Objawy te znacznie się pogorszyły od 6 miesięcy. Pod działaniem jodu nastąpiła szybka poprawa; najpierw ustąpiły zaburzenia psychiczno-nerwowe, później znikły obrzmienia, poczynając od twarzy a kończąc na ręku. Nieżyt krtani znacznie się zmniejszył, zgrubienie nóg pozostało bez zmiany.

Brak objawów swoistych, powiększenia gruczołów, a również stanowcze zapewnienie chorej mówią przeciw syflisowi, chociaż absolutnie wykluczyć go nie można. Obadwa przytoczne przypadki posiadają sporo cech wspólnych: wystąpienie choroby po przedwczesnem ustaniu peryodu (u pierwszej chorej w 35 roku, u drugiej w 32 r. życia), umiejscowienie obrzęków, wybitne objawy psychiczno-nerwowe, przebieg i porządek występowania i znikania poszczególnych zaburzeń są bardzo zbliżone i odpowiadają najbardziej t. zw. *myxoedema fruste* HERTOGHE'a.

Postać ta odznacza się pewną skłonnością do poprawy i zwykle bardzo dobrze się leczy, a czasami nawet poprawa i wyleczenie następują same przez się, bez leczenia. Dzięki pracom BIRCHER'a i HORSLEY'a leczenie obrzęku śluzowego podawaniem świeżego gruczołu tarczowego lub jego przetworów, szczególnie tyroidyny, uznane zostało za swoiste, ale w praktyce często zawodzi i to przeważnie, podług EWALD'a, w przypadkach świeżych, nierozwiniętych; w przypadkach zastarzałych z dużemi zmianami podawanie tyroidyny zwykle daje lepsze i widoczniejsze wyniki. VERMEHREN objaśnia to tem, że tyroidyna działa tam, gdzie gruczoł tarczowy przestaje działać, u zdrowych nie działa wcale, w początkowych okresach obrzęku śluzowego działa słabiej, gdyż pozostałe jeszcze resztki gruczołu zubożniają jej działanie. Nie tłumaczy to, dlaczego w niektórych przypadkach zarówno w świeżych, jak zastarzałych okresach nie widzimy żadnego polepszenia od tyroidyny. GRAINGER STEWART i EWALD otrzymywali wyleczenia obrzęku śluzowego przy stosowaniu kuracji dyetetycznej, masażu, elektryczności, KAHLER i POSPIEŁOW—od jodku potasu, co tłumaczono rozwojem obrzęku śluzowego na tle luetycznym. W pierwszym

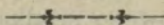
z moich przypadków *lues* można napewno wykluczyć, pomimo to jodek sodu spowodował ustąpienie wszelkich objawów choroby, a stosowana poprzednio tyroidyna dała pogorszenie; w drugim przypadku syfilis można wykluczyć z dużym prawdopodobieństwem, a jodek potasu dał wynik znakomity. Nie przesądzając swoistości leczniczej tyroidyny, sędzę że w niektórych, szczególnie świeżych przypadkach, w których tyroidyna często zawodzi, co przyznają najgorętsi jej zwolennicy, należałoby próbować jodu; bardzo być może, że dodatnie lub ujemne działanie tyrydiny lub jodu zależy od rodzaju zmian w gruczole tarczowym, podobnie jak jod na niektóre rodzaje wola działa znakomicie, na inne nie działa wcale.

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

II. O LECZENIU POLIPÓW USZNYCH.

Przez

Dra Teofila Zalewskiego.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Opisane dotąd środki kaustyczne są przeważnie solami pewnych metali; w celach kaustycznych prócz tego polecono cały szereg kwasów. Można powiedzieć, że niema chyba ani jednego więcej znanego kwasu, któryby nie był polecony, jako środek kaustyczny przeciw polipom. Najwięcej używanym w ostatnich czasach jest kwas chromny *in substantia* lub w roztworze skoncentrowanym. Jako *causticum* działa energicznie, ma jednak tę ujemną stronę, że często występuje po jego użyciu silniejsza reakcja. Dlatego kwasu chromnego musimy używać ostrożnie. Także i ból po użyciu kwasu chromnego jest dość znaczny, o wiele silniejszy, niż np. po użyciu półtorachlorku żelaza.

GRUBER chętnie używa kwasu chromnego; zaleca także zamiast kwasu chromnego kwas siarczany i kwas azotny, który polecił BUCK. Do przypalania używa się kwasu azotnego dymiącego. Ujemną stroną kwasu azotnego dymiącego jest to, iż wydziela gaz, który drażni drogi oddechowe; prócz tego jest on dla ucha środkiem silnie drażniącym.

ROOSA radzi naprzód skaryfikację polipa czy też resztki po polipie i następnie dopiero przypalanie kwasem chromnym lub azotnym.

BÜRKNER widział dobre wyniki po użyciu kwasu trójchlorooctowego. BÜRKNER mówi, że kwas trójchlorooctowy działa o wiele energiczniej, niż lapis, i ma tę dobrą stronę, że po użyciu jego ma nie być reakcji. Ujemną

stroną kwasu trójchlorooctowego jest to, że nie daje się działanie jego ograniczyć, jak, np., lapisu, a z drugiej strony wywołuje on dość silny ból, który jednak, jak mówi BÜRKNER, szybko przechodzi.

Leczenie polipów usznych za pomocą galwanokaustyki, podobnie jak i operowanie pętlą gorącą, wprowadzone zostało do otyatrii głównie przez SCHWARTZE'go i JACOBY'ego. Nie ulega wątpliwości, że, co do siły działania, galwanokaustyka zajmuje pierwsze miejsce między środkami kaustycznymi i że galwanokauterem możemy zniszczyć nietylko resztki polipów lub małe guzy, ale nawet guzy dość duże w stosunkowo krótkim czasie, tem niemniej jednak ma galwanokauter zastosowanie przeważnie tylko w przypadkach małych polipów lub do zniszczenia resztek polipów. Wyższość galwanokaustyki nad innymi środkami SCHWARTZE i JACOBY określają w ten sposób, że działa ona o wiele energiczniej, przez co i leczenie jest krótsze, że niema reakcyi ani dużego bólu po jej zastosowaniu i że wynik leczenia jest o wiele pewniejszy, niż po leczeniu innymi środkami. JACOBY nadto mówi, że i co do funkcyi narządu słuchu miał lepsze wyniki. Że galwanokauterem prędzej zniszczymy polip, niż za pomocą innych środków, jest rzeczą pewną; żeby jednak wynik leczenia był lepszy, jest rzeczą niedowiedzioną i trudną do przypuszczenia. Gdyby tak było, musielibyśmy przyjąć, że galwanokaustyka musi mieć jakiś specjalny wpływ prócz tego na żywotność tkanek — rzecz dotąd niedowiedziona. Łatwiej natomiast przypuścić, że i za pomocą innych środków możemy osiągnąć również dobry rezultat, jak za pomocą galwanokauteru, gdyż ostateczny wynik zależy nie od użycia tego lub owego środka, ale od dokładności zniszczenia nowotworu, a zniszczyć go bardzo dokładnie możemy za pomocą rozmaitych środków. Co do drugiego punktu, że przypalenie galwanokauterem nie sprawia wielkiego bólu, to przytoczyliśmy już wyżej zdanie SCHWARTZE'go o operowaniu pętlą gorącą; to samo odnosi się i do operacyi galwanokauterem. Co się tyczy twierdzenia JACOBY'ego, jakoby galwanokauter miał mieć jakiś wpływ na późniejszą funkcyę narządu słuchu, to bezpodstawność takiego twierdzenia jest widoczną dla każdego; trudno wyobrazić sobie, jakiby specjalny wpływ na poprawienie słuchu mogło mieć rozżarzone żelazo. Prócz SCHWARTZE'go i JACOBY'ego zwolennikami galwanokaustyki są HEDINGER i COZZOLINO. HEDINGER mówi, że uważa galwanokaustykę za jedyny środek, za pomocą którego jesteśmy w stanie „doprowadzić do ściągnięcia się błony śluzowej, zwyrodniałą wskutek długotrwałego ropienia”. COZZOLINO nie zna środka, za pomocą którego możnaby „tak szybko i tak gruntownie usunąć twarde granulacye i twarde resztki polipów”, jak za pomocą galwanokaustyki. Doświadczenia późniejszych autorów wykazały, że galwanokaustyka nie jest tak niewinnym zabiegiem, jak myślano z początku. Jedno musimy podnieść: mianowicie, manipulując galwanokauterem w uchu, łatwo obrazić możemy przewód uszny, czego następstwem może być zwężenie tegoż, często wobec toczącej się sprawy zapalnej bynajmniej nie obojętne. SCHWARTZE sam później powiedział, iż galwanokaustyka wogóle zawiodła jego nadzieje, choć w wielu przypadkach można się nią z dobrym skutkiem posługiwać. SCHWARTZE obawia się nawet wystąpienia zapalenia mózgu po użyciu galwanokaustyki. Obawy SCHWART-

Ze'go musimy uważać za przesadne, tem niemniej przyznać wypada, iż reakcja jest o wiele większa, niż to twierdzi JACOBY. Obecnie, zdaje się, możemy powiedzieć, że era galwanokaustyki w otyatrii już minęła, zapewne bezpowrotnie.

Prócz tych środków i sposobów, któreśmy dotąd opisali, polecano w celu leczenia polipów usznych mnóstwo innych środków, które nie mają własności kaustycznych, lecz raczej ściągające. Sposób działania tych środków nie zawsze możemy sobie wytłómaczyć, tem niemniej notowane są nieraz dobre wyniki po ich użyciu.

