

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. E. MODRZEJEWSKI. O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego (*Otitis media suppurativa chronica*). — II. M. REJCHMAN. O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczej [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 18 A. MALINOWSKI. Przegląd ważniejszych prac dotyczących symptomatologii, powikłań i leczenia tyfusu brzuszego za r. 1885 [Ciąg dalszy]. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia konkursowe. — Sprostowanie. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O LECZENIU DŁUGOTRWAŁYCH ROPNYCH ZAPALEŃ UCHA ŚREDNIEGO (*Otitis media suppurativa chronica*).

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

Przez

E. Modrzejewskiego.

Szanowni Panowie!

Długotrwałe ropne zapalenia ucha średniego należą do bardzo częstych cierpień narządu słuchowego. Według niezmiernie ścisłej i pouczającej statystyki chorób usznych, podanej przez BUERKNER'a, długotrwałe ropne zapalenia ucha średniego stanowią przecięciowo 20% wszystkich cierpień narządu słuchowego. Ponieważ cierpienia te cechują się bardzo dotykającym objawem, gdyż nieraz dziesiątki lat trwającym wyciekami ropnym z ucha, dla tego częściej może aniżeli z powodu innych dolegliwości usznych zwracają się chorzy z temi cierpieniami do lekarza, zwłaszcza prowincjonalnego, który powinien swą radą, opartą na ściśle naukowych zasadach, jeżeli już nie usunąć choroby usznej, to przynajmniej postawić cierpiący narząd słuchowy w tak korzystnych warunkach, aby dopomódz naturze do wyrównania powstałego zaburzenia.

Nie masz jednak zapewne choroby, w której by pomiędzy nielekarską publicznością istniało dotąd tyle przesądów, fałszywych tłómaczeń i objaśnień, jak to ma miejsce odnośnie długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego. Ropny, często mocno cuchnący wyciek z ucha, wstrętny dla chorego i otaczających, który powoduje wypryski i obzarcia w przewodzie zewnętrznym i na muszli usznej, uważanym jest niekiedy jako coś *noli me tangere*, jako zło wydzielające się z ustroju, które powstrzymane może odbić się w przyszłości niekorzystnie już to na ogólnym stanie chorego, już też, jak to nieraz daje się słyszeć, przerzucić na mózg, płuca i t. p. i tam wywołać daleko groźniejsze cierpienie. Zwalczać te

przesady winno być zadaniem lekarza. zwalczać zaś nietylko słowami, lecz odpowiednim leczeniem takich chorych.

Spostrzegając w ostatnich trzech latach w praktyce prywatnej i szpitalnej przeszło 200 przypadków długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, pragnę się podzielić z Panami zdobytem doświadczeniem, podać niektóre praktyczne wskazówki, dotyczące leczenia długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego. zaznaczyć z najnowszymi sposobami leczenia tych cierpień usznych i o ile to będzie możliwem, uzupełnić ten opis spostrzeganiami przezemnie przypadkami, które najwięcej zwykle pouczają i są niejako ilustracją tekstu. Trzymając się tych zakreszonych granic, nie mogę tutaj rozbić szczegółowo ani anatomicznych stosunków ucha średniego, ani tak dziś bogatej i szczegółowo skreślonej anatomii patologicznej długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego, jak również pominąć muszę odnoszącą się do tych cierpień więcej specjalną część operacyjną¹⁾.

*

*

*

Długotrwałe ropne zapalenia ucha średniego zasługują na szczególną uwagę lekarza z tego głównie powodu, że cierpienia te mogą zagrażać wprost życiu chorego. Dopóki bowiem istnieje najmniejsze ropienie w uchu średnim. sprawa zapalna może się rozszerzyć na sąsiednią tkankę kostną, powodować następne zapalenie zatok mózgowych żylnych, opon i samego mózgu, zwykle z zejściem niepomysłnem. Jakkolwiek pod tym względem nie mamy dokładnej statystyki, to wszakże nie ulega wątpliwości, że największa ilość śmiertelnych przypadków przy cierpieniach narządu słuchowego spowodowaną jest długotrwałymi ropnymi zapaleniami ucha średniego. Słusznie też czyni większość Towarzystw Ubezpieczeń na życie, że chorych z podobnymi cierpieniami usznymi, do ubezpieczenia zupełnie nie przyjmuje.

Nie posiadamy również dotąd wyczerpujących danych statystycznych, co do przyczyn powstawania długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego. W przytoczonej powyżej pracy statystycznej BUEKNER'a, przyczyną długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego była: płonica w 18%—20% przypadków, cierpienia jamy nosogardzielowej w 30—35% przypadków. Niewielką liczbę procentową stanowiły zaziębienia, tyfus, odra, uszkodzenia i t. p. Wydaje mi się więcej niż prawdopodobnem, że w większości przypadków długotrwałych ropień z ucha średniego, jedyną przyczyną choroby bywa lekceważenie zajęcia ucha w samym początku rozwoju cierpienia usznego i nieodpowiednie leczenie takowego. Wykluczyć tu naturalnie musimy te przypadki, w których wysoki stopień zożłów, lub upadek odżywiania ogólnego, jak na przykład przy suchotach, uspasabiają i podtrzymują długotrwałe ropienie z ucha. Jeżeli bowiem weźmiemy pod uwagę, że czy to u chorego tyfusowego, czy też po płonicy, wysięk ropny, przez niewielkie zwykle przedziurawienie w błonie bębenkowej powstałe, przedostaje się

¹⁾ Pragnących zaznaczyć się obszerniej z tym przedmiotem odsyłam do dwóch najnowszych podręczników chorób usznych, z których większy SCHWARTZE'go [1885 r. str. 411], mniejszy doskonały dla niespecjalisty — HARTMANN'a [r. 1884, str. 230].

do przewodu słuchowego zewnętrznego i tam ulega rozkładowi, że ropa ta przepelniona mikrokokami, z powodu budowy anatomicznej ucha średniego, stanowiącego jamkę o wielu zagłębieniach, nie łatwo może się wydobyć na zewnątrz i dołączamy do tego nieodpowiednie zwykle oczyszczanie ucha średniego, zaniechanie przedmuchiwań takowego dla zupełnego wydalenia wysięku, oraz niedostateczne działanie przeciwnilne na samą ropę, to dosyć zdaje się będzie niekorzystnych warunków, podtrzymujących długotrwałe ropne zapalenie ucha średniego. Zrozumiemy wtedy, dlaczego tak wiele rozwija się długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego po płonicy, tyfusie i t. p., dlaczego w następstwie choroby te tak niekorzystnie działają na słuch, jak również usprawiedliwionem, oraz nienazbyt śmiałem będzie powyższe moje przypuszczenie, t. j., że z byt wielka procentowość długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego bywa nie następstwem odry, szkarlatyny, tyfusu i t. p., lecz następstwem niedbałości otaczających chorego lub nieumiejętności lekarza.

W spostrzeganych przezemnie przypadkach, największa liczba procentowa przypada na żółzowate długotrwałe ropne zapalenia ucha średniego [43%], oraz na zapalenia będące następstwem płonicy [15%]. Niewielka liczba przypadków zależną była od gruźlicy płuc, rozwinęła się po odrze, tyfusie, ospie, lub też była urazowego pochodzenia. Jako przyczyny długotrwałych ropnych wycieków usznych bywają także miejscowe zmiany w narządzie słuchowym, lub częściach sąsiadujących, tu należą: długotrwałe zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego, lub błony bębenkowej, próchnienie kości skalistej, polipy rozwijające się w uchu średnim lub zewnętrznym, cuchnący lub przerostowy nieżyt nosa i zajęcie jamy noso-gardzielowej.

Co do objawów, to do najważniejszych przy długotrwałych ropnych zapale niach ucha średniego należą: 1) wyciek ropny lub śluzo-ropny, bardzo często mocno cuchnący, niekiedy z przymieszką krwi, lub też mas złuszczonego nabłonka, cholestearyny i t. p., oraz 2) stępienie słuchu, które może osiągnąć bardzo znacznego stopnia, lub też bywa tak nieznaczne, że nie zwraca uwagi ani chorego ani też otaczających. Z innych objawów — bóle, ciśnienie w odpowiedniej stronie głowy, szum, lekkie zawroty głowy, nie należą do stałych objawów długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego i chociaż mogą się przytrafiać przy tych cierpieniach, występują jednak najczęściej przy ostrem pogorszeniu się dawnego cierpienia usznego, lub też przy zajęciu innych części narządu słuchowego, jak: przewodu zewnętrznego, okienka owalnego, lub też samego błędnika. Najważniejszymi przy tem cierpieniu usznem są zmiany, które wykrywamy w zajętem uchu przy odpowiedniem badaniu takowego. Od zmian znalezionych, od krytycznego ich rozpatrzenia, od zwrócenia uwagi często na jeden bardzo ograniczony punkt błony śluzowej ucha średniego, który uległ naprzykład owrzodzeniu, zależy często wyleczenie z cierpienia, które trwało lata całe i ulegało wielu tak specjalnym jak i nie specjalnym leczeniom. Słusznie też powiada SCHWARTZE w najnowszym swym podręczniku otyjatrycznym [str. 186] „że wyleczenie ropnych długotrwałych zapaleń ucha średniego zależnem jest od dokładnego rozpoznania zmian powstałych na błonie bębenkowej

i w jamie bębenkowej. Jeżeli leczenie tych cierpień, jak się to często i dziś zdarza, odbywa się na ślepo, bez szczegółowego zbadania, lecz podług pewnego stałego szematu, to chociaż przy szczególnie pomysłnych miejscowych warunkach często i w tych razach następuje wyleczenie, nie jest to jednak leczeniem racjonalnem, ściśle chirurgicznem. W jednym przypadku potrzebnem jest rozszerzenie zbyt małego przedziurawienia istniejącego w błonie bębenkowej, w drugim usunięcie ziarniny rozrosłej w uchu średnim, w innym znów oddzielenie przyrostów pozostałych resztek błony bębenkowej od ścian sąsiednich, które to przyrosty mogą powodować zatrzymanie się ropy i t. p.“.

