

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 6.

Warszawa d. 9 Lutego 1907 r.

T. XXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Z dziedziny chirurgii żołądka w przypadkach zwężenia odźwiernika. (Dokończenie). Podał Dr. Solman. — Dystrophia ossium progressiva. (Dalszy ciąg). Podał Dr. Władysław Sterling. — Streszczenia i wyciągi. — 9. Przypadłości towarzyszące wadliwemu wyrzynaniu się zębów mądrości. — Protokół posiedzenia sekcji neurologiczno-psychiatrycznej z dnia 22 grudnia 1906 r. — Odcinek. Wody z kwasem węglowym w Royat (Francya). Podał Dr. T. Heiman. (Dokończenie). — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Solman. — Du domaine de la chirurgie de l'estomac dans les sténoses du pylore. 2) Dr. Władysław Sterling. — La dystrophie des os progressive.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Solman. — Aus dem Gebiete der Magen Chirurgie bei Pylorusstenosen. 2) D-r Władysław Sterling. — Ueber progressive Knochen-dystrophie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z lecznicy chirurgicznej D-ra Solmana.

Z DZIEDZINY CHIRURGII ŻOŁĄDKA W PRZYPADKACH ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA.

Podał

Dr. Solman.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

Przy badaniu wyciętej części żołądka okazuje się, że światło odźwiernika jest nadzwyczaj

wąskie, zaledwie przepuszczające zgłębnik maciczny. Profesor PRZEWOSKI łaskawie zbadał wycięty guz w całości i w licznych skrawkach, otrzymanych po poprzecznym przecięciu całego odźwiernika wraz z istniejącym w nim guzem i wrzodem, przyczem światło odźwiernika było w środku preparatu.

Wynik badania był następujący: wrzód żołądka prawym brzegiem dochodzi do samej zastawki odźwiernikowej, lewym leży na 2 1/2 cala od wymienionej zastawki. Brzegi wrzodu

płaskie, dno dosyć równe, ściana żołądka pod dnem wrzodu wyraźnie zgrubiała, ale otrzewna pod dnem wrzodu zupełnie gładka bez guzиковатых zgrubień. Cały wrzód jest opasujący, zwęża światło odźwiernika do tego stopnia, że odźwiernik przepuszcza tylko sondę na 2 do 3 mm. grubą. Przy badaniu mikroskopowem widać w brzegach wrzodu przerosłe gruczoły śluzowe, dalej w związku z wymienionymi gruczolami widać nie obfite twory rakowate, wysłane ziarnistym nabłonkiem cylindrycznym, które stopniowo wrastają coraz głębiej do błony podśluzowej, do mięsnej, a nawet miejscami przedostają się pod błonę surowiczą. Wszystkie te twory rurkowate są niejednostajnie szerokie t. j. raz zupełnie wąskie lub bardzo szerokie, miejscami tworzą rodzaj nieregularnej sieci — światło rurek puste. W miarę wrastania rurek do głębi ściany żołądka sama ściana grubieje i widać w niej dokoła rurek przeważnie dosyć obfitą drobnokomórkową (limfocyty, komórki plazmatyczne) infiltrację. Naczyń krwionośnych w dnie i brzegach wrzodu wogóle mało. Atypowa budowa rurek nabłonkowatych w dnie i brzegach wrzodu, jako też i bardzo głębokie ich wrastanie do ściany żołądka zmusza do rozpoznania *carcinoma cylindrico-cellulare*. Czy rak powstał pierwotnie, czy też rozwinął się na wrzodzie okrągłym, tego mikroskopowe badanie rozstrzygnąć nie mogło. Przy wyciętym guzie w *lig. gastrocolicum* znajdował się jeden gruczoł limfatyczny wielkości ziarna grochu, w gruczole tym Profesor PRZEWOSKI nie znalazł cech rakowego przeistoczenia, lecz jedynie zmiany zapalne.

Powyżej opisany przypadek jest jednym z tych, które dowodzą, że rezekecja odźwiernika przy braku zrostów patologicznych jest zabiegiem łatwym do wykonania i dać może doskonały wynik bezpośrednio pooperacyjny oraz zupełnie dobry rezultat późniejszy, potwierdza również słuszość zapatrywania tych chirurgów, którzy w przypadkach zwężenia odźwiernika,

wytworzonego bądź typowym wrzodem modelowatym, bądź ograniczonym włóknistym guzem jedynie przypuszczalnie rakowatym, radzą wykonywać rezekecję, nie zaś samą tylko gastrojejunostomię. Bezwątpienia słuszne jest zapatrywanie Prof. RYDYGIERA, że ten zabieg daje lepsze wyniki trwałe, który doszczętniej usuwa cierpienie i który stwarza stosunki bardziej zbliżone do normalnych, a takim bezwątpienia jest pylorektomia, nie gastroenterostomia, przy pomocy której wytwarzamy tylko lepsze warunki odpływu pokarmów z żołądka, pozostawiając wrzód w spokoju. Niestety, tej zasady teoretycznie słusznej w wielu przypadkach przeprowadzić praktycznie nie możemy, wtedy mianowicie, gdy istnieją liczne mocne zrosty w otoczeniu wrzodu modelowatego, lub też gdy wrzód ten draży do sąsiednich narządów, w takich przypadkach rezekecja jest zabiegiem zbyt ryzykownym, o bardzo wątpliwym dobrym wyniku bezpośrednio pooperacyjnym, i przed jej wykonywaniem w tych warunkach ostrzegają wytrawni chirurdzy; zgodnie z tem zapatrywaniem odstąpiłem od zamierzonej w pierwszym opisanym przypadku rezekeji, w drugim zaś operację tę wykonałem dlatego, że przy braku zrostów rezekecja była łatwa do wykonania, i że jednocześnie miałem podejrzenie na rakowatą istotę guza odźwiernika.

Rezekecja odźwiernika przy wrzodzie modelowatym posiada tę wielką zaletę, że pokarmy z żołądka przechodzą do kiszek przez dwunastnicę i, miesząc się z sokiem trzustkowym i żółcią, posiadają właściwe dobremu trawieniu chemiczne własności. Podczas gdy po gastrojejunostomii miazga pokarmowa i kwaśny sok żołądkowy dostają się bezpośrednio do pustnicy i mogą być powodem bądź *ulcus pepticum jejuni* — bądź trudnego do zwalczenia rozwolnienia ze wszelkimi złemi tego stanu następstwami, prawda, że powikłania powyższe rzadko się zdarzają, jednakże wytworzone, przedstawiają wielkie niebezpieczeństwa. Dalszą wadą

gastrojejunostomii jest możliwość wytworzenia się się t. zw. błędnego koła, chociaż ulepszenia w metodach gastrojejunostomii chronią najczęściej od tego ciężkiego powikłania, jednakże *circulus vitiosus* wydarzyć się może bądź bezpośrednio po operacji, bądź nawet w czasie późniejszym.

Dalszą wadą gastrojejunostomii jest pozostawienie w żołądku istniejącego wrzodu, wrzód ten może stać się powodem krwotoków, przedziurawienia, a nawet, jak niektórzy twierdzą, być podłożem dla wytworzenia się raka; prawda, że po gastrojejunostomii może wskutek wytworzenia swobodnego odpływu pokarmów z żołądka do kiszek nastąpić zupełne zabliznienie się wrzodu, jednakże znane są przypadki ciężkich powikłań, pochodzących właśnie z następstw pozostawionego nietkniętym podczas operacji wrzodu. Rezekcja, usuwając wrzód chroniczny, chroni od następstw jego w miejscu rozwoju, a jeżeli wydarzają się pomimo rezekcji wrzody w innych miejscach żołądka z ich ciężkimi następstwami, co wydarza się jednak również i po gastrojejunostomii, to winna jest nie rezekcja, jako sama operacja, lecz, niestety, fakt, że nie zawsze rezekcja i gastroenterostomia zapobiegają późniejszemu owrzodzeniu żołądka; przypadki takie rzadko jednak się zdarzają, i badania późnych wyników po rezekcji i gastroenterostomii wykazują, że trwałość leczenia po tych operacjach jest bardzo znaczna i nowotworzenie się wrzodów do rzadkości należy. Wobec wspomnianych zalet wycięcia wrzodu chronicznego żołądka, wycięcie segmentarne lub rezekcja odźwiernika jest zabiegiem najzupełniej usprawiedliwionym, lecz częstemu zastosowaniu powyższej operacji stoi na przeszkodzie znaczna śmiertelność pooperacyjna, szczególnie w przypadkach, połączonych z wielkimi trudnościami oddzielenia licznych zrostów i nacieczeń, drążących do sąsiednich narządów. Statystyka DREYDORF'a w 1894 r., zestawienia MARION'a w 1896 r. świadczą o złych

wynikach rezekcji przy wrzodzie chronicznym żołądka.

