

# GAZETA LEKARSKA.

## Ś. p. Władysław Tyrchowski,

niegdyś profesor położnictwa w trzech następujących po sobie wyższych uczelniach naszych, zawołany i wzięty swego czasu praktyk, zakończył żywot doczesny dnia 15 b. m., przeżywszy lat 80. Przed kilkunastu laty, zmuszony do porzucenia stanowiska nauczycielskiego, usunął się zupełnie w zacisze domowe, porzucił nawet pracę zawodową i żył już tylko wspomnieniami przeszłości. Przed 4-ma jednak laty, pomimo podeszłego wieku, przypomniał się jeszcze raz ogółowi lekarskiemu, odtwarzając dzieje Instytutu Położniczego, w których niepoślednią sam odegrał rolę, których *magna pars fuit*, jako długoletni dyrektor tej, tak przez się umiłowanej, instytucji. Toteż praca ta ostatnia jest zarazem jakoby autobiografią nieboszczyka; z niej więc zaczerpnąć możemy nieco wiadomości o życiu i czynach TYRCHOWSKIEGO.

Ś. p. TYRCHOWSKI urodził się w Krakowie 1820-go roku. Tam do szkół uczęszczał, tam też w roku 1845-ym nauki lekarskie ukończył. Po zwiedzeniu klinik akuszeryjnych w Berlinie i Paryżu, został zamianowany adjunktem przy klinice położniczej we Wszechnicy Jagiellońskiej i w tym też czasie uzyskał młody doktor medycyny stopień magistra akuszeryi. W 1847-ym roku osiadł na stałe w Płocku i tam przez lat 14 zajmował się praktyką lekarską, będąc zarazem lekarzem szpitali i członkiem honorowym urzędu lekarskiego. A była to praktyka prowincjonalna, jak sam powiada, „bogata w ciężkie wypadki”, więc też TYRCHOWSKI miał doskonałą sposobność do należytego wykształcenia się w obranej specjalności. Ze



sposobności tej, dzięki zdolnościom i pracowitości, jak najlepiej skorzystał, a nabywszy wśród ciężkiej pracy zawodowej dużo doświadczenia, postanowił spisać swe wiadomości, zawrzeć je w książce, któraby była „treściwem zbraniem najważniejszych zasad położnictwa z szczególnym względem na praktyczne ich zastosowanie”, któraby więc mogła służyć młodzieży lekarskiej za rzetelnego przewodnika w trudnej wędrówce zawodowej. Z zadania tego wywiązał się TYRCHOWSKI doskonale. W roku 1861-ym wydał w Krakowie „R y s P o ł o ż n i c t w a p r a k t y c z n e g o“, książkę sporą, o 377 stronicach druku, w której przedstawił jasno, treściwie, z prawdziwym talentem dydaktycznym naukę położnictwa, wybierając tylko powszechnie uznane prawdy naukowe, o których rzetelnym, praktycznym użytku sam się dostatecznie przekonał. Toteż podręcznik ten stał się wkrótce nadzwyczaj popularnym i takim pozostał przez lat wiele u młodzieży lekarskiej warszawskiej, której nauczycielem został TYRCHOWSKI niebawem.

Właśnie w r. 1860-ym zdecydowano obsadzić przez konkurs wakującą jeszcze katedrę akuszerki w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie. TYRCHOWSKI postanowił spróbować sił swoich w tym konkursie i zgłosił się ze swą kandydaturą. Z pośród trzech, ubiegających się wówczas konkurentów, TYRCHOWSKI, po dokonaniu wszystkich wymaganych warunków, zwyciężył i na posiedzeniu Konferencji Akademii w dniu 31-ym stycznia 1861 roku został większością głosów wybrany na profesora zwyczajnego akuszerki, ginekologii, pediatrii i kliniki akuszerki. Wkrótce też został zamianowany dyrektorem Instytutu Położniczego, w którym pomieszczono klinikę i dyrektorem związanej z nim szkoły akuszerki i babek wiejskich.

Od tej chwili, aż do roku 1884-go, a więc przez 23 lata, prof. TYRCHOWSKI, przechodząc po kolei z Akademii do Szkoły Głównej, ze Szkoły Głównej do Uniwersytetu, zajmował się bezustannie nauczaniem młodzieży lekarskiej położnictwa i związanych z niem chorób kobiecych i pediatrii, dawał dobre podstawy całemu zastępowi młodych lekarzy i wykształcił z grona swych asystentów znaczną liczbę specjalistów. Wykłady jego, mające przeważnie cele praktyczne na względzie, były przystępne, jasne i treściwe, a wypowiedane bezpretensjonalnie. Na klinice zaś prof. TYRCHOWSKI bezustannie przypominał młodzieży, że pierwszym zadaniem lekarza jest: *non nocere*; toteż całe Jego postępowanie lecznicze nacechowane było wstrzemięźliwością, a w stawianiu wskazań do rękoczynów — nadzwyczajną oględnością. Do cierpliwości, tej najgłówniejszej cnoty akuszera, przyzwyczajał młodzież bezustannie, sam, własnym zachowaniem się u łoża rodzącej, dając przykład nadzwyczajnego taktu lekarskiego. Dbając o dobro powierzonych swej pieczy pacjentek, troszczył się bezustannie zarówno o polepszenie zdrowotności kliniki, jak i o dostarczenie Instytutowi obfitszych zasobów materialnych, któreby pozwoliły na lepsze urządzenie kliniki i dostatniejsze zaopatrzenie chorych. Walka z gorączką połogową była najcięższą troską dyrektora. Ciasnota pomieszczenia, coraz bardziej zwiększająca się liczba uczniów i uczennice w zakładzie, nędzne uposażenie jego — wszystko to razem stało się powodem, że



śmiertelność i chorobowość w zakładzie stale osiągały wysokiej cyfry. Kola-  
tając bezustannie, prof. TYRCHOWSKI wyjednał od Szkoły Głównej na utrzy-  
manie kliniki zasilek pieniężny, później i przez Uniwersytet nie cofnięty i do-  
czekał się wreszcie, dopiero za czasów Uniwersytetu, odpowiedniej przeróbki  
gmachu Instytutu, wskutek czego warunki zdrowotne zakładu poprawiły się  
znacznie. Śmiertelność zaczęła się zmniejszać, a po wprowadzeniu jaknajściślejsz-  
ej metody przeciwnie — spadła wreszcie w roku szkolnym 1882/1883 do  
niebywalej dawniej cyfry 1%. A więc doczekał się wreszcie spełnienia najgo-  
rętszych swych marzeń. Szkoda, że tuż prawie potem musiał ustąpić z zajmo-  
wanego przez lat tyle i z takim pożytkiem dla uczniów i instytucji stanowiska.

U uczniów i uczennic swoich, pomimo ciągłego napominania o gorliwe  
przykładanie się do zajęć, pomimo dość surowych wymagań przy egzaminach,  
cieszył się prof. TYRCHOWSKI wielkiem poważaniem i uznaniem, bo potrafił  
przekonać ich, że nawołując do pracy i nauki, miał jedynie tylko dobro spo-  
łeczne na celu. Toteż zasłużył sobie u nich na niezatartą wdzięczność, czego  
wymownym objawem był hold, złożony Mu, zaraz po ustąpieniu ze stanowiska  
profesora, przez byłych Jego uczniów, których liczne pokolenia wy-  
kształcił.

W Szkole Głównej prof. TYRCHOWSKI piastował też przez 4 lata urząd  
dziekana fakultetu lekarskiego i obowiązki swe spełniał wzorowo, w r. 1880-ym  
był prezesem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, które, w uczczeniu  
zasług, wybrało prof. TYRCHOWSKIEGO w roku jubileuszu [w 1885-ym] na swe-  
go członka honorowego.

Zajmując się bezustannie uczeniem innych, prof. TYRCHOWSKI wcale nie  
porzucił pracy nad nauką; nie mogąc tak często, jakby tego pragnął, zajmować  
się obrabianiem szerszych i ogólniejszych tematów, ograniczać się musiał na  
komunikowaniu w Towarzystwie Lekarskiem ciekawszych spostrzeżeń z boga-  
tej swej kaszustyki klinicznej. W ciągu lat referatów tych zebrało się  
kilkadziesiąt.

Prócz rozprawy inauguracyjnej, z większych prac wydał: O epi-  
demiach cholerycznych w Płocku, O przeciętnem ozna-  
czeniu dojrzałości płciowej u kobiet w Królestwie  
Polskiem i wreszcie, wspomniane już wyżej, Dzieje Instytutu  
Położniczego w Warszawie od roku 1802 do 1884-go, obej-  
mujące, prócz tego, dzieje położnictwa, a raczej instytucji położniczych w da-  
wnej Polsce, oraz poczęści opis wyższych uczelni w kraju. W podeszłym  
będąc już wieku, prof. TYRCHOWSKI nie zawahał się przed znużeniem i uciąż-  
liwym szperaniem po archiwach, przed wertowaniem najrozmaitszych ak-  
tów i kronik — byle tylko rzecz ściśle obrobić. Praca ta aczkolwiek nie wolna  
od pewnej domieszki pierwiastku polemicznego, stanowi ważny przyczy-  
nek do historii naszego szpitalnictwa i naszych instytucji naukowych i świad-  
czy wymownie o niezłomnej energii i nadzwyczajnem zamiłowaniu zmar-  
łego profesora do studyów.

Kapitałną jednak pracą profesora TYRCHOWSKIEGO pozostanie R y s P o-  
ł o ż n i c t w a, znany lepiej pod popularną nazwą: „Książeczka“; zważywszy



na zwięźle, a jednak jasne przedstawienie rzeczy, dowodzące zupełnego zapoznania nad przedmiotem, na niebywałe powodzenie podręcznika, który szybko bardzo zupełnie został wyczerpany, zważywszy wreszcie na czasy, w których powstał, przyznać trzeba, że podręcznik TYRCHOWSKIEGO był wtedy zjawiskiem fenomenalnym. Krytyk ówczesny powiada, że „prof. TYRCHOWSKI wydaniem powyższego dzieła prawdziwą przysługę oddał naszej literaturze i zasłużył sobie na bezwarunkową wdzięczność ze strony całego naszego świata lekarskiego“. I dziś, po tylu latach, można śmiało świadectwo to podpisać, bo i dziś jeszcze, pomimo zestarzenia się, książka ta posiada jednak wielkie zalety, zwłaszcza pod względem ścisłości i czystości języka naukowego. Żałować trzeba, że prof. TYRCHOWSKI nie poszedł za przykładem obcych uczonych i nie ogłaszał co kilka lat nowego, stosownie do zdobywanego doświadczenia i stanu ówczesnej nauki, poprawianego wydania. Mielibyśmy dziś dzieło prawdziwie doskonałe. Zapewne przez wrodzoną skromność nie czynił tego. Już w przedmowie bowiem do swej książki zaznaczył, że napisanie wyczerpującego, a więc lepszego, dzieła pozostawia zdolniejszym od siebie, książkę zaś swą napisał dla młodszych w nauce braci:

*... non docentibus sed discantibus  
non eruditibus sed erudiendis . . . .*

W tem zastrzeżeniu mieści się cały człowiek!

*Zweigbaum.*

---

Prace prof. TYRCHOWSKIEGO:

- 1) De trichomate quod vulgo plica polonica appellatur. Commentatio historico-medica Cracoviae 1884. Diss. inaugural. Rozprawa uwieńczona nagrodą przez wydział lekarski.
- 2) O epidemjach cholerycznych w Płocku. Warszawa 1860. Odbitka z Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. T. XLIV. 1860.
- 3) Rys Położnictwa praktycznego. Kraków. 1861. w 8-ce str. 377.
- 4) Brak przyrodzony macicy. Pam. Tow. Lek. W. 1863. XLIX.
- 5) Łożysko płód poprzedzające, rozwiązanie sztuczne (*accouchement forcé*). P. T. L. W. 1863. L.
- 6) Brak macicy i jajników P. T. L. W. 1863. L.
- 7) Zapalenie błoniaste jam nosowych i gardła u dziecka kilkomiesięcznego; śmierć. P. T. L. W. 1864. LI.
- 8) Samowolne zrośnięcie się wargi zajęczej. P. T. L. W. 1864. LI.
- 9) Rozdarcie macicy i sklepienia pochwowego u rodzącej; śmierć. P. T. L. W. 1894. LII.
- 10) Hydrocepholus acutus. P. T. L. W. 1865. LIV.
- 11) Spadnięcie z 3-go piętra bez żadnego uszkodzenia. P. T. L. W. 1865. LIV.
- 12) Leczenie wrzodów części pochwowej macicy żelazem rozpalonem. Pam. Tow. Lek. War. 1865. LIV.
- 13) Zranienie pochwy u kobiety ciężarnej. P. T. L. W. 1865. LIII.
- 14) Wodna puchlina w ciągu ciąży. P. T. L. W. 1865. LIII.
- 15) Poród bliźniąt, silne obciążenie macicy na płodzie. P. T. L. W. 1865. LIV.