Przedziurawienia błony bębenkowej przy długotrwałych ropnych zapale niach ucha średniego mogą być pojedyncze, lub też bywa ich kilka, bywają one bardzo małe, lub też cała błona bębenkowa ulega zniszczeniu i pozostaje tylko pierścień chrzęstny (*annulus tympanicus*). Brzegi przedziurawienia mogą być za blieżnione, lub też pokryte ziarniną. Błona śluzowa ucha średniego może się przedstawiać ciemno-czerwoną, gładką, rozpulchnioną, jakby napęczniałą, lub też cała jej powierzchnia pokryta jest ziarniną, w niektórych miejscach więcej, w innych mniej wybijają. Niekiedy błona śluzowa na całej przestrzeni straciła swój pierwotny charakter, stała się brudno szarą i bywa pokryta rzadką, cuchną cą wydzieliną. W innych znów przypadkach część błony śluzowej zamieniła się na gładką, czerwoną błiznę, pozostała zaś część uległa owrzodzeniu, lub też po kryta jest ziarniną. Spotykamy równie przypadki, w których ucho wydaje się prawidłowem, błona bębenkowa zupełnie prawidłową, lub tylko nieco zmętniałą. Dopiero przy szczegółowem badaniu zgłębnikiem wykrywamy mały punkt wrzo dziejący, znajdujący się najczęściej w przedniogórnym odcinku błony bębenkowej i odpowiadający tak zwanej *membrana flaccida Schrapnelli*, powyżej i nieco ku przo dowi od wyrostka krótkiego młotka. W tem miejscu *membrana Schrapnelli* ule gła zniszczeniu i wytworzyła się jamka wypełniona ziarniną i ropą, która to jam ka odpowiada tak nazwanej przez PRUSSAKA kieszonce górnej błony bębenko wej. Spotykamy znowu przypadki, w których odcinek tylny lub przedni zni szczonej błony bębenkowej przyrasta częściowo do sąsiedniej ścianki kostnej, a znajdująca się pod przyrostem zmieniona błona śluzowa ucha średniego wy dziela znaczną ilość ropy, która różnemi krętami drogami wydobywa się do prze wodu zewnętrznego. W przypadkach takich wszelkie sposoby używane przy leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego są zwykle bezskuteczne mi, dopiero oddzielenie przyrostu i ułatwienie przez to dostępu do zmienionej bło ny śluzowej powodują zupełne wyleczenie.

Z powyższego widzimy, że dokładne rozpoznanie długotrwałego zapalenia ucha średniego, z uwzględnieniem wszystkich zmian w uchu powstałych i skiero waniem odpowiednio leczenia, nie jest tak łatwem, jakby się pozornie zdawało, i wymaga doświadczonego oka, oraz specjalnej znajomości przedmiotu. Uważałem za konieczne podać najpierw ten ogólny pogląd na długotrwałe ropne zapalenia ucha średniego, aby ułatwić zrozumienie leczenia tych cierpień, które to lecze nie jest założeniem i najważniejszą częścią praktyczną niniejszej mej pracy.

W leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego winniśmy prze dewszystkiem uwzględnić dwa najważniejsze wskazania.

1) Usunąć nagromadzoną wydzielinę ropną z ucha średniego.

2) Przez zastosowanie odpowiednich środków powstrzymać jej rozkład i postawić przez to zmienioną błonę śluzową ucha średniego w korzystniejszych warunkach dla wyrównania zmian patologicznych, w tejże błonie powstałych.

Na dalszym planie leczenia będzie zastosowanie swoistych środków lub manipulacji, jak na przykład stężonego wysoku, mocnych roztworów kamienia piekielnego, zastosowanie środków żrących, przemywań ucha średniego przez trąbkę EUSTACHIUSZA i leczenie operacyjne. Pierwsze dwa wskazania może i powinien wypełnić każdy lekarz praktyczny, zwłaszcza na prowincyi, dalsze leczenie w przypadkach trudniejszych wymaga specjalnej znajomości przedmiotu, odpowiedniej techniki, oraz właściwych przyrządów.

Do przemywania uszów przy ropnym wycieku z takowych zalecają zwykle szpryki szklanne, lub też baloniki kauczukowe z odpowiednią kanką na końcu zaokrągloną. Również polecają małe irygatory ESMARCH'a, szpryce angielskie z miękkiego kauczuku i t. p..

Wszystkie te przyrządy uważam za zupełnie nieodpowiednie dla przemywań usznych, gdyż albo działają niedostatecznie, lub też zbyt silnie, a więc szkodliwie dla ucha. Najlepiej jest używać zwykłej szpryki metalowej lub z twardego kauczuku, średniej wielkości [od jednej do dwu uncyj płynu zawierającej] z kanką ostro zakończoną, t. j. takiej szprycy, jakiej się zwykle używa do przemywania ran. Zarzut, że szpicyką taką można skaleczyć przewód słuchowy zewnętrzny, zwłaszcza gdy przemywanie dokonywa się u dziecka, które zachowuje się niespokojnie, może być słusznym, lecz równie dobrze w tych razach skaleczyć można kanką zaokrągloną, dlatego też przy każdym przemywaniu ucha u dziecka, głowa i takowego winna być przez drugą osobę przytrzymywana. Używając zaś szprycy odpowiedniej, mamy tę korzyść, że przemycie ucha jest zupełnem i dokładnem. Do przemywań najlepiej używać wody cieplej [28°—30° R.] z dodatkiem 5% soli zwyczajnej, lub według BURKHARDT-MERIANA soli glauberskiej, przez co unika się podrażnienia błony śluzowej ucha średniego, pęcznienia nabłonka takowej. Nadto białko w ropie się znajdujące łatwiej w tym roztworze ma ulegać rozpuszczeniu, co nie ma miejsca przy użyciu cieplej wody bez powyższych dodatków. Gdy wydzieliną ropną jest więcej cuchnącą, zalecają 2% roztwór kwasu karbolowego lub nadmanganianu potasu, a przy śluzotoku (*blennorrhoeische Secretion*) radzi POLITZER dodawać do kwaterki wody 4—5 kropel oleju terpentynowego. Wszelkie użycie tak powszechnie lubianych naparów z herbaty, rumianku lub innych ziół jest stanowczo szkodliwem, gdyż zwykle w naparze takim, który najczęściej użytym jest nieprzecedzonym, pozostają cząstki roślinne, które osadzając się przy przemywaniu w uchu średnim wywołują tam podrażnienie.

Ciepła woda czysta, z dodatkiem soli kuchennej, kwasu bornego, boraksu, kilku kryształów *kali hypermanganici*, kilku nastu kropel spirytusu lub olejku terpentynowego, oto najlepszy płyn do przemywania przy długotrwałych rop-

nych z a p a l e n i a c h u c h a ś r e d n i e g o . Przemywanie ucha winno się odbywać w następujący sposób. Założywszy choremuna odpowiednie ramię ręcznik lub chustkę i podstawivszy pod chore ucho stosowną miseczkę lub w braku takowej spodeczek, stary talerz i t. p., ujmujemy w prawą rękę szprykę wypełnioną wodą, palcami zaś wskazującym i wielkim lewej ręki odciągamy lekko muszlę uszną ku górze i ku tyłowi, aby przez to wyrównać zagięcia przewodu słuchowego zewnętrznego i ułatwić przedostanie się wody do ucha średniego. Kanka szpryki winna być nieco wsuniętą do przewodu zewnętrznego, aby przemycie było zupełnem, a nie, jak to zwykle ma miejsce, odbywało się tylko powierzchownie. Po wymyciu ucha osuszamy takowe ręcznikiem, przechyliwszy głowę na odpowiednią stronę, lub też dla dokładniejszego osuszenia wsuwamy głęboko do ucha czopek z waty preparowanej. Następnie dopiero przystępujemy do użycia odpowiedniego środka leczniczego. Lekarz winien otaczającym chorego pokazać, jak należy ucho przemywać i wpoić w nich to przekonanie, że przy tych cierpieniach usznych tak jak wogóle przy cierpieniach chirurgicznych, skutek leczenia zależnym jest przeważnie od staranności i pedantycznego wykonywania zaleconych manipulacyj. Przemywania, stosownie do obfitości wydzieliny ropnej z ucha, muszą być dokonywane raz dziennie, lub też dwa do trzech razy.