DONATI (1905) zestawił znane w piśmiennictwie od 1881 do 1900 r. 34 przypadki rezekcji żołądka przy wrzodzie chronicznym żołądka, 3 razy wykonano wycięcie segmentarne, 31 razy typową rezekcję odźwiernika: 14 operowanych zmarło w czasie od 1 do 14 dnia po operacji wskutek ostrego zapalenia otrzewny (5), chronicznego zapalenia otrzewnej (1), zapalenia (4), zapalenia płuc (3), gangreny okrężnicy (1), czyli że śmiertelność po operacjach, przez różnych chirurgów wykonanych, wynosiła około 50%; z 13 operowanych rezekcją i jednoczesną gastroenterostomią zmarło 4, z 3 operowanych przez rezekcję i gastroplastykę 2. Tak wielka odsetka śmiertelności bezpośrednio pooperacyjnej po rezekcji żołądka przy wrzodzie chronicznym i jego następstwach, prawdopodobnie i niepomysłne zejścia, otrzymywane, choć nie ogłaszane drukiem przez różnych chirurgów, stały się powodem, że pomimo lepszych wyników rezekcji, w ostatnich kilku latach otrzymywanych, jak o tem świadczą przypadki, ogłoszone przez v. EISELSBERG'a, KROENLEIN'a, KOCHER'a, POPPERT'a i innych pomimo zachęcających częstokroć wyników, otrzymywanych przez zwolenników rezekcji, RYDYGIERA, MAYDL'a, JEDLICKE, ALI-KROGIUST'a, LAMBOTT'a, większość chirurgów przyjęła za zasadę wykonywać rezekcję przy chronicznym wrzodzie żołądka tylko wtedy, gdy przy braku silnych zrostów operacja powyższa jest łatwa do wykonania, w przeciwnym razie należy ograniczyć się do wykonania gastrojejunostomii. Podejrzenie na złośliwy nowotwór również jest wskazaniem do wykonania rezekcji, o ile tylko operacja powyższa względnie do zmian miejscowych i ogólnego stanu chorego daje prawdopodobieństwo pomyślnego wyniku.

Powyższemi zasadami kierowałem się przy wykonaniu moich operacji i dobry ich wynik bezpośrednio pooperacyjny i, jak dotąd, póź-

niejszy przemawia za słusnością wybranego chirurgicznego postępowania.

Nie mam zamiaru szczegółowo obecnie przedstawiać, jaką metodę operacji wybrać należy przy zwężeniu odźwiernika w następstwie wrzodu chronicznego, krytycznie rozpatrywać zalety lub wady tej lub innej metody operacyjnej, uzasadniać danymi liczbowymi i kazuistycznymi przewagę jednego sposobu operowania nad drugim względnie do wyniku bezpośrednio pooperacyjnego i późniejszego; cenne pod tym względem wskazówki znajdzie chirurg bądź w klasycznym podręczniku chirurgii BERGMAN'a—MIKULICZA—BRUNS'a, bądź w doskonałej chirurgii żołądka HARTMANN'a, w dziele o gastroenterostomii MONPROFIT'a, bądź wreszcie w licznych zestawieniach nader wyczerpujących MIKULICZA, CHLUMSKIEGO, CLAIRMONT'a, MARAGLIANO, KREUZER'a, DONATI'ego, HOFMANN'a i wielu innych, w sprawozdaniu z I-go międzynarodowego chirurgicznego zjazdu w Brukselli, na którym wybitni referenci i chirurdzy, przyjmujący udział w dyskusji: MONPROFIT, ROTGANS, MATTOLI, IONNESCO, v. EISELSBERG, HARTMANN, LAMBOTTE, RICARD, KOCHER, GARRÉ, CZERNY, RYDYGIER i inni wyświetlili wiele niejasnych spraw, dotyczących chirurgii żołądka w niezłomliwych t. j. nierakowatych sprawach chorobowych, bądź wreszcie w licznych kazuistycznych opisach. Ograniczę się jedynie do wypowiedzenia kilku wniosków, wynikających nie tyle z osobistego doświadczenia, zbyt bowiem małą liczbę operacji na żołądku wykonałem, żeby jedynie na zdobytem tą drogą doświadczeniu polegać, ile raczej na zasadzie rozpatrzenia dawnych i współczesnych prac innych chirurgów. Odrzucając jako bezzasadną i niebezpieczną operację rozszerzenia zwężonego odźwiernika palcem lub narzędziami przez nieprzeciętą lub przeciętą ścianę żołądka, t. j. operację, zwaną *divulsio pylori*, zaznaczywszy, że obecnie *pyloroplastica* jest niemal zupełnie zarzucona z powodu, że nadające się do tej operacji przypad-

ki są bardzo rzadkie, i że często wkrótce nieraz po operacji powrotnie występuje zwężenie odźwiernika, głównymi operacjami, wykonywanymi obecnie przy zwężeniu odźwiernika i odźwiernikowej części żołądka, są: gastroenterostomia w znakomitej większości przypadków oraz w wyjątkowych przypadkach, t. j. przy łatwości technicznego wykonania i dobrym ogólnym stanie chorego, rezekecy.

Ze sposobów gastroenterostomii na uwagę zasługuje z wielu względów racjonalna, wytwarzająca stosunek anatomiczny jaknajbardziej zbliżony do normalnego, lecz, niestety, najczęściej z powodu zrostów nie nadająca się do wykonania gastroduodenostomii sposobem FINNEY'a, VILLARD'a, KOCHER'a, jedynie zaś niemal wykonywaną operacją jest gastrojejunostomia, t. j. połączenie żołądka z pustnicą. Operację powyższą wykonać można podług trzech głównych sposobów: WOELFFLER'a, v. HACKER'a i ROUX, *gastrojejunostomia antecolica anterior*, *gastrojejunostomia retro s. transmesocolica posterior*, *g. j. ypsiliformis anterior* lub *posterior* ROUX, o innych sposobach wspominać obecnie nie będę, sposoby te są bądź mniej lub więcej udatną modyfikacją powyższych trzech głównych sposobów gastrojejunostomii, bądź też nie zyskały uznania ogólnego. Każda z powyższych głównych operacji gastrojejunostomii posiada zalety i wady. Pierwotnie stosowana operacja WOELFFLER'a została usunięta na drugi plan z chwilą, gdy w operacji v. HACKER'a znaleziono lepszy sposób operacji, i ta ostatnia operacja jest obecnie najczęściej i z nader pomyślnymi wynikami przez większość współczesnych chirurgów wykonywana, szczególnie przy wykonaniu jej z krótką pętlą doprowadzającą. Zarzuty, czynione operacji WOELFFLER'a, sprowadzić można do trzech punktów: 1) utworzenie anastomozy w miejscu nieodpowiednim, mianowicie nie w najniższym punkcie rozszerzonego żołądka, lecz znacznie wyżej, przy odźwierniku, przez co opróżnianie

żołądka, zazwyczaj o ścianach znacznie mięsniowo osłabionych, pozostaje bardzo upośledzonym; 2) ucisk okrężnicy przerzuconą przez nią pętlą кишки i 3) najgłówniejszy zarzut, częstsze niż przy innych sposobach występowanie ciężkiego powikłania t. z. *circulus vitiosus*, przedostania się treści pokarmowej z żołądka do doprowadzającej pętli кишки. Pierwszy zarzut jest słuszny tylko do pewnego stopnia, mianowicie, gdy żołądek jest bardzo rozszerzony, o ścianach cienkich, mało kurczliwych, lecz przy żołądku nieznacznie rozszerzonym, o silnych ścianach przepływ bynajmniej nie będzie upośledzony przez anastomozę przyodźwiernikową na przedniej ścianie, wiadomo bowiem, że żołądek, kurcząc się, przepycha miazgę pokarmową właśnie głównie ku odźwiernikowi, jak to ostatnio wykazały zdjęcia rentgenograficzne. Drugi zarzut nie jest tak ważny jak to uważają niektórzy: zaciśnięcie okrężnicy pętlą cienkiej кишки lub jej kreską zbyt krótką nastąpić może tylko wtenczas, gdy weźmiemy dla anastomozy pętlę zbyt bliską od *plica duodenojejunalis*, jeżeli zaś posługujemy się pętlą 50 do 60 ctm. odległą od początku pustnicy, pętla ta bynajmniej okrężnicy zaciskać nie będzie, jeżeli przytem pętla użyta do anastomozy posiada długą kreskę. Prof. RYDYGIER opisał dwa przypadki niepomyślnego zejścia wskutek zaciśnięcia okrężnicy po operacji WÖLFFLER'a i uniósł się tak, że radzi zupełnie wykreślić ze sposobów operacyjnych sposób WÖLFFLER'a. Liczne przypadki, w których powikłania powyższego nie spotykano, nie usprawiedliwiają tak kategorycznego wyłączenia z wielu względów dobrej operacji. Przypadki *circulus vitiosus* występują rzeczywiście bez porównania częściej po operacji WÖLFFLER'a, niż po operacji v. HACKER'a, lecz w jednocześnie wykonywanej anastomozie pomiędzy doprowadzającą i odprowadzającą pętlami кишки, w t. zw. sposobie BRAUN'a, posiadamy doskonały środek zapobiegający utwo-

