

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nº 5.

Warszawa d. 2 Lutego 1907 r.

T. XXXV.

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. Dystrophia ossium progressiva. Podał Dr. Władysław Sterling. — Z dziedziny chirurgii żołądka w przypadkach zwężenia odźwiernika. (C. d.). Podał Dr. Solman. — Streszczenia i wyciągi. — 8. Zakrzep tętnicy kręzkowej. — Protokół posiedzenia sekcji neurologiczno-psychiatrycznej z dnia 22 grudnia 1906 r. — Odcinek. Wody z kwasem węglowym w Royat (Francja). Podał Dr. T. Heiman. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

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

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr. Władysław Sterling. — Ueber progressive Knochendystrophie. 2) Dr. Solman. — Aus dem Gebiete der Magen Chirurgie bei Pylorusstenosen.

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

PRACE ORYGINALNE.

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

Dystrophia ossium progressiva.

podał

Władysław Sterling.

Sprawy chorobowe układu kostnego po za ostro-zapalnymi należą do najmniej zbadanych i opracowanych działów patologii. Istnieje wprawdzie kilka postaci o wyraziście zaryso-

wanej fizjonomii klinicznej (osteomalacya, krzywica, *arthritis deformans* i t. d.), lecz podłoże anatomo-patologiczne, jakie dla cierpień tych wykazuje badanie mikroskopowe — nie jest jeszcze wystarczające do wyjaśnienia specyficzności nozologicznej tych postaci. Co więcej: z góry powiedzieć można, że badanie mikroskopowe, chwytające tylko morfologicznie skryzalizowane zmiany — nie może bynajmniej być w tej mierze rozstrzygające; tak np. stwierdzenie odwapnionej kości bynajmniej nie pozwala

nam wnioskować, z jakim procesem mamy do czynienia: czy ze wzmożoną rezorpcją soli wapniennych, czy też z reakcyjnym wytwarzaniem się „osteoidnej“ tkanki. Pozytywniejszych wyników należałoby spodziewać się od badań chemicznych, lecz dotychczas nawet najdokładniejsze badanie przemiany materii nie posunęło naprzód tej sprawy.

Jeszcze większe trudności spotykamy przy analizie i usegregowaniu spraw, rozgrywających się w okolicach stawowych bez właściwego zajęcia samych stawów. Dotychczasowa obserwacja wyodrębniła kilka postaci o jakoby samoistnym typie klinicznym — jedno z nich, jako sprawy pierwotne (*osteoarthritis deformans, rheumatismus fibrosus*, choroba GASNE'a i t. d.) inne, jako sprawy wtórne: rozmaite artropatie w cierpieniach ośrodkowych układu nerwowego, jak wiał rdzenia, syringomyelia, *osteoarthropatie hypertrophiantes* MARIE'go i t. d.

Przypadek, którego bardzo szczegółowy opis podajemy poniżej, stanowi niezmiernie ciekawy i rzadki przyczynek do spraw chorobowych układu kostnego tego ostatniego typu. Obejmuje on obserwację 3-letnią niemal — i nie daje się pomieścić w ramki żadnego ze znanych dzisiaj typów klinicznych.

Chory Abram Kwiat — lat 17, malarz pokojowy zapisał się poraz pierwszy do naszego oddziału w d. 2. I. 05. Wywiady, zebrane od chorego (bardzo inteligentnego) i jego matki, dały, co następuje.

Choroba rozpoczęła się przeszło 2½ roku temu: bez żadnej zewnętrznej przyczyny, bez zaziębienia, gorączki, infekcji, bez zajęcia stawów choremu zaczęły słabnąć powoli i równocześnie obie kończyny dolne. Chory wtedy jeszcze mógł chodzić (nawet tak znaczne odległości, jak z domu na Czyste), lecz podginały się mu już nogi podczas chodzenia, zwłaszcza prawa noga. Nogi stały się chudsze, aniżeli przedtem. W przeciągu pierwszych trzech miesięcy chód uległ jeszcze znaczniejszemu pogor-

szeniu, chociaż chory i wtenczas jeszcze był w stanie chodzić. Wtedy też wystąpiły napadowe rwące bóle wyłącznie w obu stawach kolanowych — bóle te występowały tylko podczas chodzenia; podczas leżenia w łóżku bólów nie było zupełnie, chory doznawał jednakże dotkliwego uczucia zimna w kończynach dolnych. Wtedy zapisał się do szpitala naszego na jeden z wewnętrznych oddziałów — i przeleżał tam 6 tygodni. Zauważył wtedy po raz pierwszy, że zaczęły mu słabnąć także i obie kończyny górne (opowiada, że wtedy z trudnością już mógł podnieść ciężar 5-funtowy, podczas, gdy dawniej był bardzo silnym chłopcem i z łatwością podnosił krzesło jedną ręką za nogę). Po wypisaniu się ze szpitala chory przeleżał 4 miesiące w domu, przez ten czas kończyny dolne uległy jeszcze większemu osłabieniu, chód stawał się jeszcze bardziej utrudnionym, jakkolwiek był jeszcze możliwy, siła w rękach także zmniejszała się, prócz tego znacznie zwiększyły się bóle w kończynach dolnych, oraz wystąpiły poraz pierwszy bóle w kończynach górnych. Chory oraz matka jego twierdzą z całą stanowczością, że dopiero wtedy zaczęły rozwijać się zgrubienia kości w okolicy obu stawów napiętkowych, kolanowych i skokowych. Czy były już wtedy zajęte stawy łokciowe, na to chory nie może dać odpowiedzi stanowczej, gdyż nie zwrócił na to uwagi.

Chory wtenczas po raz drugi zapisał się do szpitala naszego na inny z oddziałów wewnętrznych, przeleżał tam 3 tygodnie, przyczem w okresie tym wyraźna różnica w zdrowiu jego nie zaszła. Po wypisaniu się wtenczas ze szpitala jeszcze przez 12 tygodni zajmował się pracą (był podmajstrzym u malarza i codziennie chodził z Krochmalnej na Grzybowską), lecz po tych 12 tygodniach stan jego do tego stopnia się pogorszył, że chory po raz trzeci zapisał się do naszego szpitala. Wtedy już chodził z wielką trudnością, i ręce również były bardzo słabe (mniej więcej tak, jak obecnie); lecz chodzić

wtedy mógł jeszcze bez kija, choć z wielką trudnością. Przeleżał w szpitalu 5 tygodni. Wtedy rozwinęło się łódkowate wklęsnięcie klatki piersiowej, którego przedtem ani chory, ani otoczenie jego nie zauważyli. Bóle były znacznie mniejsze. Wypisał się ze szpitala i przeleżał w domu około 5 miesięcy — stan jego wtedy tak się pogorszył, że zupełnie stracił zdolność chodzenia. Stan kończyn górnych pozostał mniej więcej bez zmiany.

Przed niniejszą chorobą był zdrów zupełnie, tylko we wczesnem dzieciństwie przechodził zapalenie kiszek, odrę i ospę. Wogóle w ostatnich czasach nie przechodził żadnej choroby, a matka jego twierdzi z całą stanowczością, że zgrubienia w okolicy stawów kolanowych, skokowych, napiętkowych i łokciowych, jak również łódkowate wgłębienie klatki piersiowej rozwinęły się dopiero w przeciągu ostatniego roku.

Prócz tego opowiada chory, że od roku trudno mu jest gryźć twarde pokarmy, gdyż zaraz zaczynają go boleć szczęki i zęby — prócz tego trudno mu jest połykać twarde pokarmy. 2 lata temu zaczął cierpieć na napady bicia serca, które trwają do dzisiejszego dnia.

Chory zaczął chodzić, mając 1½ roku; pierwsze zęby zaczęły mu przerzynać się w 14-ym tygodniu (w 4-ym miesiącu miał już 4 zęby). Żadnych objawów krzywicy nigdy nie miał (specjalnie: nie miał krzywych nóg, ani różańca) — toż samo u rodzeństwa. Matka sama go karmiła — przy piersi był dwa lata. Dziecko zawsze odznaczało się dobrem zdrowiem i inteligencją. Ma dużo zdolności do rysunków.

Ojciec chorego ma obecnie lat 43 — jest zupełnie zdrów — umiarkowany alkoholik! *lues negatur*. Matka obecnie ma lat 41, jest zdrowa, od czasu do czasu tylko cierpi na ściskanie w okolicy serca, rodziła 9 razy, 4 dzieci zmarło we wczesnem dzieciństwie (na drgawki), 5-oro żyje — prócz chorego — 2 bracia

i dwie siostry — wszyscy zdrowi. Matka roniła 2 razy.

STATUS PRAESENS. 2. I. 05.

Narządy wewnętrzne. W płucach nigdzie stępienia nie znaleziono. Wierchołki są wolne. W dolnej części lewego płuca z tyłu po kaszlu występują drobne wilgotne rżżenia.

Granice serca nie są powiększone. Rozlany *ictus* daje się wyczuwać nie tylko w V-em, lecz i w IV-em międzyżebżu. Tętno serca są czyste.