Na pierwszym miejscu wymienić wypada jodoform i alun. Dwa te środki polecane były albo każdy osobno, albo razem, jako mieszanina; w tej ostatniej formie polecił je BUCK. SPENCER opisuje przypadki polipów, w których jodoform działał jakby magicznie i nie znajduje słów pochwały dla tego środka. Opisy SPENCER'a nie dają jasnego obrazu działania jodoformu i dlatego nie wzbudzają zaufania. WALB również zaleca jodoform na małe przerosty błony śluzowej jamy bębnekowej i przypisuje mu własności kaustyczne. Obserwacje innych autorów nie potwierdzają wyników, osiągniętych przez wymienionych autorów. CHRISTINECK podnosi, że w jego przypadkach ropienia ucha środkowego, powikłanego przerostem błony śluzowej jamy bębnekowej, okazał się jodoform bezskutecznym. Używanie alunu połączone jest do tego z pewnem niebezpieczeństwem. W większości przypadków obok polipów istnieje jeszcze sprawa zapalna z mniejszą lub większą wydzieliną, najczęściej ropną lub śluzowo-ropną; z wydzieliną tą alun tworzy grudki, które mogą utrudniać odpływ wydzieliny z ucha, co może mieć nieprzyjemne następstwa.

POLITZER, opierając się na ściągających własnościach alkoholu absolutnego, polecił ten ostatni przeciwko polipom usznym. Działania alkoholu na polipy uszne nie możemy w całości identyfikować z działaniem jego na wycięte tkanki, tem niemniej działanie to jest podobne. POLITZER widział dobre wyniki po użyciu alkoholu nietylko w przypadkach przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej lub w przypadkach małych guzów, lecz przytacza także przypadki, w których dość duże nowotwory znikły w stosunkowo krótkim czasie. POLITZER podaje dwa przypadki, w których dość duży polip znikł w ciągu 21, względnie 34 dni. EITELBERG podobnie przytacza dwa przypadki, w których dość duże polipy znikły zupełnie. MOOS i STEINBRÜGGE widzieli dobre wyniki po użyciu alkoholu w przypadkach przerostu błony śluzowej ucha środkowego. KATZ poleca alkohol przeciwko małym przerostom błony śluzowej ucha środkowego i przeciwko resztkom polipów. BRIDE do zniszczenia resztek polipów używa alkoholu absolutnego, a nawet duże polipy niszczy w ten sposób.

Pomimo niewątpliwie dobrych wyników, jakie rozmaici autorzy widzieli po użyciu alkoholu, notowane są przypadki, w których użycie jego wywołało nieprzyjemne powikłania. Naturalnie, przypadki te nie mówią przeciwko temu środkowi, lecz raczej wskazują na to, że do leczenia alkoholem trzeba wybierać odpowiednie przypadki. SCHUBERT przytacza przypadki, w których po użyciu alkoholu wystąpiło podwyższenie ciepłoty i znaczny ból w uchu. Wystąpienie tych objawów przypisuje SCHUBERT używaniu alkoholu, gdyż po za-

przestaniu używania tegoż ustąpiły w ciągu dwóch dni. SCHWARTZE nie widział żadnego dodatniego skutku od używania alkoholu, natomiast powiada, iż wielu chorych, w ten sposób leczonych, umarło na zapalenie opon mózgowych i ropnicę. Jako przyczynę zapalenia opon i ropnicy w tych przypadkach uważa SCHWARTZE zropienie zakrzepów, jakie się prawdopodobnie tworzą w nowotworze i błonie śluzowej ucha środkowego. VOLTOLINI i GRUBER też nie obiecują sobie wiele od używania alkoholu, GRUBER jednak mówi, że w ostatecznym razie użyć można „na próbę”. Przytoczone twierdzenie SCHWARTZE'go co do niebezpieczeństwa używania alkoholu musimy przyjmować *cum grano salis*, tembardziej, że jest to tylko przypuszczenie. Zresztą w przebiegu każdego ropienia w uchu mamy tyle czynników, które obwinąć możemy o wywołanie zapalenia opon mózgowych i ropnicy, że zbytecznym jest całą winę kłaść na karb alkoholu, użytego do leczenia. Pomimo to musimy przyznać, że alkohol jest środkiem silnie drażniącym i że użycie jego może wywołać pogorszenie sprawy zapalnej, istniejącej obok polipów, lub nawet może wywołać zapalenie tam, gdzie go niebyło. Moment ten jest ważny i na moment ten musimy przy stosowaniu alkoholu zwracać uwagę.

Co do stosowania, to POLITZER stosuje czysty alkohol absolutny lub w rozcieńczeniu; inni autorzy zamiast tego używają 3% roztworu kwasu borowego lub salicylowego w alkoholu absolutnym, chcąc tym sposobem spotęgować jeszcze antyseptyczne działanie alkoholu. KNAPP polecił 1—2% roztwór azotanu srebra w alkoholu absolutnym, a GRUBER polecił *T-rae opii* albo *thujae occidentalis*. Oczywiście rzecz, środkiem działającym w tych przypadkach będzie alkohol; dobre wyniki, jakie miał GRUBER po użyciu *T-rae opii*, przypisać musimy też działaniu alkoholu. Zwykle daje się 10—15 kropli alkoholu do ucha 1—2 razy dziennie i pozostawia się w uchu 10—15 minut. POLITZER radzi, z powodu że alkohol początkowo sprawia dość znaczny ból, dać do ucha na-przód 1—2 krople i dopiero, gdy ból minie, dodać więcej. Postępując w ten sposób, sprawiamy choremu mniejszy ból, niż wlewając odrazu całą ilość. Po pewnym czasie chory przyzwyczaja się i nie czuje żadnego bólu. Jeżeli chory jest bardzo wrażliwy albo alkohol wywołuje zbyt dużą reakcję, to POLITZER radzi używać początkowo alkohol z wodą w rozmaitem rozcieńczeniu; możemy np. zacząć od alkoholu 30% i stopniowo przechodzić do alkoholu absolutnego. Postępując w ten sposób, możemy zaoszczędzić choremu wszelkiego bólu. Gdybyśmy zauważyli podczas leczenia, że alkohol wywołuje zbyt wielką reakcję, wtedy musimy na jakiś czas zaprzestać jego używania lub stosować roztwory słabsze. Musimy jednak zauważyć, że dodatnich wyników możemy oczekiwać tylko od alkoholu absolutnego lub od roztworów silniejszych, gdyż tylko te mają własności ściągające.

Co do wskazań, dla jakich będziemy zmuszeni użyć alkoholu, to musimy podnieść zasadniczą kwestyę, że wszędzie tam, gdzie możemy bez szkody dla chorego wydalić polip za pomocą narzędzi, we wszystkich tych przypadkach damy pierwszeństwo temu sposobowi leczenia. Przypadki więc, w których absolutnie zmuszeni będziemy użyć alkoholu, będą rzadkie. Bo nawet w przypadkach rozlanego przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej, jeżeli tylko

przerost ten będziemy mogli dostać narzędziem, odpowiedniej będzie użyć choćby przypalenia, np. kwasem chromnym lub innym jakim środkiem, niż użyć alkoholu, prędzej bowiem dojdziemy do celu. Zato w tych przypadkach, w których nowotworu za pomocą narzędzia osiągnąć nie będziemy mogli, alkohol będzie nieraz jedynym naszym środkiem.

W tym samym celu, co POLITZER alkohol, polecili MOOS i STEINBRÜGGE octan ołowiu w roztynie 10—25%. Już dawniej TOYNBEE polecił nasycony roztwór octanu ołowiu przeciwko polipom. Środek ten, podobnie jak alkohol, ma własności ściągające. Prócz tego MOOS i STEINBRÜGGE wykazali, że pod wpływem tego środka tworzą się w naczyniach nowotworu skrzepy, które niewątpliwie ujemnie wpływają na odżywianie nowotworu i mogą nawet doprowadzić do zupełnego zaniku.

W końcu wspomnę jeszcze o jednym sposobie, który był już dawno polecony przez TOYNBEE'go, a który według mnie powinien znaleźć większe rozpowszechnienie, niż dotąd. TOYNBEE mianowicie starał się usunąć polipy przez ciągły ucisk na nie; w tym celu wkładał do ucha mały kawałek gąbki lub waty.

Wynik niezawsze miał trwały. HINTON mówi, że ucisk ciągły w połączeniu ze środkami ściągającymi działa nieraz lepiej, niż środki kaustyczne. HAMMERSCHLAG chętnie używa tamponady w przypadkach małych nierówności na błonie śluzowej jamy bębenkowej, tamponując ucho gazą. Działanie takiego tamponowania możemy przedstawić sobie w ten sam sposób, jak zanik z jakiegokolwiek ucisku, więc np. zanik kości wskutek ucisku jakiegoś guza. Sposób ten nadaje się jednak tylko w przypadkach małych nowotworów; z drugiej strony wydzielniny musi albo zupełnie nie być, lub tylko nieznaczna w przeciwnym bowiem razie mogłoby nastąpić wskutek tamponowania zatrzymanie się wydzielin z wszystkimi tegoż następstwami.