rzeniu się błędnego koła. Przypadki, w których przy wystąpieniu objawów *circulus vitiosus* po operacji WÖLFFLER'a wykonana enteroanastomoza BRAUN'a dała znakomity wynik, świadczą wymownie o skuteczności tego dodatkowego zabiegu. W statystyce DONATI'ego znajdujemy zestawienie 39-u przypadków gastrojejunostomii z jednoczesną enteroanastomozą BRAUN'a, w 1-m przypadku po *g. e. posterior* HACKER'a śmierć w 10-m tygodniu po operacji wśród nieustannych wymiotów, sekcyja jednak nie była zrobiona i właściwa istota wymiotów ciągłych niewiadoma, w jednym przypadku po operacji WOELFFLER'a śmierć 5 dnia wskutek *sepsis*, w dwóch przypadkach zaznaczono początkowo wymioty, które jednak samoistnie ustąpiły, i chorzy wyzdrowieli, w pozostałych przypadkach przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Do zwolenników jednoczesnej z gastrojejunostomią enteroanastomozy BRAUN'a należą WEBER, FRANKE, SCHWARTZ, LINDNER, KRAUZE, MARAGLIANO i inni. MARAGLIANO podaje, że po 38 operacjach *g. ent. anterior cum enteroanastomosi* nigdy nie wystąpiły objawy błędnego koła, powyższe powikłanie powstało w jednym przypadku, gdy dodatkowej enteroanastomozy BRAUN'a nie wykonano. KÖRTE radzi wykonywać dodatkową enteroanastomozę tylko przy bardzo ścięczalym żołądku. Dane z piśmiennictwa pozwalają na postawienie wniosku: że przy operacji WÖLFFLER'a zawsze należy wykonywać enteroanastomozę BRAUN'a, zabieg ten dodatkowy przedłuża bardzo niewiele, o kilkanaście zaledwie minut, operację i chroni od wystąpienia *circulus vitiosus*, jeżeli tylko inne przyczyny, jak np. wytworzenie się ostrogi, skręcenie pętli odprowadzającej, atonia żołądka nie są bezpośrednią przyczyną powyższego ciężkiego powikłania. Wielką zaletą operacji WOELFFLER'a jest łatwość, prostota jej wykonania; następnie, że, tworząc anastomozę na przedniej powierzchni żołądka, możemy wysunąć niemal

na zewnątrz części operowane i doskonale uchronić otrzewną od zakażenia przez przedostanie się do niej treści żołądka i kiszek, przy wykonaniu operacji v. HACKER'a zmuszeni jesteśmy działać w trudniej dostępnej części tylnej żołądka i trudniej poniekąd uchronić się od niepożądanego zanieczyszczenia otrzewny wydzieliną żołądkowo-jelitową, krwią. Wspomnę wreszcie jeszcze o jednej wadzie operacji WOELFFLER'a, mianowicie, że przez przyłączenie pętli кишки w kierunku poprzecznym łatwo może nastąpić zbytne zgięcie pętlicy кишки przy brzegu otworu anastomozy; chcąc uchronić się od tego, należy zawsze przyczepiać pętlę кишки do żołądka na przestrzeni znacznie szerszej, niż niż otwór anastomozy, przynajmniej na 2 do 3 cm. z jednej i drugiej strony wytworzonego w żołądku i kiszce otworu należy pętlę кишки do żołądka przyszyć.

Połączenie żołądka z pustnicą podług sposobu v. HACKER'a nie posiada wad, o których wspominałem, mówiąc o operacji WOELFFLER'a, powikłanie błędnem kołem prawie nigdy się nie zdarza, jeżeli tylko operacja dokładnie wykonana została, a chociaż jest trudniejsza do wykonania, niż operacja WOELFFLER'a, to jednak dzięki wyrobieniu techniki chirurgicznej nieznaczne utrudnienie w operowaniu nie powinno być zarzutem przeciwko tej metodzie operacyjnej. Obecnie większość chirurgów wykonuje z nader pomyślnym skutkiem operację v. HACKER'a, przystępując do operacji WOELFFLER'a tylko wtedy, gdy tylna ściana żołądka wskutek zrostów jest niedostępna dla wykonania w tym miejscu połączenia żołądka z pustnicą.

w 1900 r. v. HACKER podał wyniki 60-u przypadków *g. e. retrocolica posterior*, tylko w jednym przypadku wystąpiły objawy błędnego koła. HOFMANN podaje dalszą serię 107 przypadków *g. en.* HACKER'a, raz jeden powstało błędne koło wskutek błędu technicznego z tego

mianowicie powodu, że doprowadzająca pętla była wzięta w odległości zbyt wielkiej od *plica duodenojejunalis* (ca 30 cm), wytworzeniem bocznej enteroanastomozy BRAUN'a usunięto ciężkie powikłanie. v. HACKER radzi brać dla anastomozy górną pętlę pustnicy tylko tak długą, ile wynosi odległość od *plica duodenojejunalis* do miejsca wytwarzanej anastomozy, w najniższym punkcie żołądka. Należy unikać również pętli krótszej od powyżej podanej, w jednym przypadku zbyt krótka pętla doprowadzająca wytworzyła fałdę ściany żołądka, wskutek czego nastąpiło zamknięcie otworu anastomozy, wykonaniem nowej gastroenterostomii usunięto w porę groźną wadę.

Operacja, która w zupełności wyłącza możliwość przedostawania się pokarmów do pętli doprowadzającej jest *g. e. ypsiliiformis* Roux, wielkim zwolennikiem tej metody operowania jest MONPROFIT, który obecnie w łagodnych sprawach żołądka jedynie tym sposobem operuje, zawsze przytem wykonywa operację Roux *posterior* i zaznacza, że stan chorych od samego początku po operacji jest doskonały, chorzy nie są zmęczeni, sił nie tracą, opróżnienie treści żołądka do pustnicy odbywa się zupełnie dobrze; ten wielki spokój, dostarczony choremu przez pierwsze dni po operacji, rokuje o dalszym prawidłowym przebiegu i szybkim powrocie do dobrego stanu. Pojedyncze spostrzeżenia innych chirurgów świadczą o zaletach *g. ent. posterior* Roux, wielu jednak chirurgów uważa operację powyższą za zbyt długotrwałą, co niekorzystnie wpłynąć może na dalszy los chorego, spostrzegano również zwężenie otworu anastomozy, zaznaczając, że zwężenie łatwiej wytwarza się po implantacji, niż po wytworzeniu wielkiego otworu przy bocznej anastomozie. Operację Y Roux *anterior* uskutecznia MONPROFIT tylko wtedy, gdy Y *posterior* jest niemożliwą do wykonania operacją. ROTGANS wykonał 13 razy przy łagodnych zwężeniach

odźwiernika operację *g. e. ypsiliformis anterior*, we wszystkich przypadkach zejście pooperacyjne najzupełniej pomyślne.

W przypadku, powyżej opisanym, wybrałem dla wytworzenia połączenia żołądka z pustnicą operację WOELFFLER'a dlatego, że uważam tę operację, połączoną z boczną enteroanastomozą BRAUN'a, jako zabieg chirurgiczny łatwy do wykonania aseptycznego, krótkotrwały i w dobrych wynikach bezpośrednio pooperacyjnych i późniejszych nie różniący się zbyt znacznie od innych sposobów operowania, prawda, że w zasadzie racjonalniejszych, lecz wymagających dla wykonania dłuższego czasu lub utrudniających poniekąd aseptyczne wykonanie zabiegu, a wiadomo, że im krócej trwa operacja, na narządach jamy brzusznej wykonywana, im mniejsza jest możliwość zakażenia otrzewny, tem mniejszy jest wstrząs operacyjny, tem mniejsze niebezpieczeństwo wystąpienia groźnych ze strony serca i płuc powikłań.

W razie wykonania rezekcji odźwiernika mamy do wyboru operację BILLROTH'a I i zbliżoną do niej operację KOCHER'a albo też operację BILLROTH'a II. Pierwsze dwie z wymienionych operacji wykonywać należy tylko wtedy, gdy po wycięciu odźwiernika, ewentualnie i części przyodźwiernikowej żołądka, łatwo daje się skutecznie zbliżenie dwunastnicy do żołądka i szwy bez zbytniego naprężenia nałożyć, w przeciwnym razie należy w miejscach przecięcia zaszyć światło w żołądku i dwunastnicy i wykonać połączenie żołądka z pustnicą, najlepiej sposobem v. HACKER'a. Operacja BILLROTH'a I i KOCHER'a mają tę wielką zaletę, że wytwarzają warunki jaknajbardziej zbliżone do normalnych, podczas gdy operacja BILLROTH'a II, złączona z pustnicową anastomozą, posiada niektóre ogólne niebezpieczeństwa i wady gastrojejunostomii.

W przypadku dokonanej przezemnie rezekcji wybrałem sposób KOCHER'a i przekona-

łem się, że operacja powyższa jest łatwa do wykonania, przebieg pooperacyjny był po niej idealny, zaś badanie chorego w 9 miesięcy po operacji wykazało doskonałą czynność ruchową żołądka.

Kończąc niniejszą pracę, zauważę, że dobry wynik wykonanych przezemnie operacji przypisuję nie tylko wykonaniu ich możliwie jaknajdokładniejszemu, podług współczesnych zasad chirurgii, lecz w znacznej mierze i temu dodatniemu i bardzo ważnemu czynnikowi, że operowani, chociaż wychudnięci i osłabieni, nie znajdowali się w stanie takiego krańcowego wycieńczenia, z jakim, niestety, jeszcze obecnie zbyt często chorzy do chirurgów o pomoc się udają, w stanie, wyłączającym możliwość pomyślnego wyniku operacji.

Podawanie jaknajczęściej do ogólnej wiadomości internistów przypadków operacji, na żołądku dokonywanych, z wykazaniem późniejszych wyników operacji, rozwianie niesłusznych obaw przy wczesnem operowaniu odpowiednio wybranych przypadków będzie najlepszą drogą do wyrobienia popularności chirurgii żołądka. Wrazie pomyślnego wyniku operacji zasługa uratowania życia jest udziałem nie tylko chirurga, lecz w znacznej mierze i internisty, który, rozpoznawszy cierpienie i przekonawszy się o bezkutečnosti leczenia wewnętrznego, nie zwlekał z przedstawieniem choremu konieczności operacji.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra med. E. Flatau
w szpitalu żydowskim na Czystem.