Dla zupełnego wydalenia wydzieliny ropnej z ucha średniego, oprócz przemywań, stosujemy tak zwane przedmuchiwanie ucha średniego przez kateter lub sposobami POLITZER'a, GRUBER'a i t. p.. Przy długotrwałych ropnych zapale niach ucha średniego można się ograniczyć POLITZER'owskimi przedmuchiwa niami, polegającymi, jak wiadomo, na wprowadzeniu z zewnątrz podczas aktu po łykania do zewsząd zamkniętej jamy noso - gardzielowej odpowiedniej ilości po wietrza. Powietrze wdmuchnięte przenika do trąbki EUSTACHIJUSZA, oraz ucha średniego i wypędza ztamtąd, przez istniejące w błonie bębenkowej przedziura wienie, nagromadzoną w uchu średniem wydzielinę. Używa się do tego balonu z miękkiego kauczuku, wielkości dużej pięści, zakończonego kanką z twardego kauczuku. Na kankę tą zakładamy kawałek cienkiej rurki drenowej, długi około trzech centymetrów, którą wprowadzamy do jednego z przewodów nosowych i która ma ochraniać od uszkodzenia podczas aktu przedmuchiwania błonę ślu zową nosa i wylotu nosowego. Przedmuchiwanie ucha sposobem POLITZER-owskim odbywa się w ten sposób, że chory dla ułatwienia aktu przełykania bie rze nieco wody do ust i na dany znak wodę połyka. Lekarz lub sam chory, ują- wszy w prawą rękę balon, wprowadza miękką rurkę kauczukową, osadzoną na kance od balonu, do odpowiedniego otworu nosowego i zacisnąwszy palcami wska- zującym i wielkim lewej ręki skrzydła nosa, tak jednak aby zamknąć nos zupeł- nie lecz nie ucisnąć wprowadzonej do nosa rurki kauczukowej, przez opróżnienie balonu, dokonywa wdmuchnięcia powietrza w czasie przełykania wody przez cho- rego. Szmer, jaki powstaje w gardzieli przy przechodzeniu powietrza, oraz szmer przedziurawienia, gdy takowe istnieje, są wskazówkami dla lekarza i chorego, że przedmuchięcie odbyło się dokładnie. Przedmuchiwanie takie naj- lepiej dokonywać po wymyciu ucha wodą. Po przedmuchięciu, kawałkiem wa- ty lub powtórnem przemyciem znowu ucho oczyszczamy.

Aby wypełnić drugie wskazanie, t. j. powstrzymać rozkład wydzieliny ropnej w uchu średnim, ograniczyć sprawę zapalną błony śluzowej i doprowadzić do tego, aby wysięk śluzoropny przestał się wydzielać, zalecano najrozmaitsze środki. Dawniej w powszechnem użyciu były środki ściągające, a więc stosowano: *Zincum sulphuricum*, *Plumbum aceticum*, *Cuprum sulphuricum*, *Argentum nitricum* i t. p., w najrozmaitszych stosunkach od $\frac{1}{2}$ —1 grana na drachmę wody. Wszystkie te środki, od czasu wprowadzenia do otyjatrii przeciwnilnego leczenia ropnych zapaleń ucha średniego, w czem główną zasługę położył BEZOLD, zupełnie wyszły z użycia; środki te, tak jak dawniej były stosowane, a i dziś niekiedy są w użyciu, więcej choremu przynoszą szkody niż pożytku. Ponieważ używano przeważnie soli metalicznych, takowe przeto pozostawiały zwykle na błonie śluzowej ucha średniego mocno przylegające osady, które utrudniały działalność kosteczek słuchowych i powodowały następnie podrażnienie błony śluzowej ucha. Prawdziwy też postęp w leczeniu ostrych i długotrwałych wysiękowych zapaleń ucha średniego datuje się od r. 1880, gdy BEZOLD zalecił użycie przy takowych miążkiego proszku kwasu bornego (*acidum boricum alcoholisatum*). Czystym drobno sproszkowanym kwasem bornym, po oczyszczeniu ucha, wypełniamy ucho średnie i część przewodu zewnętrznego, poczem otwór zewnętrzny ucha zasłaniamy kawałkiem waty preparowanej, bornej lub karbolowej, powtarzając to raz lub dwa razy dziennie, a mianowicie gdy proszek borny zostaje zwilgoconym lub wata przesiąknie wydzieliną ropną. Jeżeli proszek borny po 24 godzinach pozostaje suchym, nie należy ucha przemywać przez kilka dni lub nawet i dłużej, gdyż zawczesne przemycie może napowrót wywołać ropienie w uchu. Gdy po kilku lub kilkunastu dniach ucho jest czystem, można proszek wystrzyknąć i watę ucho zasłonić. Kwas borny, jak to większość autorów podaje i co również mogę potwierdzić, nie wywołuje nigdy zapalnego podrażnienia w uchu i nie powoduje żadnych osadów, tak jak to ma miejsce przy użyciu soli mineralnych. Nie mogę też zrozumieć, dlaczego w ostatniem swoim dziele SCHWARTZE, występując przeciw użyciu proszków przy ropieniu z ucha, powiada, że i kwas borny przy obfitym wycieku i małym przedziurawieniu błony bębenkowej może spowodować zatrzymanie ropy w uchu średnim ze wszystkimi niepomysłnemi następstwami dla chorego. Oprócz tego podaje ten autor, że kwas borny wywołuje niekiedy mocne podrażnienie w przewodzie zewnętrznym i że dlatego winien być stosowanym w małej bardzo ilości. Niezupełnie zdaje mi się słusznem to zapatrywanie. We wszystkich odpowiednich przypadkach, w których stosowałem kwas borny, takowy działał doskonale i przez żaden proszek przeciwnilny nie mógł być zastąpionym, aczkolwiek zastrzedz tu muszę, że kwas borny sam przez się rzadko sprowadzał wyleczenie zupełne przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego. Sproszkowany kalomel, bizmut, magnezyna, tymol, rezorcyna, jodoform i t. p. zalecane przez różnych autorów proszki, są zupełnie nieodpowiedniami, a często szkodliwemi przy tych cierpieniach usznych. Przestrzegam zwłaszcza przed użyciem kwasu salicylowego nawet w tym stosunku w jakim go razem z kwasem bornym zaleca BURKHARDT-MERIAN, t. j. 2 części kwasu bornego na 1-ę część kwasu salicylowego. W jednym przypadku, w którym zastosowałem 3 części kwasu bornego na 1 część kwasu salicylowego, wy-

stąpiły po użyciu proszku tak silne bóle w uchu, że chora spędziła noc bezsenne, a następnego dnia cały przewód słuchowy zewnętrzny był jak oparzony, naskórek jakby podniesiony, ciemno-szary, miejscami złuszczone. Po zastąpieniu mieszaniny kwasu salicylowego czystym kwasem bornym, bóle wprawdzie ustąpiły, lecz dopiero po tygodniu przewód słuchowy zewnętrzny wrócił do stanu prawidłowego.

Drugim środkiem, który się daje stosować w proszku i działa również dobrze, jest alun. Okazuje się on skutecznym przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego, gdy rozwinęła się ziarnina w uchu średnim lub na błonie bębenkowej. Alun powoduje zanik takowej, oraz następce zabliznienie. Również działa on doskonale według POLITZER'a i SCHWARTZE'go, gdy po leczeniu kaustycznym, o którym będzie poniżej mowa, ropienie w uchu trwa dalej. Alun stosuje się tak samo jak kwas borny. Alun o tyle niżej stoi od kwasu bornego, że tworzy mocno przylegające zbite masy, które, osadzając się w uchu średnim i przewodzie zewnętrznym, trudno dają się usunąć nawet przy mocniejszym przemycaniu. Masy te mogą spowodować zatrzymanie wydzieliny ropnej w uchu, dlatego środek ten może być stosowanym jedynie pod kontrolą lekarza. Przemycanie dokładne ucha, przedmuchiwanie takowego i stosowanie proszku kwasu bornego, oto są racjonalne środki, które każdy lekarz raniej nawet obznajomiony z chorobami usznymi może i powinien stosować przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego.