Nieznaczna akcentuacja drugiego tonu aorty.

P=84.

Brzuch jest wzdęty. W jamie brzusznej nie wyczuwa się nic nienormalnego.

UKŁAD NERWOWY.

Czaszka przy opukiwaniu nie jest bolesna. Kształt jej nie przedstawia nic szczególnego.

Żrenice mają kontury zlekka nierównomierne. Prawa żrenica położona jest ekscentrycznie. Tygrysowata pigmentacja obu tęczówek. Reakcja na światło i akomodację zachowana.

Ruchy gałek ocznych zachowane są we wszystkich kierunkach i doprowadzane do krańcowych pozycji bez drżenia.

Ruchy mimiczne twarzy są zachowane, lecz podczas spokoju twarz ma wyraz nieco maskowaty.

Język wysuwa w linii prostej, bez drżenia.

Czucie na twarzy i owłosionej części głowy zachowane jest we wszystkich postaciach.

Ruchy głowy we wszystkich kierunkach są możliwe — wykonywane są z normalną siłą.

Smak i węch są zachowane.

Wzrok normalny — specjalnie hemianopsyi ani śladu.

CHÓD.

Sam bez pomocy chory chodzić nie może, Gdy go podtrzymywać z obu stron pod pachami, to chodzi, lecz z wielką trudnością, jęcząc, przyczem odrzuca nieco tułów ku tyłowi, a nogi stawia w ten sposób, że dość silnie zgina je w stawach kolanowych, tak że chód przypomina nieco t. zw. „chód bociani“ („Storchengang“). Chory stać może bez podtrzymywania tylko przez czas bardzo krótki, przyczem zauważyć się daje drżenie w mięśniach obu ud.

Podczas chodzenia skarży się na silne bóle w obu stawach kolanowych oraz w okolicy fałd pachwinowych. Po staniu chód jest jeszcze bardziej utrudniony.

KOŃCZYNY GÓRNE.

Lewa kończyna górna. Podnoszenie w stawie barkowym możliwe jest nie tylko do poziomej, lecz i do pionowej płaszczyzny, lecz z trudnością i z siłą bardzo nieznaczną, opuszczanie jest znacznie silniejsze, lecz wyraźnie słabsze od normy.

Abdukcja i addukcja do klatki piersiowej są wybitnie osłabione, przyczem addukcja silniejsza jest od abdukcji.

Wysuwanie ramienia ku przodowi silniejsze jest, aniżeli ku tyłowi, oba te ruchy są widocznie osłabione.

Staw łokciowy. Zginanie i rozginanie są ogromnie osłabione. Przyczem rozginanie znacznie słabsze jest od zginania.

Staw nadgarstkowy. Zginanie i rozginanie bardzo osłabione bez wyraźnej różnicy w obu tych funkcyjach (być może, fleksja palmarna jest nieco więcej osłabiona).

Palec. Ruchy palcami wykonywa chory dość zręcznie, lecz z nieznaczną siłą. Zwłaszcza osłabione są *m-i interossei*, rozszerzanie palców nie może przewyższyć najmniejszego oporu.

Prawa kończyna górna.

Staw barkowy. Podnoszenie i opuszczanie są bardzo znacznie osłabione, zwłaszcza podnoszenie, które wykonywane bywa z siłą bardzo niewielką. Wogóle zaś ruchy te są nieco lepsze, aniżeli po stronie lewej.

Abdukcja ramienia do klatki piersiowej silniejsza jest od abdukcji, oba te ruchy są osłabione.

Wysuwanie ramienia ku przodowi jest nieco lepsze, niż ku tyłowi, oba ruchy znacznie osłabione.

Staw łokciowy: zginanie jest znacznie silniejsze od rozginania, które jest wybitnie osłabione.

Staw nadgarstkowy: zginanie palmarne silniejsze jest od grzbietowego.

Pronacja przedramienia wykonywana jest z niewielką siłą, supinacja jest znacznie osłabiona.

Uścisk dłoni z prawej strony jest stosunkowo jeszcze słabszy, aniżeli z lewej, podczas gdy *m-i interossei* funkcjonują tu nieco lepiej, niż z lewej strony.

Opozycja dużego palca do pozostałych jest osłabiona, lecz wykonywana bywa dość zręcznie.

Wzruszanie ramiem wykonywane bywa dość zręcznie, lecz z bardzo upośledzoną siłą. To samo powiedzieć można o zbliżaniu łopatek do kręgosłupa.

Stwierdzić można równomierne, dość znaczne zaniki w okolicy *m. m. supra-et infraspinatorum, cucullarium, deltoideorum, tricipitum i bicipitum* w stopniu jeszcze silniejszym, prócz tego dość nieznaczne zaniki mięśni przedramienia, *thenaris, hypothenaris et mm. interosseorum* zupełnie symetrycznie z obu stron. Wszystkie te zaniki mają jednak charakter rozlany. Nigdzie nie stwierdzono ściśle ograniczonych zaników mięśni

(C. d. n.).

Z leczenia chirurgicznej D-ra Solmana.

Z DZIEDZINY CHIRURGII ŻOŁĄDKA W PRZYPADKACH ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA.

Podał

Dr. Solman.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 4).

Uważając, że w danym przypadku rezekcya odźwiernika, połączona z wycięciem ścian wrzodu, drążącego ku trzustce, byłaby zabiegiem ciężkim, ryzykownym, postanowiłem ograniczyć się tylko do wykonania gastrojejunostomii, zabiegu, który w łagodnych zwężeniach żołądka i wrzodzie chronicznym daje nader małą odsetkę śmiertelności pooperacyjnej, zazwyczaj bardzo dobry długotrwały wynik funkcyjny, w wielu przytem przypadkach wrzód ulegał z czasem zupełnemu zabliznieniu, a nawet nieraz znaczne nawet guzy, o ile tylko w chwili operacyi nie były rakowato zmienione, lub też w okresie późniejszym nie wytworzył się rak na tle dawnego wrzodu, zupełnie zanikały.

Z pomiędzy trzech głównych, obecnie najczęściej wykonywanych sposobów gastrojejunostomii: *g. j. antecolica anterior* (WOELFFLER) *g. j. retocolica infero-posterior* (V. HACKER) i *g. j. ypsiliformis* (ROUX) wybrałem do wykonania operacyę WOELFFLER'a, dodając do tej operacyi w celu zapobiegawczym przeciw wytworzeniu się błędnego koła, boczną anastomozę pomiędzy pętlami odprowadzającą i doprowadzającą podobną sposobu BRAUN'a. Uniósłszy poprzecznicę i sieć ku górze, odnalazłem *pl. duodenojejunalem*, w odległości 50 ctm. od niej ująłem pętlę pustnicy o długiej krezce, przerzuciłem ją ponad i poprzód sieć i okrężnicę i, przekonawszy się, że pętla nie powoduje zaciśnięcia okrężnicy, zetknąłem ją z przednią ścianą żołądka

w najniższym miejscu *corpus ventriculi* na 3 ctm. ponad wielką krzywizną i na odległości 5 ctm. od wyczuwalnego stwardnienia w części odźwiernikowej żołądka i w tem miejscu przyszyłem do żołądka ujętą pętlę pustnicy w kierunku poziomym izoperystaltycznym na przestrzeni 8 ctm., odstąpiwszy na pół ctm. ku górze od linii powyższego szwu, przeciąłem równolegle do tej linii na przestrzeni 6 ctm. ścianę żołądka do błony śluzowej, podwiązawszy parę krwawiących naczyń w cięciu żołądka, naciąłem w tenże sam sposób na pół ctm. poniżej szwu surowkowego zasadniczego na tej samej 6 ctm. przestrzeni ścianę pustnicy, otworzywszy następnie światło żołądka i kiszeki, nałożyłem w odpowiedni sposób oddzielny szew zespalający na błonę śluzową żołądka i kiszeki, przez co otrzymałem szeroką anastomozę żołądkowo - jelitową, szwem surowiczo - mięśniowym na pozostałej przestrzeni, następnie szwem LAMBERT'a otrzewnowym zakończyłem zespolenie żołądka z pustnicą. Szew, nałożony na ścianę żołądka i kiszeki, był ciągły, trzyczęściowy, z cienkiego jedwabiu. Następnie w odległości 10 ctm. poniżej utworzonej anastomozy żołądkowo - jelitowej wykonałem pomiędzy odprowadzającą i doprowadzającą pętlami boczną poziomą anastomozę szwem ciągłym dwurzędowym, surowiczkowym i śluzowo-mięśnym; wytworzenie tej dodatkowej anastomozy BRAUN'a trwało nie dłużej, niż kwadrans. Podczas wykonywania anastomoz treść żołądka i kiszek nie przedostała się ani kroplą do jamy otrzewnej, w której po wyjęciu położonych pod zespalane części jelit serwet sterylizowanych krwi wcale nie było. Ranę powłok brzusznych zaszyłem całkowicie szwem z jedwabiu, zeszywając szwem ciągłym otrzewną, szwem węzełkowym oddzielnie powięź i skórę. Operacya trwała godzinę i kwadrans.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, przy stanie bezgorączkowym, pulsie