Opisując sposoby leczenia polipów usznych, mieliśmy na względzie głównie te nowotwory, które mają swą siedzibę albo w przewodzie usznym zewnętrznym, albo w jamie bębenkowej, a nie wspominaliśmy zupełnie o tych polipach, które biorą swój początek z części więcej niedostępnych narządów słuchu. Tutaj zasługują szczególnie na uwagę polipy, znajdujące się w wyrostku sutkowym, względnie w jego komórkach. Polipy te nie są rzeczą tak rzadką, o czem przekonywają nas sekcye, przy których dość często notowano obecność polipów w wyrostku sutkowym. Rozpoznanie w przypadkach polipów wyrostka sutkowego będzie nieraz bardzo trudne, a często wprost niemożliwe. Łatwiej będziemy mogli ustalić rozpoznanie w tych razach, jeżeli nowotwór przez otwory normalne lub patologiczne wychodzi nazewnątrz; naturalnie, w tych przypadkach muszą być i powłoki miękkie zniszczone; w innych przypadkach rozpoznanie będzie niemożliwe. Dlatego też i leczenie jest bardzo niedostateczne. Nawet w przypadkach, kiedy polip wychodzi nazewnątrz, t. j. na powierzchnię wyrostka lub do przewodu usznego zewnętrznego, leczenie jest bardzo niedokładne, prawie nigdy bowiem nie widzimy miejsca, z którego polip wychodzi. Wyżej podnieśliśmy, jak ważnem jest jednocześnie z polipem usunąć i to miejsce, z którego tenże wychodzi. Co do sposobów leczenia tych

polipów, to tam, gdzie się to da, użyjemy tych sposobów, jakich używamy w innych przypadkach polipów usznych. W przypadkach, w których polip nazewnątrz nie wychodzi, jedynym zabiegiem, za pomocą którego moglibyśmy usunąć nowotwór; byłoby otwarcie komórek wyrostka sutkowego, czyli trepanacja. Przypadek, w którym robilibyśmy trepanację z tego wskazania, chyba się nam jednak nie zdarzy. Zwykle trepanację robimy z innych wskazań i przy sposobności wydalamy zarazem i znajdujące się w wyrostku sutkowym wyrosłe. Tak samo usuwają się z pod naszego leczenia przypadki, w których nowotwór znajduje się w innych, niedostępnych dla naszego wzroku i narzędzi miejscach.

Nim przejdziemy do wyciągania ostatecznych wniosków z tego, cośmy o leczeniu polipów usznych powiedzieli, musimy zauważyć, że w opisie metod bynajmniej nie było naszym celem przedstawienie wszystkich sposobów leczenia, bo nawet wątpić należy, czy byłoby to możliwe; celem naszym było dać o ile możności całokształt leczenia polipów usznych.

Reasumując wszystko, cośmy o leczeniu polipów powiedzieli, musimy podnieść, że w wyjątkowych tylko przypadkach będziemy mogli dojść do celu, używając jednego tylko sposobu, względnie jednego tylko środka; w większości przypadków zmuszeni będziemy kombinować w rozmaity sposób różne sposoby leczenia. Przy leczeniu polipów zwrócić musimy uwagę na podstawową chorobę, która jest przyczyną polipów, i równocześnie z postępowaniem przeciwko polipom musimy stosować leczenie przeciwko podstawowej chorobie. Co do wydalania samych polipów, to zawsze damy pierwszeństwo leczeniu operacyjnemu, jeżeli się tylko da zastosować, daje ono bowiem najlepsze rezultaty i najszybciej doprowadza do celu. I tutaj najchętniej użyjemy, jeżeli się da, pętlicy WILDE'go, w tem przekonaniu, że operacja ta jest najłagodniejszym i najpewniejszym zabiegiem; przytem pierwszeństwo damy oderwaniu, a tylko tam, gdzie tego użyć nie będzie można, odetniemy nowotwór. W tym ostatnim razie pozostanie resztkę, którą zniszczymy albo za pomocą środków kaustycznych, albo też wydalimy przez następczą operację. Według mego zdania najpewniej zapobiegniemy nawrotowi, jeżeli nie tylko wydalimy pozostałą resztkę polipa, lecz i samo miejsce, z którego wychodzi tenże, wytniemy lub zniszczymy. W przypadkach małych polipów uda nam się nieraz jednocześnie z wydaleniem polipa i to miejsce, z którego wychodzi, za jednym zachodem wyciąć; w innych przypadkach musimy wykonać nową operację. Najpewniej da nam się to wykonać za pomocą ostrych narzędzi i tutaj pierwszeństwo damy rozmaitego rodzaju szczypcykom. Wyżej przytoczyłem zalety podanej prze zemnie pensety nadinnemi tego rodzaju narzędziami. Wraz z resztką polipa lub wraz z małym polipem chwytny i tę część powłok miękkich, z której nowotwór wychodzi, i razem ucinamy; to samo możemy zrobić i za pomocą innych podobnych narzędzi, wyżej jednak wyliczyłem zalety mojej pensety, jako narzędzia usznego. Dopiero wtedy, gdy odpowiedniemi narzędziami uchwycić resztkę, pozostałą po wydaleniu polipa, nie będziemy mogli, użyjemy środków kaustycznych. Przypadki jednak takie będą napewno wyjątkiem.

Jeżeli pętlicy użyć nie będziemy mogli czy to wskutek niemożności uchwycenia polipa, czy też z innych przyczyn, użyjemy wtedy innych ostrych narzędzi. I tutaj użyjemy narzędzi, za pomocą których dokładniej daje się usunąć nowotwór. Najmniej pewną będzie operacya za pomocą nożyka w kształcie kółka (*Ringmesser*) POLITZER'a, gdyż po operacyi tej zawsze pozostanie część polipa, jeżeli nie na powierzchni tkanki, to w samej tkance, którą następczo usunąć musimy.

Pętlicy gorącej zmuszeni będziemy użyć wyjątkowo.

Do zniszczenia samych nowotworów użyjemy środków kaustycznych tylko w wyjątkowych razach i to w przypadkach małych polipów. W tym samym celu nieraz może oddać nam dobre usługi tamponowanie ucha, jeżeli tylko wydzielina nie będzie zbyt obfita.

Alkoholu i innych środków ściągających użyjemy w przypadkach rozlanego przerostu błony śluzowej jamy bębnekowej, szczególnie jeżeli żadnem narzędziem do niego dojść nie będziemy mogli; i w innych przypadkach możemy używać alkoholu, jeżeli przerost sam będzie nieznacznego stopnia.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O cewnikowaniu moczowodów.

Opracował

Dr L. Zembrzuski.

—†—†—

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

III.

Cewnikowanie moczowodów stosowane bywa obecnie nie tylko w celach rozpoznawczych, lecz i w celach leczniczych.

W celach rozpoznawczych nadaje się ono z jednej strony do badań nad stanem narządów, jako to: moczowodów, pęcherza, nerek, a z drugiej—do badań samego moczu, otrzymanego bezpośrednio z nerek przez cewnik. Rozpoznanie różniczkowe wielu spraw patologicznych, zachodzących w pęcherzu, w moczowodzie i w nerkach, stanowi jedno z najtrudniejszych zadań w dziedzinie chirurgii narządów moczowych. Trudności te do pewnego stopnia obala cewnikowanie moczowodów i otrzymywanie tym sposobem moczu z każdej nerki oddzielnie.

Tak więc:

1) Cewnikowanie moczowodów rozstrzyga w wielu razach, czy narządy moczowe są wogóle dotknięte jakimkolwiek cier-

pieniem. Np. PAWLICK u pewnej chorej, u której rozpoznanie wahało się pomiędzy torbielą jajnika a guzem cewki, mógł wykluczyć ten ostatni tylko po dokonaniu cewnikowania moczowodu. W innym przypadku ALBARRAN rozpoznał w ten sposób torbiel jajnika, pomimo że istniały objawy, charakterystyczne dla wodonercza. I naodwrot: PAWLICK wspomina o pewnym przypadku, w którym rozpoznano guz prawego jajnika, tymczasem po wprowadzeniu cewnika do prawego moczowodu otrzymano moc z przymieszką ropy i czerwonych ciałek krwi. Wobec tego PAWLICK rozpoznał roponercze, co też stwierdzono podczas operacji.

2) Cewnikowanie moczowodów ułatwia określenie siedliska choroby na przebiegu układu moczowego. Często bowiem w przypadkach krwiomoczu lub ropomoczu niepodobna orzec z zupełną pewnością, czy jeden lub drugi objaw zależny jest od cierpienia pęcherza, nerki, czy też obu razem. Przypuśćmy np., że w pewnym przypadku, w którym istnieje brak innych wybitnych objawów klinicznych, moczu wypływa z nerki nieco tylko mętny, jednocześnie zaś pęcherz znajduje się w stanie zapalnym i płyn w nim, pomimo wypłukania, również nie jest zupełnie przezroczysty. Jeśli wśród takich okoliczności ograniczymy się do badania zwykłym cystoskopem, to dla naszego oka może się wydawać, że z moczowodu wypływa moczu czysty. Tymczasem za pomocą ureterocystoskopu otrzymamy w tym samym przypadku moczu z nerki oddzielnie i na zasadzie zawartych w nim ciałek ropnych, komórek nabłonkowych swoistych i t. p. możemy rozpoznać np. zapalenie miedniczek nerkowych. Bywa i tak, że wydaje się podczas cystoskopowania, jakoby do pęcherza, będącego w stanie zapalnym, spływał z nerki moczu mętny. W samej rzeczy jednak widzimy wówczas tylko wiry płynu mętnego w pęcherzu, powstające wskutek rytmicznego skurczu moczowodów, przez które może zresztą wytryskiwać moczu zupełnie czysty [IMBERT, CASPER]. Tego rodzaju wątpliwości rozstrzygnąć może jedynie cewnikowanie moczowodu. To samo daje się powiedzieć i o niektórych przypadkach krwiomoczu pochodzenia niedość wyraźnego. Przytem nie należy zapominać, że sam moczowód *resp.* jego błona śluzowa może uleść pewnemu uszkodzeniu podczas wprowadzania cewnika. Uszkodzenie takie daje również w moczu pewną przymieszkę krwi, którą jednak, zdaniem CASPER'a, łatwo jest odróżnić od krwiomoczu nerkowego. Mianowicie, jeśli posunąć w takim razie cewnik nieco głębiej, to po chwili moczu powinien wypływać czysty, przy krwawieniu zaś z nerek moczu krwawy będzie wypływał z cewnika w dalszym ciągu.

3) Cewnikowanie moczowodów jest środkiem niezmiernie pomocnym w rozpoznawaniu cierpienia nerek, mianowicie gdy zachodzi wątpliwość, która nerka jest chorą. Kategoryczne rozstrzygnięcie tej kwestyi bywa niezmiernie ważne z chirurgicznego punktu widzenia, chodzi tu bowiem nieraz o wskazania do wycięcia nerki. Naturalnie, że i w takich przypadkach cewnikowanie moczowodów posiada doniosłość i wyższość nad innymi sposobami badania o tyle, o ile występuje brak takich objawów klinicznych, na zasadzie których rozpoznanie zwykle trudności nie przedstawia.