Inne sposoby lecznicze, do których obecnie przechodzę, wymagają właściwych wskazań, doświadczenia i dokładnego badania narządu słuchowego. Tutaj należą:

1) Przemycania ucha średniego zapomocą odpowiednich przyrządów przez przewód zewnętrzny lub przez trąbkę EUSTACHIUSZA. Przemycania te działają bardzo skutecznie przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego i w niektórych przypadkach tylko za pomocą tego leczenia można otrzymać pożądaný skutek. Często bardzo przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego gromadzi się w różnych zagłębieniach jamki bębenkowej, oraz w przestrzeniach wyrostka sutkowego, gęsty śluz lub zbite masy, utworzone ze zgęszczonej ropy i złuszczonego nabłonka. Niekiedy tworzą się jakby nowotworowe białe błyszczące masy, które wypełniają ucho średnie, najczęściej zaś gromadzą się w przestrzeniach wyrostka sutkowego. Masy te złożone są z jądra zserowaciałej wyschniętej ropy, naokoło którego kulisto osadzają się komórki naskórkowe, oraz kryształły cholestearyny. Są to tak zwane przez niektórych autorów cholesteatomata. Usunięcie tej zgęstniałej wydzieliny ropnej lub mas naskórkowych niemożliwym jest zapomocą zwykłego przestrzykiwania ucha i w tym celu zalecają: POLITZER, TOYNBEE, HARTMANN i inni autorzy odpowiednie rurki kauczukowe lub srebrne, które przez przewód zewnętrzny i istniejące w błonie bębenkowej przedziurawienia wprowadzamy do ucha średniego, aby przez takowe, przy zastosowaniu zwykłej szprycy lub irygatora, dokonać głębokiego i dokładniejszego przemycia przestrzeni ucha średniego. Przeprowadzenie tych rurek przez przedziurawioną błonę bębenkową połączone jest zwykle z tylu niedogodnościami dla lekarza i z tylu przykrościami dla chorego, że tylko w wyjątkowych przypadkach można je stosować.

wać. Dogodniejszemi i również bardzo skutecznemi są przemywania ucha średniego przez trąbkę EUSTACHIJUSZA. Rozumie się samo przez się, że przemywania te uskutecznić należy tylko wtedy, gdy istnieje dość znaczne lub też chociaż nie wielkie, lecz dogodnie położone przedziurawienie błony bębenkowej, przez które płyn, użyty do przemywania, może się przedostać do przewodu słuchowego zewnętrznego. Przemywanie uskutecznia się albo wprost przez cewnik uszny, którego wygięcie musi być dość znaczne, aby koniec cewnika mógł wejść dość głęboko w trąbkę EUSTACHIJUSZA, lub też wprowadza się do cewnika usznego cieniutką rurkę kauczukową (t. z. *Pankenröhren*), przez którą dokonywamy przemywania. Na rurce tej zaznaczywszy długość samego cewnika, wsuwamy ją dosyć głęboko do trąbki EUSTACHIJUSZA. Przemywanie odbywa się dosyć łatwo, trzeba tylko zapomocą niewielkiej odpowiedniej szpryki wstrzykiwać dosyć silnie płyn, użyty do przemywania. Aby część płynu nie spływała do gardzieli, chory musi głęboko oddechać przez usta. Do przemywań używamy zwykle wody o cieplotcie około 30° R. z dodatkiem kwasu bornego, boraksu lub soli kuchennej. Jeżeli w czasie przemywań występują zawroty głowy lub silny ból, zależny od napierania wody na błędnik, należy zaprzestać przemywania lub stosować takowe z mniejszą siłą. Pomyślne skutki występują zaraz po dokonaniem przemyciu; zatkanie ucha, jak również istniejące przedtem bóle, zawroty głowy i t. p. objawy mogą ustąpić zupełnie już po pierwszym przemywaniu. Podamy poniżej opis dwu przypadków, wyleczonych przy użyciu wyłącznie tego sposobu leczenia. [C. d. n.]

II. O PRZEPŁUKIWANIU ŻOŁĄDKA JAKO METODZIE LECZNICZEJ

przez

Mikołaja Rejchmana.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 9. II. 1886).

[Dokończenie. — Patrz Nr. 12].

Drugą chorobą, w której przepłukiwania żołądka znajdują korzystne zastosowanie, jest przewlekły nieżyty błony śluzowej tego narządu. Nie wdając się tutaj w dowodzenie, jak niewłaściwie postępują ci, którzy każdy przypadek niestrawności, połączonej z obłożeniem języka lub z bólami w dołku, uważają za przewlekły nieżyt żołądka, bośmy już tę kwestyję na innem miejscu ¹⁾ szczegółowo rozbierali, nie wchodząc również w to, jakie właściwie postaci choroby do nieżytowych zaliczać należy, ograniczymy się tylko na wskazaniu przy jakiej mianowicie postaci, a względnie w jakim okresie przewlekłego nieżytu żołądka przepłukiwanie korzyść chorym przynoszą. Klinicznie postaci te przedstawiają, prócz zwykłych dyspeptycznych objawów, następujące charakterystycz-

¹⁾ Niestrawność (*Dyspepsia*). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Warszawa. 1882.

ne cechy: pokarm zbyt długo w żołądku przebywa; odczyn miazgi pokarmowej przez cały lub znaczną część czasu przebywania jej w żołądku jest ługowy, obojętny, albo mniej lub więcej, niekiedy nawet nadmiernie kwaśny; w zawartości żołądkowej po jedzeniu wykryć możemy znaczną ilość śluzu, mniej lub więcej kwasu solnego i różnych kwasów organicznych, jakoteż różne roślinne ustroje, szczególnie zaś znaczną ilość mnożących się drożdży; zrana naczno żołądek zawiera bardzo dużą ilość szklistego, ciągnącego się, lub mętnego, mniej więcej płynnego śluzu, w którym często wykazać można obecność grzybków, a niekiedy i różnych cząstek pokarmowych. Przeważnej większości tego rodzaju przypadków chorobowych nie można zaliczać do przypadków rozszerzenia żołądka, bo pojemność tego narządu nie jest w nich powiększoną. Są to przypadki przewlekłego nieżytu błony śluzowej, które, co prawda, jeżeli nie są właściwie leczone, wcześniej lub później, a zawsze powoli, do rozszerzenia żołądka prowadzą. Tylko w tych postaciach nieżytu przepłukiwania żołądka, w moich spostrzeżeniach, okazały się bardzo skutecznymi i przewyższającymi pod tym względem, wraz z odpowiednią dietą, wszelkie inne w tych razach używane środki.

Niemniej skutecznymi okazują się przepłukiwania w przypadkach żołądkosokotoku (*gastrosuccorrhoea*). Ta postać chorobowa przytrafia się w praktyce względnie często; dwa odnoszące się tutaj przypadki opisałem w *Gazecie Lekarskiej* ¹⁾ i w *Berl. klin. Wochenschr.* ²⁾, podobne dwa przypadki opisał w ostatnich czasach RIEGEL ³⁾. W żołądku chorych, tem cierpieniem dotkniętych, ustawicznie wydziela się sok żołądkowy wysokiego często stopnia kwasności. Powyżej już objaśniłem, jakie szkodliwe następstwa to zaburzenie za sobą pociąga. Bliższe warunki powstawania żołądkosokotoku nie są nam znane. Niektórzy autorowie, jak STILLER ⁴⁾, OSER ⁵⁾ i inni, uważają go za nerwicę wydzielniczą żołądka. Mnie się jednak zdaje, że podstawą tego cierpienia są głębsze anatomiczne zmiany błony śluzowej i gruczołów, zmiany, które utrzymują przyrząd wydzielniczy żołądka w ciągłym pobudzeniu. Za pomocą przepłukiwań nie tylko oswobadzamy żołądek w tych przypadkach od nieprawidłowej zawartości, ale, co ważniejsza, używając odpowiednich roztworów ograniczamy nadmierną wydzielinę.

Dalej przepłukiwania są wskazane w bardzo przewlekłych, atonicznych wrzodach żołądka. Tutaj zapomocą przepłukiwań z jednej strony usuwamy z żołądka nieprawidłową zawartość: resztki pokarmowe, śluz, krew i posokę, a z drugiej strony bezpośrednio działamy a) na powierzchnię wrzodu, takową oczyszczając i pobudzając do wytworzenia prawidłowej ziarniny, b) na brzegi wrzodu, czyniąc je skłonniejszymi do sprawy zabliźnienia i c) na pozostałą błonę śluzową, pobudzając w takowej krwiobieg i usuwając

¹⁾ Przypadek choroby wzmożonego wydzielania soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1882. Nr. 26.

Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwasności. *Gaz. Lek.* 1883. Nr. 44.

²⁾ Nr. 40 z r. 1882.

³⁾ *Ärztl. Intelligenzblatt.* 1885. Nr. 44 i 45.

⁴⁾ BERTOLD STILLER. *Die nervösen Magenkrankheiten.* Stuttgart. 1884.

⁵⁾ OSER. *Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung.* Wiener Klinik. Z. V. i VI. 1885.

zmiany nieżyłtwe, będące często przyczyną, a zawsze podtrzymujące sprawę owrzadzania. Za pomocą przepłukiwań udaje się zabiżnić takie uporczywe, atoniczne owrzodzenia, które trwają całe mieřące, nawet lata całe, grożąc życiu chorego nie przerwaniem ściany żołądka, bo albo dno takich wrzodów jest bardzo grube, albo nastąpiły już zrosty z sąsiednimi organami, lecz spowodowaniem charłactwa, z powodu zaburzeń w trawieniu, wymiotów, niemożności spożywania stałych pokarmów, nadmiernej wydzieliny przez powierzchnię wrzodu i nareszcie z powodu od czasu do czasu powtarzających się krwotoków.