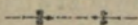
- 16) Tablaryczay wykaz porodów płodów juleżywych i wymiękłych, w klinice od stycznia do maja 1865 r postrzeganych. P. T. L. W. 1866. LV.
- 17) Płód nieżywo przez 7 miesięcy w macicy pozostający, wydalony przez cięcie cesarskie. P. T. L. W. 1865. LIV.
- 18) Wyklucie samodzielne (*evolutio spontanea*) P. T. L. W. 1865. LIII.
- 19) Zwężenie miednicy 2-go stopnia, wymóżdżenie płodu. P. T. L. W. 1865. LIII.
- 20) Poród dziecka nadgniętego. P. T. L. W. 1866. LV.
- 21) Zastosowanie strzykawki BRAUN'a w krwotokach macicznych P. T. L. W. 1836. LV.
- 22) Przyspieszenie porodu przy chorobie nerek. P. T. L. W. LV.
- 23) Obszerna przetoka pęcherzo-pochwowa po porodzie. P. T. L. W. 1869. LXI.
- 24) Rozdarcie międzykroczka przed narodzeniem dziecka. P. T. L. W. 1870. LXIII.
- 25) Atresia vulvae incompleta, fistula recto-vaginalis, wytworzona przy porodzie P. T. L. W. 1871. LXV.
- 26) Przeciętne oznaczenie dojrzałości płciowej u kobiet w Królestwie Polskiem. P. T. L. W. 1876. LXXII.
- 27) Kamień moczowy u wieprza P. T. L. W. 1873. LXIX.
- 28) Opis przypadku cięcia cesarskiego oraz dyskusya. P. T. L. W. 1880. LXXXI.
- 29) W. KOCHAŃSKI. życiorys. Kłosa. XXVI.
- 30) Instytut Położniczy w Warszawie od roku 1802—1884. P. T. L. W. 1897. XCIII.

## I. KILKA SŁÓW W SPRAWIE LECZENIA NADKWAŚNOŚCI ŻOŁĄDKOWEJ

(*hyperchlorhydria*).

Podał

**F. Białokur** [z Jałty].



Nadkwaśność żołądkową leczymy środkami farmaceutycznymi oraz stosowną dyetą. Ze środków farmaceutycznych zwykliśmy stosować alkalia, ażeby zniweczyć szkodliwy wpływ nadmiernie wydzielonego kwasu solnego. Doraźny skutek zasad zawsze jest dodatni, ponieważ chorzy odrazu prawie pozbywają się dolegliwości ze strony żołądka. Stosowanie zasad *à la longue* doszczętnie cierpienia nie leczy, jest więc środkiem tylko paljatywnym.

Co zaś się tyczy diety, to tu zdania autorów są bardzo podzielone.

Jedni autorowie [RIEGL, BOAS, HEGELE, PENZOLDT, EINHORN i t. d.], dla znanych powszechnie przyczyn, oddają pierwszeństwo, w sprawie żywienia chorych z nadmierną kwaśnością żołądkową, potrawom mięsnym, inni zaś [ROSENHEIM, FLEINER, DUJARDIN-BEAUMETZ] utrzymują, że w tych razach najstosowniejsze są węglowodany, ponieważ daleko mniej, aniżeli mięso, drażnią błonę śluzową żołądka.

Myśl używania tłuszczów zupełnie nie znajduje praktycznego zastosowania, ponieważ powstała na gruncie czysto teoretycznym [PAWŁOW], w prak-



tyce zaś każdy lekarz wielokrotnie miał sposobność się przekonać, iż tłuszcz tylko sprawę pogarsza.

Za prawdziwie racjonalne leczenie nadkwaśności żołądkowej możemy uważać jedynie tylko takie, które profilaktycznie stwarza warunki, niedopuszczające, ażeby się w żołądku wytworzył kwas solny w nadmiernej ilości.

Jak wiadomo, kwas solny w żołądku powstaje z chlorku sodu krwi przez działanie masowe kwasu węglowego [u BUNGE'go]. Chcąc więc zapobiedz nadmiernemu wytwarzaniu się HCl, powinniśmy postępować tak, ażeby organizm chorego zubożał w chlorek sodu, czyli winniśmy zredukować ilość podawanych chlorków oraz sodu do *minimum* i zastąpić te elementy przez inne ciała.

Sod najlepiej zastąpić przez potas, ponieważ już normalnie w ustrój panuje ciągly antagonizm pomiędzy związkami sodu i potasu, a mianowicie stwierdzonem zostało doświadczalnie] przez BUNDE'go, iż podawanie w większych ilościach potasu, zawsze wywołuje wzmożone wydalanie z moczem związku sodu, czyli przeważnie chlorku sodu.

Dla tego też, prawdopodobnie, ludność odżywiająca się przeważnie pokarmami roślinnymi, jest wolną od dolegliwości nadmiernej kwaśności żołądkowej [WESTPHALEN, v. SOHLERN], ponieważ rośliny, w porównaniu z mięsem, zawierają więcej soli potasu, które, jak to stwierdził BUNGE, wzmagają wydalanie chlorku sodu z moczem i przez to pozbawiają ustrój źródła powstawania kwasu solnego.

A więc z tego wynika, iż dyeta chorych na nadkwasność trawienną powinna być przeważnie roślinną, trzeba tylko obmyślić sposób, jak i kiedy dietę tę zastosować można, na razie bowiem, bez uprzedniego przygotowania błony śluzowej żołądka, zawsze prawie żywienie pokarmami roślinnymi zwiększa dolegliwości cierpiących na nadmiar kwasu w żołądku.

Hołdując podobnym zasadom, postępuję w takich razach w sposób następujący:

1) Przed rozpoczęciem kuracyi w każdym przypadku badam zawartość żołądkową, ponieważ zauważyłem, iż większa część chorych, zwłaszcza nieinteligentnych, uważa rękoczyn wprowadzania zgłębnika za kuracyę i czuje polepszenie już po pierwszym wprowadzeniu jego.

2) Regulowanie diety polega na tem, że na razie zalecam pokarmy, w których skład wchodzi przeważnie białko <sup>1)</sup>, zabraniam jeść rzeczy bardzo

<sup>1)</sup> Przykład zalecanej na razie diety:

Rano o g. 9-ej: a) 500 ctm. sz. mleka ciepłego.

b) 40 grm. bułki z masłem śmietankowem, bardzo świeżem.

c) 2 jajka na miękko [bez soli].

Obiad o g. 2-ej. a) 150 grm. sztuki mięsa.

b) 1/2 talerza bulionu.

c) kotlet z niewielką ilością purée z kartofli.

d) bardzo stódki kompot z przetartych przez sito jablek [mały spodek].

e) 40 grm. bułki.



kwaśne, pieprzne, korzenne; zabraniam wódkę, wino i kawę, wodę sodową, przekąski. Radzę mocno i długo przeżuwać pokarmy.

Ilość soli [kuchennej] redukuję do *minimum*. Upraszam chorych, ażeby się powstrzymywali od palenia tytoniu, oraz ażeby jadali wolno, 3 razy dziennie i ażeby wszystkie pokarmy nie były ani zbyt gorące, ani też chłodne. Po jedzeniu, zwłaszcza po obiedzie, konieczny odpoczynek w pozycji leżącej, przynajmniej  $\frac{1}{2}$  godziny trwający.

Ponieważ chorzy tacy, ażeby nie wywoływać bólów, unikają jedzenia, staram się ich zapewnić, iż bólów nie będą odczuwali, jeżeli się ściśle zastosują do zalecanej metody leczenia.

3) W  $\frac{1}{4}$  godziny po każdym jedzeniu daję mieszaninę następujących soli potasowych z beladoną:

Rp. *Kalii bromati*  
*Cremoris Tartari aa* 25,00.  
*Kalii bicarbonici* 3,00.  
*Extracti Belladonnae* 0,20.

*M. f. pulvis. D. ad vitrum. S. 3* razy dziennie po  $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki, przez 2 tygodnie.

4) Potem stopniowo chorzy zaczynają do diety białkowej dodawać węglowodany oraz tłuszcze, tak, że po upływie 2 tygodni już zjadają spore ilości purée z kartofli, strawniejsze owoce [gruszki], kompoty, makarony, kaszki i t. d. Wtedy pozwalam też trochę kawy oraz rozcieńczonego wodą wina.

Po upływie 3 tygodni zwykle chorzy czują się zupełnie dobrze.

Wtedy jeszcze przestrzegam, ażeby, już wyleczeni, nigdy nie nadużywali mięsa i soli kuchennej, oraz, ażeby się starali zawsze jadać jednakową ilość pokarmów, o jednej porze i nie pośpiesznie.

Jak widzimy, w podawanej przezemnie mieszaninie różnych soli, nie mamy wcale ani sodu ani chloru, a więc sole te już *a priori* nie mogą służyć źródłem powstawania w organizmie [w krwi] chlorku sodu, z którego znów mógłby się wytworzyć wolny kwas solny w żołądku, czyli działanie tej mieszaniny w każdym razie powinno być zapobiegawcze.

Postaramy się teraz wytłómaczyć znaczenie oraz działanie oddzielnych części składowych powyższego proszku.

Używając bromu, miałem dwojaki cel na myśli:

a) Zmniejszenie pobudliwości oraz podrażnienia nerwowego, które, bądź co bądź, istnieje u wielu bardzo chorych na nadmierną kwasność żołądkową, przez co niektórzy autorowie wręcz uważają nadkwasność żołądkową nie jako odrębną jednostkę chorobową, lecz jako jeden z wielu objawów neurastenii.

f) w kwadrans po obiedzie szklanka herbaty lub też wody przegotowanej.

Kolaeya o g. 8-ej. a) Szklanka słodkiej herbaty

b) 2 jajka na miękko.

c) Szklanka mleka.

d) 40 grm. sucharków.



b) Wytworzyć sztucznie, chociaż na pewien przeciąg czasu, substytucyę w organizmie jednego haloidu przez drugi; w naszym przypadku staramy się zamienić chlor przez brom.

Substytucya taka teoretycznie jest możliwą, czego dowodzą doświadczenia FESSEL'a <sup>1)</sup> „o zachowaniu się bromu w ustroju zwierzęcym“. Z doświadczeń tych widać, że najobficiej nagromadza się brom we krwi, w której po części zastępuje miejsce soli kuchennej, ta zaś wydalana bywa w znacznej ilości wraz z moczem. Tak samo, najprawdopodobniej w gruczole tarczowym, brom zastępuje jod, ponieważ autor ten stwierdził fakt niezawodny, iż przy karmieniu zwierzęcia bromem zawsze w moczu udawało się wykryć jod, a zjawisko to inaczej nie da się wytłómaczyć.

*Cremor tartari* — kwaśny winian potasu, ma odczyn kwaśny; jako kwas, a zwłaszcza organiczny, mniej drażni ścianki żołądka, aniżeli zasady; nie rozpuszcza się w wodzie; może wstępować w związek z wolnym kwasem solnym; działa jako środek lekko przeczyszczający. Ponieważ do nadmiernej kwaśności bardzo często dołącza się zaparcie stolca, dla tego też w tych razach bardzo jest pożądane nie drażniące żołądka *purgans*.

Przez *kalium bicarbonicum* zastąpiłem sodę, dla zobojętnienia już wydzielonego kwasu solnego.

Niepoślednie miejsce zajmuje też ostatnia część składowa moich proszków, a mianowicie *extractum Belladonnae*.

Beladonie przypisują działanie nie tylko paljatywne, czyli uśmierzające bóle, ale też i działanie wręcz lecznicze, a mianowicie zmniejszające wydzielinę żołądkową i obniżające jej kwaśność. RIEGEL <sup>2)</sup> niedawno dowiódł, iż atropina posiada wybitną zdolność tamowania czynności wydzielniczej żołądka.

Doświadczenia RIEGEL'a mają tę zaletę, że zostały wykonane za pomocą metody prof. PAWŁOWA, która polega na tem, iż z części ściany żołądka wytwarzamy niby drugi mały żołądek, nie komunikujący się z pozostałą jego częścią, a otwierający się na zewnątrz tak, iż wydzielinę jego możemy otrzymać w stanie zupełnie czystym. Doświadczenia PAWŁOWA uczą, że czynność dodatkowego żołądka jest odzwierciedleniem czynności pozostałego dużego, którego sprawność pozostaje nienaruszoną.