Dystrophia ossium progressiva.

opisał

Władysław Sterling.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5).

KOŃCZYNY DOLNE.

Lewa kończyna dolna.

Staw biodrowy. Rozginanie silniejsze jest od zginania, które wykonywane bywa z bardzo nieznaczłą siłą.

Addukcja niezmiernie osłabiona, abdukcja biodra = 0.

Staw kolanowy: rozginanie wyraźnie silniejsze od zginania, które jest minimalne.

Staw skokowy: fleksja dorsalna jest znacznie silniejsza od plantarnej! oba te ruchy są wybitnie osłabione, lecz nie w takim stopniu, jak ruchy lewej stopy. Ruchy palcami są normalne.

Prawa kończyna dolna.

Prawa kończyna dolna *en masse* jest jeszcze znacznie słabsza od lewej.

Staw biodrowy: zginanie znacznie słabsze jest jeszcze, niż z lewej strony; rozginanie jest nieco lepsze.

Abdukcja i addukcja minimalna, prawie bez różnicy pomiędzy sobą.

Staw kolanowy: rozginanie jest znacznie silniejsze od zginania — oba ruchy słabsze, niż z lewej strony.

Staw skokowy: i tutaj fleksja dorsalna jest silniejsza od plantarnej, oba ruchy słabsze, niż z lewej strony.

Ruchy palcami wykonywane są z normalną siłą i w normalnej objętości.

En masse nie może podnieść do góry ani prawej, ani lewej kończyny dolnej. Wogóle w górnych i dolnych kończynach ruchy co do ob-

jętości i siły dotknięte są mniej w dystalnych, aniżeli w proksymalnych odcinkach kończyn, a samo osłabienie siły mięśniowej oraz zaniki mają charakter rozlany bez specjalnej lokalizacji w oddzielnych grupach mięśniowych. Chory i dzisiaj wykonywa bardzo dobrze rysunki, przyczem nie daje się zaznaczyć szybkiego wyczerpywania się. Chory twierdzi, że w rękach i w nogach od czasu do czasu występuje drżenie.

Tułów: ruchy są zachowane, jakkolwiek chory siada i opuszcza tułów bardzo wolno i z pewną trudnością.

Nigdzie nie daje się spostrzedz ani śladu jakiegokolwiek sprawy przerostowej w mięśniach.

Badanie prądem elektrycznym (galwanicznym i faradycznym) nie wykazało w mięśniach zmian ani jakościowych, ani ilościowych.

Czucie dotykowe, bólowe i cieplikowe nie wykazuje zaburzeń.

Czucie mięśniowe bez zmian.

Napięcie mięśniowe normalne.

ODRUCHY.

Na kończynach górnych odruchy z *triceps* słabe, okostnowy z promienia z lewej jest, z prawej strony nie udaje się wywołać.

AR z obu stron żywe, lecz bez *Fussclonus*.

PR z obu stron żywe (bez *Patellarcclonus*).

Przy uderzaniu młotkiem ponad górnym brzegiem *patellae* otrzymujemy t. zw. górny odruch kolanowy (*Oberer Patellarreflex*).

Objawu BABIŃSKIEGO niema: z obu stron przy drażnieniu podeszwy otrzymuje się *flexio plantaris*.

Oba odruchy brzuszne niezmiernie żywe — można je wywołać nawet z górnej trzeciej części przedniej powierzchni obu ud.

Oba odruchy z *cremaster* są również ogrom-

nie żywe — udaje się je wywołać nawet z dolnej trzeciej części obu ud.

UKŁAD KOSTNY.

Zmiany w układzie kostnym dotyczą wyłącznie okolic stawowych. Na kończynach górnych są one zupełnie symetryczne — dlatego też będziemy je opisywali równocześnie dla prawej i lewej kończyny.

Stawy barkowe. Oba stawy są nieco powiększone w objętości, przyczem wyłącznie na skutek zgrubienia końców stawowych, wchodzących w ich skład kości. Więzy oraz otoczki maziowe, o ile sądzić o tem można z palpacji, są zupełnie normalne. Ruchomość kończyn w stawach tych jest zupełnie zachowana w normalnej objętości i we wszystkich kierunkach. Ruchomości nadmiernej, ani też subluksacji w stawach tych stwierdzić nie można.

Powiększenie swej objętości zawdzięcza staw barkowy w głównej mierze zgrubieniu *capitis humeri* a także, jakkolwiek w mniejszym stopniu, obu wyrostków łopatki (*processus coracoideus* i *acromialis*). Poniżej *collum anatomicum* kość barkowa przedstawia się już na dotyk normalnie: palpacja nie stwierdza już zgrubienia ani wielkiego, ani małego wzgórka. Zmiany powyższe są z obu stron symetryczne.

Stawy łokciowe są zwiększone w objętości. I tutaj ruchomość stawów zachowana jest w normalnych granicach, i zgrubiały się tylko stawowe końce kości. Najbardziej zgrubiałe są epifizy kości barkowych, których końce stawowe są silnie rozszerzone w wymiarze poprzecznym, a oba *epicondylus* zwłaszcza *epicondylus medialis* wystają silnie z poza stawu w postaci piramidalnie zaostzonych zgrubień. Zgrubiały jest również *olecranon ulnae*. Co do główki promienia trudno jest zorientować się na zasadzie palpacji.

Zmiany te są symetrycznie wyrażone z obu stron.

Znacznie bardziej od opisanych wyżej deformowane są stawy napięstkowe, które również dotknięte są zupełnie symetrycznie. Są one z zewnątrz i z wewnątrz strony wzdęte kolbowato i rozszerzają się w kierunku od centralnej ku peryferycznej części stawu. Ruchomość stawu jest zupełnie zachowana. Przytem powiedzieć można z całą stanowczością, że w deformacji stawu przyjmują udział wyłącznie stawowe końce *ulnae* i *radii* (Co do udziału kostek napięstka na zasadzie oględzin i palpacji nie można powiedzieć nic stanowczego).

Processus styloideus radii jest olbrzymio zgrubiały; nie istnieje on już, jako normalny zaostzony wyrostek, lecz wystaje kopułowo w postaci zaokrąglonego guza wzdłuż wewnętrznej powierzchni dolnej czwartej części kości promieniowej. Nienormalna ta guzowatość wystaje również z nad palmarnej i wolarnej powierzchni stawu, dochodząc do połowy linii stawowej.

Mniej więc analogicznie zgrubiały jest *processus styloideus ulnae*, jakkolwiek w stopniu znacznie mniejszym. I on wystaje również z poza stawu w postaci zaokrąglonego guza, lecz guz ten, rozszerzając się po zewnętrznej stronie stawu mniej więcej analogicznie do zgrubienia kości promieniowej, jest 4 lub 5 razy mniejszy od niego objętością.

KOŃCZYNY DOLNE.

Oba stawy biodrowe na wygląd, ani na dotyk nie wykazują wyraźnych odchyłeń od normy.

Oba stawy kolanowe są wybitnie zwiększone w objętości — symetrycznie. O ile sądzić można z palpacji, na zgrubienie stawu złożyło się z jednej strony zgrubienie epifizy kości udowej, z drugiej zaś strony zgrubienie epifizalnych części kości goleni.

Co się tyczy *capitulum fibulae*, to na zasadzie palpacyi nie można powiedzieć nic określonego, natomiast jasne jest, że epifiza *tibiae* jest kolosalnie powiększona — jak się zdaje, nie zmieniła ona swej konfiguracyi, tylko objętość.

Patella jest nieco powiększona, lecz zupełnie ruchoma.

Oba stawy skokowe są jeszcze bardziej od poprzednich powiększone w objętości i bardzo znacznie zniekształcone. Jaki udział w deformacyi tej przyjmują kości *metatarsi*, na zasadzie palpacyi powiedzieć trudno. Pewnem jest tylko, że zgrubiały się oba *malleoli*, zwłaszcza *malleolus internus* ogromnie jest wzdęty, guzowatość jego wystaje z po za wewnętrżnej powierzchni sklepienia stopy.

Malleolus externus również jest zgrubiały, jakkolwiek w znacznie mniejszym stopniu; zachował on mniej więcej swoją postać haczykowatą.

STOPY.

Długość od tylnego punktu *calcanei* do końca *hallucis*:

prawa = 26,75 ctm.

lewa = 27 ctm.

Obwód poprzeczny na wysokości *malleolorum*.

prawa = 25.

lewa = 24.

Największy obwód prawego kolana = 33.

" " lewego " = 31.

Długość dłoni prawej od stawu napiętkowego do końca III-go palca = 18.

Długość dłoni lewej od stawu napiętkowego do końca III-go palca = 18.

Obwód na wysokości *processus styloideus radii* z prawej strony = 17.

Obwód na wysokości *processus styloideus radii* z lewej strony = 17.

GŁOWA.

Wymiar wielki podłużny od podstawy *glabella* do *foramen occipitale magnum* = 36,5.

Wymiar poprzeczny — pomiędzy najbardziej oddalonymi od siebie punktami *plani temporalis* = 29.

KŁATKA PIERSIOWA.

Objętość na wysokości *processus xiphoides* = 80,5.

Objętość na wysokości sutek = 75.

Objętość na wysokości *manubrii sterni* = 69.