Nakoniec przepłukiwania znajdują korzystne zastosowanie w dwóch jeszcze chorobach żołądka, mianowicie w *cyrrotycznym zwyrodnieniu*, w t. zw. przez BRINTON'A „*limitis plastica*“ i w raku żołądka. W pierwszej z tych chorób pojemność żołądka jest zazwyczaj zmniejszoną, ściana zgrubiałą, wszystkie błony w skład ściany wchodzące mniej lub więcej zwyrodnione, gruczoły i włókna mięsne w części zanikłe, a ich miejsce zajmuje zbita tkanka łączna. Takie zmniejszenie pojemności żołądka, wskutek zgrubienia i zwyrodnienia jego ściany, bywa też przy rozległych nacieczeniach rakowych. I w pierwszym i w drugim przypadku sprawa trawienia żołądkowego ulega ważnym zaburzeniom. Soku żołądkowego wydziela się bardzo mało, lub jest on w swym składzie zmienionym; chorobowe wydzieliny mieszają się z miazgą pokarmową, czynność zwyrodnionej błony mięśniowej coraz bardziej słabnie, wchłanianie ulega coraz większemu upośledzeniu, a wskutek tego wszystkiego pokarm zbyt długo przebywa w żołądku i ulega w nim nieprawidłowym fermentacyjom, a nawet bardzo często i gniciu. Do przepłukiwań uciekamy się w tych razach, jak również i w innych przypadkach raka żołądka, jako do środka paliatywnego. Zasadniczej choroby ta metoda lecznicza rozumie się usunąć nie może, ale w początkach poprawia warunki sprawy trawienia żołądkowego, a w całym przebiegu choroby usuwa przykre objawy, zatruwające życie choremu.

Muszę jeszcze tutaj wspomnieć o zastosowaniu przepłukiwań żołądka w zamknięciu światła przewodu kiskowego. Nie mam pod tym względem własnego doświadczenia, ale sądząc z odnosnych prac i z dysput w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie, musimy przyjść do przekonania, że przepłukiwania żołądka są bardzo dobrym paliatywnym środkiem w każdym zamknięciu światła przewodu kiskowego, bo zapobiegają wymiotom i zmniejszają wzdęcie, przez co zyskujemy na czasie i mamy możliwość zastosowania radykalniejszych środków. W zamknięciu zaś kisek przez zeschny kał, przepłukiwania żołądka, wydalaając na zewnątrz zawartość i gazy nadmiernie rozciągające błonę mięśniową przewodu pokarmowego i pobudzając tę błonę do skurczów, stanowią radykalną metodę leczniczą, uwieńczoną wielokrotnie pomyślnymi skutkami.

Oto są, Szanowni Panowie, choroby, przy których przepłukiwania żołądka znajdują korzystne zastosowanie. Choroby te stosunkowo rzadko w praktyce się przytrafiają. W znacznej większości przypadków objawy dyspeptyczne, na które się chorzy skarżą, zależą od rozmaitych innych stanów: jak od nadeżności błony śluzowej żołądka, od łatwo powstającego w znacznym stopniu czasowego jej przekrwienia [prawdopodobnie wskutek szczególnej wrażliwości zakończeń nerwowych], od zaburzeń w czynności ruchowej całego i rozmaitych części żo-

ładka, od chorób kiszek cienkiej. a jeszcze częściej od chorób kiszek grubej. W bliższe przyczyny tych stanów patologicznych, w sposób powstawania w tych razach objawów dyspeptycznych wdawać się tu nie mogę. Nas obchodzi teraz tylko ten fakt, że przepłukiwania żołądka w tych razach albo żadnej korzyści nie przynoszą, albo są bezwarunkowo szkodliwe. Szczególniej zaś są one przeciwwskazane w znacznej nadczułości błony śluzowej żołądka. bez względu na to, od czego ta nadczułość zależy; dalej w znacznej pobudliwości przyrządu ruchowego tego narządu; następnie w przypadkach niedawno powstałego wrzodu peptycznego, gdy choremu grożą silne krwotoki lub przedziurawienie żołądka, albo gdy powstaje zlepane zapalenie otrzewnej i nakoniec, przepłukiwania są przeciwwskazane w ostrych sprawach nieżytowych całego lub części przewodu pokarmowego. Wyjątek pod tym względem stanowią przypadki ostrej niestrawności, powstałej wskutek dostania się do żołądka nieodpowiedniej ilości lub złego gatunku pokarmów.

Nadto nadmienić należy, iż z przepłukiwaniami żołądka trzeba ostrożnie postępować u chorych na wadę serca, na zwyrodnienie ścian naczyń krwionośnych. jakoteż u dotkniętych chorobami przyrządu oddechowego, szczególnie zaś w tych razach, w których chcielibyśmy do przepłukiwań używać płynów niższej ciepłoty.

Niektórzy autorowie spostrzegali dobre skutki z przepłukiwań żołądka w niepowstrzymanych wymiotach u histeryczek. Co się tyczy mego pod tym względem doświadczenia, to pomyślnie wyniki otrzymałem tylko w przypadkach, w których wymioty były przełykowemi, zależnemi od tonicznego skurczu tej lub owej części przełyku. W takich razach działają właściwie nie przepłukiwania żołądka, lecz poprostu wprowadzanie do przełyku zgłębnika, co jak wiadomo skutecznem bywa w rozmaitych kurczowych stanach tej części przewodu pokarmowego. To też w ostatnich czasach w przypadkach w mowie będących ograniczałem się tylko na wprowadzaniu zgłębnika i równie pomyślnie skutki otrzymywałem. W razach zaś niepowstrzymanych, prawdziwie żołądkowych wymiotów u histeryczek, przepłukiwania w moich przypadkach bezwarunkowo szkodliwemi się okazywały, zwiększały wymioty i wywoływały bóle w żołądku. Nie wątpię jednak, że i w tych razach przepłukiwania mogą czasami pomyślny sprowadzić skutek, bo chyba nie ma w medycynie środka, który nie okazałby się skutecznym w jakimś lub w jakichś przypadkach histeryi.

Przepłukiwania żołądka najlepiej, bo najłatwiej wykonywać za pomocą najprostszego przyrządu, jaki przedstawia zgłębnik, przeszło $1\frac{1}{2}$ metra długości mający, z lejkiem do zewnętrznego jego końca przystosowanym. Jeżeli choremu zaleci się odpowiednią dyjetę, a przedewszystkiem pokarmy dokładnie rozdrobnione, to zgłębnik może być dość cienki. W każdym razie średnica jego powinna wynosić 10—11 mm. a przepłukiwania bez przeszkody t. j. bez zatykania światła zgłębnika mogą być wykonywane. Wszelkie więc przyrządy ssące są tutaj zbędne. W przypadkach znacznego rozszerzenia żołądka, bardzo trudno zapomocą zwykłego zgłębnika wyprowadzić z takowego całą zalegającą zawartość, albowiem podczas wyciekania płynu z zewnętrznego końca zgłębnika, miazga pokarmowa osiada na najniżej położonych miejscach, t. j. na dnie żołądka. Nieraz

całemi godzinami potrzeba żołądek przepłukiwać, aby go dokładnie oczyścić. W tych razach znakomite usługi oddaje nam zgłębnik o podwójnym strumieniu, którego najlepszą modyfikacją jest przezemie obmyślona ¹⁾, a wykonana w berlińskiej fabryce MIERSCH'a. Ponieważ za pomocą tego zgłębnika możemy podtrzymywać w żołądku ciągły ruch płynu, przeto gęsta zawartość ustawicznie się z nim miesza i na zewnątrz wypływa, a nadto, używając tego przyrządu, możemy w danym czasie bezporównania większe ilości płynu przez żołądek przeprowadzić, niż zapomocą zwykłego pojedynczego zgłębnika.

W większości przypadków do przepłukiwań żołądka wystarcza czysta, przygotowana woda, albowiem głównem zadaniem tej metody leczniczej jest „oczyszczanie żołądka“. W tym celu używana woda powinna posiadać ciepłotę ciała. Jeżeli zaś idzie nam o pobudzenie krwiobiegu i podziałanie na muskulaturę żołądka, to stosujemy wodę wyższej lub niższej ciepłoty. mianowicie z jednej strony do 45° C., a z drugiej strony do 15° C.. W przypadkach, którym towarzyszą bóle żołądka, lepiej działa woda gorąca, w przypadkach zaś osłabienia muskulatury skuteczniejszą się okazuje woda zimna.

W razach znacznego nagromadzenia się w żołądku niższych roślinnych ustrojów, pewną korzyść przynosi, jak to już powyżej mówiliśmy, zastosowanie do przepłukiwania wody z pewną ilością niektórych środków dezynfekcyjnych. Zdaje mi się, iż najskuteczniej w tym względzie działają roztwory sublimatu 1—5:10000 i chlorału 5—8:1000, kwasu salicylowego $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$:100. Z innych środków dezynfekcyjnych używałem kw. karbolowego [1—5:1000], kwasu bornego [5—10:1000], nadmanganianu potasu [1—4:10000], rezorcyny [5:1000], bez widocznego skutku, ponieważ rozcieńczone roztwory tych środków nie działają dezynfekcyjnie, a w odpowiednim stopniu stężone zbyt drażnią błonę śluzową. W przypadkach, w których jednocześnie w żołądku odbywają się nieprawidłowe fermentacje i dokuczają chorym silne bóle, bardzo pożytecznymi okazują się roztwory chloroformu ²⁾ 3—4:1000, bo z jednej strony działają one dezynfekcyjnie, a z drugiej uśmierzają bóle. W celu wstrzymania sączenia się krwi w żołądku [przy przewlekłych atonicznych wrzodach, przy raku] z korzyścią używam roztworu półtorochlorku żelaza 15—30 (*liq. ferri sesquichlorati*) na 1000 wody. Na uległą przewlekłemu nieżyłtowi błonę śluzową żołądka pomyślny wpływ wywierają przepłukiwania roztworem dwuwęglanu, siarczanu lub chlorku sodu, albo mieszaniny tych soli. Należy się jednakże strzedz roztworów bardzo stężonych gdyż takowe zbyt drażnią błonę śluzową. Każdej pojedynczej soli używam 4:1000, a mieszaniny 4—6:1000. W celu ograniczenia nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, z bardzo dobrym skutkiem stosuję przepłukiwania roztworem azotanu srebra 1—2:1000, który to roztwór pozostawia się w przepłukanym żołądku na 2—3 minut, poczem starannie się go za pomocą wody oczyszcza od wytworzonego chlorku srebra. Przepłukiwania żołądka, przynajmniej w początkach leczenia, należy wykonywać codziennie, zrana naczczo, a to z tego powodu, że wówczas żołądek nie zawiera pokarmu, albo też znajdują się w nim nieliczne tylko resztki pokarmowe.