Otóż za pomocą tej ścisłej metody badania zostało, oprócz tego, stwierdzonem, że nie tylko ilość, ale i jakość soku żołądkowego się zmienia, ponieważ kwaśność jego spaść może od  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{2}$  normy.

Na zasadzie tych doświadczeń, oraz 80 spostrzeżeń klinicznych na ludziach, RIEGEL upatruje w atropinie bardzo doniosły środek leczniczy przy nadmiernej kwaśności żołądkowej, tembardziej, iż sprawy wydzielnicze w żołądku odbywają się za pomocą nerwu błędnego, który atropina paraliżuje.

To są nowsze zdobycze nauki, chociaż nie można powiedzieć, ażeby były

<sup>1)</sup> FESSEL. Münch. medic. Woch. Nr. 39. 1899. ref. w Gaz. Lek. 1899. str. 1190.

<sup>2)</sup> RIEGEL. Zeitsch. f. klin. Medic. Bd. 37. 4, 5. 6 1899.



zupełnie nowe, tylko zostały przedstawione w więcej przekonywajacem oraz naukowym świetle.

*Mutatis mutandis* możemy działanie atropiny przenieść na wyciąg beladony.

Tym sposobem leczyłem 18 przypadków, które obserwowałem i po skończonej kuracji.

We wszystkich tych przypadkach przed rozpoczęciem leczenia klinicznie rozpoznałem nadkwaśność, która się wahała pomiędzy 1,5‰<sup>1)</sup> a 2,3‰.

Cztery razy udało mi się zbadać zawartość żołądkową w parę tygodni po skończonej kuracji, kiedy chorzy czuli się zupełnie dobrze.

Okazało się, iż w jednym z tych przypadków ilość HCl pozostała niezmienną, dwa razy ilość HCl zmniejszyła się nieznacznie [z 2‰ i 2,1‰ do 1,9‰] a w jednym kwaśność znacznie się podniosła [z 2‰ do 2,9‰!], pomimo iż chory czuł się zupełnie dobrze.

Przypadek ten był następujący:

Chory liczy lat 46. Od kilku lat cierpi na *hyperchlorhydria*.

19. II. 1899 r. Czyży żołądek zawiera 10 ctm. sz. żółtej zawartości o kwaśności ogólnej—35. HCl—20.

W godzinę po próbnem śniadaniu: miazga pokarmowa doskonale strawiona,

HCl	2‰.
Cukier	—

8. III. Po 12 dniach zażywania zapisanych przeze mnie proszków [po ½ łyżeczki], oraz po powyżej wzmiankowanej dyecie: apetyt doskonały, bólów w żołądku chory prawie nie doznaje, śpi doskonale; źrenice nie rozszerzone, suchość w ustach wyraźna, stolce prawidłowe; pracuje chętnie.

16. III. Przez tydzień zażywał po całej łyżeczce: źrenice nie rozszerzone; jest ciągle senny, suchość w ustach znaczna, bólów w żołądku nie doznaje kombinuje trochę gorzej, niż zwykle.

22. III. Chory nie zażywał proszków przez tydzień. Czuje się zupełnie dobrze, apetyt ma dobry, węglowodany znosi zupełnie dobrze.

Wtedy badanie żołądka wykazało:

Czyży żołądek nic nie zawiera. W godzinę po próbnem śniadaniu otrzymałem miazgę dobrze strawioną:

kwaśność ogólna	102.
HCl	80 [2,9‰!]
Cukier	+ [!]

A więc chemizm żołądka w danym przypadku zmienił się w ten sposób, iż ilość HCl się zwiększyła, natomiast kwas ten musiał się wydzielić w daleko, późniejszym okresie trawienia, gdyż się już zdołał wytworzyć cukier, czegośmy nie obserwowali przed rozpoczęciem leczenia. Innemi słowy *secretio celer* zamieniło się na *secretio tarda*.

<sup>1)</sup> W Jalcie objawy nadkwaśności występują przy mniejszej zawartości HCl, aniżeli w Warszawie.



Drugi przypadek bardzo efektownego wyleczenia ciężkiej postaci nadkwaśności w przeciągu tygodnia był następujący:

Chory, lat 42. Od 3 lat cierpi na szalone bóle w okolicy żołądka, zgagę i t. d. Badanie wykazało: HCl 2,1‰  
Cukier —

Rozpoznałem: *hyperchlorhydria*.

Przez nieporozumienie w przeciągu tygodnia chory wyżył 2 porcje proszków. W rezultacie otrzymaliśmy następujący stan:

- a) Suchość w ustach.
- b) Śpi prawie cały dzień i noc.
- c) Bóle ustały najzupełniej.
- d) Z trudnością kombinuje.
- e) Stolce miewa prawidłowe.
- f) Żrenice bardzo rozszerzone [źle widzi].
- g) Apetyt stał się wilczy.

Po 2 tygodniach, kiedy objawy nadmiernego działania proszków ustąpiły i chory czuł się zupełnie dobrze, zbadałem żołądek i otrzymałem: HCl 2,1‰.

Cukier + (?),

Od tego czasu chory już przeszło rok na nic się nie skarży.

Oto jest krótki wyciąg z wyników stosowanego przezemnie leczenia nadkwaśności żołądkowej, który właściwie polega na tem, iż:

1) Podajemy chorym takie leki, które nie zawierają ani sodu, ani też chloru.

2) S t o p n i o w o zamieniamy dyetę przeważnie białkową na przeważnie węglowodanową, która zdaniem mojem, jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciw objawom nadkwaśności. Trudne jest tylko przejście od jednej diety do drugiej. Pośrednikiem przy tej zamianie diety białkowej na dyetę roślinną służył mi zawsze wiernie powyżej wzmiankowany proszek.

Nie powiem, ażebym chociaż przez chwilę myślał, iż we wszystkich zgoła przypadkach leczenie takie może być skutecznem. Mnie się to dotąd przeważnie udawało. Mogą się zdarzyć cierpienia natury czysto anatomicznej (np. *gastritis proliferans* BOAS'a, cierpienia żołądka syfilityczne i t. d.), dające obraz nadkwaśności, przy których leczenie takie nas zawiedzie. W każdym razie polecam do sprawdzenia doniosłość stosowanej przeze mnie metody.

---



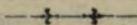
## II. WSKAZANIA DO LECZENIA OPERACYJNEGO

### PRZEWLEKŁYCH SPRAW ROPNYCH W UCHU ŚRODKOWEM.

[Referat, przedstawiony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich  
w Krakowie w Lipcu 1900 r.]

Przez

**D-ra Teodora Heimana.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 3].

Leczenie chirurgiczne przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem za pomocą otwierania wyrostka sutkowego jest niedawnego, bo dopiero przeszło ćwierćwiekowe, pochodzenia. Wprawdzie miał je już wykonywać RIOLAN, a podług innych w pierwszej połowie 18-go wieku J. L. PETIT otwierał wyrostek sutkowy z powodu próchnienia; przy ówczesnych wszelako wiadomościach anatomo-patologicznych, nie posiadano żadnych ścisłych wskazań operacyjnych; najczęściej błędzono po omacku i stosownie też do tego otrzymywano i odpowiednie wyniki lecznicze. Gdy nadomiar zaczęto stosować otworzenie wyrostka sutkowego dla wyleczenia głuchoty i zrobiono smutne doświadczenie na nadwornym lekarzu króla duńskiego BERGERZE, który operację tę przypłacił życiem, otworzenie wyrostka sutkowego zostało zdyskredytowanem na wiele dziesiątków lat. Przeciw operacji samej, jako bezpożytecznej i niebezpiecznej, powstali tacy chirurgowie, jak DIEFFENBACH, LANGENBECK, STROHMEYER i inni. W r. 1860 FORGET i niezależnie od niego TRÖLTSCH wystąpili znowu w obronie tej operacji i na nowo zwrócili na nią uwagę lekarzy. Głównie jednak SCHWARTZE, zabrał się w r. 1873 do zrehabilitowania jej, do wykazania całej jej ważności i to mu się w zupełności udało. Nie zaprzeczając ważności i zbawienności otworzenia wyrostka sutkowego, przekonano się z czasem, że operacja ta w wielkiej liczbie przypadków jest nie wystarczającą, że przez nią uprzystępniamy sobie wprawdzie miejsce choroby, lecz nie usuwamy jej, a raczej przyczyny choroby i wreszcie okres leczenia pooperacyjnego wymaga długiego bardzo czasu. Aczkolwiek nie da się zaprzeczyć, że częstą przyczyną niepomyślnych wyników operacyjnych były błędy techniczne podczas samej operacji i w okresie pooperacyjnym, oraz brak wytrwałości i cierpliwości ze strony lekarza i chorego, to jednak musimy przyznać, że leczenie po operacyjne, trwające wiele miesięcy, a niekiedy lata całe, wystawiało na ciężką próbę chorych i nie dziw przeto, że wielu przestało się leczyć. Zaczęto przeto przemyśliwać nad tem, ażeby skrócić czas leczenia pooperacyjnego i jednocześnie usunąć chorobę doszczętnie. Cel ten osiągnął SCHWARTZE w wielu razach, połączwszy otworzenie wyrostka sutkowego z wyjęciem kostek słuchowych. Ten sposób postępowania cieszyłby się może i dziś znacznem rozpowszechnieniem, gdyby wyjęcie kostek słuchowych przez przewód słuchowy zewnętrzny nie było często połączone z wieloma trudnościami technicznymi. Tak rzeczy stały do



r. 1889, gdy KÜSTER wystąpił z żądaniem, ażeby nie ograniczać się do wydłutowania wyrostka sutkowego, lecz ażeby kość otworzyć szeroko, usunąć z niej wszystko, co jest chorobliwe i ognisko ropne tak obnażyć ze wszystkich stron, ażeby ropa nie mogła nigdzie zatrzymywać się. Dla osiągnięcia tego celu żądał on zasadniczego odjęcia tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego. Wprawdzie ścianę tę wycinano w pewnych razach już przed KÜSTER'em; wszelako idea jego, z a s a d n i c z e g o odjęcia tej ściany, była czemś nowem. Myśl KÜSTER'a padła na glebę urodzajną wśród lekarzy usznych. Zasługa wykonania jego idei i zupełnego uwidocznienia jamy ucha środkowego przez wycięcie tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego i szerokie otworenie zachyłka nadbębenkowego (*recessus epitympanicus*), czyli wytworzenia z przewodu słuchowego zewnętrznego, jamy bębenkowej, sutkowej i zachyłka jednej wielkiej jamy, należy się ZAUFAL'owi i STACKE'mu. Tylko drogi, obrane przez tych autorów, lecz prowadzące do jednego celu, były różne. Jest to wszelako rzeczą zupełnie obojętną, czy operację tę wykonywamy z przodu ku tyłowi, zaczynając od odjęcia tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego [STACKE, KÖRNER], czy też od tyłu ku przodowi, otwierając wprzód wyrostek sutkowy [ZAUFAL, SCHWARTZE]. STACKE'mu należy się prócz tego zasługa, że przez użycie skóry z przewodu słuchowego zewnętrznego do zakrycia wytworzonej jamy kostnej, widoki szybkiego zagojenia się rany znacznie się wzmożyły. Wprowadzone później przez różnych autorów [BEZOLD, HESSLER, KRESCHMANN, REINHARDT, WEGENER, STACKE, JANSEN, KÖRNER, PAUSE] zmiany operacji zasadniczej, mają na celu udoskonalenie jej oraz skrócenie czasu leczenia pooperacyjnego.

W początkach powstania operacji radykalnej, stosownie do rady KÜSTER'a, usuwano wszystko z jamy bębenkowej, a zatem i kostki słuchowe. SCHEIBE, STACKE i GRUNERT radzą je zostawić. SIEBENMANN wykazał, że nawet tam, gdzie długie ramię kowadełka uległo zniszczeniu, resztki jego zrastają się z główką strzemięcia i takie połączenie zastąpić może połączenie naturalne pod względem czynnościowym. Jest to zatem wskazówką, że kostki słuchowe należy pozostawić przy operacji radykalnej. Na sprawę ropną pozostawienie ich lub wyjęcie najczęściej nie wywiera żadnego wpływu.