IMBERT przytacza historię choroby pewnego osobnika, który cierpiał na krwiomocz; przytem po pewnym czasie nerka prawa uległa powiększeniu. Sądzono też, że cierpienie umiejscowione jest w prawej nerce, tymczasem cewnikowanie moczowodów wykazało, że krew pochodziła z nerki lewej i wobec tego zaniechano wycięcia nerki prawej. Pouczającymi są również pod tym względem przypadki kamicy nerkowej, w których bóle występują odruchowo po stronie nerki zdrowej, a inne objawy kliniczne są bardzo niewyraźne. W podobnych razach ureterocystoskopia może oddać niezaprzeczone usługi; moczu bowiem, otrzymany z nerki, dotkniętej kamica, odznacza się zęszcze-

niem, jest mniej lub więcej mętny i zawiera niekiedy sporą ilość białka oraz przymieszkę krwi i ropy.

4) Za pomocą cewnikowania moczowodów możliwym jest określenie do pewnego stopnia stanu samych moczowodów, a mianowicie drożności ich lub niedrożności. Niedrożność moczowodów zależeć może od uwężgnięcia w nich kamieni, od zatkania złoгами moczanowymi, od zwężeń wrodzonych lub nabytych, od zagięcia i skręcenia, wreszcie od skurczów spastycznych. Co się tyczy uwężgnięcia kamienia, to w tych przypadkach, w których kamica nerkowa występuje z jednej strony, rozpoznanie nie bywa trudnem, nawet bez uciekania się do cewnikowania moczowodów. Jeśli natomiast kamica dotknięte są obie nerki, co, zdaniem CASPER'a, zdarza się wcale nie tak rzadko, to w razie uwężgnięcia kamienia w moczowodzie trudno bywa nieraz określić bez pomocy ureterocystoskopii, po której mianowicie stronie uwężgnięcie nastąpiło. Znane są bowiem i takie przypadki kamicy nerkowej, w których przebiegu następuje bezmocz zupełny wskutek zatkania kamieniem tylko jednego z moczowodów, druga zaś nerka nie wydziela moczu z przyczyn natury odruchowej. Oczywiście, że w takich razach jedynie ureterocystoskopia może mieć rozstrzygające znaczenie. Od różniczenie przy pomocy cewnika zwężenia moczowodu od zatkania przez kamień nie jest łatwym, chociaż, zdaniem CASPER'a, bywa możliwym. Mianowicie, przy zwężeniu moczu sączy się przez cewnik, chociaż nieraz w ilości bardzo nieznacznej, przy uwężgnięciu zaś kamienia wypływ moczu z nerki odnośnej wstrzymany jest zupełnie.

5) Celem najważniejszym cewnikowania moczowodów jest określenie stopnia sprawności fizjologicznej jednej z nerek, gdy druga dotknięta jest cierpieniem, wymagającym zastosowania nefrektomii. Niejednokrotnie zdarzały się przypadki, w których przystępowano do wyjęcia chorej nerki, ponieważ sprawność drugiej wydawała się na pozór prawidłową. Tymczasem chorzy nie byli w stanie pozostawać przy życiu po operacji, ponieważ, jak się w następstwie okazywało, druga nerka była pod względem czynnościowym upośledzona. Zachodzi pytanie, w jaki sposób można się przekonać o zdolnościach czynnościowych nerki i czy badanie moczu, otrzymanego tylko z tej ostatniej przy pomocy cewnika, nie mogłoby dawać pewnych wskazówek pod tym względem.

CASPER przeprowadzał bardzo ściśle badania, mające na celu wykazanie, o ile i jakie własności moczu, otrzymanego przez cewnik z moczowodu, posiadają znaczenie rozpoznawcze dla spraw chorobowych nerek w ogólności. Z badań tych wynika, że a) ilość moczu, otrzymanego z nerki za pomocą cewników, jako wskazówka rozpoznawcza wartości wielkiej nie posiada po pierwsze dlatego, że ilość moczu, wydzielanego przez nerki w ciągu pewnego okresu czasu, nie jest jednakową dla każdej nerki, nawet w warunkach prawidłowych; powtóre, CASPER spostrzegł, że moczu wydziela się u różnych osobników raz w większej, drugi raz w mniejszej ilości, zależnie od podrażnienia moczowodu *resp.* miedniczek nerkowych przez cewnik. Potrzebie, nie wszystek moczu, wydzielany przez nerkę, wypływa przez cewnik: jak już wiadomo, pewna ilość moczu przesącza się do pęcherza pomiędzy ścianami moczowodu i cewnikiem. Wprawdzie ilość ta jest bardzo niewielka, jednakże pominiętą być nie może w razie przeprowadzania badań ścisłych. b) Ciężar gatunkowy tem samem już nie może mieć wielkiej wogóle wartości rozpoznawczej, że rozpatrywany być winien w stosunku do ilości wydzielanego moczu. c) Ilość wydzielanego mocznika podlega nawet w stanach prawidłowych tak znacznym wahaniom, że i ten punkt również znaczenia rozpoznawczego mieć nie może. d) Składniki nieprawidłowe moczu, jako to: białko,

krew, ciążka ropne, drobnoustroje, np. gruźlicze, gonokoki, pałeczka okrężnicy i t. p. stanowią ważne wskazówki rozpoznawcze. Obecność ich w moczu danej nerki dowodzi, że nerka ta podlega pewnej określonej sprawie chorobowej. Jednakże ani obecność pewnej ilości krwi, ani białka, ani drobnoustrojów w moczu, otrzymanym wprost z nerki, nie może w pewnych przypadkach rozstrzygać z całą stanowczością, że dana nerka nie jest i nie będzie zdolną do czynności wydzielniczych. Tak np. KÖNIG wypowiada zdanie z powodu wskazań do wycięcia nerki dotkniętej gruźlicą, że z chorą drugą nerką chorzy mogą żyć po operacji długi czas jeszcze. Inni znów autorowie utrzymują, że białkomocz również nie decyduje o tem, czy nerka jest zdolną lub nie do sprawności fizyologicznej. Ażeby zatem osiągnąć wskazówki pewniejsze co do sprawności lub niedostateczności nerki, zwrócono się na drogę badań doświadczalnych. Za pomocą różnych środków starano się wywołać sztucznie pewne zmiany własności chemicznych i fizycznych moczu, ażeby na zasadzie tych zmian wytworzyć sobie pojęcie o stopniu sprawności nerek.

Rozpoczęto od prób z wprowadzaniem do ustroju błękitu metylenowego (*Methylenblau*). Środek ten, zastrzyknięty pod skórę w ilości 0,25 grm., wydzielanym bywa z moczem przez nerki zdrowe po upływie $\frac{1}{2}$ godziny [GRON, ALBARRAN]. W razie zaś jakiegokolwiek sprawy patologicznej w nerce mocz o charakterystycznym zabarwieniu wpływa z niej, [przez cewnik, wprowadzony do moczowodu] dopiero po upływie 1--3 godzin. Zdaniem MANKIEWICZA w ten sposób jesteśmy w stanie określić stan przepuszczalności nerki, lecz nie możemy wytworzyć sobie pojęcia o jej sprawności wydzielniczej. To samo daje się powiedzieć o stosowaniu niejednokrotnem innych środków, jako to: *natrii rosanilinsulfonici*, *urobiliny*, *jodku potasu* i t. p.

Znacznie donioślejsze są doświadczenia z florydzyną, przeprowadzone ostatnimi czasy przez CASPER'a i RICHTER'a, a oparte na badaniach ACHARD'a i DELAMARE'a. Mianowicie CASPER przekonał się, że przez zastrzyknięcie podskórne 5 milgrm. florydzyzny można wywołać sztucznie u człowieka t. zw. *diabetes renalis*. Jeśli następnie wprowadzić cewniki do moczowodów, to okazuje się, że w stanie prawidłowym obie nerki wydzielają z moczem jedną i tę samą ilość cukru, w jednakowych odstępach czasu. Gdy zaś jedna z nerek znajduje się w stanie patologicznym, to w porównaniu ze zdrową nerką wydziela ona znacznie mniej cukru, albo też wcale go nie wydziela, zależnie od rozległości zmian chorobowych. Czy w rzeczywistości można polegać zupełnie na wynikach badań CASPER'a i RICHTER'a, wykażą to jeszcze badania następcze.

Natomiast, zdaniem wielu uczonych, daleko większą przyszłość dla chirurgii nerek posiada określanie punktu zamarzania krwi i moczu. KORANYI pierwszy wprowadził do medycyny ten nowy sposób badania, oparty na następującym prawie fizycznym: obniżenie punktu zamarzania płynu, w porównaniu z wodą przekroploną, znajduje się w stosunku prostym do ilości zawartych w nim cząsteczek molekularnych. Za przykładem KORANYI'ego badania cdośnie podjęli LINDEMANN, SENATOR, RICHTER, MORITZ i CASPER i doszli wkrótce do wyników niezmiernie ciekawych. Okazało się bowiem, że im większe jest zgęszczenie moczu i krwi, tem bardziej obniża się punkt zamarzania obu tych płynów. Własność tę wyzyskano dla celów klinicznych w sposób następujący: w ogólności punkt zamarzania krwi waha się pomiędzy $-0,55^{\circ}$ a $-0,57^{\circ}$ C.; jeśli punkt ten przy badaniu krwi okaże się leżącym niżej, np. na $-0,59^{\circ}$ lub $-0,6^{\circ}$, to obniżenie takie dowodzi, że zgęszczenie krwi jest większe, że zatem przemiana materji jest niedostateczną i nie odbywa się drogą prawidłową. Ztąd wnosić możemy o mniejszej lub większej sprawności fizyo-

logicznej nerek. Przechodząc z kolei do moczu, zaznaczyć należy, że i tu istnieje podobny stosunek, wynikający ze stopnia zgęszczenia płynu. Punkt zamrażania moczu znajduje się pomiędzy 0,9° i 2° C. poniżej zera. Im bardziej punkt ten zbliża się do punktu zamrażania wody [czyli wyraża się cyfrą mniejszą, niż 0,9], tem mniejsze jest zgęszczenie moczu, tem mniejsze też wydzielanie produktów przemiany materji, tem bardziej niedostateczną jest sprawność nerek i—*vice versa*.