około 100, jedynie w 6 godzin po operacji, później zaś parokrotnie w nocy i następnego dnia zrana występowały wymioty, które w dobę po operacji zupełnie ustąpiły i od tej pory więcej się nie zjawiały. Bóle, istniejące przed operacją, całkowicie znikły, ogólny stan chorego z każdym dniem się poprawiał przy braku wszelkich zaburzeń ze strony żołądka i kiszek, przy braku wszelkich cech zapalenia otrzewny. Ósmego dnia po operacji usunąłem szwy skórne, rana powłok brzusznych zagojona przez rychłozrost. Żywienie chorego było następujące: pierwszego i drugiego dnia po operacji chory używał jako napoju małych ilości wody Vichy oraz otrzymywał 3 razy na dobę ławatywy odżywcze. Trzeciego i czwartego dnia chory jadł kwaśne mleko, następnie do 9-go dnia otrzymywał pokarmy płynne, od tej zaś chwili żywiony był zwykłymi potrawami łatwo strawnymi mięsnymi, jarzynami przecieranymi. W trzy tygodnie waga ciała zaczęła stale się podnosić: ze 120 fun. w piątym tygodniu po operacji dosięgła 131 fun., w 4-y tygodnie po operacji operowany zaczął wstawać, stan sił bardzo dobry, chory opuścił lecznicę w zupełnie zadawalającym stanie zdrowia bez dolegliwości żołądkowych. W lecie operowany przebywał w Szczawnicy, waga ciała doszła do 156 f., t. j. była o 6 f. wyższa od wagi chorego przed zjawieniem się dolegliwości żołądkowych, zaś o 36 f. od chwili wykonania operacji. Wiadomości piśmienne, otrzymane od operowanego w pół roku po operacji, były następujące: ciepłota około 36,5, puls 72, łaknienie dobre, operowany je wszelkie potrawy, unikając trudno strawnych; źle znosi mleko i owoce surowe, szczególnie jabłka szkodzą, po tych pokarmach zjawia się odbijanie, smak zły, kwaśny w ustach. Ilość moczu około 1000 ctm. sz., wypróżnienia prawidłowe. Ogólny stan bardzo dobry, zdolność do pracy zupełna, praca nie nuży. W ostatnich czasach operowany czuje od czasu do czasu bóle w żołądku w parę godzin po jedzeniu, język często bywa obłożony. Zja-

wiające się bóle po spożyciu większej ilości pokarmów, ewentualnie przy wypełnieniu żołądka, zależeć mogą bądź od pewnego stanu dyspeptycznego, bądź od pozostałych zrostów, mniej prawdopodobnem wydaje mi się przypuszczenie wytwarzania się pewnego zwężenia otworu anastomotycznego, otwór ten bowiem był wytworzony szeroko o średnicy 6 ctm. Dalszy los chorego wykaże skuteczność i długotrwałość wykonanej operacji. W styczniu b. r., w 9 miesięcy po operacji, utrzymałem wiadomości, świadczące o zupełnie dobrym stanie operowanego. Na zasadzie coraz liczniejszych spostrzeżeń i badań, uwzględniających późne wyniki po operacji gastrojejunostomii w łagodnych sprawach chorobowych żołądka, przyjąć należy, że tylko wtedy uważać możemy operowanego za dokładnie wyleczonego, jeżeli w przeciągu dwóch lat od chwili wykonania operacji nie wystąpiły żadne godne zaznaczenia ważne dolegliwości. Przemijające lekkie zaburzenia żołądkowe mają przy tej ocenie mało znaczenia, podczas gdy stałe cięższe dolegliwości świadczyć będą bądź o ważnych zmianach po wykonanej operacji, bądź o istnieniu i dalszym rozwoju zasadniczego cierpienia.

II. Z wężenie odźwiernika rakowate. Rezekcja sposobem Kocher'a.

29-go Stycznia 1906 r. przybył do mojej lecznicy 55-letni obywatel wiejski w celu poddania się operacji z powodu bólów w żołądku i wymiotów, nie dających się powstrzymać leceniem wewnętrznem.

Mężczyzna średniego wzrostu o cerze bladej, bardzo silnie wychudły. W najbliższej rodzinie nikt nie chorował na złośliwe nowotwory, gruźlicę. W początku 1905 r. chory, cieszący się zazwyczaj doskonałym zdrowiem przy b. dobrem łaknieniu i prawidłowem trawieniu, zaczął bez wyraźnej wywołującej przyczyny doznawać bólów w żołądku wkrótce po

jedzeniu, stracił zwykły apetyt. W jesieni tegoż roku dolegliwości żołądkowe zaczęły się silnie wzmacniać, wkrótce po jedzeniu nudności, odbijanie, od czasu do czasu wieczorem lub w nocy wymioty muiej lub bardziej obfiał pokarmową treścią żołądka, następnie wymioty występowały coraz częściej, nie będąc nigdy krwawymi, wychudnienie szybko wzrastało, upadek sił znaczny. W Styczniu 1906 r. leczący chorego Dr. CHEŁMOŃSKI rozpoznał guz żołądka i poradził choremu niezwłocznie udać się o pomoc do chirurga.

Przy badaniu chorego 29 Stycznia z. r. przy wypełnionym pokarmami żołądka znalazłem stan następujący: ciepłota ciała 36,5, tętno 84, język obłożony, w płucach i w sercu brak zmian. Granica wątroby i śledziony normalna. Gruczoły nadobojczykowe, pachowe, pachwinowe nie powiększone. Brzuch wciągnięty w podbrzuszu, w nadbrzuszu i w części pępkowej wypuklenie, pod cienkimi powłokami wypuklenie kształtem i położeniem odpowiada znacznie rozszerzonemu żołądkowi, wyraźne pluskanie w żołądku, od czasu do czasu występuje w wypukłości żołądka ruch falisty od lewego podżebrza ku pępkowi, przyczem, głównie unosi się i opada część, w okolicy pępka położona. Dolna granica żołądka na 3 palce poniżej linii pępkowej. Na prawo tuż przy pępku i nad nim wyczuwa się w miejscu, położeniem odpowiadającym odźwiernikowi, pod powłokami brzuszniemi, guz wielkości kurzego jaja, o gładkiej powierzchni, twardy, cokolwiek ruchomy, bolesny przy ucisku i poruszaniu. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka wypłynęło około litra cieczy szarej, gęstawej, z licznymi resztkami pokarmowymi, kawałki chleba, twaróg mleczny, kawałki mięsa; po opróżnieniu i wypłukaniu żołądka guz w części odźwiernikowej bardziej się uwidacznia. Oprócz powyższego guza w jamie brzusznej żadnych guzowatości nie wyczuwałem, kiszki ściągnięte, puste, badanie przez odbytnicę wykazało, że odbytnica zdrowa,

wypełniona drobnymi kawałkami twardego kału. W układzie nerwowym brak zmian. Badanie treści żołądka po próbnem śniadaniu i obiedzie wykazało: zatrzymanie się w żołądku od 250 do 1250 ctm. zawartości pokarmowej o słabej woni i odczynie słabo kwaśnym, kwaśność całkowita 8, brak wolnego kwasu solnego, brak kwasu mlecznego, przesącz daje słaby odczyn na obecności albumoz, odczyn na krochmal, erytrodekstryny, cukier; liczne resztki pokarmowe; pod mikroskopem resztki pokarmowe roślinne, włókna mięsne, krwi badanie nie wykazuje. W moczu brak zmian. Przy badaniu chorego podczas następnych kilku dni wydobywałem z żołądka rano i wieczór 500 do 1200 ctm. treści pokarmowej, opróżnienie żołądka sprawiało choremu chwilową ulgę, bóle jednak wznowiały się wkrótce po ponownem umiarkowanem nawet spożyciu pokarmów lub przyjęciu napojów w godzinę do 2-ch godzin później, następnie wśród nudności występowały wymioty spożytymi pokarmami. Normalna waga chorego przed rokiem około 170 f. obecnie 105 f. Rozpoznanie: silne zwężenie odźwiernika i części przyodźwiernikowej żołądka. Czy guz jest rakiem, czy też modzelowatym wrzodem, trudno było orzec, 55 letni wiek chorego, prędkie rozwój choroby, brak kwasu solnego mogły do pewnego stopnia przemawiać za istnieniem raka, gdyby badanie wykazało jednocześnie obecność kwasu mlecznego w treści żołądka, przypuszczenie o raku zyskałoby na prawdopodobieństwie. Pomimo znacznego wychudnienia chorego nie znajdowałem ani powiększonych gruczołów, szczególnie nadobojczykowych, ani też cech charłactwa rakowego, dane powyższe mogły przemawiać za tem, że bądź rak istnieje w początkowym okresie rozwoju, albo też, że raka nie ma wcale, zaś wychudnienie zostało spowodowane wskutek niemożności przedostania się pokarmów z żołądka do dwunastnicy w następstwie silnego zwężenia odźwiernika, nie koniecznie wskutek złośliwego jego przeistocze-

nia, lecz, być może, i wskutek zwykłego zwężającego światło odźwiernika chronicznego modelowatego wrzodu, istota guza nie mogła być stanowczo określona przed wykonaniem operacji. Wobec bezwątpienia istniejącego silnego zwężenia odźwiernika i guza w odźwierniku i przy odźwiernikowej części żołądka, wobec szybkiego wyciszczenia się chorego jaknajprędzej wykonanie odpowiedniego zabiegu było ściśle wskazane.