Jak pierwotne, klasyczne wydłutowanie wyrostka sutkowego, zalecane przez SCHWARTZE'go, stało się punktem wyjścia dla całego szeregu rękoczynów operacyjnych, tak też i wskazania, postawione przez tegoż autora dla otworzenia wyrostka sutkowego, zostały zasadniczymi i tylko, stosownie do wzbogacenia się naszych wiadomości klinicznych i anatomo-patologicznych, rozszerzone i zmodyfikowane zostały. Pomimo licznych i bardzo cennych prac, wskazania do leczenia operacyjnego nie dają się dotąd doprowadzić po jeden ogólny szemat. Myślą przewodnią wszystkich wskazań jest wyleczyć takie sprawy ropne, które przy postępowaniu nieoperacyjnem pozostają przewlekłemi; z czego wynika, że operacja jest wskazaną tam, gdzie przyczyny stanu przewlekłego są tego rodzaju, że prawie wyłącznie dają się usunąć tylko przez operację. STACKE usiłował postawić jedno wskazanie ogólne dla operacji radykalnej, a mianowicie: jest ona wskazaną gdy rozpo-



znano przewlekłe niewyleczalne ropienie zachyłka jamy sutkowej i wejścia do niej, zależne od cholesteatomatu, zgorzeli, próchnienia kości, ziarninowego zapalenia kości, lub zajęcia ścian kostnych w rozmaitym stopniu. O ile dobrze byłoby mieć takie ogólne wskazanie, o tyle nie wystarcza ono dla każdego przypadku konkretnego, a to dla tego, że samo rozpoznanie cierpienia różnych tych odcinków kostnych jest niezmiernie trudne i często nie wiemy, kiedy chorobę uważać za niewyleczalną i to najczęściej musi być zostawione indywidualnemu doświadczeniu każdego lekarza. Otóż to indywidualne doświadczenie lekarza stało się też powodem, że rozmaici autorowie zapatrują się różnie na wskazania do leczenia operacyjnego, jak o tem przekonać nas mogą rozprawy na zeszłorocznym międzynarodowym kongresie lekarzy usznych w Londynie, gdzie kwestya wskazań operacyjnego otworzenia wyrostka sutkowego przy przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego miała za referentów POLITZER'a, MACEWEN'a, LUC'a i KNAPP'a i była szczegółowo rozbieganą przez wielu członków tegoż kongresu. POLITZER dzieli wskazania na przedmiotowe i podmiotowe. Do pierwszych zalicza: próchnienie ścian jamy bębnekowej, ziarninę i polipy w okolicy wejścia do jamy sutkowej (*aditus ad antrum*), wracające po ich wycięciu, przetoki na wyrostku sutkowym, prowadzące do cholesteatomatów, cholesteatomy, przerosty kostne przewodu słuchowego zewnętrznego, bolesne obrzmienie wyrostka sutkowego, porażenie i niedowład nerwu twarzowego, ropienie cuchnące, długotrwałe, opierające się wszelkiemu leczeniu, zwłaszcza, gdy istnieje przedziurawienie okolicy tylnogórnej błony bębnekowej, gdy resztki jej przyrosły do ściany kostnej i gdy masy nabłonkowe wydobywają się przy stosowaniu lejka SIEGLE'a, wreszcie gorączkę i dreszcze, będące wskazówką zapalenia i zakrzepu zatok mózgowych, a także wymioty, ból głowy, zmiany na dnie oka i objawy mózgowie. Do objawów podmiotowych należą: uparty ból w uchu, lub w wyrostku sutkowym, głównie w okolicy potylicowej i ciemieniowej, powiększający się przy opukiwaniu, zawroty głowy stałe lub przepuszczające z powodu nadżarcia przewodu łukowatego zewnętrznego, lub przejścia sprawy chorobowej na błędnik. W kenkluzji powiada POLITZER, że trudno jest w każdym przypadku postawić dokładne wskazania operacyjne. Wiele przypadków przewlekłego ropienia z ucha środkowego daje się wyleczyć środkami antyseptycznymi, usunięciem ziarniny, cholesteatomatów i częściowem odjęciem ściany zachyłka. Nie trzeba wykonywać operacji radykalnej jedynie dla usunięcia upartego ropienia, jakto czynią niektórzy chirurgowie, operacji, która jest prawie niewinna w rękach wprawnego operatora, a w każdym razie ciężka, bo grozi porażeniem otaczających ważnych narządów, a z powodu długiego leczenia pooperacyjnego, czyni często chorego niezdolnym do pracy na dłuższy przeciąg czasu.

LUC stawia trzy wskazania do otwierania wyrostka sutkowego, a mianowicie: 1) zastój i zatrzymanie ropy, 2) gdy po energicznym i wyczerpującem leczeniu ze strony przewodu słuchowego zewnętrznego [usunięcie kostek słuchowych, cholesteatomatów, wyskrobanie ziarniny, środki antyseptyczne], ropienie okazuje się niewyleczalnem i wreszcie 3) gdy grożą powikłania we-



wewnątrzczaszkowe. Operacya ma na celu, dać ujście zatrzymanej ropie i zapobiedz następstwom groźnym ze strony jamy czaszkowej i zakazaniu ogólnemu, oraz usunięcie ropienia, gdy ono opiera się wszelkim rękoczynom bezkrwawym i krwawym, przedsięwziętym ze strony przewodu słuchowego zewnętrznego. Gdy grożą powikłania wewnątrzczaszkowe, otwór w kości powinien sięgać aż do okolicy podejrzanej w oponie twardej, którą trzeba obnażyć, jak tylko objawy groźne nie ustępują w bardzo krótkim czasie.

KNAPP uważa za wskazane otworzenie wyrostka sutkowego, podobnie jak LUC, gdy leczenie przez przewód słuchowy zewnętrzny okazało się bezskutecznem; rozmiary dalszej operacyi występują dopiero w czasie samej operacyi; należy stosować operacyę doszczętną, gdy się okazuje cholesteatomat, spróchnienie zachyłka i gdy zniszczenie sięga po za jamę sutkową. Gdy sprawa chorobowa sięga po za wyrostek sutkowy, należy operacyę doszczętną uzupełnić stosownie do rodzaju cierpienia, otworzeniem jamy czaszkowej, ropienia pozagardzielowego, wyjęciem martwaków z kości skroniowej i t. p.

MACEWEN jest zdania, że nawet tam, gdzie chorobę można usunąć przez przewód słuchowy zewnętrzny, należy otworzyć wyrostek sutkowy, nie mówiąc już o przypadkach, które nie dają się leczyć przez przewód słuchowy zewnętrzny. Przez otworzenie wyrostka sutkowego oko widzi miejsce chore, co pozwala usunąć wszystkie części chore, zapewnić to dokładną aseptykę i zapobiega obiegowi przebiegu choroby na mózg i jego zatoki. Wskazaną jest operacya przy cholesteatomacie, cierpieniach gruźliczych i przy ropieniach powracających, oraz przy powikłaniach ze strony jamy czaszkowej. Ropień mózgu, ogólny mózdzku lub zapalenie zatok wymagają zazczęcia operacyi od otworzenia wyrostka sutkowego. MACEWEN twierdzi, że w większości przypadków kość jest już chorą i przez przewód słuchowy zewnętrzny trudno jest zniszczyć drobne urządzenia, siedzące w kości spróchniałej i które opierają się działaniu wszelkich środków antyseptycznych. Prawdą jest, że przewlekłe ropienie z ucha rzadko kończy się śmiercią, gdybyśmy jednak znali historię choroby każdego chorego, najprawdopodobniej, rzeczy przedstawilyby się inaczej. Jadowitości wycieku ropnego nie można mierzyć ilością wydzieliny, wonią jej, łagodnością objawów klinicznych, przebiegiem skrytym sprawy ropnej, która odrazu może stać się groźną chorobą i spowodować fatalne zejście.

Jeżeli zestawimy poglądy na wskazania do interwencji operacyjnej, wypowiadane przez powyższych autorów, przekonujemy się, że wszyscy stawiają mniej więcej pewne wskazania jednakowe i wszyscy, prócz MACEWEN'a, nie radzą spieszyć się z operacyą. Wszyscy, prócz tego ostatniego, stawiają wprawdzie wskazania do operacyi, nie dają wszelako pozytywnych danych, kiedy w każdym przypadku operacya jest bezwzględnie wskazaną i musi być wykonaną i kiedy wskazania są warunkowe. Nie ulega bowiem najmniejszej wątpliwości, że tam, gdzie grożą powikłania ze strony jamy czaszkowej lub zakazanie ogólne, a tem bardziej tam, gdzie pewne objawy tych powikłań już wystąpiły, tam operacya jest bezwzględnie wskazaną i pod tym względem nie może być dwóch różnych zdań. Ale jak się zachować przy całym szeregu przypadków, które bezpośrednio nie grożą niebezpieczeństwem, ale w każdej



chwili wywołać je mogą? Nie ulega wątpliwości, że przewlekłość sprawy ropnej jest najważniejszym momentem, przemawiającym za wykonaniem operacji; musimy sobie wszelako w każdym przypadku uprzytomnić, czy momenty, wywołujące przewlekłość sprawy chorobowej, są tego rodzaju, że się przez operację usunąć dadzą. Niekiedy granice wskazań zostają pod tym względem zanadto posunięte i są operatorzy, którzy, podobnie jak MACEWEN, w każdej formie ropienia z ucha, odznaczającej się uporem w leczeniu, widzą wskazania do wykonania operacji doszczętniej. Jestem pewny, że gdyby czas, potrzebny na leczenie pooperacyjne, spożytkowano na racjonalne leczenie zachowawcze, lub też krwawę przez przewód słuchowy zewnętrzny, doszlibyśmy często do pomyślnych wyników. Ponieważ momenty, sprowadzające przewlekłość sprawy ropnej, są różne, a rozpoznanie tych momentów, jak wiemy, jest często niezmiernie trudne, stąd i wskazania operacyjne nie mogą mieć stałych podstaw. Wychodząc ze stanowiska, że leczenie operacyjne ma swoje wskazania tam, gdzie można osiągnąć przyczyny przewlekłości sprawy ropnej w uchu i na takową wpłynąć, musimy przyjąć dwie grupy chorób, przy których operacja jest wskazaną i wskazania do niej zajmują pierwsze miejsce po wskazaniach bezwzględnych, aczkolwiek i w tych razach operacja ma charakter zapobiegawczy. Dwie te grupy chorób stanowią: cholesteatomaty, sprawy chorobowe ścian kostnych jamy bębnekowej oraz sąsiadujących z nią jam, t. j. zachyłka i jamy sutkowej.

Dla cholesteatomatu niema prawie innej drogi wyleczenia; że się zdarzają pojedyncze przypadki samowyleczenia lub przez pewne środki lekarskie, z tem właściwie liczyć się nie można; cholesteatomat zaś, jak wiemy, jest to sprawa chorobowa, która każdej chwili grozi najsmutniejszymi następstwami. Prawda, iż często się zdarza, że pomimo najstaranniej wykonanej operacji i ciągłej kontroli, przychodzi do nagromadzenia się nowych mas naskórkowych, ale z tą różnicą, że masy te przy obszernej jamie, wytworzonej przez operację, nie grożą żadnem niebezpieczeństwem. Gdy obok cholesteatomatu naruszoną jest kość, wskazanie do operacji jest tem większe. Przy cholesteatomacie nie wystarcza typowa operacja SCHWARTZ'E'go, lecz koniecznie wykonać należy operację doszczętną.

Skoro przy przewlekłym zapaleniu ropnem ucha środkowego, bez oznak zewnętrznych zapalenia wyrostka sutkowego, występują objawy zatrzymania ropy i gdy one nie ustępują szybko pod wpływem leczenia przez przewód słuchowy zewnętrzny, mamy niechybne wskazanie do otworzenia wyrostka sutkowego. Jeżeli są powody do przypuszczenia cierpienia zachyłka lub obecności cholesteatomatu, otworzenie wyrostka sutkowego nie wystarcza, lecz należy wykonać operację radykalną. Takie same wskazanie mamy do otworzenia wyrostka sutkowego, *resp.* do wykonania operacji doszczętniej przy zajęciu zachyłka, gdy występuje bolesne obrzmienie wyrostka, często powracające, gdy na wyrostku sutkowym istnieją głębokie przetoki, gdy występują ropnie opadowe w okolicy bocznej szyi i w okolicy karkowej, lub powstają ropnie gardzielowne lub w przewodzie słuchowym zewnętrznym.