Badania nad stopniem zamrażania krwi i moczu, zwane przez niektórych kryoskopją, dokonywane bywają w specjalnym przyrządzie do zamrażania, pomysłu BECKMANN'a.

Pozostawiając badanie kryoskopowe krwi na stronie, jako nie mające związku bezpośredniego z pracą niniejszą, zauważyć wypada, że badanie moczu na stopień zamrażania, w celu przekonania się o sprawności jednej z nerek, nie może się obejść bez posiłkowania się w pewnych razach cewnikowaniem moczowodów. Badanie powyższe moczu, pochodzącego z obu nerek razem, nie daje jeszcze dostatecznych wskazówek, czy niedostateczność wydzielnicza dotyczy jednej tylko, czy też obu nerek. Znane są przypadki, w których jedna z nerek, podlegająca pewnym zmianom patologicznym, zachowała tyle jeszcze zdrowego miąższu, że sprawność jej okazała się znacznie lepszą, aniżeli drugiej nerki, przyjmowanej za zdrową. W celu uniknięcia pod tym względem wszelkich wątpliwości należy badać stopień zamrażania moczu, otrzymywanego z każdej nerki oddzielnie, t. j. za pomocą cewnikowania moczowodów. Zestawianie wyników kilkakrotnego badania moczu z jednej nerki i z drugiej stanowi najlepszą rękojmię zdolności wydzielniczych tych narządów.

Wreszcie STRUBELL podaje sposób badania nawet minimalnych ilości moczu, otrzymywanego przez cewnikowanie moczowodów, przez oznaczanie stopnia refrakcyi płynu. Sposób ten ma również posiadać znaczenie doniosłe dla określania stopnia sprawności wydzielniczej nerek.

IV.

Stosowanie cewnikowania moczowodów w celach leczniczych datuje się od KELLY'go. W r. 1894 KELLY pierwszy wykonał przemycie lewego moczowodu i miedniczek nerkowych z powodu zapalenia błony śluzowej tych narządów na tle rzeżączki. Przemyciał najpierw słabymi rozcżynami sublimatu [1:16000], a potem rozcżynami azotanu srebra [do 1%] dokonano 120 razy u jednego i tego samego osobnika i po 5-iu miesiącach nastąpiło wyzdrowienie. Od chwili udoskonalenia ureterocystoskopów oraz samej techniki cewnikowania moczowodów postępowanie KELLY'go znalazło wielu naśladowców. Obecnie cewnikowanie moczowodów, jako zabieg leczniczy, stosowane bywa w przypadkach następujących:

1) W zapaleniu miedniczek nerkowych i w roponerczu. Leczenie polega tu na zabiegu, analogicznym do zabiegu KELLY'go. Mianowicie po wprowadzeniu cewnika do miedniczek nerkowych należy zastosować systematyczne ich przemycanie. W tym celu najczęściej używany bywa na poszatkku rozcżyn kwasu bornego lub rozcżyn soli kuchennej. Po pewnym czasie najlepiej jest przejść stopniowo do przestrzykiwań rozcżynami azotanu srebra w stosunku 1:1000, 1:500 a nawet 1:100. Przemycanie miedniczek nerkowych nie sprawia dolegliwości, byle tylko ilość zastrzykniętego naraz płynu nie była zbyt wielką. Ilość ta bywa najrozmaitszą, bo od 10 do 50 grm., jednakże w każdym poszczególnym przypadku z łatwością określona być może, ponieważ z chwilą najmniejszego przekroczenia miary, właściwej dla danego osobnika, powstaje żywy ból w okolicy nerki. Płukanie miedniczek nerkowych powtarzać należy, zdaniem IMBERT'a, ALBARRAN'a i innych, co 2—3

dni, a w niektórych tylko przypadkach 1—2 razy dziennie. W każdym razie nieraz już po 3—4 przemyciach chory doznaje ulgi widocznej. W niektórych przypadkach roponercza korzystnym jest pozostawianie cewnika w moczowodzie *à demeure* na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, a to w celu stałego sączkowania zbiornika ropy. Do loczenia sposobem powyższym nadają się najlepiej zapalenia miedniczek nerkowych pochodzenia rzeźączkowego lub zależne od pałeczki okrężnicy, i to w początkowych okresach sprawy. Im cierpienie trwa dłużej, tem trudności w leczeniu bywają większe; w przypadkach zaś ropnia w nerce, nie komunikującego z miedniczkami nerkowemi, przepłukiwanie tych ostatnich byłoby, naturalnie, zabiegiem bezcelowym. Wreszcie w przypadki roponercza i zapalenia miedniczek nerkowych, powstałe na tle kamicy i gruźlicy do leczenia za pomocą przemywań nie nadają się w zupełności. Co się tyczy danych statystycznych, to pod tym względem jesteśmy w posiadaniu jeszcze bardzo skąpych spostrzeżeń odnośnych, mało rzucających światła na doniosłość i skuteczność opisanego zabiegu.

2) Przemywanie miedniczek nerkowych oraz pozostawianie cewnika *à demeure* stosowane też było parokrotnie w przypadkach wodonercza. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie SCHWARTZ'a, który z powodu kolosalnego wodonercza zastosował cewnikowanie nerki *à demeure* oraz wstrzykiwania rozczynów azotanu srebra i otrzymał wyleczenie zupełne.

3) Cewnikowanie moczowodów może oddać niemałe usługi, jako środek pomocniczy podczas operacji roponercza i wodonercza. Mianowicie ALBARRAN przed przystąpieniem do cięcia nerki wprowadza cewnik do moczowodu o ile można najgłębiej. Podczas operacji koniec cewnika daje mu możność zdania sobie sprawy o umiejscowieniu i rodzaju przeszkody, która mogła wywołać całe cierpienie. Postępowanie takie ułatwia też znacznie postawienie wskazań do wykonania ureterocystotomii, lub ureteropyelostomii i t. p.

Prócz tego ALBARRAN w 6-iu przypadkach cięcia nerki z powodu roponercza zastosował cewnikowanie miedniczek nerkowych *à demeure* i w ten sposób przedrenował niejako ognisko ropne jednocześnie i od strony rany w okolicy lędźwiowej, i od strony miedniczek. Po tygodniu ALBARRAN usuwa sączek z rany, lecz pozostawia cewnik w moczowodzie jeszcze tak długo, dopóki moczu wydziela się przez ranę. We wszystkich 6-iu przypadkach nastąpiło wygojenie zupełne, t. j. bez przetoki.

4) Cewnikowanie moczowodów stosowane bywa w przypadkach zamknięcia światła moczowodów z powodu kamienia, zwężeń, zagięć i t. p. CASPER np. przy uwięźnięciach kamienia stosuje z wynikiem pomyślnym wstrzykiwania przez cewnik do moczowodu gorącej oliwy. Zwykle po 10-iu minutach kamień zostaje wydalony z moczowodu do pęcherza.

HAMONIC opisuje przypadek, w którym zupełny bezmocz (*anuria*) wywołany został przez złogi piasku nerkowego w moczowodzie lewym. Wprowadzenie cewnika aż do miedniczek nerkowych wystarczyło do usunięcia przeszkody, a z nią dolegliwości, trapiących chorego. Zwężenia i zagięcia moczowodu mogą być do pewnego stopnia usunięte przy pomocy stopniowych i systematycznych rozszerzeń cewnikami, poczynając od № 6-go i kończąc na № 8-ym lub nawet na №№ wyższych [jak np. w przyrządzie ALBARRAN'a].

5) Cewnikowanie moczowodów próbowano też stosować w przypadkach ciężkich postaci zapalenia pęcherza. Tak np. ALBARRAN wprowadził w tym celu u pewnego osobnika cewniki do moczowodów i pozostawił je *à demeure*. Postępowaniu takiemu w zasadzie nic zarzucić nie można, gdyż o ile pęcherz jest zupełnie wykluczony z zakresu swej czynności i o ile ściany jego nie są rozciągane moczem, o tyle rokowanie zdaje się być lepszem. I w istocie, ALBARRAN otrzymał wynik wcale zadawalający.

6) Pozostawianie cewników w moczowodzie *à demeure* okazuje się środkiem bardzo pożytecznym przy zagajaniu długotrwałych przetok po cięciu nerki. Przetokie te, jak wiadomo, stają się nieraz powodem wskazań nawet do wycięcia nerki. ALBARRAN natomiast zastosował w paru podobnych przypadkach cewnikowanie moczowodu *à demeure* z wynikami bardzo dobrymi. Zwykle już po kilku dniach mocza przestawała wydzielać się przez przetokę, a wkrótce potem można też było usunąć cewnik z moczowodu.

7) Cewnikowanie moczowodów może mieć niezmiernie doniosłe znaczenie podczas wyluszczenia guzów macicy, szczególnie w tych razach, kiedy zachodzi obawa o zranienie moczowodu. Cewnik, wprowadzony do tego ostatniego, służy jako przewodnik, pod którego kontrolą operujący śmieiej, pewniej, a nawet dokładniej może dokonać wycięcia wszystkich tkanek patologicznych. W tym celu DÜHRSSSEN radzi posilkować się zgłębnikami sprężystymi metalowymi, zamiast zwykłych elastycznych, ponieważ metalowe bardziej jeszcze uwydatniają kierunek, w którym przebiega moczowód. Nawet w tych przypadkach, w których zranienie moczowodu miało miejsce i pozostała przetoka, cewnik z korzyścią zastosowany być może *à demeure* po wykonaniu t. zw. ureterocystoneostomii.