¹⁾ Opis takiego zgłębnika wraz z rysunkiem podałem w *Gaz. Lek.* z r. 1883. Nr. 6.

²⁾ BUFFALINI. *Wien. med. Bl.* Nr. 36. 1884.

Nawet i w tych przypadkach, w których żołądek zrana naczeczko zawiera dużo płynu pokarmowego, przepłukiwania nie czynią wielkiej krzywdy choremu, bo wydalony płyn pokarmowy nie jest przydatny od odżywiania ustroju. W innych razach przepłukiwania żołądka muszą być wykonywane na noc, albo nawet dwa razy dziennie, na noc i zrana naczeczko. Na noc mianowicie przepłukujemy żołądek wtedy, kiedy zalega w nim bardzo znaczna ilość uległego nieprawidłowej fermentacji pokarmu, a czynimy to w dwojakim celu, raz, aby usunąć szkodliwy wpływ, jaki przez noc wywiera na błonę śluzową nieprawidłowo kwaśny lub gniący płyn pokarmowy i powtórę, aby łatwiej było zrana naczeczko oczyścić żołądek, jeżeli jednorazowe przepłukiwanie tego skutku nie osiąga. W ten również sposób postępujemy i w tych przypadkach rozszerzenia żołądka, w których zfermentowany, nader kwaśny pokarm przechodzi w nocy z żołądka do przewodu kiskowego i wywołuje nadzwyczaj silne, wyniszczające chorych biegunki, a względnie przewlekłe nieżyty kiszek ze wszystkimi ich następstwami.

W razach, gdy pewne ogólne objawy, jak śpiączka, drgawki i t. p., zależą od zatruwania ustroju przez fermentacyjne i gnilne wytwory miazgi pokarmowej, powinniśmy także na noc przepłukiwania wykonywać, aby jak najprędzej te wytwory z żołądka usuwać.

Każde pojedyncze przepłukiwanie żołądka powinno być wykonywane dopóty, dopóki płyn do przepłukiwania służący nie zacznie zupełnie czysty z zgłębnika wypływać. Czas do tego potrzebny jest bardzo różny w rozmaitych przypadkach, od kilkunastu minut do kilku godzin. Zastosowanie w odpowiednich razach zgłębnika o podwójnym strumieniu znakomicie nam ten czas skraca.

Przepłukiwania żołądka powinny być w ogóle powtarzane dopóty, dopóki nie nastąpi poprawa w czynności tego narządu: zmniejszenie wydzieliny śluzu, zniknięcie z zawartości drożdży, czworniaka i t. p., skrócenie czasu przebywania pokarmu w żołądku, ograniczenie wydzieliny soku żołądkowego i t. d.. Zależnie od przypadku, taka poprawa następuje po różnej ilości przepłukiwań, po kilku, kilkunastu lub kilkudziesięciokrotnym stosowaniu tej metody leczniczej. Po dłuższej lub krócej trwającej poprawie często następują pogorszenia, tak, iż w celu zupełnego usunięcia choroby, o ile rozumie się w danym przypadku w ogóle jest to możliwym, po odpowiedniej przerwie musimy znowu uciec się do przepłukiwań, co się powtarza dopóty, dopóki pomyślny skutek osiągniętym nie zostanie. W chorobach nieuleczalnych, jakoto w znacznych samoistnych rozszerzeniach żołądka, w rozszerzeniach wskutek bliznowego lub rakowego zwężenia względnie zamknięcia odźwiernika, w rakach żołądka w ogóle i t. d., przepłukiwania jako środek paliatywny muszą być stosowane aż do końca życia chorego.

Nie mogę się tutaj wdawać w szczegółowe przepisy dyjetetyczne, jakie w każdym pojedynczym przypadku, w którym przepłukiwania żołądka są wskazane, powinny być zalecone — bo to nie leży w planie dzisiejszego odczytu — wspomnę tylko, iż w ogóle dla ułatwienia, a często nawet dla umożliwienia przepłukiwań, chorzy powinni spożywać pokarmy płynne lub papkowate (mleko i rozmaite mleczne napoje, kleiki, jajka na miękko, mleko z żółtkami, jajka na twardo dobrze roztarte, *purée* z potraw roślinnych, siekane befsztyki i t. d. i t. d.), albo na drobne kawałki pokrajane. Nakoniec, Szanowni Panowie, musimy się tutaj

zająć pytaniem: kto ma wykonywać przepłukiwanie żołądka? Chociaż rękoczyn ten nie jest ani zbyt trudny, ani w ogóle nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, to jednakże, według mego zdania, przepłukiwanie żołądka powinien wykonywać nie kto inny jak tylko lekarz. Pominąwszy już kwestyje, czy w danym przypadku przepłukiwania żołądka w ogóle są wskazane, czy też nie, kwestyje, którą tylko lekarz rozstrzygać powinien [zdarzało mi się jednak spotykać chorych, którzy sami tę kwestyją pozytywnie rozstrzygali], to nawet przy najwidoczniejszych wskazaniach nie można *a priori* orzec, jak długo w danym przypadku każde pojedyncze przepłukiwanie wykonywać, jakiej ciepłoty wody i jakich środków używać i t. p.. Nadto lekarz, przepłukując codziennie raz lub nawet dwa razy żołądek, dokładniej się zapoznaje z chorobowymi zmianami czynności tego narządu, może decydować jaką dyjetę w danej chwili choremu zalecić, jakich środków powinien on używać, a skoro poprawa się rozpocznie, to tylko lekarz potrafi ją należycie ocenić z własności płynu z żołądka wydobytego, ze stanu tego narządu zrana naczczo, lub w kilka godzin po jedzeniu, z odczynu muskulatury na wlewany przez zgłębnik płyn do żołądka i t. p.. Tylko lekarz może kontrolować działanie tego lub owego roztworu, w tym lub owym celu do przepłukiwań użytego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

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

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Uwagi nad przebiegiem gorączki w tyfusie.

Szczegóły, w tym rozdziale pomieszczone, czerpiemy głównie z pięknej pracy prof. WEIL'a, który krzywiznie gorączki osobny rozdział poświęca. Przedmiot to pomimo licznych prac dotąd jeszcze nie wyczerpany. Spotykamy bowiem krzywizny gorączek, tak form poronnych jak i rozwiniętych, tak różne od szematycznych krzywizn WUNDERLICH'a, że trzymając się tych ostatnich, jako jedynie typowych, możemy łatwo zrobić omyłkę w rozpoznaniu. WEIL dniem i nocą mierzy ciepłotę u swoich chorych co dwie godziny, notuje tętno i oddechaanie. Z badań jego wynika co następuje:

1. *Stadium incrementi* rzadko trwa dłużej nad dni 4, ciepłota osiąga *maximum* 3—5 dnia. W niektórych przypadkach poprzedzająca ten okres gorączka zwiastunna, trwa 6—11 dni i ma charakter przepuszczający. *Maximum* przypada późno wieczorem lub w nocy [40° C.].

Już w tym okresie występują zwykle zaburzenia ogólne, które nakazują zaliczać ten okres do właściwego przebiegu choroby. Tak więc, lubo podług WUNDERLICH'a typ taki gorączki upoważnia do wykluczenia tyfusu, dalszy przebieg dowodzi, że zasada ta jest błędną.

2. Czy można z przebiegu pierwszego okresu wyciągnąć wnioski prognostyczne i jakie, co do trwania i przebiegu choroby, a mianowicie co do wysokości i czasu trwania gorączki?

Krótki okres początkowy, w którym ciepłota osiąga do *maximum* 1—3 dnia, zwykle bywa przy tyfusach poronnych. Jeżeli ciepłota wznosi się powoli 4—7

dnia, nie możemy ztąd jeszcze nic wnioskować o dalszym przebiegu. Znaczne ranne zwolnienia pozwalają się spodziewać przebiegu łagodnego i krótkiego. Tyfusy, poprzedzone gorączką zwiastuną, bywają ciężkie i trwają 4—6 tygodni. *Stadium acmeos* w czystej formie spostrzegamy rzadko, gdyż ulega ono zmianie pod wpływem leczenia. WEIL twierdzi nawet, że w całym przebiegu tyfusu gorączka może mieć typ przepuszczający. Takich postaci spostrzegali on 8, chorzy miewali rano ciepłotę prawidłową lub 38° C., wieczorną $39,5^{\circ}$ — 40° C. i wyżej. Były to wogóle postaci łagodne, a niekiedy t. zw. a m b u l a t o r y j n e.