Przy ropieniach przewlekłych z ucha środkowe go, gdy niema wszystkich wspomnianych objawów, a istnieje uparte lub powracające ropienie, otworzenie wyrostka sutkowego jest wskazaniem względnie. Można je przedsięwziąć jako operację zapobiegawczą przeciw ewentualnym groźnym powikłaniom, dopóki jednak nie wystąpi żaden objaw podejrzany, niema cholesteatomatów, ani wyraźnych i pewnych oznak próchnienia w ścianach jam sąsiadujących z jamą bębnekową, nie trzeba spieszyć się z operacją a ograniczyć się do leczenia chorym odpowiedniego zachowania się. Prawda, że bywają przypadki, w których groźne i śmiertelne powikłania występują tak szybko i z taką gwałtownością, że wtedy nieraz wszelka pomoc okazuje się spóźnioną, lecz jeżeli rzadkie są powikłania śmiertelne, tem rzadziej zdarza się, ażeby zagrażające niebezpieczeństwo nie dało znać o sobie wcześniej, już na pewien dłuższy lub krótszy czas, pozwalający na przedsięwzięcie środków zapobiegawczych. U dzieci należy się wogóle wstrzymać od rozległych operacji. Doświadczenie uczy, że u nich często wystarcza zwyczajne otworzenie wyrostka sutkowego, albowiem ustrój dziecięcy, sam przez się, wydała chore tkanki. Robione są starania, które dały dotąd wyniki dość zadawalające, ażeby w przypadkach wątpliwych stawiać wskazania operacyjne z pewnych obrazów otoskopowych. Ścisłych danych do operacji jednak i na tej drodze nie otrzymamy dla wszystkich przypadków, często bowiem zdarza się, że przy bardzo nieznacznych zmianach, jak np. przy małym suchym otworze w błonie bębnekowej, istnieje rozległa sprawa zgorzelinowo-próchnicowa w kości i odwrotnie, znaczne zniszczenia błony bębnekowej, owrzodzenia błony śluzowej jamy bębnekowej mogą być następstwem długotrwałej sprawy ropnej, mającej swe źródło tylko w błonie śluzowej, lub też z bardzo nieznacznym zajęciem kości.

Doświadczenie, nabyte przy wykonywaniu operacji doszczętej, przekonało, że przy sprawach ropnych przewlekłych w uchu środkowym często zajęty jest wtórnie błędnik. W podobnych przypadkach wskazanie do rozszerzenia operacji na ścianę błędnikową najczęściej występuje dopiero w czasie operacji.

Jako argument przeciw operacji doszczętej, przytaczają częstość nawrotów, a zatem bezpożyteczność samej operacji. Wszelako znaczenie i częstość tych nawrotów w przypadkach, leczonych drogą operacyjną, w żadnym razie nie zmniejszają wartości otworzenia wszystkich przestrzeni ucha środkowego. Nawroty te, podług BRIEGER'a, wyrażają się przez to, że po zupełnem zagojeniu się rany pooperacyjnej, pojawia się wydzielina, która wszelako bardzo się wyróżnia od wydzielin, jaką napotyamy przy przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego. W cienkiej warstwie na błonkowej, oddzielonej od kości warstwą bliznowatą, powstają łatwo zaburzenia w odżywianiu, prowadzące do częściowego obumarcia nabłonka, który zginąć może na znacznej przestrzeni; tkanka pod nim przybiera wygląd ziarninowy; przy badaniu zglębniakiem doznajemy uczucia, jak gdyby kość była obnażoną, co nawet daje powód do mylnego rozpoznania nawrotu próchnienia. Często napotyamy na miejscach, pozbawionych nabłonka, złoży śluzowo-galaretowate, mogące także



dać powód do mylnych wniosków. Nie trzeba też nigdy zapominać, że operacja stanowi najważniejszy, lecz nie jedyny czynnik, od którego zależy wynik pomyślny przy leczeniu przewlekłego ropienia z ucha środkowego.

Z wszystkiego, com dotąd powiedział, wynika, że:

Każdy przypadek przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego rozpocząć należy do leczenia środkami farmaceutycznymi, o ile niema wskazań do natychmiastowej lub szybkiej interwencji chirurgicznej. Przy obecności w jamie bębnekowej czynników, przeszkadzających wyleczeniu, jak ziarniny, ograniczonych powierzchownych ognisk próchniejących i t. p., przyczyny te należy usunąć przez rękoczyny chirurgiczne, przedsięwzięte przez przewód słuchowy zewnętrzny.

Gdy, pomimo leczenia zachowawczego oraz czynnego—przez przewód słuchowy zewnętrzny—sprawa pozostaje przewlekłą i przewlekłość ta nie jest następstwem cierpienia błony śluzowej ucha środkowego, w takim razie postępowanie chirurgiczne zewnętrzne t. j. otworzenie wyrostka sutkowego, *resp.* operacja doszczętna, wskazane jest jako operacja zapobiegawcza. W podobnych przypadkach wskazanie do operacji jest względne. Najczęściej bowiem dany osobnik może obejść się bez operacji, przy odpowiedniej kontroli lekarskiej i odpowiedniemu zachowaniu się. Do tej kategorii zaliczamy też wskazanie operacyjne przy porażeniu nerwu twarzowego, powstałym przy sprawach ropnych przewlekłych ucha środkowego.

Skoro przyczyną ropienia są takie zmiany, o których wiemy z doświadczenia, że są najczęściej punktem wyjścia dla groźnych powikłań i wyjątkowo tylko ustępują samowolnie lub pod wpływem leczenia zachowawczego, koniecznym jest otworzenie wyrostka sutkowego lub też operacja doszczętna. Do spraw takich zaliczamy w pierwszym rzędzie cholesteatomata, próchnienie ścian jamy bębnekowej, a głównie zachyłka i ścian jamy sutkowej, niewątpliwie rozpoznane, oraz gruźlicę kości skroniowej przy ogólnym dobrym stanie chorego.

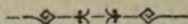
Przy objawach zatrzymania ropy, gdy one nie ustępują szybko pod wpływem leczenia przez przewód słuchowy zewnętrzny, przy często powracających bolesnych obrzmieniach, oraz przetokach na wyrostku sutkowym i przy ropniach opadowych, wskazanem jest też otworzenie wyrostka sutkowego, a gdy zajęty jest zachyłek—operacja doszczętna.

Przy groźących lub już wybuchłych objawach powikłania ze strony jamy czaszkowej, lub przy zakażeniu ogólnem, otworzenie wyrostka sutkowego, *resp.* operacja doszczętna jest bezwzględnie wskazaną. Przy już istniejących objawach powikłań czaszkowych operacja na uchu środkowym stanowi operację przedwstępną dla przejścia do jamy czaszkowej. Gdy sprawa ropna jest ograniczona do błony śluzowej jamy bębnekowej, otwieranie wyrostka sutkowego i operacja radykalna jest przeciwwskazaną.

Określić czas, jak długo przy sprawach ropnych przewlekłych ucha środkowego, nie wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, prowadzić można leczenie zachowawcze, często nie daje się i musi to być pozostawione doświadczeniu lekarza, w znacznej zaś mierze zależy od obrazu otoskopijnego.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 2. Krecke. Uwagi praktyczne, dotyczące operowania aseptycznego.

Autor postanowił zebrać w skróceniu ogólne zasady aseptyki, jaką należy stosować przy operowaniu odnośnie do sali operacyjnej, chorego, lekarzy, pomocników, jakoteż narzędzi i t. p.

1) Sala operacyjna. W każdym szpitalu powinna znajdować się sala operacyjna dla rękoczynów septycznych, druga zaś dla operacji czystych; zachodzi tu jednak trudność, niezawsze bowiem można oznaczyć ściśle, czy po otworzeniu znajdziemy ognisko ropne, czy też nie. W przypadkach, w których jest wątpliwość, należy operować w sali aseptycznej, tam też należy wykonywać ropne operacje nerek, ropnie mózgu i pęcherzyka żółciowego. Po każdej tego rodzaju operacji należy ściany sali, stół operacyjny, jakoteż wszelkie meble, znajdujące się w sali, wyszorować dokładnie wodą z mydłem; wymywanie powinno być powtarzane przed każdym ważniejszym rękoczynem.

2) Przedwstępne przygotowanie lekarza i pomocników. Koniecznym warunkiem aseptyki jest, aby ani lekarz, ani żadna z osób, mających przyjąć udział w operacji tegoż samego dnia nie miała styczności z żadną sprawą ropną [zwłaszcza z różą]. Personel powinien być należycie wymyty [resp. wykąpany] i odziany w czystą bieliznę.

3) Przygotowywanie instrumentów. W przeddzień operacji wszelkie narzędzia, nici, opatrunki, fartuchy, prześcieradła, serwety, powinny być wygotowane i wyjałowione; przed operacją należy ponownie wymyć stół operacyjny, stoły do opatrunków, narzędzia, miski i miednice oraz wszelkie przyrządy za pomocą serwet zmoczonych w sublimacie. Bezpośrednio przed operacją należy gotować narzędzia i w 1%-ym roztworze sody w ciągu 10-ciu minut, poczem pomocnik układa je na wyjałowionych serwetach. Jeżeli narzędzia w czasie operacji uległy zanieczyszczeniu, pomocnik obmywa je w wodzie z sodą za pomocą wyjałowionej szczotki i układa ponownie na serwecie.

4) Oczyszczanie szczotek. Szczotki ulegają łatwo zainfekowaniu, to też należy po wygotowaniu ich w ciągu 10 minut w sodzie, przechowywać je w 0,5‰ roztworze sublimatu. Sublimat powinien być w ciągu operacji kilkakrotnie zmieniany. Szczotki, które służyły do pierwszego mycia rąk, są niezdatne do użycia w czasie operacji. Szczotki od drugiego mycia rąk służą w czasie tejże, wyłącznie jednak do wody; do alkoholu i sublimatu należy używać gazy.

5) Rękawiczki. Użycie rękawiczek przedstawia tyle trudności technicznych, że powinno być całkowicie zaniechane. Wyjałowione rękawiczki powinni posiadać jedynie posługacze, których ręce źle utrzymane trudno jest domyć, a którzy jednak mają styczność z przyrządami, używanymi podczas operacji.

6) Nici. Do zeszywania i podwiązywania bywają używane nici jedwabne, katgut i t. zw. silkworm. Jedwab, nawinięty na rolki szklanne, należy gotować w 1:1000 sublimacie, w ciągu godziny i w tym go przechowywać; katgut wyjaławia się w sublimacie, przechowuje się zaś w 96% alkoholu z małą przymieszką gliceryny. T. zw. silkworm gotuje się w ciągu 10 minut w wodzie i przechowuje w 3% karbolu.

7) Mycie rąk. Na kwadrans przed rozpoczęciem operacji cały personel, po zdjęciu wierzchniej odzieży, powinien zebrać się w sali operacyjnej i przystąpić do obmywania rąk, które należy skutecznie w następującym porządku:



- a) obmywanie rąk do łokci szczotką i wodą jaknajgorętszą oraz mydłem w ciągu 2 minut.
- b) wyczyszczenie krótko obciętych paznokci, oraz wszelkich zagłębień i porów około nich, za pomocą specjalnego przyrządu.
- c) ponowne mycie rąk w wodzie z mydłem za pomocą nowej szczotki w ciągu 3-ch minut.
- d) nałożenie wyjałowionego fartucha, przyczem posługacz wiąże tasiemki i zapina guziki.
- e) obmywanie rąk szczotką po raz trzeci w ciągu dwóch minut.
- f) obmywanie rąk przez minutę w 50% alkoholu.
- g) obmywanie rąk w 0,5%<sub>00</sub> roztworze sublimatu w ciągu 2-ch minut.

Trzy ostatnie czynności powinny być wykonywane wspólnie przez cały personel operacyjny. Użycie ręczników jest całkowicie wykluczone.

Przyrząd do czyszczenia paznokci powinien być razem z narzędziami wygotowany i przechowywany w 50% alkoholu, po użyciu zaś należy wycierać go płatkami, zmoczanym w alkoholu.

Ponieważ nie zawsze można liczyć na sumiennosc pomocników przy obmywaniu rąk, przeto należy przepisy e, f, g wykonywać razem: operujący patrzy na zegarek i razem z pomocnikami przechodzi od wody do alkoholu i sublimatu. Tym sposobem również operujący ma możność przestrzegania należytej skrupulatności przy myciu rąk przez pomocników.

8) Przygotowywanie chorego. W przeddzień operacji trzeba chorego wykapać w ciepłej wodzie, ze szczególnem uwzględnieniem okolicy chorej. Przed operacją, już w sali operacyjnej, należy okolicę chorą dokładnie obmyć, usunąć włosy i wyjałowić powtórnie. Odzienie chorego zostaje usunięte całkowicie, miejsce koszuli zastępuje kaftan flanelowy, sięgający do bioder, na nogi nakłada się flanelowe, wyjałowione pończochy. Po wyjałowieniu okolicy chorej, okłada się ją wkoło wyjałowionymi serwetami, które należy przymocowywać wyjałowionemi agrafkami.