Długość mostka od *manubrii sterni* do końca *pr. xiphoides* = 69.

Klatka piersiowa przedstawia się w postaci nieprawidłowego stożka z podstawą zwróconą ku dołowi, a wierzchołkiem ku górze. Nie ma wyraźnych objawów krzywicy; różnic na żebrach nie wyczuwa się, lecz na miejscach, odpowiadających przejściu kostnej części żebra w chrząstkową 11 górnych żeber wykazują zgrubienie guzowate i zagięcie prawie po kątem 90°.

Prawie bezpośrednio poniżej *manubrii sterni* klatka piersiowa zapada się w kierunku poprzecznym, tworząc wgłębienie łódkowate, którego wymiar podłużny = 8,5; bezpośrednio poniżej tego wgłębienia klatka piersiowa wzdyma się pagórkowato: typowa postać *thorax en bateau* (Marie). U górnej podstawy tego łódkowatego wgłębienia wystają w postaci 2 grubych guzików końce stawowe obojczyków, które są patologicznie zgrubiałe i zniekształcone.

Przy ucisku na kości daje się zauważyć, co następuje: ucisk na czaszkę nie jest bolesny. Ucisk na kręgosłup jest nieco bolesny; to samo dotyczy łopatek. Przy ucisku na żebra występuje najsilniejsza bolesność na miejscu opisanych wyżej przegięć, zaś w kierunku ku mostkowi i kręgosłupowi bolesność ta zmniejsza się.

Przy ucisku na kości górnych i dolnych kończyn daje się zauważyć fakt, że na środku kości (ramię, przedramię, udo, gołeń) bolesności nie ma, a w miarę zbliżania się ku epifizom zjawia się bolesność — w samych zaś epifizach bolesność jest nawet bardzo znaczna. Największą bolesnością odznaczają się stawy kolanowe, najmniejszą zaś biodrowe i barkowe.

Psychika. Inteligencya chorego najzupełniej zachowana, rozwinięty jest nawet ponad stan, z którego pochodzi. Natomiast zauważyć się daje znaczna „*Labilität*“ sfery emocjonalnej: chory, który naogół jest usposobienia dość pogodnego, często wpada w stan przygnębienia; wtedy zapatruje się jaknajpesymistyczniej na swoją chorobę, płacze, prosi, żeby zatruć go dużą dawką morfiny. Z drugiej strony najmniejsza atencja ze strony lekarza, przyniesienie specjalnego lekarstwa (Rhomnolu) z miasta wprowadzają go w długotrwały stan euforyi.

Bardzo często dają się zauważyć u chorego wybuchy przymusowego śmiechu. Śmiech ten różni się od śmiechu przymusowego np. przy porażeniu opuszkowym lub *sclerois multiplex* tem, że ma charakter wybitnie eksplozywny, oraz, że zawsze towarzyszą mu motywy, jakkolwiek są one zazwyczaj jaknajbłahsze.

Od czasu do czasu wykonywa ręczne rysunki (kopiuje portrety). Często kłóci się z otaczającymi choremi

2. II. 05. Twierdzi, jakoby od kilku tygodni już występowały napady „śmiechu przymusowego“, które przychodzą bez wyraźnej przyczyny i nie poddają się woli chorego.

27. II. 05. Przez cały czas skarżył się na uczucie bólu w okolicy serca i w górnej części zapadniętej klatki piersiowej.

Pod wpływem bromu bóle te zmniejszają się.

Skarży się także na bóle w kolanach. Sta-

wy kolanowe nawet przy lekkim ucisku są bardzo bolesne. Bolesność ta znika na niedalekiej odległości od stawu.

9. III. 05. Skarży się na ból zębów. Oględziny zębów nie wykazują nic nienormalnego.

11. III. 05. Opowiada, że wczoraj i onegdaj miał bardzo silny ból głowy — tak gwałtowny, że musiał krzyczeć. Następnego rana obudził się bez bólu, lecz był bardzo osłabiony. Mdłości, ani wymiotów nie było przytem.

Przy opukiwaniu głowy bolesności nie ma. Światłowstrętu podczas bólu głowy nie było.

13. III. 05. Onegdaj wieczorem po proszku (Antypiryna) ból głowy był, lecz mniejszy. Wczoraj wieczorem przeszedł zupełnie, spał dobrze.

26. III. 05. Od kilku dni siła mięśniowa w lewej kończynie dolnej do tego stopnia polepszyła się, że chory w leżącej pozycji może podnieść kończynę do linii pionowej.

Prawa kończyna dolna bez żadnej poprawy.

23. IV. 05. Z trudnością może dzisiaj podnieść prawą kończynę dolną prawie do pionowej linii. Może stać przez czas bardzo krótki, opierając się z tyłu o łóżko, lecz stoi, drżąc na całym ciele — i skarży się na bardzo silne bóle w kolanach; po krótkim czasie zmuszony jest położyć się na powrót do łóżka.

26. IV. 05. Chory, opierając się o krzesło i przesuwając je przed sobą, może chodzić powoli, podnosząc trochę nogi, po większej części przesuwając je po podłodze.

5. V. 05. Skarży się na bóle w kolanach.

10. VI. 05. Opierając się o krzesło, chodzi daleko pewniej i prędzej, aniżeli przedtem.

22. VIII. 05. Przez cały ten czas widoczne zmiany w stanie chorego nie zaszły.

27. VIII. 05. Wypisuje się z niejaką poprawą.

d. c. n.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

9. P. RECLUS. Przypadłości towarzyszące wadliwemu wyrzynaniu się zębów mądrości.

Zaznacza tu autor, że, aczkolwiek dawniej już niektórzy badacze (THÉMAR w XVI w., — HUNTER w XVIII w. FOIRAC — monografia w r. 1828) o przypadłościach, towarzyszących wadliwemu wyrzynaniu się zębów tych, coś wiedzieli, to jednakże dopiero w ostatnich latach trzydziestu chirurgowie bliżej z przypadłościami temi się poznajomili. Niemale zasługi co do wyjaśnienia rozmaitych kwestyi, dotyczących się rozwoju tych zębów oraz w wyjaśnieniu źródła cierpień, właśnie wyrzynaniu się ich towarzyszących, położyli CHASSAIGNAC, FORGET, COMEY a szczególnie Paweł BROCA oraz HEIDENREICH.

Przypadłości omawiane dają się podzielić na zapalne i nerwowe; zapalne dotyczyć się mogą części miękkich i kości.

Zmiany zapalne części miękkich nie ograniczają się li tylko na błonie śluzowej, pokrywającej ząb mądrości i w stanie takim zapalnym — jak w demonstrowanym przez prof. R. wypadku — sterczącej u podstawy gałęzi żuchwy w postaci jakby podniesionego, grzybowatego, łatwo krwawiącego obrzmienia — niby kapturka, z pod którego, po odchyleniu nożykiem najczęściej wypływa ropa — przyczem jednocześnie odsłania odcinek zaklinowanego zęba — lecz zapalenie może szerzyć się dalej na gardziel — łuki, podniebienie, migdał i t. d.; to też często powtarzające się zapalenia w miejscach wymienionych u ludzi młodych, w okresie wyrzynania się zęba mądrości (najczęściej między 18-ym a 22-im rokiem życia), powinny budzić podejrzenie, że źródło ich może kryć się właśnie w wadliwym wyrzynaniu się owego zęba. Zapalenie szerzyć się może na sąsiednie gruczoły limfatyczne i tkanke je otaczającą (*adenophlegmone*) — powodując obfite nagromadzenie się ropy, stwierdzić się dające od strony jamy ustnej, gardzieli, szyi; — niekiedy zapalenie gruczołów przyjmuje charakter przewlekły (HEIDENREICH). Zapalenie szerzyć się może na

kość. Ponieważ korzenie zębów mądrości sięgają głębiej, aniżeli rynienkowate wgłębienie błony śluzowej — przydziąsłowe, przeto ropa, skutkiem zapalenia się nagromadzająca, najczęściej toruje sobie drogę nie do jamy ustnej, lecz gdzieś obok — w okolicę policzka lub pod skórę okolicy szyjowej. Obrzmienie bywa często w takich razach bardzo silne — rozwija się obraz rozlanego zapalenia tkanki łącznej (*phlegmone*) powikłanego zapaleniem okostny i kości (*osteopariostitis*), przyczem ropa wytwarza sobie ujście nazewnątrz w kilku naraz miejscach; zgłębnikiem dosięga się w takich razach miejsca kości pozbawionego okostny, martwak zaś wskutek nekrozy, tu powstałej, dłuższegoz azwyczaj wymaga czasu dla swojego uruchomienia i usunięcia.

Niekiedy ropa przedostaje się jeszcze dalej — do stawu skroniowo-szczękowego, do średniego ucha, a nawet notowano, co prawda, nader rzadkie wypadki, w których przeniknąwszy poprzez podstawę czaszki, zapalenie szerzyło się na mózg i jego opony.

Często też spostrzega się, że drogi któremi ropa wydostawała się nazewnątrz nie zamykają się lecz pozostają otwartymi w postaci przetok dotąd, dopóki ząb mądrości nie zostanie usunięty.