Jak wielu nowych zdobyczy naukowych, tak też i cewnikowania moczowodów nie ominęły zarzuty, skierowane przeciw temu zabiegowi ze strony poważnych przedstawicieli wiedzy lekarskiej. Zarzuty dotyczą tak strony rozpoznawczej, jak i leczniczej cewnikowania moczowodów i w ogólnych zarysach przedstawiają się, jak następuje:

1) Zdaniem KUTNER'a zasadniczą wadę każdego ureterocystoskopu stanowi ta okoliczność, że nie może on być wysterylizowany w ścisłym znaczeniu tego słowa; powtóre, ureterocystoskopia przy jednoczesnym stanie zapalnym pęcherza sprzyja zakażeniu wtórnemu moczowodów, miedniczek nerkowych oraz samych nerek.

2) HOLLÄENDER zarzuca cewnikowaniu moczowodów zbyt częste występowanie krwawień wskutek uszkodzenia końcem cewnika błony śluzowej dróg moczowych. Krwawienia urazowe zdarzają się według H. w 50% przypadków cewnikowania moczowodów i stanowią pewne niebezpieczeństwo wobec niedostatecznej aseptyki zabiegu. To też nie tak rzadko spostrzegano dreszcze i gorączkę po wykonaniu cewnikowania moczowodów, a OLSHAUSEN przytacza opis owrzożeń gruczliczych, powstałych w moczowodach i w pęcherzu w miejscach zranienia błony śluzowej cewnikiem u osobników, dotkniętych gruczlicą nerek.

3) WOSSIDŁO ułożył tablicę porównawczą, na zasadzie której starał się dowieść, że cewnikowanie moczowodów w celach rozpoznawczych nie posiada prawie żadnej wyższości nad zwykłą cystoskopią pęcherza. Jedynie w przypadkach roponercza cewnikowanie moczowodów posiada tę przewagę nad cystoskopowaniem, że odkrywa nawet bardzo słabe zmętnienia moczu. Zato w rozpoznawaniu krwawień, guzów, tętniaków, bąblowców nerkowych, wodonercza i kamicy nerkowej cystoskopowanie, zdaniem WOSSIDŁO'a, wystarcza w zupełności.

4) ISRAEL również nie przyznaje cewnikowaniu moczowodów zbyt wielkiej wartości rozpoznawczej, szczególnie co się tyczy tak ważnej sprawy, jak odróżnienie roponercza od gruczlicy nerek. Dalej ISRAEL czyni zarzuty zastosowaniu leczniczemu ureterocystoskopów. Z powodu cienkości cewników te ostatnie prawie nie nadają się do przemywań w przypadkach ropni nerkowych z wydzieliną bardziej gęstą. Wreszcie ISRAEL nie może się zgodzić na cewnikowanie moczowodów u osobników gorączkujących i dotkniętych ogólnym zakażeniem [np. ropnicą lub posocznicą].

Prof. OBALIŃSKI z tych samych względów ostrzegał również przed zbyt pochopnym stosowaniem cewnikowania moczowodów.

Z powodu głosów, przeciwnych cewnikowaniu moczowodów, powstała cała polemika, a jako obrońca tego zabiegu wystąpił głównie CASPER, odpierając zarzuty na zasadach następujących:

1) Co się tyczy aseptyki samego postępowania, to pomimo braków pdo względem sterylizacji narzędzi, pomimo niemożności idealnego odkażenia dró-moczowych i t. p., CASPER nie spostrzegął z tego powodu powikłań poważniejszych. On sam do r. 1900, jako też ALBARRAN dokonali ureterocystoskopowania przeszło po 700 razy, PASTEAU zaś 140 razy, jednakże ani w jednym przypadku nie spostrzegano zakażenia następczego moczowodów. Przyczynę tej odporności upatrywać należy w tem, że powierzchnia błony śluzowej moczowodów jest stale mechanicznie splukiwaną przez moczu, ściekający z nerek. Przytem, jak to wykazały badania LEWIN'a i GOLDSCHMIDT'a na zwierzętach, odcinki dolne moczowodów stale są oplukiwane przez powrotne fale moczu z pęcherza, szczególnie podczas ruchu. Należy więc przypuszczać, że i u człowieka ma miejsce to samo zjawisko. Pomimo to nie każdemu zapaleniu pęcherza towarzyszy zapalenie moczowodów i miedniczek nerkowych; przeciwnie, powikłania te występują względnie dość rzadko. Zresztą sam CASPER zaleca, jako środek zapobiegawczy po cewnikowaniu moczowodów, wstrzykiwanie do tych ostatnich paru kropel roztworu azotanu srebra [1 : 1000].

2) CASPER przyznaje, że krwawienia urazowe możliwe są podczas cewnikowania moczowodów; dlatego zabieg ten wykonywany być winien przez lekarzy dostatecznie pod tym względem wyszkolonych, a stosowanie ureterocystoskopu powinno być ograniczone do *minimum*. Daleko posuniętą gruźlicę nerek należy wprost uważać jako przeciwwskazanie do cewnikowania moczowodów.

3) ISRAEL'owi na zarzut, że ureterocystoskopowanie nie daje możności odróżnić ropnercza od gruźlicy nerek, CASPER odpowiada, że właśnie tylko cewnikowanie moczowodów rozstrzyga wątpliwości pod tym względem, szczególnie w początkowych okresach sprawy. Często bowiem łatwiej jest odnaleźć laseczniki gruźlicze w moczu, pochodzącym bezpośrednio z nerki, aniżeli w moczu, otrzymanym z pęcherza.

CASPER zgadza się na to, że w niektórych daleko posuniętych przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych i ropnercza cewnikowanie moczowodów nie jest w stanie przynieść wiele pożytku. Dlatego też, zdaniem naszym, rozpoznanie spraw chorobowych, zachodzących w nerkach, powinno być możliwe wczesne ażeby pomoc, okazana przez cewnikowanie moczowodów, mogła być skuteczną.

Cały obraz powyższy współczesnego stanu cewnikowania moczowodów nasuwa na myśl wnioski następujące:

1) Cewnikowanie moczowodów jest jeszcze bardzo świeżym nabytkiem w skarbnicy środków rozpoznawczych i leczniczych wiedzy lekarskiej. Nabytek to jeszcze bardzo mało rozpowszechniony i pozostający w rękach prawie jedynie swych wynalazców.

2) Cewnikowanie moczowodów stanowi zabieg trudny, często niebezpieczny i z tego względu stosowane być winno, jako *ultimum refugium*, przez ludzi, dostatecznie wtej mierze wyćwiczonych.

3) Najwdzięczniejsze pole posiada cewnikowanie moczowodów pod względem rozpoznawczym, jeśli chodzi o określenie stanu sprawności fizjologicznej jednej z nerek, gdy druga ma być poddana wycięciu. Cewnikowanie moczowodów stanowić może środek nader pomocny podczas wycinania macicy lub w ogólności guzów, będących w bliskim stosunku anatomicznym z moczowodami.

4) Przeciwwskazaniem bezwzględnem do katetyzacji moczowodów powinny być: gruźlica pęcherza i nerek, szczególnie w okresach późniejszych, stany zapalne pęcherza pochodzenia posoczniczowego i wreszcie ciężki stan chorego, powodowany zakażeniem ogólnym ustroju.

L I T E R A T U R A .



- 1) RYDYGIER. Wprowadzenie cewnika do moczowodów sp. Nirze'go. Przegl. Lek. 1895. Nr. 37.
- 2) OBALIŃSKI A. Obecny stan chirurgii nerek. Gaz. Lek. 1896, str. 961.
- 3) ALBARRAN M. J. Nouvelles observations de cathétérisme cystoscopique des uretères. Annales des mal. gén.-urin. 1898. Nr. 8.
- 4) BOISSEAU DE ROCHER. Cystoskopie et cathétérisme des uretères. Ann. des mal. gén.-urin. 1898. Nr. 5.
- 5) JAMES BROWN. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1893. IV. 33.
- 6) H. KELLY. Diagnosis of renal calcul. in woman. Med. News. 1895. 22.
- 7) L. IMBERT. Le cathétérisme des uretères p. les voies naturelles. Paris. 1898.
- 8) V. ROCHET. Chirurgie du rein et de l'uretère. Paris 1900.
- 9) H. ROSE. Ein neues Verfahren b. d. Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Centr. f. Gynäkol. 1897. Nr. 5.
- 10) ALBARRAN. Ein neues Ureterenkystoskop u. dessen Anwendung. Centrbl. f. Kr. d. Harn- u. Sexualorg. 1897. T. IX. Z. 1.
- 11) L. CASPER. Die diagnost. Bedeutung des Katheterism. der Ureteren. Berlin. 1896.
- 12) L. CASPER. Der Katheterismus d. Ureteren. Deut. Med. Wochenschr. 1895 XXI. 7.
- 13) KUTNER. Deut. Medic. Wochenschr. 1899. V. T. 2.
- 14) G. KOLISCHER. D. Katheterismus der Ureteren b. Weibe. Wiener klin. Woch. 1896. Nr. 49.
- 15) M. SCHLIFKA. Ein neues Kystoskop zum Katheterism. d. Ureteren. Wien. Klin. Woch. 1900. Nr. 1.
- 16) L. CASPER. Therapeutische Erfahr. über Ureterenkatheterismus. Berlin. Klin. Woch. 1899. Nr. 2.
- 17) J. ISRAEL. Was leistet d. Ureterenkatheterismus der Nierenchirurgie? Berl. klin. Wochenschr. 1899 Nr. 2.
- 18) TH. LANDAU. D. Harnleiterkatheterism. in d. Gynäkologie. Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 2.
- 19) Verh. ärztl. Gesellsch. Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 2, str. 41.
- 20) O. HILDEBRANDT. Grundriss d. chirurg.-topograph. Anatomie. Wiesbaden. 1900.
- 21) H. TILLMANN. Lehrb. d. spez. Chirurgie. 1892 II.
- 22) S. FEDOROFF. Ein kleiner Kniff z. Technik d. Ureterenkatheterismus. Centr. f. Chirurgie. 1901. Nr. 12.
- 23) L. CASPER i P. RICHTER. Functionelle Nierendiagnostik. Ref. Centr. f. Chirurgie 1901. Nr. 11.
- 24) H. AUE. Zur Chirurgie d. Nieren. Samml. Klin. Vortr. 1900. Nr. 288.
- 25) F. STOCKMANN. Nieskolko słuczajew leczebn. primien. katetyzacyi moczotoczni-kow. Wracz. 1900. Nr. 43.
- 26) GREIFENHAGEN. Sowremiennoje sost. chirurgii poczek i moczotoczni-kow. Jeżenie-dielnik. 1901. Nr. 15. 263.
- 27) KÖNIG. Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek. Ref. Nowiny Lek. 1901. nr. 4.
- 28) KÜMMEL. Oznaczenie punktu marznięcia krwi i moczu dla stwierdz. spraw. nerki przed zabieg. chirurg. Ref. Now. Lek. 1901. Nr. 5.