9) Obchodzenie się z raną. W zasadzie, rany powinien dotykać tylko operujący i to jak najrzadziej; o ile możności należy posługiwać się narzędziami; jeżeli użycie palca jest niezbędnem, należy badać przez płatek wyjałowionej gazy. Asystent nie powinien pod żadnym pozorem dotykać rany palcami, lecz jedynie narzędziami; tampony zaś powinien osadzać na trzymadle. Opatrunki zawalane należy stanowczo zdejmować za pomocą szczypczyków, jeżeli zaś jesteśmy zmuszeni do bezpośredniego zetknięcia z raną, należy bezzwłocznie i dokładnie oczyścić ręce.

10) Czynność pierwszego pomocnika. Pierwszy pomocnik utrzymuje w porządku narzędzia, obmywa je, przygotowuje za pomocą szczypczyków i nożyczek ligatury. W razie, jeżeli asystent nie może sam osadzać w trzymadle tamponów, czyni to za pomocą szczypczyków pierwszy pomocnik, który powinien mieć ręce obmyte na równi z operującym i asystentem.

11) Czynność drugiego pomocnika. Pomocnik drugi spełnia z aktu mycia tylko czynność a i b, dlatego też nie powinien dotykać żadnego z przyrządów i narzędzi, mających bezpośrednią styczność z chorym. Czynności jego są:

- a) przygotowanie narkozy; utrzymywanie chorego w żądanem położeniu i opieka nad rękami niespokojnych chorych.
- b) ubieranie chorego w ubranie flanelowe.
- c) odnawianie wody, alkoholu i sublimatu w czasie operacji, jakoteż spełnianie wszelkich czynności nieprzewidzianych.

12) Narkoza. Z wyjątkiem dzieci do lat 12-tu i chorych na płuca, których usypiamy za pomocą chloroformu, dla wszystkich innych chorych używa się eteru, w przypadkach lżejszych—chlorku etylu. Chorym, którzy przekroczyli 20 lat, należy wstrzykiwać morfinę w ilości 0,01—0,02 na 1/2 godziny przed ope-



racyą; nałogowym pijakom dajemy szklanke wina czerwonego. Eter nalewa się na maskę w ilości 40—50 grm., następnie zaś dawkami po 10—20 grm. Chloroform spuszcza się kroplami. Pokrycie maski należy zmieniać dla każdego chorego i wyjaławiać przed operacyą.

13) Zachowanie się lekarza przy narkozie. Wszelkie odrywanie uwagi lekarza, podającego narkozę, jest surowo wzbronione. Wogóle nie należy w czasie operacyi prowadzić rozmów, nie mających związku z chorym, gdyż, pominiawszy złe wrażenie, jakie rozmowy w czasie operacyi sprawiają — sam akt mówienia może posłużyć do zainfekowania rany.

(*Praktische Winke für das aseptische Operieren. München.*)

Andrzej Ciechomski.

### 3. Müller. Przyczynę do kwestyi własności bakteryobójczych i aglutynujących surowicy uodporniającej przeciwko *bac. pyocyaneus*.

Kwestya bakteryobójczego działania *in vitro* surowicy uodporniającej przeciwko danym bakterjom nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Wprawdzie wielu badaczy stwierdziło bakteryobójcze działanie surowicy *in vitro*, inni jednak stanowczo temu zaprzeczają, utrzymując, że surowica uodporniająca nie posiada bakteryobójczych własności w silniejszym stopniu, aniżeli surowica zwyczajna.

Na zasadzie powyższych danych PFEIFFER stworzył nawet hipotezę, według której antytoksyny znajdują się w surowicy uodporniającej w stanie biernym i przechodzą w stan czynny dopiero pod wpływem sił żywego organizmu, prawdopodobnie dzięki działaniu fermentacyjnemu.

Przeciwko tej hipotezie powstały zarzuty, oparte na faktach spostrzeżonych przez MIECZNIKOWA, BORDER'a, GRUBER'a i DURHAM'a, że świeża surowica uodporniająca przeciwko cholercze, lub takaż surowica z domieszką niewielkiej ilości płynu przesiękowego z otrzewnej normalnej morskiej świnki, posiadają *in vitro* równie silne własności bakteryobójcze, jak i w organizmie. Wobec powyższych faktów powstała nowa teoria, wyjaśniająca działanie surowicy uodporniającej. Według tej teoryi bakteryobójcze własności surowicy zależą od współdziałania dwóch różnych substancyi: od znajdujących się w normalnej surowicy, łatwo ulegających rozkładowi aleksynów [EHRlich], które właściwie posiadają zdolność bakteryolizy i od swoistych ciał uodporniających, które nie posiadają zdolności rozpuszczania bakteryi i które jedynie czynią bakterye podatniejszymi dla działania aleksynów. Teoria ta, która znalazła w ostatnich czasach poparcie w pracach nad hemolitycznym i hemaglutynującym działaniem surowic, tłómaczy sprzeczne rezultaty dotychczasowych badań nad bakteryobójczym działaniem *in vitro* tem, że nie zwracano uwagi na świeżość surowicy, z którymi robiono doświadczenia i często używano surowicy starych, które straciły swe własności bakteryobójcze dzięki rozpadowi zawartych w nich aleksynów.

Inaczej zapatrują się na tą kwestyę EMMERICH i LÖW. Utrzymują oni, że warunki doświadczeń nad bakteryobójczym działaniem surowicy *in vitro* różnią się w jednym bardzo ważnym względzie od warunków, istniejących w ustroju, a mianowicie, pod względem ilości wolnego tlenu. Z pomocą tego wolnego tlenu bakterye są w stanie *in vitro* wywołać rozkład szkodliwych dla nich substancyi, zanim jeszcze substancye te zdołają na nie podziałać. Autorem tej teoryi udało się stwierdzić *in vitro* bez dostępu powietrza równie silne bakteryobójcze działanie surowicy uodporniającej [przeciwko cholercze i tyfusowi], jak w ustroju.

Autor niniejszej pracy postawił sobie za zadanie sprawdzić rezultaty doświadczeń EMMERICH'a i LÖW'a i wybrał do tego *bac. pyocyaneus*, który, według doświadczeń WASSERMANN'a, zachowuje się *in vitro* równie obojętnie względem odpowiedniej surowicy uodporniającej, jak względem surowicy nor-



malnej. Warunki tych doświadczeń były następujące. Jako materiału używał autor 12—24-godzinnej surowicy, której  $\frac{1}{2}$  ctm. sz. mieszał w cienkich rurkach szklanych z 3-ma kroplami rozcieńczonej zawiesiny *bac. pyocyaneus* [z 24-godzinnej hodowli agarowej] i w tej chwili przygotowywał z tej mieszaniny hodowle na płytkach. Chcąc mieć możność porównywania rezultatów różnych doświadczeń i przybliżonego obliczania ilości bakterii w surowicy z ilości wychodowanych na płytkach zarodków, autor używał stale jednego z tego samego oczka z drutu platynowego. W oczku tem pomieścić się mogło  $\frac{1}{204}$  ctm. sz. płynu, wobec czego  $\frac{1}{2}$  ctm. sz. surowicy zawierało 102 oczek; ponieważ zaś z surowicy tej brano stale 3 oczka do hodowli na płytkach, otrzymywano więc ilość bakterii w surowicy, mnożąc ilość wyrosłych na płytkach zarodków przez  $10\frac{2}{3}=34$ . Rurki z surowicą, przeznaczoną do doświadczeń przy wolnym dostępie powietrza, stawiano wprost do termostatu, rurki zaś do doświadczeń bez dostępu powietrza umieszczano uprzednio w próbówce BUCHNER'a, zawierającej roztwór alkaliczny pyrogallolu i przepuszczano przez tą próbkę w ciągu 10 minut wodór, poczem końce rurek, służących do przyprowadzania i odprowadzania gazu, zatapiano.

Dla kontroli przeprowadził autor szereg doświadczeń z surowicą normalną, przyczem okazało się, że zarówno przy dostępie powietrza, jak i bez powietrza surowica ta nie wykazuje znacznych własności bakteryobójczych. W doświadczeniach z surowicą uodporniającą okazało się, że surowica ta przy dostępie powietrza nie posiada większych własności bakteryobójczych, aniżeli normalna, podczas gdy bez dostępu powietrza posiada je w znacznym stopniu, gdyż od razu dawało się zauważyć zmniejszenie ilości bakterii, przyczem w przybliżeniu 1 ctm. sz. surowicy niszczył 800000 zarodków. W dalszym ciągu autor postarał się rozstrzygnąć kwestyę, czy własności bakteryobójcze surowicy zależą od jednej tylko substancji, czy też od dwóch: od swoistej, zawartej jedynie w surowicy uodporniającej i od nieswoistej, zawartej w każdej surowicy. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, autor ogrzewał surowicę uodporniającą do 55°—60°, poczem traciła zupełnie własności bakteryobójcze, po dodaniu jednak do takiej surowicy niewielkiej ilości surowicy normalnej, własności jej bakteryobójcze powracały. Wobec czego okazuje się, że własności surowicy, działającej zgubnie na bakterye jedynie bez dostępu powietrza, zależą od dwóch zawartych w niej substancji, co zgadza się z faktami stwierdzonymi poprzednio względem surowic, działających przy dostępie powietrza i względem hemolitycznego działania surowic.

W końcu zajął się autor sprawdzeniem teorii EMMERICH'a i LÖW'a, odnoszącej się do aglutynacji bakterii. Według wyżej wymienionych badaczy, aglutynację wywołują enzymy, wytwarzane w hodowlach, nie zaś dopiero w ustrojach ludzkich lub zwierzęcych, dzięki działaniu na nie bakterii chorobotwórczych. Teorya ta opartą jest na zjawisku, dającym się spostrzegać w hodowlach bulionowych, w których po pewnym czasie bakterye osiadają na dnie i zlepiają się w śluzowate masy. Szybkie zaś następowanie aglutynacji po dodaniu do hodowli surowicy uodporniającej, autorowie objaśniają tem, że w takim razie wraz z surowicą dodajemy do hodowli gotowe enzymy. Wrazie słuszności tej teoryi, powinno być możliwem wywołanie aglutynacji w świeżej zawieszynie bakterii w bulionie za pomocą bulionu, w którym hodowano bakterye. Wychodząc z tego założenia, autor przerobił szereg doświadczeń z *bac. pyocyaneus* dla sprawdzenia tej teoryi; przyczem do świeżo przygotowanej zawiesiny bulionowej bakterii, wziętych z 24-godzinnej hodowli, dodawał bulionu ze starej hodowli, oczyszczonego przez centryfugę, dla kontroli zaś pozostawił kilka próbek zawiesiny bez wszelkiego dodatku, do innych wreszcie dodał surowicy uodporniającej, której działanie aglutynujące nie podlega wątpliwości. Wkleśłe szkiełka pokrywkowe z odpowiedniami próbkami wstawiał do termostatu i oglądał na-



stępnie pod drobnowidzem po upływie 1—2 i 24 godzin. Okazało się przytem z szeregu obserwacji, że niepodobna wywołać aglutynacji bakterii za pomocą dodania bulionu ze starej hodowli, po dodaniu zaś surowicy uodporniającej stale otrzymywano aglutynację. Wobec czego niepodobna przypuścić możliwości wytwarzania się enzymu aglutynującego, czyli aglutyniny w samych hodowlach bakterii, przynajmniej odnośnie do *bac. pyocyaneus*; za środowisko, w którym wytwarza się aglutynina, należy uważać ustrój zwierzęcy.

Rezultaty swoich badań zreasumował autor w następujących 6-ciu twierdzeniach:

1) Działanie bakteryobójcze normalnej surowicy krwi świnki morskiej względem *bac. pyocyaneus* nie jest większem bez dostępu powietrza, aniżeli w obecności powietrza.

2) Podczas, gdy osłabione (avirulente) bakterie doznają dość znacznego uszkodzenia przez dodanie normalnej surowicy, nieosłabione bakterie po przejściowem zatrzymaniu się w rozwoju, rozmnażają się następnie w normalnej surowicy bardzo silnie.

3) Surowica, uodporniająca przeciwko *bac. pyocyaneus*, nie posiada w obecności powietrza większego działania bakteryobójczego, aniżeli normalna.