Podjęrzuwając raka odźwiernika, postanowiłem wykonać rezekeję odźwiernika tem bardziej, że przy wyczuwanej ruchomości guza oddzielenie i wycięcie części odźwiernikowej nie powinno byłoby, być może, przedstawiać wielkich trudności, a oprócz tego pomimo wychudnienia chorego nie znajdowałem w wewnętrznych narządach zmian, któreby były wyraźnem przeciwwskazaniem do rezekeji żołądka. Od zamierzonej rezekeji odstąpiłbym tylko w razie, gdyby okazały się znaczne zmiany rakowate bądź w żołądku, bądź w sąsiednich gruczołach, lub gdyby silne zrosty z sąsiednimi narządami zbytnio utrudniały rezekeję, wtedy byłbym z konieczności ograniczył się do wykonania jedynie tylko gastrojejunostomii. Liczyłem się z tą ewentualnością, że pomimo laparotomii mogło być również niemożliwe stanowcze określenie istoty guza, wtedy zgodnie z obecnymi poglądami niektórych chirurgów, zwolenników rezekeji przy wrzodzie modelowatym żołądka, postanowiłem wykonać rezekeję o tyle, o ile ona byłaby łatwa do wykonania. 6-go Lutego po wypłukaniu żołądka 2% roztworem sody, zastrzyknięciu choremu 0,015 morfiny na pół godziny przed operacją, przystąpiłem do operacji przy łaskawym współudziale kolegów BORSUKA i ŁUKASZEWICZA. Uspienie chloroformem, kropłowaniem. Cięcie brzuszne w linii pośrodkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka, długości 15 ctm. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem żołądek dosyć znacznie rozszerzony, o ścianach grubych. Otrze-

wna na całej przedniej powierzchni żołądka nie zmieniona. W odźwierniku i części odźwiernikowej żołądka guz włóknistej konsystencji, o gładkiej powierzchni, w podłużnym wymiarze 6 ctm., w poprzecznym przy dwunastnicy 4 ctm., w części od strony żołądka 6 ctm., dosyć ruchomy, o normalnych przyczepach zewnętrznej ściany żołądka. W sieci wielkiej i małej powiększonych gruczołów nie wyczuwałem, otrzewna na okrężnicy, sieć wielka, otrzewna cienkich kiszek w polu operacyjnem nie zmieniona. Ponieważ wycięcie odźwiernika nie przedstawiało trudności, zmian właściwych rozwojowi raka w późnym okresie rozwoju nie znalazłem, postanowiłem wykonać zamierzoną rezekeję. Na granicy części stwardniałej oddzieliłem tępym elewatorem sieć wielką i małą na przestrzeni chorobowo zmienionej części żołądka i dwunastnicy, przez zrobiony otwór wsunąłem dwa zaciskadła DOYEN'a, jednym zacisnąłem żołądek w odległości 4 ctm. od brzegu żołądkowego guza, drugim zaciskadłem zamknąłem jamę żołądka w odległości 3 ctm. od poprzedniego i, podłożywszy pod żołądek i zaciskadła sterylizowaną serwetę, przeciąłem żołądek między zaciskadłami w kierunku poziomym od małej ku wielkiej krzywiznie. Obwinąwszy przecięte części gaza sterylizowaną, oddzieliłem przyczepy żołądkowe przy małej i wielkiej krzywiznie, następnie tylne przyczepy żołądka i górnej części dwunastnicy i, oddzieliwszy tym sposobem mającą być wyciętą część żołądka, nałożyłem zaciskadło średnie BILLROTH'a na zdrową część dwunastnicy w odległości 2 ctm. od brzegu guza w świetle dwunastnicy, w kierunku cokolwiek skośnym z góry i z prawa ku dołowi i na lewo, nad zaciskadłem przeciąłem dwunastnicę. Wycięta tym sposobem część żołądkowo-jelitowa wynosiła 13 ctm w wymiarze podłużnym. Wszelkie krwawiące naczynia, nieliczne zresztą, podwiązałem. Asystent ujął następnie palcami i zacisnął żołądek ponad uciskadłem DOYEN'a, zaciskadło zdjąłem, podwiązałem parę wię-

kszych naczyń w ścianie cięcia żołądka, następnie, oczyściwszy brzegi rany gazą sterylizowaną, zaszyłem otwór w żołądku szwem jedwabnym ciągłym, naprzód przez wszystkie warstwy, a następnie oddzielnie nałożyłem szew LAMBERT'a ciągly jedwabny na otrzewną wzdłuż poprzedniego szwu, tak, że linia jego została całkowicie zakryta otrzewną. Pomimo rozległego wycięcia żołądka i dwunastnicy przekonałem się, że zbliżenie dwunastnicy do żołądka daje się skutecznie zupełnie łatwo bez naprężenia zbliżanych części i wobec powyższego stanu nie widziałem przeszkody do wykonania implantacji dwunastnicy do żołądka; gdyby zbliżenie dwunastnicy do żołądka było trudne, byłbym odstąpił od operacji KOCHER'a i zaszywszy światło przeciętej dwunastnicy, wykonałbym następnie gastrojejunostomię sposobem tylnym HACKER'a, czyli t. zw. operację BILLROTH II. Zrobiwszy 5 ctm. długi otwór w tylnej ścianie żołądka tuż po za wielką krzywizną, na 3 ctm. poniżej zaszytego światła żołądka, następnie rozszerzywszy cięciem ku dołowi otwór w dwunastnicy, tak, żeby w średnicy miał również 5 ctm., wykonałem typowym sposobem implantację dwunastnicy do żołądka za pomocą trzyczęściowego szwu ciągłego, zeszywając oddzielnie błony śluzowe, warstwę mięśniowo-podśluzową i otrzewną. Część okrężnicy, oddzieloną od żołądka podczas wykonania rezekcji, zespoliłem węzełkowymi szwami z żołądkiem. Oczyściwszy linie szwów i wytamponowawszy z otrzewny krew, która przeciekła przez podłożone serwety do jamy otrzewny, odprowadziłem żołądek i dwunastnicę do właściwego położenia. Ranę powłok brzusznych zeszyłem szwem trzyczęściowym jedwabnym, pozostawiając w środkowej jej części 2 ctm. przestrzeń, przez którą wprowadziłem do jamy otrzewny pasek z gazy sterylizowanej, dochodzący do przedniej części zeszywania żołądka z dwunastnicą.

Operacja trwała 1½ godziny, chloroformowanie znosił chory doskonale, wymiotów podczas wykonywania operacji nie było. Po operacji chory wcale nie wymiotował, przebieg pooperacyjny idealnie spokojny, bez podniesienia ciepłoty, brak objawów zapalenia otrzewny. Żywienie operowanego takie, jak w poprzednim opisie. Ósmego dnia zdjęcie szwów skórnych z powłok brzusznych, usunięcie z otrzewny paska gazy, z pod którego wypłynęła nieznaczna ilość surowiczowo-krwawej wydzieliny, tamponu więcej nie wprowadzałem. W tydzień później rana powłok brzusznych zagojona przez rychłozrost; operowany z wyjątkiem bólów w okolicy rany pierwszego i drugiego dnia po operacji na żadne dolegliwości następnie się nie uskarżał, łaknienie bardzo dobre, chory dostaje często łatwostrawne pokarmy.

13-go dnia po operacji waga ciała 106 f., 21-go dnia 110 f., w pięć tygodni po operacji 151 f. Przy badaniu operowanego w 9 miesięcy po operacji stan jego okazał się doskonałym, cera zdrowego mieszkańca wsi, odżywianie zupełnie dobre, waga 162 f. W okolicy żołądka, żadnych stwardnień nie wyczuwam, żołądek nie rozszerzony, w 4 godziny po obfitem śniadaniu, składającym się z mleka, jajka, bułki, mięsa, wydobyłem za pomocą sondy zaledwie 20 ctm. zawartości gęstej, śluzowej, szarawej, odczyn obojętny, wolnego kwasu solnego w płynie tym nie znaleziono, brak kwasu mlecznego, pod mikroskopem liczne płaskie komórki nabłonkowe, skąpe resztki pokarmowe roślinne, nieliczne włókna mięsne wyraźnie prążkowane, gdzieniegdzie nieco leukocytów i kilka czerownych ciałek krwi (nadmieniam, że chory krztusił się silnie podczas zakładania zgłębnika do żołądka).