Po za sprawami zapalnymi wyrzynaniem się zębów omawianych spowodowanymi — notują się jeszcze objawy nerwowe, właściwe źródło których dawniej nieraz przeoczano. Wyłączając tu nawet szczękocisk, często towarzyszący wymienionym powyżej sprawom zapalnym, zaliczyć tu należy szczękocisk jaki się w okresie wyrzynania zęba spostrzegać daje pomimo braku wszelkich objawów zapalenia czy to ze strony części miękkich czy to ze strony kości i okostny. Zdarzają się tu więc napady nerwobólów bez zapalenia w zakresie nerwu trójdzielnego, nerwobóle w uchu, w oku, (w którym bywają silniejsze aniżeli gdzieindziej) — nadto notowane były też porażenia nerwu twarzowego, niedoślep — płasawica, napady obłądu, histeryi

padaczki. Przejawy powyższe ustępowały po usunięciu zęba.

Trzy są teorye, objaśniające powstawanie opisanych przypadłości w czasie wyrzynania się zębów mądrości.

1) Teorya Pawła BROCA'y — sprowadzająca rzecz całą do „braku miejsca”. Zdaniem BROCA'y w miarę doskonalenia się rasy *resp.* w miarę jej większego rozwoju intelektualnego, kształt czaszki stopniowo się zmienia: czoło wysuwa się naprzód, szczęka zaś dolna cofa się, t. j. skraca się w swoim wymiarze przednio-tylnym, czyli, inaczej mówiąc, linia profilu twarzowego (czaszkowego), w dolnej swej części wysunięta naprzód, okazuje dążność do przybierania kierunku pionowego — prognatyzm więc że tak rzec, słabnie. W miarę jednak skraccania się szczęki dolnej zmniejsza się też i przestrzeń dla pomieszczenia zębów — szczególnie tych, które pojawiają się najpóźniej, t. j. dla dla ostatnich tylnych trzonowych, czyli zębów mądrości. Ztąd więc im dana rasa a w niej im która płeć lub osobnik wyższe zajmuje miejsce w hierarchii ludzkości — tem w rasie takiej *resp.* u osobników takich trudniejszym t. j. z przykrzejszemi przypadłościami połączonym okazuje się wyrzynanie owych zębów. Ztąd też łatwo daje się objaśnić, dlaczego wśród osobników, należących do rasy czarnej lub żółtej, cechujących się wyższym stopniem prognatyzmu, przypadłości takie pojawiają się chyba tylko wyjątkowo, dlaczego u kobiet rasy białej, u których prognatyzm względnie więcej bywa zaakcentowany, niż u mężczyzn (we Francji wyraża się to stosunkiem 1 : 2), przypadłości te częściej się notują niż u tych ostatnich. Toż samo da się powiedzieć i o osobnikach jednej płci, lecz różnej kultury umysłowej — częściej więc zdarzają się przypadłości te wśród mieszkańców miast, niż mieszkańców wsi, *resp.* częściej wśród warstw wykształconych, aniżeli na niskim poziomie intelektualnym stojących. Że przypadłości takie częściej się zdarzają z lewej strony, niż z prawej, objaśnić się daje — jak to przynajmniej wykazały pomiary, robione przez autora w r. 1878 w Ecole pratique — tem, że lewa połowa żuchwy okazuje się zazwyczaj krótszą, niż prawa. Nadto na korzyść teorii tej zdaje się świadczyć i to, że przypadłości przy wyrzynaniu się zębów mądrości w szczęce gór-

nej notują się bardzo rzadko, co znów zdaje się racyę swoją znajdować w braku w szczęce tej odnogi tylnej, przeszkadzającej od tyłu jak w szczęce dolnej, wyrzynaniu się zęba.

2) Według teorii drugiej, zwolennikami której są RODIER, CORNUDET, GALIPPE a szczególnie CAPDEPONT — przypadłości, towarzyszące wyrzynaniu się zęba mądrości, nie zależą od owego „braku miejsca” BROCA'owskiego, lecz są wynikiem infekcyi drobnoustrojowej z jamy ustnej. Po za drugim tylnym zębem trzonowym znajduje się wgłębienie (*cul-de-sac*) błony śluzowej, ograniczone z przodu tylną powierzchnią wspomnianego drugiego zęba trzonowego, ku tyłowi zaś wałeczkiem błony śluzowej pokrywającym kość szczęki; w tem właśnie wgłębieniu zalegają drobnoustroje, których jadowitość właśnie wskutek takiego zalegania wciąż się potęguje. Otóż z chwilą kiedy ząb mądrości, otoczony jeszcze swoim woreczkiem (*folliculus dentis*), ma się wyrzucić, natrafia on na ząb trzonowy drugi, — woreczek zębowy wskutek starcia takiego ulega owrzodzeniu i przedziurawieniu; w ten to właśnie sposób otwiera się wolna komunikacja pomiędzy woreczkiem a wzmiankowanym wgłębieniem (*cul-de-sac*), sprzyjająca infekcyi pierwszego — skąd znów owe przejawy i przypadłości zapalne, znamionujące wadliwe wyrzynanie się zęba mądrości.

Zdaniem autora, aczkolwiek infekcyja taka nie ulega wątpliwości, to jednakże teorya powyższa (druga) nie ruguje wcale teorii braku miejsca BROCA'y — przeciwnie obie one zdają się wzajemnie dopełniać: ów to właśnie brak miejsca w ciągu lat powstrzymując wyrzynanie się zęba mądrości, stwarza warunki sprzyjające infekcyi. Na korzyść poglądu takiego świadczy i to, że wraz z usunięciem, jeśli już nawet nie drugiego, to choćby pierwszego zęba trzonowego (tylnego) strony odpowiedniej, ząb trzeci (t. j. ząb mądrości), odsuwając ku przodowi ząb drugi — wytwarza sobie przestrzeń dostateczną dla rozwoju i łatwego wyrznięcia.

3) Wreszcie według 3-ej teorii MORR'ego, przypadłości, towarzyszące wyrzynaniu się zębów mądrości, powstawać mają skutkiem zapalenia szczątków nabłonkowych (*dehets epitheliaux*), zawartych w mieszkach w rodzaju skórzaków śluzowych (*dermoide muqueux*), rozwijających się wokół korzeni zębowych. Aczkolwiek

istnienie owych mas nabłonkowych nie ulega wątpliwości, to jednakże zarzucić teorii tej można, że przypadłości, towarzyszące wyrzynaniu się zęba mądrości mają przebieg i charakter odmienny od przypadłości, towarzyszących wyrzynaniu się innych zębów trzonowych, chociaż u korzeni tych ostatnich stwierdzić się dają zupełnie podobne nagromadzenia (masy) nabłonkowe; pomimo więc, że przyczyny, wywołujące zapalenie cyst dermoidalnych (skórzaków) owych innych zębów, są zupełnie też same, to jednakże obraz kliniczny jest tu zupełnie inny aniżeli obraz, spowodowany wyrzynaniem się zęba mądrości. Teoria ta jednak, nie wystarczająca dla objaśnienia przypadłości wyrzynania się zęba tego w większości przypadków — mogłaby chyba być brana w rachubę w tych z nich, w których dają się spostrzegać przypadłości wadliwemu wyrzynaniu się zęba właściwe — pomimo dostatecznej dla wyróżnienia przestrzeni i zupełnie zdrowego wyglądu i należytego rozwoju korony.

Co do zabiegów leczniczych, tu stosowanych, to — w celu zapobiegawczym — o ile pierw-

szy lub drugi ząb trzonowy uległ próchnieniu (*caries*) przed 18-ym rokiem życia t. j. jeszcze przed wyrzynaniem się zęba mądrości, zęby te jeden lub drugi najlepiej usunąć, przez zwiększenie bowiem w ten sposób przestrzeni ułatwia się wyrzynanie zęba trzonowego trzeciego t. j. zęba mądrości. Jeśli jednak przypadłości danego osobnika już trapią, to najlepiej ząb ten, po części ukryty w swoim zębodole i po części chowający się za zębem trzonowym drugim, usunąć — co często udaje się dopiero po usunięciu zęba trzonowego drugiego, ząb mądrości przysłaniającego. Po wyrwaniu trapiącego zęba można usunąć drugi replantować — replantacja bowiem taka często uwieńczona bywa pomyślnym skutkiem. O ile jednak przypadłości słabo tylko się zarysowują, można się ograniczyć na wycięciu owego grzybowatego obrzmienia — niby kapturka na zębie (p. wyżej), sprzyjającego gromadzeniu się ropy naokoło korony.

(Gazette des hopitaux. Nr 43.—1906 r.)

P. Gr.

Protokół z posiedzenia sekeyi neurologiezno-psychiatrycznej z dnia 22 grudnia 1906 r.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 5).

FLATAU próbował wstrzykiwać u przedstawionej chorej 2% *Sperminum* POEHLI w krótkim czasie nastąpiło polepszenie; przed zastrzykiwaniem wahań w stanie zdrowia nie było, obecnie chora łyka lepiej, męczy się nie tak prędko, mowa nie tak nosowa.

BREGMAN, kwestyonując dodatni wpływ sperminy w danym przypadku, twierdzi, iż objawy myasteniczne podlegają szerokim wahanom.

HIGIER powstaje przeciw stosowaniu sperminy w Myastenii, powtarza, iż objawy myasteniczne podlegają nadzwyczajnym wahanom, w jego przypadku stosunkowe zdrowie trwało 2 lata; wspomina o epidemiach, grasują-

cych w Japonii, kiedy szereg ludzi zapada na śpiączkę, zawroty głowy.

FLATAU zastrzega, iż nie przesadza z otrzymanego dotychczas rezultatu zasadnicznego wpływu sperminy na Myastenię, radzi jednakże próbować danego środka w myastenii przez wzgląd na źródło.