3. Również w *stadium decrementi* przebieg gorączki różni się od szematów. Zwykle zaczyna się od obniżen rannych, tak, że gorączka przybiera typ przepuszczający, poczem i wieczorne nasilenia zaczynają się zmniejszać, t. j. *lisis* przedstawia się jako zwolnienie i przestanek, co trwa 1— $1\frac{1}{2}$ tygodnia. Niekiedy po *stadium fastigii* następuje okres przepuszczający bardzo długi [do 4 tygodni].

4. Niekiedy znowu spotykamy następujące postaci przesilenia, że ranna ciepłota jest już prawidłową, a wieczorna przez czas dłuższy dochodzi do 38° C. i tym podobne.

5. Przełom choroby (*crisis*) zdarza się rzadko i następuje w rozmaity sposób.

6. Wahania dzienne ciepłoty są bardzo regularne, lecz zmieniają się, zależnie od powikłań i leczenia. Zwolnienia ranne, podwyższenia wieczorne są tu stałe, pierwsze przypadają najczęściej na godzinę 8-mą, niekiedy 6-ą, 10-ą, 12-ą; ostatnie na 6—8 wieczorem. W ostatnich dniach choroby nasilenia wieczorne gorączki często przypadają na godzinę 12 w nocy.

R e c y d y w y.

Pod nazwą recydywy pojmować należy wystąpienie choroby gorączkowej, krócej lub dłużej trwającej, oddzielonej od pierwotnego tyfusu pewną bezgorączkową przerwą czasu i przebiegającą z objawami pierwotnemu tyfusowi właściwymi. Różne są zdania autorów co do ważności objawów i ich rozpoznawczego znaczenia przy rozpoznaniu recydywy. Podczas gdy jedni, jak STEINTHAL, ważne znaczenie przypisują nagłemu podniesieniu się ciepłoty i różyczce (*roseola*), powiększeniu śledziony, dwubitości tętna, objawom ze strony kiszki i oskrzeli [nieżyt], drudzy, jak ZIEMSEN, różyczkę i powiększenie śledziony uważają za objaw najważniejszy, a zachowanie się ciepłoty stawiają na drugim planie. Zresztą należy pamiętać, że pojedynczych objawów może w pewnych epidemijach brakować, np. różyczki, a inne za to występują na pierwszy plan. ZIEMSEN dla rozpoznania recydywy wymaga przynajmniej dwóch ważnych objawów. WEIL widział recydywy bez różyczki i powiększenia śledziony. W Heidelbergu recydywy stosunkowo zdarzają się często [14—17%], zresztą częstość ich zależy od miejscowości. U mężczyzn są one równie częste [16.6%], jak u kobiet [17,7%]; wiek nie ma na nie żadnego wpływu. WEIL spostrzegał na 105 przypadków tyfusu 16 razy recydywę pojedynczą i 2 razy podwójną. Długość recydywy wahała się od 6—32 dni. Wogóle były one łagodne, w 3 tylko przypadkach ciężkie. Gorączka w *stadium acmeos* bywała niekiedy wyższą, niż w przebiegu tyfusu pierwotnego. Recydywy obserwował WEIL 5 razy po lekkim tyfusie, 2 razy po średnim, 11 razy po ciężkim. STEINTHAL i ZIEMSEN częściej widywali recydywy po tyfusie lekkim. Okres bezgorączkowy, poprzedzający recydywę, wynosi 2—22 dni, najczęściej występuje ona w pierwszych 2 tygodniach, a $\frac{2}{3}$ przypada na tydzień pierwszy pokrytyczy.

Przebieg gorączki w recydywach, jest podług WEIL'a bardzo charakterystyczny. Wieczorem wznosi się ciepłota powoli co dzień o $\frac{1}{2}$ —1 stopnia, dochodząc do *maximum* zwykle 4-o dnia [$39,3$ — 41° C.].

Ranna ciepłota, zwłaszcza przy lekkich recydywach, nigdy nie bywa wysoką, a niekiedy nie przekracza prawidłowego stanu [typ przepuszczający]. Okres na-

teżenia trwa rozmaity przeciąg czasu i zdaje się łączyć z okresem następnym (*stadium decrementi*).

Obrzmienie śledziony spotyka się stale.

Objawy ze strony kiszek tylko w 5 przypadkach zanotowano wyraźne. Białkomocz także u 5 chorych wystąpił powtórnie, różyczka tylko u trzech chorych. Nieżyt oskrzeli u dwu. Objawy podmiotowe nigdy nie były bardzo silne.

Co się tyczy etjologii, to WEIL uważa, iż nieuzasadnionem jest powątpiewanie, jakoby recydywa nie miała za podstawę nowego zakażenia z zewnątrz, lecz wywołaną była przez działanie zarazków, które wnikały do ustroju przy tyfusie pierwotnym, lecz nie miały jeszcze czasu rozwinąć się. Dowodzi tego pozostające nawet w okresie bezgorączkowym powiększenie śledziony, krótki niekiedy przeciąg tego okresu, dalej podwójne recydywy. Pomiędzy recydywą i powrotem (*Nachschub*) nie ma wyraźnej granicy, a powroty takie powtarzać się mogą nawet 5 razy np. 21, 27, 32, 41, 57 dnia choroby. Czas trwania powrotu wynosi 10—21 dni, a cała choroba trwać może 37—75 dni. Przy takich powrotach znajdujemy tak jak i przy recydywach powiększenie śledziony, objawy kiszkowe, różyczkę. Nie ma tu więc nowego zakażenia, lecz dalszy ciąg działania tego samego zarazka, albowiem zwykle chorzy, u których recydywa ma wystąpić nawet w okresie bezgorączkowym, nie czują się zupełnie dobrze, mają stolec nieregularny, bóle brzucha, język obłożony i t. p. Specyjalną przyczynę recydywy wskazać jest niemożliwem. Zależy ona od charakteru epidemii, t. j. od pewnych własności zarazka. Błędy w dyjecie nie mają tu żadnego znaczenia, lubo mogą do recydywy usposabiać. Toż samo i metoda leczenia. Chinina może po części zapobiegać recydywom z powodu swego przeciwpasorzytowego działania i często po zaprzestaniu podawania chininy ciepłota się podnosi w sposób recydywom właściwy.

Z 12 przypadków WEIL'a, w których przez użycie chininy przebieg tyfusu został złagodzony, w 6 miała miejsce lekka recydywa. Ztąd też sądzi on, że środki, które przy niedostatecznem użyciu czynią tyfus niejako utajonym, mogą zabezpieczyć od recydywy, gdy je użyjemy w ilości odpowiedniej do zniszczenia zarazka. Zaleca przeto systematyczne użycie chininy lub kwasu salicylowego w okresie bezgorączkowym. IMMERMAN i FREUNDLICH zalecają salicylan sodu w tym celu.

Tyfus poronny.

Różne formy gorączkowe, zwane *f. gastrica*, *f. catarrhalis*, *febricula*, *f. ephemera*, *f. continua simplex*, pierwszy LEBERT połączył pod jedną nazwą tyfusu poronnego [1857]. Tyfus poronny poprzedzany bywa także przez okres zwiastunów, a przebieg jego trwa 2 tygodnie lub krócej. Formy poronne tyfusu każdy z nas spotykał niejednokrotnie w tych samych domach, gdzie przebiegały jednocześnie ciężkie tyfusy i na tę okoliczność LEBERT ważny kładzie nacisk. GRIESINGER i WUNDERLICH krytykują LEBERT'a, że do tyfusów poronnych zaliczył łagodne tyfusy lub dłużej trwające. Podług nich tyfus poronny trwa 4—5 najwyżej 16 dni, zaczyna się gwałtownie silną gorączką, która niekiedy po 4—5 dniach znaczne przedstawia zwolnienia i wraca do normy przy obfitych potach. Nie zawsze więc bywa to *typhus levis*, dla tego też WEIL odróżnia *typhus levis* od tyfusu poronnego, lubo ten ostatni częstokroć bywa lekkim.

W niektórych epidemijach tyfus poronny bywa bardzo częstym [$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$]. WEIL notuje tę formę 32 razy. Typ gorączki tyfusu poronnego bywa takim jak przy tyfusie średniego natężenia, lecz tu już w połowie lub w początku 2 tygodnia zaczynają się zwolnienia. I tu bywa typ przepuszczający gorączki. Choroba kończy się zwykle *per lysis*. Niekiedy spotykamy kombinacje tyfusu lekkiego z poronnym, a przy tych *lysis* ma typ remitujący. Tętno nie przed-

stawia nic osobliwego, niekiedy bywa dwnbitne i nie idzie w parze z ciepłotą. Zwiastuny trwające kilka dni lub tygodni zdarzają się bardzo rzadko, zwykle choroba rozpoczyna się nagle dreszczem silnym, który niekiedy przez kilka dni z rzędu o tej samej godzinie się powtarza. Jednocześnie występuje ból głowy, zawrót, pragnienie, ogólna niemoc, zły sen i t. p. I tu zawrót głowy jest bardzo charakterystycznym objawem. Niekiedy występują ciężkie objawy mózgowe. Objawów ze strony kiszek WEIL stale spostrzegał. Różyczka istnieje nie zawsze, a niekiedy występuje w parę dni po powrocie ciepłoty do normy. Nieżył oskrzeli towarzyszy niekiedy tej formie tyfusu, białkomocz także, a niekiedy i inne objawy zapalenia nerek mogą zaraz w początku choroby wystąpić. Raz jeden widział WEIL żółtaczkę.