Powyższe badanie wykazuje istniejącą w 9 miesięcy po rezekcji odźwiernika i części odźwiernikowej żołądka doskonałą sprawność ruchową żołądka, przy *hypaciditas* soku żołąd-

kwego i braku kwasu solnego, dokonanego jednak jednorazowego badania treści żołądka nie uważam za wystarczające i zupełnie miarodajne i w przyszłości postaram się dokładniejsze che-

miczne badanie przeprowadzić. Subiektywnie operowany czuje się zupełnie zdrowym.

d, c, n.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

8. M. SMITH. Zakrzep tętnicy krezkowej.

Osobnik, 45 lat wieku liczący, mularz, dotąd zdrowy i silny, nagle w czasie roboty począł doznawać bólów w brzuchu i mdłości; przypadłości te po dwugodzinnem zmaganiu się z niemi zmusiły go wreszcie do położenia się do łóżka. Nazajutrz, czując się znacznie lepiej, podniósł się, a nawet zasiadł do obiadu. Po spożyciu jednak kawałka wieprzowiny począł znów doznawać w górnej części brzucha silnych bólów, promieniujących w kierunku klatki piersiowej, i wymiotował. Wezwany lekarz przepisał morfinę i dyetę płynną, odtąd jednak wymioty pojawiały się codziennie. Na cztery dni przed przybyciem do szpitala było wypróżnienie. W chwili, kiedy autor widział chorego po raz pierwszy — czyli na 16-ty dzień, licząc od chwili zachorowania, tenże był bledy, przygnębiony; język wilgotny, obłożony z brzegów, wzdęcia nie było, brzuch przy obmacywaniu zlekka bolesny, tętno wolne, miękkie, regularne, temperatura około 38,5°, następnego zaś dnia około 36,5, tętno dobre, dolegliwości mniejsze. Chory wymiotował nieco zielonawego śluzu; po ławatywie wypróżnienia napół gęste, krwi nie zawierały — badanie *per rectum* nie wykazało żadnych zgoła nieprawidłowości.

Po dwóch dniach, gdy stan chorego znacznie się pogorszył, przystąpiono do operacji. Po otworzeniu brzucha zauważono pętlę кишки cienkiej o silnie czerwonym (purpurowym) zabarwieniu, upstrzoną plamami sinawymi i ciemnoczerwonymi.

Zabarwienie to i upstrzenie obejmowało pętlę кишки biodrowej mniej więcej na długości trzech stóp. Brak skręcenia lub zaciśnięcia upoważniał do wniosku, że stan powyższy pra-

wdopodobnie zależny był od zakrzepu tętnicy krezkowej, zwłaszcza, że nie udało się stwierdzić wyraźnej linii granicznej między zdrową a chorą częścią jelita.

Zakrzepu jednak w naczyniach wykazać się nie udało, nie zauważono też, ażeby krezka lub kiszka były grubsze, niż zazwyczaj — lub też w stanie obrzęku — rozdęcia wyraźnego kieszki także zauważyć się nie dało. Ze względu na szerzenie się powyżej opisanego stanu jelita na dalsze jego odcinki — a więc na obszerność afekcyi, musiano się wyrzec wszelkich dalszych zabiegów operacyjnych — a więc dokonania rezekecyi kieszki, czy też zrobienia odbytu sztucznego — jako bezcelowych, nie pozostało nic innego, jak pozostawienie chorego jego losowi. Umarł on następnego dnia, t. j. w trzy tygodnie od czasu pojawienia pierwszych przypadłości chorobowych.

Oględziny pośmiertne dowiodły, że owo czerwone zabarwienie obejmowało całe prawie jelito cienkie z wyjątkiem początkowego i końcowego odcinków jego. W krezce stwierdzić się dało mnóstwo drobnych naczyń, dotkniętych zakrzepem, sama zaś tętnica krezkowa górna w odległości 3—7-u cali od jej początku zatkana było zakrzepem około 4-ch cali długości. Górna część krezepu tego była gęstsza (twardsza), niż dolna miększa i świeższego pochodzenia. W sercu, ani wogóle gdziekolwiek bądź w ustroju zmian chorobowych resp. i ateromatycznych zmian w naczyniach — nie stwierdzono.

Z notowanych dotąd 170-u przypadków zakrzepu naczyń krezkowych — większa część przypada nie na naczynia krezkowe dolne, lecz na górne. Stosunek ten wyraża się cyframi 1 : 40, częściej też zatkane bywają tętnice, niż żyły.

Trudno objaśnić, dlaczego właśnie tętnice kręzkowe tak często bywają siedliskiem zakrzepu lub zatoru. Być może zresztą, że częstość ta jest tylko pozorna, resp., że w porównaniu z innymi naczyniami opiera się raczej na większej liczbie zejść śmiertelnych, jakich sprawy mienione stają się tu powodem.

Ex re też zejścia tak niepomyślnego sprawy te częściej notują się w tętnicach kręgowych górnych, niż dolnych — gdzie przypadłości bywają względnie łżejsze, a śmierć też rzadziej ich wynikiem.

W przytoczonym powyżej przypadku przyczyny zakrzepu wykazać się nie udało: naczynie makroskopowo przedstawiało się normalnem, — badanie drobnowidzowe również nie ujawniło zmian (zwyrodnienia) w ścianie tętnicy, na miejscu, odpowiadającym siedlisku zakrzepu. Jeśliby można nawet obwiniać tu przymiot, — to istnieniu tegoż wywiady też stanowczo przeczyły.

Wogóle w przypadkach takich, jak powyższy, brak zazwyczaj objawów, na których możnaby racjonalną oprzeć diagnozę. Rozpoznanie zaś, zrobione już po otwarciu jamy brzusznej, ze względu na niepomysłne rokowanie, w niczem na dalszy przebieg wpływać nie może. Zdaniem autora, gdyby nawet w przypadku przytoczonym (a więc i w innych jeszcze podobnych) wycięto kilka stóp jelita, sprawą zmienionego, to i tak nie przyniosłoby to choremu żadnej korzyści ze względu na szerzenie się sprawy, a jak w danym przypadku, że już w kilka godzin po przecięciu ściany brzusznej sprawa rozszerzyła się dalej na 8—9 stóp po kiszce. Zrobienie sztucznego odbytu również ze względu na wręcz nieuchronną tu zgorzel całej prawie кишки cienkiej oraz zakazanie w niczem rokowania równieżby nie zmieniło.

(Bristol medico chirurgical journal Nr. 93—1906 r.)

F. Gr.

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

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia i przyjęciu projektu regulaminu, KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek jednostronnego uszkodzenia wszystkich nerwów opuszkowych.

Chory, Z. S., lat 18, elektrotechnik, otrzymał d. 9 Lipca r. z. postrzał kulą rewolwerową pod prawą potylicę i doznał szeregu zaburzeń czuciowych i ruchowych, wyłącznie w obrębie nerwów czaszkowych, a zwł. opuszkowych po stronie prawej. U chorego stwierdziliśmy:

1-o zupełne porażenie z zanikiem mięśni z drganiem włókienkowemi i z odczynem zwyrodnienia w prawej połowie języka (t. zw. *hemiatrophia linguae*): porażenie nerwu podjęzykowego (XII) prawego.

2-o zupełne porażenie i zanik wiotki z odczynem zwyrodnienia mięśnia czworobocznego (*m. trapezoides s. cucullaris*) i mięśnia mostko-obojęczyko-cycowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*) po stronie prawej (opuszczenie i zniekształcenie całego prawego ramienia wskutek odsunięcia prawej łopatki ku zewnątrz i ku przodowi, opuszczenie i przesunięcie ku przodowi prawego obojęczyka, słabe podnoszenie prawego ramienia ku górze i słabe ściąganie łopatek, przewaga lewego mięśnia mostko-obojęczyko-cycowego wskutek zupełnej nieczynności tegoż mięśnia po stronie prawej): porażenie nerwu dodatkowego WILLI'sa (n XI);

3-o porażenie prawego łuku podniebienne, znieczulenie prawej połowy gardzieli, na-

głośni, górnej części krtani, zupełne porażenie wszystkich mięśni, odnoszących się do prawej struny głosowej (kol. SINOŁĘCKI), stałe przyspieszenie czynności serca: p o r a ż e n i e n e r w u b ł ę d n e g o (n X) p r a w e g o;

4-o zniesienie zupełne smaku na całej prawej połowie języka (*hemiagustia*), utrudnione przełykanie zarówno twardych, jak i rzadkich pokarmów, znieczulenie prawej połowy gardzieli i nieruchomość jej przy usiłowaniach przełykania: p o r a ż e n i e n e r w u j ę z y k o w o - g a r d z i e l o w e g o (n IX) p r a w e g o z przypuszczalnym udziałem prawej *chorda tympani*;

5-o zupełną głuchotę na prawo ucho wraz ze zniesieniem zupełnem przewodnictwa kostnego po stronie prawej, bez widocznych zmian w błonie bębenkowej lub w uchu średnim: p o r a ż e n i e n e r w u s ł u c h o w e g o (n VIII) p r a w e g o;

6-o dwojenie się w oczach i niedostateczną czynność mięśnia prostego zewnętrznego prawego: n i e d o w ł a d n e r w u o d w o d z ą c e g o (n VI) p r a w e g o.