4) Przeciwnie zaś, bez dostępu powietrza surowica ta przejawia nader silne bakteryobójcze działanie.

5) Ogrzewanie tej surowicy w przeciągu 1 godziny przy 55° niszczy jej bakteryobójcze własności, które powracają po dodaniu surowicy normalnej.

6) Hodowle bulionowe *bac. pyocyaneus* nie zawierają substancji aglutynujących. Tworzenie się aglutyninów, zawartych w surowicach uodporniających, możliwem jest jedynie w ustroju.

J. Koelichen.

#### 4. Mettetal. O wartości tuberkuliny, jako środka, stosowanego w celu rozpoznawczym przy gruźlicy niemowląt.

Wobec tego, że rozpoznawanie gruźlicy u niemowląt w wielu przypadkach, przy stosowaniu zwykłych sposobów badania, okazuje się niemożliwem, autor próbował używać w tym celu tuberkuliny.

Doświadczenia robione były na 74 niemowlętach w szpitalu i upoważniają autora do zalecenia tuberkuliny, jako dobrego środka rozpoznawczego [a nie szkodliwego (? ref.)] w wątpliwych przypadkach. Dawka tuberkuliny, której nie radzi on przekraczać bez obawy o szkodliwe następstwa stosowania tejże, waha się między 0,001 i 0,003.

Dzieci bardzo wyniszczone, u których ciepłota nie przekracza 36° C., nie oddziałują widocznem podwyższeniem ciepłoty; u tych, które mają ciepłotę wyższą po nad 38° C., odczyn bywa zbyt silnym i może nawet być szkodliwym, wobec czego, zdaniem autora: „wolno i pożytecznie stosować tuberkulinę w celu rozpoznawczym, jeśli ciepłota ciała waha się między 36,5° C. a 38° C.”.

Dwukrotne stosowanie tuberkuliny u jednego osobnika nie powinno mieć miejsca, wobec tego, że może być szkodliwym, a w dodatku nie daje pożądaných wyników bez względu na dawkę [organizm przyzwyczaja się i nie daje odczynu].

Należy zwracać baczną uwagę na czystość preparatu i zachowywać przy zastrzykiwaniu zwykłą czystość chirurgiczną. Jeśli w ciągu 24 godzin po zastrzyknięciu, otrzymujemy typowy odczyn, polegający na podniesieniu ciepłoty ciała o 1° do 2,5° C., trwającym najwyżej 36 godzin, możemy z wszelką pewnością rozpoznać gruźlicę.

Zarzuty, robione tej metodzie rozpoznawczej, że zastrzykiwania nie dają wyników dodatnich, autor odpiera na podstawie badań własnych i powołuje się na świadectwo uczonych, jak: ESCHERICH, EPSTEIN, SCHREIBER, HENOCH i HUTINEL.



Niebezpieczeństwa przy stosowaniu surowicy dla ustroju dziecka, zależne od znacznego podniesienia ciepłoty, lub przedłużania się stanu gorączkowego, od zatrucia tuberkuliną, z białkoczem lub bezmoczem (*anuria*), z napadami drgawkowymi i t. p. i nakoniec spostrzegane obostrzenia cierpienia, są, według autora, nieco przesadzone, a jeśli się nawet podobne przypadki zdarzają, przypisywać je należy złemu preparatowi surowicy [tuberkuliny]. Nie dają odczynu choroby tylko na gruźlicę skóry i tacy, u których kilkakrotnie robiono próbne zastrzykiwanie tuberkuliny [przyzwyczajenie!].

Odczyn, spotykany u chorych nie gruźliczych [promienica, przymiot, rak, trąd i t. p.], jest nieco odmienny i w dodatku otrzymujemy go przy powtarzaniu zastrzykiwań, występuje on bowiem tu z większą jeszcze siłą po każdym następnym zastrzyknięciu.

Wogóle, zdaniem autora, sposób ten rozpoznawczy ma podstawy do istnienia i w wątpliwych przypadkach winien być stosowany.

(*Archiv. de Méd. des Enfants. Octobre. 1900.*) — B. K. Daszkiewicz.

### 5. H. HELLENDALL. Z terapii chorób serca.

Badając dotkniętych chorobami serca, HELLENDALL niejednokrotnie zauważył, że położenie ręki na okolicę serca w celu odnalezienia uderzenia wierzchołkowego, połączone z lekkim uciskiem na tę okolicę, sprawia wielu chorym przyjemność i ulgę. Wobec tego autor postanowił się przekonać w jakich mianowicie stanach zjawia się to uczucie ulgi i czy za pomocą stałe wywieranego ucisku, nie uda się w tych razach uzyskać trwalszej poprawy.

Liczne badania, w tym kierunku dokonane, wykazały, że rzeczywiście przy nerwicach serca, szczególnie przy chorobie BASEDOW'a, ucisk sprawiał chorym przyjemność, co się zaś tyczy właściwych wad serca, to ucisk czasami nie wywierał żadnego wrażenia, czasami nawet robił chorym przykrość, nieraz jednak sprawiał prawdziwą ulgę. Wogóle, z badań tych autor wyprowadził wniosek, że ze stałe wywieranego ucisku pożytek mogą osiągnąć chorzy, doznający bicia serca, ściskania i klucia i w tych właśnie przypadkach postanowił wypróbować wpływ obmyślanego przez siebie przyrządu.

Przyrząd ten przypomina zupełnie pasek, używany przy rupturach i składa się ze stalowej owalnej poduszeczki, miękko wysłanej na wewnętrznej powierzchni i obciążonej zamsem oraz ze stalowej obręczy, której jeden koniec przytwierdzony jest do poduszeczki, drugi zaś łączy się z nią za pomocą rzepek i sprzączki. Poduszczkę umieszcza się na miejscu, odpowiadającym uderzeniu wierzchołkowemu, a obręczą opasuje się klatkę piersiową tak mocno, jak tego potrzeba, aby wywrzeć pożądany ucisk. Wreszcie za pomocą szelek, przypinanych na środku obręczy i przerzuconych przez ramiona, zapobiega się opuszczeniu przyrządu.

Podobny aparat opisał w roku zeszłym ABBÉE, z tą różnicą, że zamiast stalowej obręczy znajduje się w nim taśma elastyczna. ABBÉE twierdzi, że stały ucisk, wywierany za pomocą tego przyrządu, prócz subiektywnej ulgi, powoduje jeszcze podniesienie serca ku górze, przesunięcie wierzchołka serca ku środkowej linii ciała i zwolnienie tętna.

W zastąpieniu taśmy elastycznej, wywierającej ucisk równomiernie na cały obwód klatki piersiowej, obręczą stalową, która sprawia to, że cały nacisk przyrządu skoncentrowany jest na to miejsce, gdzie leży poduszcзка, t. j. na okolicę serca, widzi HELLENDALL przewagę swego przyrządu nad używanym przez ABBÉE'go.

HELLENDALL stosował stały ucisk tylko tam, gdzie niema wybitnych zaburzeń w kompensacji serca i w kilku takich przypadkach otrzymał bardzo dobre wyniki, mianowicie w dwóch przypadkach choroby BASEDOW'a, w jednym



przypadku neurastenii połączonej z uciążliwymi objawami ze strony serca, wreszcie w kilku przypadkach niedostateczności zastawki dwudzielnej, zastawek aorty i przy przeróżności serca. U wszystkich tych chorych ustępowało bicie serca, kłócie i ściskanie w okolicy serca i nie zjawiało się nawet przy bieganiu i wchodzeniu na schody. Zmiany położenia serca i zwolnienia tętna autor nie zauważył.

(*Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 48 r. 1900.*)

W. Dąbrowski.

## 6. H. Frenkel. Objaw Musset'a przy lewostronnem zapaleniu płucnej z obfitym wysiękiem.

DELPEUCH niedawno zwrócił uwagę na mało znany objaw, któremu przypisuje znaczenie patognomiczne przy cierpieniach tętnicy głównej. Objaw ten polega na rytmicznych wstrząsaniach głowy w kierunku przednio-tylnym, zupełnie izochronicznych z tętnieniem tętnicy promieniowej. DELPEUCH zaproponował nazwać ten objaw „objawem MUSSET'a“ ze względu na to, że spostrzegany był u ALFREDA MUSSET'a, dotkniętego niedomykalnością zastawek aorty. Przed DELPEUCH'em wzmiankowany objaw spostrzegany był w kilku przypadkach tętniaka łuku aorty. Za patognomiczny dla cierpienia aorty objaw ten jednak uchodzić nie może, gdyż występować może, jak tego dowodzi przypadek FRENKEL'a, także w zapaleniu płucnej z dużym wysiękiem surowiczym. W przypadku FRENKEL'a bardzo staranne badanie kliniczne, oraz rentgenoskopia nie zdołały wykazać żadnych zmian w tętnicy głównej. Pomimo to objaw MUSSET'a występował z całą wyrazistością. Po wypuszczeniu z lewej jamy płucnej około 1½ litra płynu, przyczem pozostała ilość płynu mogła być oceniona na 1½,—2 litrów, wstrząsania głowy stały się zaledwie widoczne. Wskazuje to na związek, zachodzący między objawem MUSSET'a a ilością nagromadzonego w jamie płucnej płynu.

Jak objaśnić mechanizm powstawania objawu MUSSET'a? Przy cierpieniach aorty tłómaczenie jest proste: alternujące zmiany w ciśnieniu krwi naczyniowem przy każdej akcji serca [naprzemian występujące wysokie i niskie ciśnienie krwi], wywołują zjawisko, podobne do poruszenia koła hydraulicznego. Krew, wymykając się z naczyń głowy, w chwili odpływu powrotnego w kierunku do ośrodka naczyniowego nadaje głowie wskutek przeciwwuderzenia (*par contre-coup*) ruch [wahnięcie] na mocy prawa PASCAL'a.

Tłómaczenia tego nie można zastosować do przypadku autora. Krzywe sfigmograficzne, zdjęte z tętnicy promieniowej, nie świadczą bynajmniej o istnieniu znacznych wahań w ciśnieniu śródnaczyniowem. Ciśnienie krwi, określone za pomocą sfigmomanometru POTAIN'a, okazało się niezwiększonem.

Przy badaniach rentgenoskopowych autor zauważył, że skurczom serca towarzyszyły wahania odpowiednie nie tylko ze strony śródpiersia, lecz także ze strony żeber prawej połowy klatki piersiowej. Póki wysięk był obfity, objaw ten występował bardzo wyraźnie, po wypuszczeniu zaś płynu zaledwie ślady jego pozostały. Otóż, jeśli uderzenia serca mogły zostać przeniesione na prawe żebra, stać się to nie mogło za pośrednictwem naczyń. Pośrednika przenoszącego należy, zdaje się, szukać w kolumnie kręgowej, przedstawiającej najlepsze warunki dla przeniesienia wahań z takiego płynu, jakim jest wysięk płucnowy. Jeśli przypuścimy, że kolumna kręgowa zdolna jest przenieść ruchy serca poprzez silnie rozciągnięty worek płucnowy na żebra, to bardzo prawdopodobną się stanie możliwość przeniesienia ruchów serca za pośrednictwem stosu kręgowego także na głowę.

(*Presse médic. 1900. Nr. 14.*)

Pechkranc.



## 7. H. Ehrenfest. Kilka uwag w kwestyi znieczulenia mlecza pacierzowego w akuszeryi.

W stosunku do coraz to częstszego stosowania znieczulenia mlecza kokainą przy zabiegach chirurgicznych, w akuszeryi znieczulenie rdzeniowe stosowano dotąd rzadko, mianowicie, aby uczynić pracę porodową niebolesną lub też, aby zastąpić chloroform w przypadkach, niepozwalających na stosowanie jego.

Przewodnią myślą używania znieczulenia rdzeniowego przy porodach dotąd, zdaje się, był zamiar uczynienia pracy porodowej niebolesną. Z tego przynajmniej powodu stosowali ją MALARCTIC i DOLÉRIS. MARX gorąco zaleca stosowanie tego sposobu znieczulania i prawdopodobnie za jego przykładem rozpocznie się stosowanie znieczulenia rdzeniowego w akuszeryi w szerokim zakresie. MARX pisze, że znieczulenie rdzeniowe przy porodzie jest idealnym sposobem zwolnienia rodzącej od odczuwania bólów porodowych, albo przynajmniej zmniejszenia bolesności normalnego porodu. Jeśli w taki sposób zalecić znieczulenie rdzeniowe, według EHRENFEST'a metoda ta powinna: 1) być wolną od jakiegokolwiek niebezpieczeństwa, grożącego rodzącej lub też dziecku, 2) nie powinna wywoływać żadnych dolegliwości, których sama praca porodowa, jako taka, nie wywołuje, i 3) nie powinna wywoływać żadnych komplikacji w porodzie, na przykład—potrzebę interwencji operacyjnej i t. p., w przypadkach, w których bez stosowania tego znieczulenia poród zostałby ukończony bez operacji.