Niekiedy i po tyfusie poronnym bywa recydywa. Na 32 chorych na tyfus poronny, WEIL zanotował ją 5 razy. Rokowanie zawsze jest pomyślne.

Przy rozpoznawaniu, największe ma znaczenie gwałtowny początek choroby i powiększenie śledziony. Co do ważności innych objawów; wyrażają takowe następujące cyfry w odsetkach.

Powiększenie śledziony 90%, biegunka 65%, przelewanie 56%, różyczka 40%, nieżyt oskrzeli 18%, białkomocz 15%. Zaprawdę, czytając pracę WEILA, przypomniał mi się owe warszawskie *malariae* w czasie wiosennych i jesiennych epidemij tyfusu brzuszego, które z taką powagą rozpoznajemy na zasadzie dreszczów jednokrotnych lub powtarzających się, z powiększenia śledziony, albo też owe malaryje rozpoznawane z przebiegu remitującego lub intermitującego gorączki, w których chinina nawet nie pomaga, a w których brak objawów ze strony kiszek [65% tylko] i różyczki [40% tylko] zdaje się pozwalać na wykluczenie tyfusu. Ileżby to mniej było u nas chorób zagadkowych, ile mniej artykułów, odpowiedzi i odpowiedzi na odpowiedzi, gdybyśmy nie obawiali się wyraźnie nazwać choroby tyfusem, nawet wtedy, gdy chinina przebieg jej przerwie, skróci lub złagodzi. Ta częstość malarii u nas pochodzi po części z przyzwyczajenia, po części z nieuwzględnienia współcześnie panujących chorób, a WEIL, mówiąc o rozpoznawaniu, ważny kładzie nacisk na tę okoliczność, że tyfusy poronne zdarzają się właśnie jednocześnie z tyfusami ciężkimi nawet w jednej rodzinie, u mieszkańców jednego domu lub u osób w jednakowych warunkach życia. Tak ciężkie jak i poronne tyfusy najczęściej istnieją podług WEIL'a od Czerwca do Września. Gorączkowe nieżyty żołądka łatwo można od tyfusu poronnego odróżnić, gdyż przy pierwszych gorączka nigdy dłużej nie trwa niż 1—2 dni, nie ma zawrotów głowy i powiększenia śledziony. Gorączka zresztą nie stanowi tu *conditio sine qua non*, gdyż LIEBERMEISTER, a za nim WEIL, twierdzą, że niekiedy bywają tyfusy bez gorączki, co i u nas niejednokrotnie spostrzegaliśmy.

Mówiąc o przyczynach tyfusu poronnego, musimy wspomnieć o kalomelu. Użycie tego środka rozpatrzmy na innym miejscu przy leczeniu, tu tylko wspomnimy, że z 32 chorych na tyfus poronny, 20 nie zażywało kalomelu, a 37 chorych używających kalomel przeżyło tyfus ciężki. Środek ten może wprawdzie skrócić przebieg tyfusu, tak samo jak kąpiele i chinina.

Leczenie nie różni się od leczenia tyfusu wogóle, pamiętać tylko należy, aby chorzy przez 6—8 dni po spadnięciu ciepłoty do prawidłowego stanu byli na płynnej dyecie i leżeli w łóżku. Leczenie wyczekujące wogóle wystarcza. Z 32 chorych WEIL'a 15 nie przyjmowało lekarstw, 5 dostało kalomel, 7 kalomel, kąpiele i chininę, 1 chininę, 1 chininę i kąpiele, 1 olej rycynowy, 1 olej rycynowy chininę i kąpiele.

[C. d. n.]

Wiomości bieżące.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski Nr. 12. MIKULICZ. Kilka uwag nad rakiem migdałka i bocznej ściany gardła. — OBTUŁOWICZ. O dyfteryi, szczególnie pod względem etyologicznym i patologicznym.

Medycyna Nr. 12. ROSENTHAL. Przyczynę do nauki o afazyi zmysłowej — MAJKOWSKI. O zasadach, metodach i środkach leczenia chorób skórnych i wenerycznych, używanych obecnie na klinikach Wiedeńskich.

OGŁOSZENIA KONKURSOWE.

I.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu imienia śp. D-ra Adama HELBICHA.

1) Nowy temat „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchot płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1887 roku.

2) Temata poprzednie: Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciechocinek, Druskiéniki, Iwónieć i inne [temat z poprzedniego konkursu przedłuża się do dnia 31 Grudnia 1886].

3) Termin na dowolnie obrać się mający temat z działu historii medycyny w Polsce przedłuża się do dnia 31 Grudnia 1886.

4) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchot płucnych“, z terminem do dnia 1 Lipca 1887 roku.

5) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

D-r Szokalski.

II.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujący temat do nagrody konkursowej za rok 1886 z funduszu zapisanego przez śp. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: „Obecny stan wiedzy o wściekliznie u ludzi w ogólności i o leczeniu zapobiegawczem tejże choroby metodą PASTEUR'a w szczególności“ z terminem do dnia 31 Marca 1887 roku.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

D-r Szokalski

Sprostowanie. W Nr-ze 12 GAZETY LEKARSKIEJ w artykule „O przeplukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczej“ D-ra RAJCHMANA,

Na str. 224 wiersz 8 od dołu po wyrazie „żołądkową“ opuszczono „do leczenia chorych na rozszerzenie żołądka“; str. 227 wiersz 12 od dołu po wyrazie „wydzieliny“ powinno być: „chorobowo zmienionej i owrzodzonej błony śluzowej“, str. 227 w. 12 od dołu przed wyrazem „te“ powinno być „Wydzieliny“; str. 228 w. 1 od góry zamiast „nieznacznej“ powinno być „znacznej“; str. 228 w. 4 od góry zamiast „zmniejszają“ powinno być „zmieniają“; str. 228 w. 21 od dołu zamiast „wchłonięcie“ powinno być „wchłanianie“; str. 229 w. 7—8 od góry zamiast „drażnienie“ powinno być „drażnienia“; str. 231 w. 12 od góry po wyrazie „przez“ powinno być „sie“.

Do dzisiejszego Nr-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Prospekt Wędrowca“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Довозжено Иезауроу Баршав, 13 Марта 1886 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска. Nr. 29.

„KRYNICA”

Pismo poświęcone sprawom polskich zdrojowisk, z urzędowymi listami gości.

„Krynica” wychodzi w każdą niedzielę, podczas sezonu kąpielowego, t. j. od 15-go maja do 15-go września i ma debiet pocztowy do Królestwa Polskiego i Rossyi.

Prenumerata na „Krynice” wynosi na cały sezon kąpielowy: W Krynicy 2 złr. 30 ct.— w Austro Węgrzech 2 złr. 50 ct. w Królestwie Polskiem i Rossyi 3 złr. Inseraty kosztują od młej-sca wiersza drobnym drukiem 6 ct.

Redaktorem i wydawcą jest: Inżynier **Bronisław Babel** w Krynicy (Willa Ułana).

3—1

PROSZEK PRZECZYSZCZAJĄCY ROGÉ

UZNANY PRZEZ AKADEMIAŁ MEDYCZNĄ PARYŻKĄ

POUDRE DE ROGÉ.

Żaden proszek przeczyszczający nie ma przyjemniejszego smaku i nie działa z taką pewnością jak ten. Liczne doświadczenia w szpitalach Paryżkich dowodzą, że skutki jego są niezmiennie.

Mając PROSZEK ROGÉ, każdy sam może sobie przygotować napój przeczyszczający i zarazem orzeźwiający, konserwuje się on długo i transportuje się łatwo.

Prawdziwy PROSZEK ROGÉ sprzedaje się w flakonach obwiniętych w papier oranżowy z podpisem wynalazcy i znakiem przy niniejszem zamieszczonym.



EMSKIE ŹRÓDŁO VICTORIA

wyróżnia się z pomiędzy innych znaczną zawartością kwasu węglanego, jest więc najlepszą wodą do użytku domowego i bywa stosowaną z wybornym skutkiem przeciw wszelkim nieżyłowym cierpieniom krtani, gardzieli, żołądka i t. d.

EMSKIE PASTYLKI

Emska pasta przeciwkataralna

w owalnych pudełkach z plombą ołowianą

w okrągłych flaszeczkach, opatrzonych firmą.

oba przetwory wyrabiane są z soli ze źródeł emskich.

Sól emska w płynie do wzięcia płukań i t. d.

Wymienione przetwory znajdują się we wszystkich znanych składach wód mineralnych i aptekach.

König Wilhelm s-Felsenquellen in Bad-Ems.

5—5