Jako przyczynę uszkodzeń tych nerwów mówca przyjmuje przerwanie przez kulę n IX, n X i n XI tuż poniżej dziury jarzmowej (*foramen jugulare*) i n. XII tuż poniżej dziury kłykeiowej przedniej (*foramen condyloideum anterius*). Głuchotę nagłą po wypadku należy najprawdopodobniej uzależnić od wylewu krwi do błędnika i od zniszczenia zakończeń nerwu ślimakowatego (n. *cochleae*). Niedowład lekki prawego nerwu odwodzącego (n. VI) objaśnić należy nadzarpinięciem tego nerwu lub małą wybroszyną krwawą na podstawie czaszki w przebiegu tego nerwu.

Kula, nie drasnawszy wcale tętnicy szyjowej wewnętrznej, ani też rozgałęzień tętnicy szyjowej zewnętrznej, prześlizgnęła się po wewnętrznej powierzchni prawej gałęzi żuchwy i wyszła przez kość licową.

Przewodniczący sekcji przedstawia z danego przypadku dwa zdjęcia Roentgenowskie; na obydwóch około os. *hyoideum* widoczne były ciemne punkciki wielkości ziarna fasoli; kol. BRUNNER objaśnia punkty te ugrzęźnięciem w danem miejscu kuli.

Następnie BREGMAN demonstruje a) przypadek złamania podstawy czaszki z p o r a ż e n i e m o b u n e r w ó w t w a r z o w y c h (di-

plegia facialis) i prawego N. *abducentis*. To ostatnie już się poprawia, porażenie twarzowe jest ciężkie z zupełną reakcją zwyrodnienia. Chory przed miesiącem został przejechany przez głowę. Krew szła z nosa i z obu uszu. Utrata przytomności krótka. Stan ogólny doskonały.

BREGMAN demonstruje b) przypadek bezustannego wycieku płynu mózgo-rdzeniowego przez nos. (*Rhinorrhoea cerebrospinalis*). Cierpienie to trwa od roku. Od 5 lat chora ma chód ataktyczny, drżenie prawej ręki. *Uterus infantilis*, *amenorrhoea*. Napady bólów głowy z wymiotami. Zanik nerwów wzrokowych. Nadmierna otyłość, następnie wychudzenie. Objawy wskazują na nowotwór na podstawie czaszki, prawdopodobnie w okolicy przysadki.

HIGIER przytacza swój przypadek „bezwęchu“; z wylaniem się płynu wszystkie objawy ucisku ustąpiły; był to podług zdania mówcy przypadek niewątpliwego guza przysadki.

BREGMAN przedstawia c) przypadek niezwykle skurczów tonicznych i klonicznych u młodego mężczyzny, od dwóch lat po tyfusie. Mięśnie nadzwyczaj rozwinięte (atletyczne). Skurcze toniczne w lewej kończynie dolnej i prawej kończynie górnej oraz w mięśniach kadrłuba. Chory stoi i chodzi, ale z największym wysiłkiem i z różnymi ruchami, spowodowanymi kurczeniem się mięśni i utratą równowagi. Część lędźwiowa kręgosłupa jest nadzwyczaj wklęsła (*lordoza*), lewe kolano nadmiernie wyprostowane. Mięśnie wyprostne prawego łokcia i napiastka są osłabione. B. przypuszcza rozpoczynającą się dystrofię, powikłaną myotonią i myoklonią. (demonstrowane przypadki będą opisane szczegółowo).

FLATAU wskazuje na niezwykłość podobnych ruchów, podejrzewa — płasawicę, chociaż wypinanie *glutaeorum* przypomina Dystrofię.

RZĘTKOWSKI widzi w danym przypadku Myotonię pewnych mięśni.

KOPCZYŃSKI nie przypuszcza w danym przypadku Myotonii, w której najtrudniejszymi okazują się pierwsze ruchy, następne stają się coraz lżejszymi; u danego chorego rzecz się ma naodwrot.

Podług HIGIERA mamy u danego chorego *Myocloniam hystericam*, *myotonia* bywa zwykle

dziedziczna, przeciwko zaś płasawicy przemawia drugotrwałość cierpienia.

GAJKIEWICZ nie widzi u danego osobnika przerostu mięśni, podejrzewa histeryę, zaznacza, iż dopiero dłuższa obserwacja ustalić może rozpoznanie.

GOLDFLAM podejrzewał początkowo histeryę, obecnie skłania się ku „*Maladie de tic*”; dla płasawicy cierpienie trwa za długo, w myotonii skurcze mięśni występują tylko przy ruchach.

Wreszcie WIZEL, wskazując na celowość ruchów przy tikach, przypuszcza w danym przypadku histeryę.

W odpowiedzi na wyżej przytoczone przypuszczenia BREGMAN zaznacza, iż u chorego objawów historycznych nie zauważył, i że hypnotyzm pozostał bez rezultatu; skurcze następują tylko w czasie ruchów, obstaje przy pierwotnej swej diagnozie: Myotonia z dystrofią.

DR. JULJAN ROTSTADT przedstawia dwa przypadki *Myastenii*.

PRZYPADEK I-SZY.

M. S. panna, lat 19, gospodyni prywatna. Skarży się od roku prawie na stałe ogólne wyczerpanie. O chorobie swojej podaje szczegóły następujące. Z wielką trudnością przy pomocy postronnej ubiera się, rozbiera, czesze, kładzie do łóżka lub unosi z pozycyi leżącej; krótkotrwałe nawet chodzenie przyprawia ją o takie zmęczenie nóg, że chwiać się poczyną. Odczuwa też wielką trudność po kilkakrotnem zaledwie polykaniu; nuży ją również rozmowa: już po kilku wymienionych zdaniach mowa staje się nosową, monotonną, bełkotliwą. Cierpienie obecne rozpoczęło się 2 lata temu, na jesieni 1904 roku. Chora spostrzegła wtedy, że już zrana nie może ze zwykłą sprawnością krajać, szyć, wogóle wykonywać roboty ręczne, musiała co chwila odpoczywać; ku wieczorowi zaś słabły jej nogi, mdlały. W niespełna pół roku objawy te wzmogły się. Od Czerwca 1905 zmuszona była porzucić pracę. W tym czasie zjawiała się niezwykle senna podczas dnia, której zwalczać nie potrafiła. We Wrześniu 1905 r. poraz pierwszy zaczęło się chorej dwoić w oczach, a kilkakrotnie nawet troić; jednocześnie z trudnością łykać zaczęła. Obecnie badanie, prócz potwierdzenia skarg chorej, wykrywa: Stałą obu-

stronną ptozę, która zmniejsza się lub powiększa w zależności od stopnia zmęczenia chorej; przelotną diplopię, patologicznie szybkie wyczerpywanie się funkcji w całej sferze ruchowej dowolnej; wreszcie reakcyę myasteniczną mięśni na prąd elektryczny prawie we wszystkich badanych mięśniach. Pochodzi ze zdrowej rodziny. W dzieciństwie błonica i odra.

PRZYPADEK 2-GI.

I. K. lat 31, robotnik. Opowiada, że od kilku miesięcy ma stałe opuszczoną powiekę prawą, trudno mu ją unosić; cięży mu również głowa, gdy ją prosto utrzymać usiłuje; często dwoi mu się w oczach, szybko się męczy i wyczerpuje przy pracy.

Do jesieni 1905 r. czuł się zdrowym. Od jesieni nastrój chorego się zmienił; stał się pośonnym, zarzucił prawie czytanie, dotąd największą swoją rozrywkę. W początkach Marca b. r. po raz pierwszy doznał trudności przy czytaniu, litery bowiem i wiersze zlewały się ze sobą. Z kolei zaczęło mu się dwoić w oczach, najbardziej, gdy się wyczerpywał cięższą pracą fizyczną. W końcu Marca b. r. opadać mu zaczęła prawa powieka, gdy wyteżał wzrok przy pracy; po wypoczynku nocnym objawu tego nie spostrzegał. W Kwietniu chory uczył się już ogólnie wyczerpanym, niezdolnym do pracy. Szybko się męczył, pocił bardzo, upadał na siłach. W lecie bieżącego roku przeszedł kuracyę jodową i rtęciową bez skutku. We Wrześniu zauważył, że biedz nie może, mdleją mu nogi. Ma zdrowe dzieci; żona nie roniła. *Lues negatur*. Pochodzi ze zdrowej rodziny. W dzieciństwie ospa i odra. Od 20-go roku często bardzo miewa niebolesne rozwolnienia bez określonej przyczyny. Obecnie badanie wykrywa następujące objawy: chory ma prawostronną ptozę, zwiększającą się, gdy mu kazać kilkakrotnie szczelnie zamykać i otwierać oczy; po 20—30 razowem opuszczaniu i unoszeniu głowy, ruchy te słabną widocznie, choć się zupełnie nie wyczerpują; następnie chory ma stałą prawie parezę *m. recti externi sinistri*; ruchy częste i szybkie górnych i dolnych kończyn wywołują ogólne zmęczenie, zwiększają ptozę, i wreszcie w badanych prądem elektrycznym mięśniach występuje reakcyę myasteniczną.