- 29) WIEBRECHT. Przyczynek kazuist. do stawiania wskazań do wyluszczenia nerki na podstawie oznaczenia punktu zamarzania krwi. Ref. Now. Lek. 1901. Nr. 5.
- 30) HUETER-LOSSEN. Wykł. Chir. szczegół. r. 1900.
- 31) E. WARSCHAUER. Beobachtungen aus d. Nieren- u. Ureterenphysiologie. Berl. klin. Woch. 1901. Nr. 15.
- 32) P. HAMONIC. Un cas de retention d'origine rén., guérie par le cathétérisme de l'urethère. Section de Chir. urinaire Paris. 1900. [XIII congr. intern.].
- 33) L. CASPER. Zum Ureter-Katheterismus. Ibid.
- 34) M. J. ALBARRAN. La sonde urétérale à demeure dans le trait. prévent. et curatif des fistules rénales. Ibid.
- 35) MANKIEWICZ. Ueber Nierenoperationen. Ibid.
- 36) O. RUMPEL. Ueb. die Bedeut. v. Gefrierpunktbestimm. v. Blut u. Harn f. die Nierenchirurgie. Beitr. z. Klin. Chir. 1901. T. 29. Z. 3.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

84. F. Franke. O grypowym zapaleniu gardzieli, jako typowym objawie grypy, o języku i śledzionie grypowej.

Wymieniony w nagłówku objaw grypowy występuje stalej, niż t. zw. język szkarlatynowy, albo nawet sama wysypka w szkarlatynie, lub objaw KOPLIK'a w odrze. Polega zaś on na zaczerwienieniu w kształcie pręgi tylko przednich łuków podniebieniowych. Występuje objaw ten nie tylko w nieżytowej postaci grypy [wtedy łuk przedni o wiele mocniej bywa zaczerwieniony, niż reszta zajętej nieżytem błony śluzowej gardzieli], ale i w czysto nerwowej oraz żołądkowokiszczkowej postaci, a także w lekkich przypadkach grypy, „przeziębieniach“. Wobec tego zaczerwienienie przedniego łuku ma wartość typowej oznaki, tembardziej, że często pozostaje ono miesiące, a nawet lata całe po przebytej influenzy i u wielu osobników stanowi nie tylko *locum minoris*, lecz *minimae resistentiae*. Chorzy z podobnym objawem twierdzą czasami, że nie przebyli influenzy, to jednak nie przemawia jeszcze przeciw istotnemu przebyciu tej choroby, tembardziej, że lekarze często krępują się rozpoznać grypę, uważając, że w ostatnich czasach nadużywa się niby tej dyagnozy.

Zaczerwienienie, o którym mowa, znajduje się stale na brzegu przedniego łuku podniebieniowego. Ma ono kształt pręgi, u dołu szerokości 1 — 3 mm., u góry, koło języczka szerszej (do 7 nawet mm.). Języczek bez wyjątku bywa zupełnie wolny od zaczerwienienia, granica zaś między nim a ową czerwoną pręgą jest nadzwyczaj ostra; w niektórych razach zaczerwienienie rozszcza się na kształt wachlarza. Zewnętrzna część łuku zostaje wolną. Zaczerwienienie ma zwykle barwę żywą, czasami znów dziwnie ciemną, przechodzącą w sinawą. U dołu dochodzi do języka, coraz więcej tracąc na żywości barwy. W wielu razach nie wywołuje żadnych dolegliwości, czasami jednak chorzy doznają znacznych cierpień. Charakterystycznym jest tu uczucie zasznurowania gardzieli, które, przedłużając się, wywołuje niekiedy hypochondryę, a nawet melancholię. Autor widział przypadek, gdzie chory poddał się z tej racyi tracheotomii. Prócz tego autor wielokrotnie stwierdził wrażliwość podobnie zaczerwienionych łuków podnie-

bieniowych na dotyk, która zostaje często po zniknięciu zaczerwienienia. Mamy tu więc pewnie do czynienia ze sprawą neurytyczną, mianowicie ze stanem zapalnym oddzielnych włókien *n. glossopharyngei*.

Obrzmienie przednich brodawek języka spostrzegł autor w grypie również stale, jak i objaw poprzedni. Występuje ono czasami dopiero 2-go lub trzeciego dnia choroby, przyczem obrzękle brodawki na końcu języka [mniej więcej na przedniej $\frac{1}{3}$] błyszczą, jako guziczki o barwie żywo-czerwonej, nadającej przedniej części języka wygląd malinowy. Aby wyraźniej je widzieć, trzeba wysunąć koniec języka unieść nieco w górę palcem. Od języka szkarlatynowego odróżnia się „język grypowy“ tylko ciemniejszym zabarwieniem i większym oddaleniem pomiędzy pojedynczymi brodawkami [obrzemiałami]. Zwykle zmiany powyższe na języku nie dokuczają chorym, niekiedy jednak wywołują przykre sensacje, które mogą pozostawać pomimo zniknięcia owych zmian. Zdaje się, że i tu wchodzi w grę sprawa neurytyczna.

Obydwa powyżej opisane objawy już wielokrotnie naprowadziły autora na drogę racjonalnego leczenia wielu cierpień, pozostałych po przebytej grypie, a symulujących np. zapalenie wyrostka robaczkowego, otrzewnej, okrągły wrzód żołądka, kamicę żółciową, nerkową i t. d. Oczywiście, na tle raz przebytej lub przebiegającej z częstymi nawrotami grypy, u osobników podobnych miały miejsce sprawy neurytyczne, a więc *pseudoappendicitis nervosa*, *pseudoperitonitis nerv.*, nerwoból żołądka, wątroby, nerek i t. d. W rozpoznaniu podobnem utwierdziły autora takie jeszcze objawy, jak wrażliwość pni nerwowych na ucisk, bóle w kościach, piętach, ogólne osłabienie, skłonność do pocenia się, przeziębienia i inne.

Powiększenie śledziony w grypie daje się stwierdzić najczęściej tylko opukiwaniem, ponieważ w chorobie tej śledziona zwykle bywa miękką, przez co trudno ją wyczuć. Zwiększenie pasa stłumienia w miejscu śledziony często trwa bardzo długo, a wtedy najczęściej przez długi czas nie znikają objawy, pozostałe po przebytej grypie. Przemawiałoby to za istnieniem poprostu grypy chronicznej, z obostreniami czasowemi, branej przez wielu za częste przeziębienia. Co prawda, wielce pomocnemi w tych razach byłyby badania bakteriologiczne, ale autor uważa, iż lekarz praktyk powinien rozpoznawać chorobę przedewszystkiem z objawów, nie zaś z wyników badań bakteriologicznych.

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin*, T. 70, Z. 3 i 4).

J. Lipsztat.

85. W. Jakubski. Przyczynek do statystyki wakcynacji i rewakcynacji.

Wnioski ze swej pracy autor oparł na spostrzeżeniach, poczynionych w r. 1895—1899 nad pięcioma prawie tysiącami rekrutów z pułku, konsystującego w Odesie. Rozróżnia on prawidłowe i nieprawidłowe szczepienie ochronne. Prawidłowem nazywa szczepienie, po którym zostały co najmniej 3 blizny na każdym ramieniu, nieprawidłowem—z mniejszą ilością blizn. Racyę bytu podobnego podziału opiera autor 1) na twierdzeniu wielu znakomitych klinicystów i pedyatrów, zalecających przynajmniej 2—3 nacięcia na każdym ramieniu; 2) na ogólnem prawie bakteriologicznem, według którego do uodpornienia danego ustroju potrzebną jest pewna odpowiednia ilość materiału uodporniającego, co stwierdza fakt, iż tem doskonalsze jest uodpornienie, im więcej materiału uodporniającego wprowadzono do ustroju; 3) na dodatnim wyniku podobnego postępowania w Niemczech [nacięcia nie mniej, niż w 6 miejscach], gdzie często w ciągu lat całych niema przypadków śmiertelnych ospy; wreszcie 4) na

wskazanych zmian anatomicznych w łącznotkankowych częściach mięśni. Że jest tak istotnie, dowodzi tego, według autora, przede wszystkim cały obraz kliniczny choroby PARKINSON'a: wzrastająca sztywność mięśni z jej następstwami, stanowiąca najistotniejszy objaw danej choroby, objaw charakterystyczniejszy nawet od drżenia, którego czasami nie znajdujemy w chorobie PARKINSON'a; dalej pewne obniżenie pobudliwości elektrycznej dotkniętych mięśni; przedłużenie okresu pobudzenia utajonego w tych mięśniach; pseudokontraktry, zachodzące wogóle w chorobach, uznanych stanowczo za cierpienie mięśni [np. *atrophia musc. progress.*]; wreszcie osłabienie, niekiedy nawet zupełne porażenie pojedynczych mięśni. Etiologia [uraz, zbyt wysiłki fizyczne, wpływy ciepłoty, przebyte choroby z zajęciem mięśni, np. tyfus, influenza] również przemawia za tem, że w chorobie PARKINSON'a dotknięte są mięśnie. Autor wykazuje szczegółowo, iż zmiany, znalezione w spostrzeganym przezeń przypadku, nie są zależne od bezczynności mięśni, gdyż za właściwie, wobec ciągłego drżenia, nie istnieje; że ogólne objawy, nibyto mózgowo, mogą nie zależeć wcale od cierpienia mózgu; że dotychczas znajduwane w układzie nerwowym i mózgu zmiany przy drżące porażenie były zmianami, wynikłymi wskutek zaniku starczego; że, prócz niego, wielu poważnych badaczy znalazło przy chorobie PARKINSON'a wyraźne zmiany patologiczne w mięśniach. Wobec tego autor uważa, że spostrzegany przez niego przypadek, jako dotyczący osobnika młodego, stanowi dobry punkt oparcia dla mięśniowej patogenetycznej choroby PARKINSON'a.