Podług STERLINGA wobec braku wahań w przebiegu cierpienia u danej chorej wystąpienie polepszenia uzależnić można od stosowanego środka.

KOELICHEN przedstawia chorą F. M. 22 l. z objawami Syringomyelii: U chorej dały się zauważyć następujące objawy:

Oslabienie ruchów gałek ocznych w kie-

runkach bocznych z drganiami nystagmiformnymi, osłabienie lewego n. *abducentis*, osłabienie n. *glossopharyngei*, zupełne porażenie lewego n. *recurrentis*, porażenie i zanik drobnych mięśni lewej dłoni i osłabienie mięśni lewego przedramienia, brak lewych odruchów brzusznych, nieznaczne osłabienie lewej kończyny dolnej z wzmożeniem odruchów ścięgowych na tej kończynie, znaczne osłabienie, nawet zniesienie miejscami na zewnętrznej powierzchni lewego uda czucia bólowego i ciepłikowego przy zachowaniu czucia dotykowego i chłodu. Cierpienie rozwinęło się stopniowo 3 lata temu chora, pracując w polu, poczuła nagle ból w gardle, następnie pojawiła się chrypka, utrudnienie przy połykaniu, wreszcie stopniowo, przy nieznacznych bólach rozwinęło się osłabienie i zanik mięśni lewej dłoni, które według słów chorej w ciągu paru miesięcy doszło do tego stanu, w jakim się obecnie znajduje. Co do mięśni ocznych, chora utrzymuje, że zezowała od dzieciństwa, w ostatnich jednak latach wystąpiło двоjenie przed oczami, którego dawniej nie było.

Przy rozpoznaniu uwzględnić należy przede wszystkim dwa cierpienia: amiotroficzną sklerozę boczną oraz syringomyelię. Przeciwno pierwszemu z tych cierpień przemawia brak wybitnych objawów ze strony dróg piramidalnych, brak znacznego wzmożenia odruchów ścięgniastych, przedewszystkiem zaś obecność zaburzeń czucia. Ostatni ten objaw przemawia natomiast za rozpoznaniem Syringomyelii; cierpieniu temu nie przeczą objawy opuszkowe i ze strony mięśni ocznych; niezwykłość danego przypadku polega na tem, iż proces patologiczny umiejscowił się na jednej połowie ciała.

KOPCZYŃSKI zapytuje, dlaczego mówca nie przypuszcza w danym przypadku *Sclerosis en plaques*. Podług prelegenta połowiczne umiejscowienie objawów przemawia przeciwko podobnemu rozpoznaniu.

HIGIER próbuje zaliczyć zmiany czucia na nodze do zwykłego *neuritis*, w przeciwnym bowiem razie ogniska jamiste rdzenia zajęłyby za wielką przestrzeń. Prelegent zaznacza, iż ogniska jamiste mogą nie łączyć się, zaburzenia zaś czucia na goleni uzależnić można od porażenia słupów tylnych lub rogów przednich.

FLATAU i STERLING przedstawiają przypadek nowotworu mózgu, pochodzącego prawdopodobnie z gruczolu tarczowego.

Przed 5 laty powstały ogólne drgawki, które się zjawiały co 2 tygodnie i trwały po kilka minut przy zupełnej jakoby utracie przytomności. Bólów, zawrotów głowy, nudności, ani wymiotów wtedy nie było. 2 lata temu w okolicy lewego oczodołu wystąpiły bóle z wymiotami, 4 tyg. temu jakoby nagła utrata wzroku w lewym oku, chwilami nie widzi.

Dotychczas nie chorowała, zamężna, 3 dzieci, mąż zdrowy. W okolicy *gland. thyreoideae* twardy guzik wielkości orzecha laskowego, związany z prawym płatem gruczolu.

Na czasce rozlana bolesność, zwłaszcza w l. skroniowej okolicy, obustronny wytrzeszcz, silniejszy z lewej strony; prawa źrenica >, lewa ma nieprawidłowy owalny kontur, na światło zupełnie nie oddziaływa, oddziaływanie prawej minimalne. *Visus*: l. oko = 0, prawe odróżnia liczbę palców na odległości 3 metrów, koncentryczne zwężenie pola widzenia, obustronna tarcza zastoinowa z przejściem w zanik, *mm. masseter* i *temporalis d.* wyraźnie osłabione, obniżenie czucia bólowego i ciepłikowego w dziedzinie 3-ch gałęzi n. trójdzielnego. Siła mięśniowa kończyn, czucie zachowane, odruchy kolano-we, z żyły ACHILLES'a b. wzmożone, *clonus pedis*, odruchy brzuszne w zaniku, BABIŃSKIEGO brak, chód niepewny, pęcherz, odbytnica w porządku, na czole żyły rozszerzone, przy wysłuchiwanu lewej okolicy skroniowej — szmer.

Posiedzenie na tem ukończono.

O D C I N E K.

Wody z kwasem węglowym w Royat (Francya).

Podał

Dr. Teodor Heiman.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

Po kąpieli chory powinien odpocząć u siebie w mieszkaniu w położeniu horyzontalnym około godziny. Kąpiele wywierają widoczny wpływ na krążenie krwi; po kilku minutach pobytu w wodzie tętno staje się regularne, wolniejsze i w tym stanie pozostaje przez czas dłuższy. Skóra ulega lekkiemu przekrwieniu, przybiera kolor mniej lub więcej różowy. Objętość serca w wymiarze poprzecznym zmniejsza się. Szmer serca staje się wyraźny, wierzchołek serca uosi się ku górze. Oddychanie staje się głębsze, regularniejsze i swobodniejsze. Dusznosc ustępuje prawie zupełnie. Mocz wzmagą się ilościowo, jak również i ilość mocznika, skutkiem pobudzenia czynności odżywczych ustroju. Przekrwienie przewodu pokarmowego, wątroby i nerek ulega widocznemu zmniejszeniu. Układ nerwowy uspakaja się. Senność, wywołana skutkiem wadliwego składu krwi (toksyny) i hypotensją serca, ustępuje. Ocieężałość i pewna niedomoga w myśleniu znikają. Bóle artrytyczne zmniejszają się stopniowo i znikają. Kąpiele te wogóle pobudzają czynność skóry, czynności wydzielnicze, odnawiają i odświeżając żywotność i ekonomię całego ustroju. Pod ich wpływem krew staje się bogatszą w czerwone ciała.

Kąpiele ze źródeł St-Mart i César, bogate w kwas węglowy, wywierają z powodu niższej temperatury oprócz tego działanie pobudzające. W kąpieli takiej pozostają chorzy nie dłużej nad 7—15 minut. Osoby nerwowe, dzieci mało-kwiste, blednicze lub nerwowe wychodzą z tych kąpielei całkiem zmienione. Z początku efekt kąpielei nie trwa dłużej nad kilka godzin, po skończeniu kuracji (25 kąpielei) skutek leczenia po-

zostaje stały. Obfitość kwasu węglowego pobudza krążenie skórne i zmniejsza napływy bierne w narządach wewnętrznych. Po kąpieli powstaje spazm nacyniowy z powiększonym napięciem tętniczym (hypertensya). Wywołują one obfite wydzielanie moczu i obfite pocenie. U tabetyków w okresie preataktycznym łagodzą i zmniejszają bóle. Neurasteników, osoby wyczerpane i przepracowane wzmacniają i pobudzają.

Jak wykazał LAUSSEDA, za pomocą kąpielei w Royat można otrzymać działanie hypotensyjne i hipertensyjne, co zależeć będzie od sposobu ich zastosowania. Co do działania części składowych kąpielei, to główny czynnik stanowi kwas węglowy, którego działanie podtrzymują niejako zawarte w wodzie części mineralne. LINNOSIER, LANNOIS, F. HERVÉ i F. GAILLARD stwierdzili doświadczeniem, że pierwiastki mineralne tych wód przenikają powłokę skutną, lecz dochodzą do wniosku, że główne działanie tych wód zostaje zależne przedewszystkiem od kwasu węglowego.