Co do pierwszego warunku, podług EHRENFEST'a do dziś dnia nikt jeszcze nie twierdził, że znieczulenie rdzeniowe jest zabiegiem bez wszelkiego niebezpieczeństwa. Dopiero statystyka bogatsza wypowie pod tym względem zdanie uzasadnione. Co do punktu drugiego, dolegliwości występujących po takim znieczuleniu, wszyscy autorowie piszą, że dolegliwości te, wymioty, silny ból głowy i t. p. trwają znacznie dłużej, niż po znieczuleniu chloroformem lub eterem, a nawet opisywano już przypadki ostrej zapaści lub też znacznego podniesienia się ciepłoty po znieczuleniu rdzeniowym [patrz doświadczenia eksperymentalne BIER'a i ENGELMANN'a na własnej osobie]. Rodząca więc, w zamian za znieczulenie podczas porodu, naraża się na niebezpieczeństwa i dolegliwości, któreby nie istniały bez tego znieczulenia. Są jednak jeszcze i inne ujemne warunki znieczulenia rdzeniowego przy porodach: przy narkozie tej rodząca traci działanie tłoczni brzusznej, która, podług zdania wybitniejszych akuszerów, ma ogromne znaczenie w drugim okresie porodu. Działanie skurczów ściany brzusznej w tym okresie porodu ma prawie taką samą siłę ekspulsyjną, jak i skurcze mięśnia macicznego; tłocznia brzuszna nie tylko dopomaga znakomicie rodzącej, lecz i zapobiega do pewnego stopnia pęknięciu dolnego odcinka macicy, spychając całą macicę ku dołowi, ku światłu małej miednicy. Jeżeli zdanie co do wielkiego znaczenia siły ekspulsyjnej tłoczni brzusznej jest trafne, spodziewać się należy, że przy stosowaniu znieczulenia rdzeniowego nie jeden poród, który bez niej zostałby ukończony siłami natury, będzie przy tem znieczuleniu wymagał operacyjnego ukończenia. Dla odpowiedniej krytyki przypadków, w kazuistyce opisanych, należałoby w każdym przypadku opisać warunki specjalne: wielkość miednicy, dziecka, położenie płodu, czas ubiegły od odejścia wód, a przy wszelkich operacjach akuszeryjnych—z jakiego wskazania były one zrobione?

EHRENFEST rozpatrzył z tego punktu widzenia materiały dostępne dla niego: 6 przypadków KREIS'a i 23 MARX'a. Na 6 przypadków KREIS'a aż 3 razy, czyli w 50%, trzeba było ukończyć poród kleszczami. W jednym przypadku jako wskazanie podano wyczerpanie sił matki, raz grożącą asfiksją dziecka, w trzecim wskazania nie podano wcale. Na 23 przypadków MARX'a przypada 21 porodów, a na te 21 porodów aż 7 razy użycie kleszczy, czyli—33,3% i to wyłącznie u pierwiastek, gdzie tłocznia brzuszna powinna była działać ener-



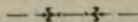
gicznie bez znieczulenia rdzeniowego. Niestety MARX nie podał wcale wskazań do nałożenia kleszczy. Widocznie ostatni okres wygnania dziecka był utrudniony u pierwiastek, wskutek niepodatności krocza oraz braku działania tłoczni ścian brzusznych. W drugiej seryi MARX'a, obejmującej 19 porodów z znieczuleniem rdzeniowem, aż 9 razy trzeba było poród kleszczami ukończyć. Co prawda, MARX znów nie podaje wskazań do nałożenia kleszczy, lecz można przypuścić, że chyba nie chodziło o zwężoną miednicę, bo byłby o tem wspomniał. W każdym razie we wszystkich trzech kazuistykach uderza ogromny procent stosowania kleszczy przy znieczuleniu rdzeniowem. Dopiero dokładna statystyka z uwzględnieniem całego przebiegu porodu, wskazań do interwencji czynnej i t. p., pozwoli wydać wyrok co do tego, czy znieczulenie rdzeniowe *sub partu* nie zmniejsza zdolności rodzącej do samowolnego wygnania płodu, albo też ujawni, że zdania, dotychczas ogólnie przyjęte, o znaczeniu tłoczni brzusznej dla wygnania płodu są mylne. Jeżeli rzeczywiście znieczulenie mlecza wywołuje brak działania tłoczni brzusznej i potrzebę interwencji operacyjnej, to już ten jeden warunek będzie musiał być uważany za przeciwwskazanie do stosowania znieczulenia rdzeniowego dla zwolnienia rodzącej od odczuwania bólów porodowych; albowiem procent chorób położowych i śmiertelności jest większym przy porodach ukończonych operacyjnie, niż po porodach siłami samej natury ukończonych. Co się tyczy zastąpienia uspienia chloroformem w przypadkach, w których znieczulenie jest niezbędne, to trzeba będzie liczyć się z nieprzyjemnymi następstwami znieczulenia rdzeniowego, a dalej z tem, że wszelkie rękocyny operacyjne: obrót, ekstrakcja płodu, wydobywanie łożyska, o wiele łatwiej uskutecznić przy uspieniu chloroformem, niż przy stosowaniu znieczulenia rdzeniowego. KREIS zaleca znieczulenie rdzeniowe dla praktyki prywatnej w przypadkach, w których znieczulenie jest potrzebne; tutaj znieczulenie rdzeniowe ma czynić zbytecznem wezwanie asystenta, dla uspienia chorej potrzebnego przy chloroformowaniu.

Dopiero przyszłość ujawni, czy znieczulenie rdzeniowe jest pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa i działań ubocznych, ujemnych, czy może zastąpić chloroform w akuszeryi i t. d. Podług EHRENFEST'a, kwestyi podlegać nie może, że dziś nie mamy prawa ogólnie zalecać znieczulenia rdzeniowego dla zwolnienia rodzącej od odczuwania bólów porodowych, oraz dla zastąpienia chloroformu, gdzie zwykle narkoza chloroformowa, nawet nie głęboka, starczy do uskutecznienia rękoczynów akuszeryjnych.

(*The medical Record. XII. 1900.*)

F. Neugebauer.

## WIADOMOŚCI DROBNE.



— WALBAUM [Harburg] podaje nowy sposób badania odruchu kolanowego, mający być, zdaniem autora, lepszym, niż dotychczas używany. Kończyna dolna badana jest albo założona na drugą, lub opiera się lekko o ziemię, a w kolanie jest nieco wyprostowana, lub, gdy chory leży, jest lekko w kolanie zgiętą przez drugą osobę. Na pół zgiętą rękę kładzie się na badane kolano w ten sposób, żeby brzuśce palców dotykały więzu rzepkowego dolnego, a thenar i hypothenar górnego brzegu rzepki. Przez to rzepkę ujmuje się w dłoń. Pięścią drugiej ręki uderza się w grzbiet ręki, obejmującej rzepkę, a wówczas, gdy odruch kolanowy jest zachowany uczuwa się brzuścami palców ruch więzu rzepkowego dolnego.

(*Deutsche med. Woch. 1900. Nr. 50.*)

W. G.

— Na IV kongresie włoskiego Towarzystwa laryngologów MATUSCELLI zdawał sprawę z doświadczeń swoich nad wpływem różnych rękoczynów, wykonywanych



na *membrana Schneideri* w nosie, na elementy nerwowe w *bulbus olfactorius*. Okazało się, iż najgorszy wpływ wywierały rękoczojny galwanokaustyczne, mniej szkodliwy — kwas trójchlorotowy, najmniejszy zaś — manipulacje z ostrą lyżeczką. Wpływy tych rękoczojny przenosiły się i na drugą stronę nosa.

*Centralblatt für Laryngologie, Nr. 11. 1900.*

S. O.

## Wiadomości bieżące.

— Z № 1 „Nowin lekarskich“ z r. b. dowiadujemy się, iż w Poznaniu co drugą i czwartą sobotę w styczniu, lutym i marcu odbywać się będą bezpłatnie kursa dla lekarzy z Ks. Poznańskiego. Prof. LUBARSCY wykladać będzie anatomię patologiczną gruźlicy i zasady ogólne jej leczenia, a prof. WERNICKE: bakterjologię gruźlicy.

— Saskie ministeryum spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie o przymusowym zawiadomianiu odnośnych władz policyjnych o każdym przypadku suchot płuc lub krtani i przymusowym dezynfekowaniu mieszkań, w których suchotnik umarł. U biednych koszta dezynfekcyj ponosi gmina.

— W Afryce północnej rozpowszechnia się coraz bardziej wśród niższych warstw ludności odurzanie się kokainą, której apteki miejscowe sprzedają olbrzymie ilości.

— Dr. H. L. Mc. AULEY z Chicagu, wróciwszy niedawno z Transwaalu, wystąpił do rządu portugalskiego z żądaniem wypłacenia mu 100000 dolarów, jako odszkodowanie za niczem nieuzasadnione uwięzienie go w Lourenço-Marquez. Dr. A, jako członek chicagoskiego Czerwonego Krzyża, wyjechał był celem niesienia pomocy boerom nie bronią wojowniczą, ale chirurgiczną i lekarską, a nawet i anglikom ranionym niósł pomoc w Afryce południowej. Schlebiający wszakże bardzo anglikom portugalczyki zatrzymali go przez 6 dni w więzieniu a potem przemocą wyprawili do Europy i wysadzili na ląd w Tryescie. W czasie pobytu w więzieniu wszystkie cenne przyrządy lekarskie Dra A. ulotniły się bez śladu.

— Rosyjskie Towarzystwo neurologów i psychiatrów ustanowiło nagrodę imienia Prof. A. J. KOZŁOWNIKOWA, prezesa swojego i członka honorowego za najlepszą pracę z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych. Nagroda polega na złotym medalu i premium pieniężnym w ilości 500 rb. Wyznaczaną będzie co 3 lata, a nawet częściej, w każdym razie nie częściej, jak raz jeden do roku.

— Z wielu stron słyszymy głosy, że międzynarodowe kongresy lekarskie już się przeżyły, gdyż nie osiągają tych celów, jakie tkwiły w ich założeniu, a mianowicie: żywą wymianę myśli i doświadczeń. HELLAT z Petersburga upatruje przyczynę tego zła w następujących wadach regulaminu kongresowego: 1) na odczyty przeznaczają się około 15 minut; 2) odczyt może być wygłoszony w jednym z 3 lub 4 języków, najczęściej używanych; 3) na dyskusję nad odczytem przeznaczają się tylko 5 min. i 4) na niektórych zjazdach nie pozwala się mówcy zabierać głosu w jakiegokolwiek kwestyi więcej, niż raz jeden. Otóż HELLAT proponuje, by odczyt był rozdawany do odczytania członkom do domu, bo wtedy i ci, którzy nie znają dobrze danego języka, mogłyby go jednak, przy jakiegokolwiek pomocy, zrozumieć. Korzyść z tego wynikłaby jeszcze i ta, że zyskamy przez to czas możnaby w całości poświęcić na dyskusję, które przecież są celem zjazdów, przyczem nie należałoby nikogo ograniczać w zabieraniu głosu. Dla uprzytomnienia treści odczytu, może prelegent przy rozpoczęciu dyskusyi w paru słowach przypomnieć tezy, w odczycie postawione. S. O.



**CONTREXÉVILLE** SOURCE DU **PAVILLON**  
**ABSOLUMENT INDIQUÉE — A JEUN ET AUX REPAS**  
**RÉGIME DES GOUTTEUX, GRAVELEUX, ARTHRITIQUES**

SKŁAD GŁÓWNY  
 Apteka Fr. KARPINSKIEGO  
 Elektoralna 39, telefonu 600.

26-18

## Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),  
 dla kuracyi tuczającej i odtłuszczającej, szczególnie wskazane dla pobytu na  
 jesieni i w zimie. 5-2

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

## Ferd. Mühlens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10-4

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynowe.—Rezorcynowo-  
 salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynowo-salicylowo-siarko-  
 we.—Sublimatowe.—Smolowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—  
 Przetłuszczone i t. d.

**Sprzedaż w Aptece K. WENDY**

**Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.**

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich, w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich. Dr. L. Nencki dokonywa wszelkich rozbiórów, wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku oraz przedmiotów, mających zastosowanie w handlu i przemyśle.