(*Deutsches Archiv für Klinische Medicin. T. 70, Z. 3 i 4. J. Lipsztat.*)

87. A. Mayer. O pragnieniu, jego przyczynach i mechanizmie.

Pragnienie jest uczuciem potrzeby wprowadzenia do ustroju płynów. Doświadczenia DUPUYTREN'a, MAGENDIE'go, CL. BERNARD'a, SCHIFF'a dowiodły, iż pragnienie powstaje nie z powodu miejscowej suchości błony śluzowej gardzieli, lecz jest następstwem zgęszczenia krwi. Doświadczenie botanika STAHL'a nad plazmodją dębu wykazało, iż pragnienie już i tam istnieje i wyraża się ruchem pelzakowym w stronę wilgoci. Pragnienie jest więc potrzebą wody, odczuwaną przez cały ustrój. FRITSCH i HITZIG stwierdzili istnienie pragnienia w przypadkach urazu opuszki, a S. PAGER—w przypadkach urazu części przedniej zrazu skroniowo-skrzydłowego. Nakoniec pragnienie może być czysto czynnościowego pochodzenia. Analiza psychologiczna [BEAUNIS, RIBOT] pragnienia odkrywa w niem: ból, niedomaganie ogólne, ból miejscowy, popęd stopniowo wzrastający, stający się w końcu nieprzezwyrodnym. Te cechy pragnienia odpowiadają w zupełności wielkiemu znaczeniu wody w ustroju: ona bowiem otacza komórki, dostarcza im rozpuszczonych w niej substancji pożywnych, przyjmuje zaś od nich wytwory przemiany. Słusznie też CL. BERNARD zauważył, iż właściwie wszystkie zwierzęta są wodnemi.

Pomiędzy krwią a cieczą tkankową zachodzi ciągła wymiana, której celem, za życia nb. nigdy nie osiąganym, jest wyrównanie różnicy ciśnienia osmotycznych. Jeżeli krew dla różnych przyczyn staje się stężoną, wtedy, jako ciecz hipertoniczna, czyli mająca większe ciśnienie osmotyczne, odbiera tkanom wodę, t. j. wywołuje pragnienie. Stopień zamarzania krwi takiej jest znacznie niższy. Czynniki, wywołującymi większe stężenie krwi wzgl. pragnienie, są: praca mięśniowa i poty [fizyologicznej], usunięcie nerek, zastrzyknięcie rozczyńców hipertonicznych i suche wyłącznie pożywienie [doświadczalne], gorączka, cholera, cukrzyca, puchlina brzuszna, zapalenie nerek [patologiczne]. Doświadczenia nad psami z zastrzykiwaniem rozczyńców hipertonicznych o ciepłocie zamarzania $-2,4^{\circ}$ do -3° [ciepłota zamarzania krwi $-0,6^{\circ}$] oraz hypotonicznych o ciepłocie zamarzania $-0,1^{\circ}$ do $-0,2^{\circ}$ wykazały w pierw-

szym przypadku podniesienie ciśnienia tętniczego, w drugim spadek jego lub brak zmiany. Objętość nerek w obu przypadkach wzrasta, więcej jednak w pierwszym, objętość jelita w pierwszym wzrasta, w drugim zostaje bez zmiany; w jamie ustnej wzgl. w języku w pierwszym przypadku następuje rozszerzenie naczyń, w drugim zwięźlenie ich. W ten sposób ustrój automatyczny, dzięki grze światła naczyń, usuwa nadmiar płynów czy substancji stałych. Jeżeli mu się nie uda wydalić zbyt wielu substancji stałych, zjawia się świadomość tej potrzeby, pragnienie. Jak wykazują doświadczenia, gra światła naczyń pod wpływem wspomnianych zastrzykiwań zależy od podrażnienia zakończeń nerwów naczyńoruchowych, przesyłających je do odnośnego ośrodka w opuszce, nie zaś od bezpośredniego wpływu zastrzykniętej cieczy na ośrodki nerwowe. Umieszczenie ośrodka w opuszce potwierdzają przypadki Fritsch'a i Hirtzig'a. Mechanizm pragnienia pochodzenia żołądkowego nie różni się niczem od mechanizmu pragnienia zwykłego. Postępowy charakter pragnienia wyjaśnia się coraz to większym wzrostem ciśnienia wewnątrznaczyniowego wskutek utraty cieczy przez płuca, nerki, jelita i skórę. Pragnienie pochodzenia mózgowego jest faktem niewątpliwym [PAGET], lecz umiejscowienie odnośnego ośrodka mózgowego jest niewiadomem. W pragnieniu odróżniamy okres pobudzenia uczucia i następny—osłabienia jego. Siła mięśniowa w obu okresach jest obniżona, natomiast oddech przyspieszony, działalność serca i ciśnienie tętnicze wzmożone. Te czynniki wraz z ogólnym niedomaganiem i niewyraźnym popędem składają się na wytworzenie stanu psychicznego, któremu swoistej barwy uświadomienia udziela suchość błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli. Rzeczywiście, znieczulenie błony śluzowej gardzieli kokainą może u zdrowego człowieka zapobiedz odczuwaniu pragnienia, nie znosząc innych jego objawów fizjologicznych.

(ANDRÉ MAYER. *Essai sur la soif, ses causes et son mécanisme. Paris, Felix Alcan, 1901.* S. Justman.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku, nakładem naszego czasopisma, drugi tom dzieła kol. W. BIEGAŃSKIEGO z Częstochowy: „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“. W dziele tem o 619 stronicach autor opracował grype, zapalenie włóknikowe płuc, gruźlicę, dyzenterję, cholereę, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne, tężec, zimnicę, zakażenie wąglikowe, nosaciznę i wściekliznę. Cena dzieła rb. 5.

W dalszym ciągu wydawnictwa dzieł lekarskich „Gazeta Lekarska“ po ukończeniu 2-tomowej pracy kol. BIEGAŃSKIEGO przystąpiła do drukowania pracy kol. HERYNGA: „Dyagnostyka i terapia chorób nosa i krtani“, której rękopis autor złożył redakcyi przeszło od roku, oraz pracy kol. A. SOKOŁOWSKIEGO: „Choroby tchawicy, oskrzeli i śródpiersia“ i kol. prof. PRZEWOSKIEGO: „Anatomia patologiczna“.

— Jak wiadomo, na wiosnę 1902 r. obchodzoną będzie w Paryżu uroczystość 100-letniej rocznicy utworzenia „internów“ w szpitalach paryzkich. Między innymi postawiony będzie w dziedzińcu szpitala Hôtel-Dieu pomnik dłuta DENYS PRUCHA, przedstawiający operację tracheotomii, a poniżej wyrzyte będą nazwiska wszystkich internów, zmarłych na krup, na który zapadli przy ratowaniu dzieci, na tę chorobę w szpitalach leczonych.

— Zmarł w Wiedniu prof. pedyatrii WIEDERHOFER.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводило Цензурою, Варшава 19 Юля 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dr. W. MALESZEWSKI 0—20

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

w Karlsbadzie.

„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje

**Woda
Krondorfska**
alkaliczna szczawa
podług analiz naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.

Główna sprzedaż: To-
warzystwo Akcyjne
przetworów chemicz-
nych i aptecznych Hen-
ryk Welt, Warszawa.

Baden pod Wiedniem 0—11

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—11

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrekt^{or} Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszemi urzą-
dzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wia-
trów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe Sta-
ranna 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 stacyi kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

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

*Zdrowisko szczawy żelazistej do picia i do kąpieli. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

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

0—6 Dyrektor D-r **A. PUŁAWSKI**, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

MARYENBAD Zdrowisko wszechświatowe (Czechy).

Ekspedycya: Marienbad w Czechach

Składy
we wszystkich aptekach i składach wód
mineralnych i materiałów aptecznych.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody w Europie, zawierające sól glauberską (5 grm. soli glauberskiej w litrze). Wskazania: otyłość, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, peluskrwistość.

12—5

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza szczawa żelazista w Europie (0,77 grm. dwuwęglanu żelaza w litrze). Wskazania: niedokrwistość, blednica

Rudolfsquelle, źródło wyróżniające się znaczną zawartością kwasu węglanego wapnia i magnezyi. Wskazania: chroniczne katary, narządów moczowych, kamienie nerkowe, moczówka cukrowa, *arthritis*.

Wody mineralne, pochodzące ze źródła de l'ÉTAT

VICHY CÉLESTINS GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Uprasza się o wymienianie źródła.