Do picia używa się przeważnie woda ze źródła Eugonii, od 100 do 1000 gramów dziennie. Zwykle pije się 150—200—250 gramów przed kąpielą, takąż ilość po kąpieli; zaś następnie dwie dozy przed wieczorem w odstępach 20 minutowych. Źródło Eugonii kombinuje się też z innymi źródłami stosownie do warunków osobniczych każdego chorego oraz do temperamentu, idyosynkrazji i swoistego działania wód na każdy ustrój. Żołądek znosi bardzo dobrze wodę z tych źródeł, a zwłaszcza woda ze źródła Eugonii działana na niego uspakajająco i łagodząco i ułatwia wydzielinę soku żołądkowego i kwasu solnego. Ich działanie, z początku ograniczone do żołądka, przechodzi powoli na cały ustrój. Ilość mocznika powiększa się o 4,10 gram. na dobę, a także ogólna ilość moczu. Powiększenie ilości mocznika pochodzi od własności moczopędnej wody, od podniesienia się napięcia tętniczego i od powiększenia czynności wy-

dzielniczej nerek. Skutkiem wzmożonego wydzielania się mocznika następuje powiększona eliminacja substancji azotowych. Ta własność wód w Royat objaśnia pomyślnie ich działanie w podagrze i artrytyzmie, t. j. we wszystkich przypadkach, kiedy ustrój powinien być uwolniony od produktów toksycznych i jednocześnie wzmocony i doprowadzony, o ile można, do stanu fizyologicznego. Jak wykazał BOUNINGANET, chlorek sodu z dwuwęglanami alkalicznymi przeciwdziała zbyt niemu wytwarzaniu się kwasu moczowego. Według prof. LÉCORCHE chlorki alkaliczne działają wręcz przeciwnie, niż dwuwęglany i siarczany alkaliczne i wapienne, i dla tego wody takie, jak w Royat, t. j. gdzie chlorek sodu istnieje obok dwuwęglanów sodu i potasu, działają pomyślnie na podupadłe odżywianie bez względu na jego przyczynę. Doświadczenia VOIR'a, NEUBAUER'a, ROTU'a i in. wykazały także, że wody z chlorkiem sodu sprządzają powiększanie wydzielania mocznika i zmniejszenie kwasu moczowego. Do tego trzeba dodać alkalizację krwi, wywołaną chlorkami i dwuwęglanami alkalicznymi. Słaba mineralizacja wód w Royat pod względem dwuwęglanów w porównaniu z Vichy lub Vals przedstawia liczne korzyści, nie każdy bowiem ustrój znosi bezpiecznie silną alkalizację. U osobników słabych wywołuje ona małokrwistość skutkiem rozłożenia ciałek krwi. Wody w Royat, których mineralizacja alkaliczna jest słaba, zamiast zwalniać odżywianie, które i tak już jest zbyt powolne u podagryków i artrytyków, pobudza je, dzięki obecności w nich chlorku sodu. Kwas węglowy, zawarty w nadmiarze w wodzie Royat, pobudza czynności trawienia, wywołuje ruchy żołądka i kiszek i powiększa wydzielinę ich gruczołów. Jak wszystkie wody tego typu, wywołuje z początku zaparcie stołca, następnie wolne wypróżnienia 2—3 razy dziennie, bez wszelkich przypadłości ze strony przewodu pokarmowego.

Sole litynowe, zawarte w wodzie Royat, działają też swoiście na złoże moczowe, a przeto wpływają pomyślnie na podagrę i artrytyzm. Co do arszeniku i żelaza w tych wodach, to działanie tych środków na ustrój ludzki jest znane.

Wody te zawierają oprócz tego i inne pierwiastki, wprowadzając w ilościach niewielkich, ale

które muszą bezwarunkowo wywierać pewien wpływ na ekonomię naszego ustroju. Przed kilku laty M. A. DUBOIN odkrył w wodzie Royat 0,004 jodu na litr plyn. Ciężkość tych wód, ich dynamizm, zjawiska elektryczne nie mogą też być obojętnymi dla ustroju.

Wogóle chorzy w Royat po pierwszym tygodniu skutkiem picia wód czują pewne ogólne osłabienie, poczem stwierdzają widoczną poprawę. W pierwszych dniach picia wód i po kąpieli daje się zauważyć znaczne powiększenie kryształów kwasu moczowego i ilości samego moczu. Objawy te szybko znikają. Woda, stosowana wewnętrznie, wywołuje też prędko po użyciu obfitsze poty.

Leczenie w Royat jest wskazane w cierpieniach serca i naczyń, a mianowicie: 1) Cierpienia zastawek w pierwszych okresach dekompensacji (głównie cierpienia zastawek sercowych). Otluszczenie serca i częściowe zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego. Arterioskleroza w okresie presklerotycznym czyli powiększonego napięcia (hypertensji) naczyniowego; w okresach późniejszych, gdy u chorych takich występuje niedomoga sercowa. Zaburzenia sercowe, występujące w przebiegu chorób zakaźnych i w okresie zdrowienia po rozmaitych ciężkich chorobach.

Przy zaburzeniach nerwowych serca (bicie serca, tachykardia, bóle nerwiczne prekor-dialne). Według zdania prof. LANDOUZY stanowi Royat najlepszą miejscowość dla leczenia cierpienia sercowo-naczyniowych. Zadaniem tych wód jest zmodyfikować erytm sercowy, ulżyć pracę mięśniowi sercowemu, ulepszać krążenie obwodowe i poprawiając trawienie. W arteriosklerozie ogólnej, w sklerozie nerkowej, daleko posuniętej, w aneurysmacie aorty, w wysoko posuniętym zapaleniu mięśnia sercowego leczenie w Royat jest przeciwwskazane. 2) Cierpienia podagryczne i artrytyczne ze wszystkimi ich następstwami, głównie u osobników astenicznych, osłabionych, nadmiernie pobudzonych, hyperkongestywnych i mało reagujących; u osobników małokrwistych ze słabym utlenianiem i słabą eliminacją, gdzie idzie głównie o wzmożenie ustroju. Chorzy tacy nie podlegli jeszcze głębokim zmianom ustroju, nie są jeszcze kalekami, ale ich nerki, źle funkcjonują, również skóra, przewód pokar-

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtaczce, ogólnym osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, influenzy i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych

zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.**—

Dawki dobowe:

Dla ssawców 1—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura napoju!); dla starszych dzieci 1—2 łyżki deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżki stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zink perb d₁ol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokokko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokokko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon —
Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania środkiem znieczulającym.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniepalny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephrin

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniepalnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 16 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejżo.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żołądek, kaszel oskrzelowy emphyzem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzciorniętny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciw padaczce, pozbawiony wszelkich właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej niż inne bromki w tych że daw. podawane

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniepalny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapinuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

**EUCHININA**

Niegorzka chinina.

SALOCHININA

Uśmierzający ból.

ARISTOCHINA

Zmniejszający gorączkę.

CHINAFENIN

Środek zmniejszający gorączkę i uśmierzający ból.

PREPARATY LIGOSINA**CHININA LIGOSINOWA**

Antyseptyczna

NATR. LIGOSINOWY

przeciw rzeżączce.

Próby i literaturę wysyła się Pp. Lekarzom bezpłatnie.

EUNATRIJL

żółciopędny.

VALIDOL

Wzmacniające, przeciwhisteryczne i na żołądek.

UROSIN

Przeciw podogrze i skazie moczowej.

FORTOIN

Przeciw bieguncce.

DIMAL

Proszek antyseptyczny do przesy-pywania ran.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosfo-

ru, wzmacnia utlenianie, przy-

spiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p.p. Lekarzom

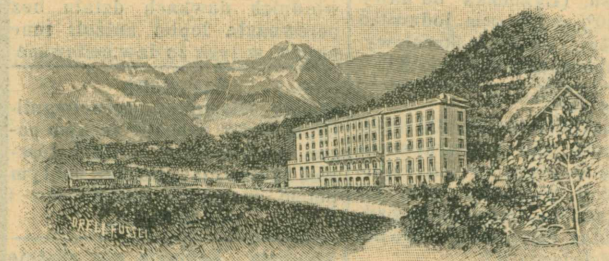
S. KARCZEWSKI

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

ZAKŁAD LECZNICZY „GORBIO”
pod Mentoną.

dla chorób wewnętrznych, nerwowych oraz ozdrowieńców



Zakład położony w najpiękniejszej i najzdrowszej części południowej Francji (Alpy morskie), otoczony ze wszystkich stron lasami. Hydroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Wodne ogrzewanie. Prospekty wysyła administracja — Gorbio près Menton.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a

wyrabiają się pod kierunkiem lekarzy w zdrojowisku Soden w Taunus ze soli znanych od kilku set lat i wypróbowanych Sodeńskich źródeł leczniczych № III i XVIII.

Obok źródeł zdrojowisk Soden w Taunus, Panowie lekarze polecają również z najlepszym rezultatem Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a

w wypadkach:

kaszlu, chrypki, a także wszelkich przewlekłych katarów gardła, krtani i płuc.

Prawdziwe Sodeńskie Mineralne Pastylki Fay'a są do nabycia we wszystkich aptekach i składach materii aptecznych.

Na żądanie wyślemy P. P. lekarzom na próbę pudełko pastylek gratis i franko.

Wyłączny reprezentant na Cesarstwo i Królestwo Polskie

F. Szarff, Warszawa, Królewska 18.

HYGIENA

ZAKŁAD

UNIwersYTETU LWOWSKIEGONiniejszem zaświadcza się, iż badanie próby surogatu **KAWY** zdrowotnej **WOLNEGO** p. n. **TEROZA**, przesłane pracowni naszej do rozbioru, nie zawierają żadnych szkodliwych zdrowiu składników. Napar tegoż surogatu przypomina doskonale smakiem i wonią kawę ziarnistą, ponieważ zaś nie zawiera alkaloidów*, właściwych kawie, a zdrowiu szkodliwych, nadaje się przeto bardzo dobrze do użycia jako napój dla**CHORYCH I SŁABOWITYCH**w szczególności przy schorzeniach układu **NERWOWEGO I KRWIONOSNEGO**jakoteż dla **DZIECI**.

D-r K. Panek.

o) W skład powyższej produkcji wchodzi figi, żyto jare i żółędzie.

SANATORIUM DLA CHORYCH NA PŁUCA

(Wille Hungaria)

Bliższe szczegóły w prospektach

Lekarze zakładowi:

D-r G. Gara D-r J. Stein.

MERAN**D-r Edward Brzeziński**ordynuje w chorobach wewnętrznych w **ZAKOPANEM**.**WIELKI WYBÓR****Narzędzi Chirurgicznych**

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są

odroczone pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Nowe katalogi ilustrowane franko.