W obu przypadkach wysuwa się na pierwszy plan patologicznie szybkie wyczerpywanie się funkcyi tych właśnie mięśni, które w warunkach normalnych nie ulegają wyczerpaniu, a mianowicie zewnętrznych mięśni oka i przedewszystkiem *m. levat. palb. super.*; wyczerpanie to wzrasta, gdy chorym kazać szczelnie zamykać i otwierać oczy; po pewnym, zresztą bardzo krótkotrwałym, a często nawet chwilowym odpoczynku, powraca ich względna sprawność. Obok tego objawu z kolei umieścimy wspólną naszym chorym przelotną diplopię i wyczerpującą się stale u obu funkcyę mięśni szyi i karku, na sku-

tek czego chorej bardzo, a choremu w mniejszym stopniu stale cięży głowa. Jeżeli jeszcze do tych wspólnych cech klinicznych dodamy ogólne szybkie, nie odpowiadające bynajmniej wiekowi wyczerpywanie się chorych oraz stwierdzoną w obu przypadkach reakcyę myasteniczną, to niewątpliwie mamy szereg objawów patologicznych, pokrewnych zarówno co do istoty swojej i rozwoju, jak świadczą podane zarysy chorób, objawów, które pozwalają w obu przypadkach rozpoznać cierpienie, zwane Myastenią.

ODCINEK.

Wody z kwasem węglowym w Royat (Francya).

Podał

Dr. Teodor Heiman.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 4).

Zarzucają, że u wód francuskich dyeta nie jest przestrzegana tak, jak w Niemczech i w Austryi.

W pierwszych latach mojego pobytu we Francyi, znajdując się w zupełności pod wpływem szkoły niemieckiej, byłem nieomal przerażony tym brakiem zachowania dyety podczas przeprowadzania leczenia wodami mineralnemi. Z czasem jednak przekonałem się na innych i po części na sobie, że nie jest to znowu tak straszny występki, jakem go sobie przedstawiał. Francuzi otrzymują z leczenia przy ich dyecie również dobre skutki, jak my z naszymi przepisami niemieckimi. Zresztą na tym punkcie daje się i w Niemczech zauważyć znaczne rozluźnienie. Nawet w takim Karlsbadzie choroby nie zachowują tak ścisłej dyety, jak to ongi bywało. Z drugiej zaś strony lekarze francuscy przepisują chorym pewną dyetę dla nich odpowiednią, do której mogą się zupełnie

zastosować, nie jedząc „table d'hotu lub też wybierając z niego to, co jest im dozwolone.

W roku bieżącym losy, a raczej choroba zagnała mnie do Royat w Owernii (Auvergne). Jest to niejako francuski Nauheim, lubo, z góry dodam, skład wód tutejszych jest najbardziej zbliżony do wody Emskiej, lecz nie zmonopolizowany, jak Neuheim, gdyż, jak wspomniałem, Francya posiada kilka miejscowości podobnego rodzaju.

Źródła w Royat stosowane już były w głębokiej starożytności i zostały urządzone w okresie zdobycia Galii przez Rzymian. Za panowania Honoryusza i Arkadyusza znane były jako: *aquae nerae*, *aquae calidae* i *Augusto-Nemetum* (dzisiejsze Clermont). Royat, będąc na drodze z Lugdunum do Bardigala (*via romana*), służyło za przystanek dla legionów rzymskich, przebiegających Galie. Po wtargnięciu rozmaitych hord barbarzyńskich miejscowość ta została do szczytu zburzona, kamień nie pozostał na kamieniu, na ruinach powstały opactwa, i dopiero przypadek odkrył w naszych czasach te zabytki potężnej cywilizacji, wykazując i tutaj siłę i potęgę ówczesnych panów świata.

Termy w Royat tworzyły prostokąt długości 50—60 metrów i szerokości 35—40 metrów. Jedno było wejście dla zwykłych klientów, ko-

biet i niewolników, były to t. zw.: *latrinae* i *apodyterium*. Ztąd przechodziło się do rodzaju przedsionka (*frigidarium*), gdzie *baptiserium* i inne zbiorniki, opatrzone schodami, napełnione były wodą termo-mineralną. Zbiorniki miały ściany marmurowe i spoczywały na murach kamiennych, tworzących rodzaj sklepienia z betonu. Zauważyć się jeszcze dają przedziały, tworzące pokoiki (kabiny), służące do rozbierania się kąpiących się. Wzdłuż zbiorników przebiegały kanały, służące do przeprowadzenia wody mineralnej ze źródeł. Zbiorniki, zawierające wodę mineralną, miały po 4 metry długości i szerokości i 1,60 metra głębokości, opatrzone stopniami kamiennymi, miały ściany z marmuru kolorowego. Zbiorniki oddzielone były grubym murem i na linii do nich równoległej istniał szereg pokoiów różnej pojemności, łączących się z sobą za pomocą drzwi szerokości 1,25 m. Większość tych pokoiów tworzyły piece podziemne, które ogrzewały kąpiele i dostarczały w kąpielach rzymskich ciepłego powietrza do *laconicum*. Wreszcie, wzdłuż zbiorników i ich galerii wznosiły się gzymsy z białego marmuru z fryzami rzeźbionymi i odlewami ozdobnymi t. zw. pompejańskimi, należącymi do epoki Augusta. Ponad *hypocaust*'ami istniały sale, stanowiące *vaporarium* i *sudatorium*. *Hypocausta* zajmowały prawdopodobnie środek term, jak to było w zwyczaju u Rzymian. Termy te, odkryte w r. 1882, obok innych zabytków dawnych budowli rzymskich, stanowiły kupy gruzów; w celu uchronienia ich od zagłady zastąpiono je lub podtrzymano budowlami nowożytnymi z nadaniem im wszystkich cech, jakie posiadały pierwotnie. Dotąd odnowa ta nie jest jeszcze do połowy skończona.

Wybuchy wulkaniczne, jakie niepokoiły Owernię w czasach pierwotnych, nadały całej tej okolicy widok właściwy i obdarzyły ją znaczną ilością wód mineralnych.

Liczba tych źródeł w departamencie Puy-de-Dôme dochodzi do 270 rozmaitej obfitości i różnego stężenia. Żadne jednak z nich pod względem obfitości wyrzucanej wody nie może równać się ze źródłami w Royat, gdzie jedno źródło wyrzuca na minutę około metra sześciennego wody, zawierającej 5,623 części mineralnych na litr przy ciepłocie 34,5° + C.

Wygasłe wulkany, ogromna ilość lawy, napotykana w rozmaitych miejscowościach, świadczą o znacznych wstrząśnieniach skorupy ziemskiej, jakie tu niegdyś panowały. Obecne źródła stanowią jeszcze, według zdania geologów, słabe wybuchy wulkaniczne.

Royat leży na gruncie granitowym na 450 metrów nad poziomem morza w wąwozie cieniستم i malowniczym. Dzięki swojemu wzniesieniu posiada jednocześnie zalety klimatu nizin i górskiego. Średnia ciepłota jest latem mniejsza, niż w dolinach, wieczory są zawsze chłodnawe i przyjemne. Przyjemny wietrzyk, wiejący z gór nawet w ciągu dnia, wywołuje ciągły przewiew powietrza. Leżąc zaś w dolinie, miejscowość ta jest ochroniona od zbyt nagłych zmian atmosferycznych. Powietrze jest czyste i suche, niema tych ciągłych mgieł, jakie spotykamy zwykle w górach. Klimat tutejszy działa na ustrój ludzki uspakajająco i łagodząco. Średnia ciepłota za ostatnie dziesięć lat wynosi w maju 13° + C, w czerwcu 17° + C, w lipcu 19° + C, w sierpniu 20° + C we wrześniu 15° + C. Grunt dzięki naturze wulkanicznej jest bardzo przepuszczalny, pozostaje zawsze suchy i bardzo szybko przepuszcza największe ilości wody. Wilgoć, mgły, nawet rosa są tu nieznane. Roczna ilość deszczu wynosi 744,25 milim.

Sezon leczniczy trwa w Royat od 15 maja do 15 października. Liczba leczących się dochodzi rocznie do 10000 ¹⁾. Od 15 maja do 30 czerwca i od 1 września do 15 października liczba chorych jest znacznie mniejsza, i jest to pora najwłaściwsza dla osób, pragnących spokoju, a nadto w powyższych miesiącach ceny w hotelach i w samym zakładzie kąpielowym są znacznie zredukowane. W lipcu i sierpniu ruch chorych jest wielki. Kto pragnie, może w tych miesiącach czas bardzo wesoło przepędzić. Na kuracjuszków składają się przeważnie francuzi, jakkolwiek nie brak tu anglików, hiszpanów i przyjezdnych z innych części świata. Po niemiecku mówiących udało mi się raz usłyszeć. Można też spotkać kilku rosyjan, z polaków, oprócz niżej podpisanego, niema nikogo do zanotowania. Lekarze wszelkich narodowości,

¹⁾ Jest to cyfra oficjalna, znajomy mi lekarz za pewnił mnie, że cyfra ta jest stanowczo za wysoka.

ich żony i dzieci doznają wszelkich ulg materyalnych, nawet w hotelach otrzymują ustępstwa z cen zwykłych. Korzystanie bezpłatne z wód, kąpeli, wszelkich zabaw i teatru jest ich przywilejem. Zresztą takie warunki istnieją dla lekarzy u wszystkich wód mineralnych francuskich. Czas leczenia trwa tu przeciętnie 25 dni, bywa jednak krótszy lub dłuższy, stosownie do wskazań w każdym poszczególnym przypadku. Każdy leczący się obowiązany jest zapłacić abonament na picie wód (kurtaksę), wynoszący 10 franków. Cena kąpeli zależy od sezonu i od godziny, w której się ją bierze. Najtańsza kąpiel kosztuje 1,50 fr., najdroższa 2,50 fr. Oprócz tego istnieją pokoje kąpielowe, urządzone z wielkim komfortem, (*cabines de luxe*); w tych kąpiel kosztuje 4—4,50 fr. Różne procedury lecznicze kosztują 1—3 fr. Masaż różnego rodzaju ma specjalną taryfę. Abonament do kąpeli hydroelektrycznych lub do starego basenu wypada taniej. Zakłady kąpielowe i same źródła mieszczą się w parku niewielkim. Dokoła niego rozłożone są hotele pierwszorzędne, odpowiadające wszelkim wymaganiom nowoczesnym. Nadto istnieje znaczna liczba hoteli, will i mieszkań prywatnych dla wymagań skromniejszych. W hotelach pierwszorzędnych całkowite utrzymanie dzienne z mieszkaniem kosztuje 10—20 franków, w drugorzędnych 6—10 frank. Royat posiada bardzo ładny kościół katolicki i anglikański. Nadto w starym Royat, wsi o 0,5 kilometra od stacji termicznej odległej, istnieje stary kościół. Royat łączy się z Clermont-Ferrand, sławnym z awantur Boulanger'a, za pomocą tramwaju elektrycznego. Niedaleko od Royat (około 1 kilometra) znajduje się wielki, przepiękny park Bargoin, położony na umiarkowanym wzniesieniu. Wycieczek w okolicę bardzo pięknych jest mnóstwo, wycieczki te stanowią ważną część programu pobytu w Royat. Wycieczki bliższe w góry można odbyć pieszo, dalsze — powozem lub w wygodnych dyliżansach, mniej kosztownych od powozów. Większość gór, z których najwyższa jest Puy-de-Dôme (1465 m.), stanowią wygasłe wulkany, których otwory kraterowate porasta trawa. Góra Puy-de-Dôme posiada obserwatorium astronomiczne i ruiny świątyni Merkurego. Z Warszawy najbliższa droga do Royat prowadzi przez

Berlin, Paryż; podróż trwa od 42—48 godzin. Jest jeszcze druga droga przez Wiedeń, Genewę, Lyon i Clermont-Ferrand, lecz jest ona daleko dłuższa, a przeto i kosztowniejsza.

Zakłady kąpielowe mieszczą się w trzech oddzielnych budynkach murowanych. Główny zakład kąpielowy położony jest w środku parku i składa się z dwóch do siebie przytykających budynków, jednego dawniejszego i drugiego nowszego. Mieści w sobie 110 kabin kąpielowych. Wanny są kamienne z dnem cementowym. W kabinach najdroższych wanny są marmurowe; w tych kabinach jest oddzielny pokój do rozbierania się, zaopatrzony w kanapę, dwa fotele, przybory do czesania i pantofle. Ściany wszystkich kabin są do połowy pokryte taflami porcelanowymi. Kabin i wanny są corocznie odnawiane. W starszym budynku istnieje salon do odpoczynku, rodzaj poczekalni. Kurytarze są szerokie, widne i posiadają jednostajną ciepłość w celu zabezpieczenia chorych od zaziębienia po kąpeli. Wielu chorych zostaje w odpowiednio opatrzonych lektykach przeniesionych do swoich mieszkań. W tym głównym gmachu mieszczą się też sale dla hydrotatii ciepłej i zimnej, dla irygacji pochwowych i kiszkowych; kabin dla kąpeli hydroelektrycznych miejscowych i ogólnych oraz kąpiele z powietrza gorącego i pary gorącej. Tu też znajdują się cztery pokoje dla masażu podwodnego, metody, bardzo rozpowszechnionej w zakładach leczniczych francuskich. Oprócz tego są w tym gmachu cztery sale dla wdychania pary wodnej ze źródła Eugenii; sale te są naprzemian przewietrzane. Chorzy pozostają w nich przez mniej więcej długi czas, poczem przebierają się w specjalnych kabinach i w lektykach zostają przeniesieni do domu.

Nadto istnieją dwie wielkie sale z aparatami inhalacyjnymi dla gardła. Przyrządy, tam będące, zostają po każdym użyciu wysterylizowane w cieplecie 130+C, zaś corocznie świeżo niklowane. Sale te pod względem urządzenia wymagają pewnych ulepszeń, w tym bowiem stanie, w jakim istnieją, nie całkiem odpowiadają nowszym wymaganiom nauki. W gmachu tym urządzone są też dwa baseny z wodą bieżącą mineralną, jeden dawniejszy dla nauki pływania i drugi nowy pod nazwą „Duchenne de

Boulogne", otwarty w 1904 r., specjalnie dla tabetyków.

W dwóch daleko mniejszych budynkach znajdują się kąpiele o cieplecie niższej, niż w gmachu głównym. Kąpiele César mają jedenaście kabin i są urządzone dość pierwotnie, a nadto dwie kabiny zbytłowne. Kąpiele te mieszczą się obok źródła fejże nazwy. Kąpiele te z powodu niskiej temperatury są dla pewnych chorych nieco ogrzewane t. j. do $32^{\circ} + C$.

Wreszcie kąpiele St Mart mają wszystkie 6 kabin, lecz urządzonych z wielkim komfortem. Kąpiele te otwarte zostały w r. 1905 i znajdują się obok źródła tej nazwy i obok term gallo-rzymskich. Kąpiele ostatnich dwóch kategorii są urządzone dla nieznacznej liczby chorych, ponieważ z powodu swojej względnie niskiej ciepłoty nie mają częstego zastosowania.

Pięć głównych źródeł ma zastosowanie lecznicze, z tych cztery (Eugénie, César, Saint-Mart i Saint-Victor) są gazowe, zaś piąte (Nelleda) nie zawiera kwasu węglowego. Źródła są starannie nakryte kloszami szklanymi, ażeby nie ulotnił się z nich kwas węglowy i ażeby uchronić je od niepożądanych domieszek zewnętrznych. Główną część składową tych wód stanowią dwuwęglany alkaliczne i żelaziste oraz chlorek sodu ze znaczną domieszką arseniku i lityny i wielką ilością wolnego kwasu węglowego. Źródła te wyrzucają codziennie 815,900 litrów wody, której ciepłota waha się między $14,5^{\circ} + C$ (Nelleda) a $35,5^{\circ} + C$ (Eugénie). Źródło Eugénii wydaje dziennie 2,488,320 gramów chlorku sodu, a nadto 7 kilogramów 20 gramów chlorku lityny. Jestto źródło najcieplejsze i zawiera najwięcej części mineralnych (5—6 gramów na litr wody). Woda ta zawiera w litrze 0,377 centymetrów sześciennych kwasu węglowego. Woda ta używa się do picia i kąpeli. Napływa ona do wanien wprost ze źródła, a ponieważ prąd wody jest ciągle odświeżany, gdyż w miarę napływania nowych ilości wody ta, która już napłynęła odpływa rurą, umieszczoną z boku wanny, przeto ilość kwasu węglowego, części składowych i ciepłota wody pozostaje przez cały czas kąpeli jednostajną i niezmienną. Stanowi to niezrównaną zaletę wód tutejszych, wiadomo bowiem, że w wodach alkalicznych, zawierających prócz soli sodowych i potasowych

węglany wapna, magnezyi i żelaza nierozpuszczalne, jak tylko w nadmiarze kwasu węglowego, pozostawione przez kilka godzin na powietrzu, skutkiem ulatniania się gazu, sole osadzają się i tracą swoją wartość. Woda ta jest przezroczysta, lekko kwaskowata, lekko słonawa, przyjemna. Jeden jej litr zawiera dwuwęglanu sody 1,349, chlorku sodu 1,728, chlorku lityny 0,035, dwuwęglanu żelaza 0,05 a także 0,004 jodu w stanie organicznym.

Źródło St. Mart, zwane źródłem podagryków, o cieplecie $31^{\circ} + C$ zawiera 1,709 wolnego kwasu węglowego i 4,47 gram. części stałych na litr wody; między temi jest 0,035 chlorku lityny, żelaza i arsenianu sodu. Ma własność redukcji i usuwania kwasu moczowego.

Źródło César o cieplecie $29^{\circ} + C$. zawiera najmniej części mineralnych, kwasu węglowego 1,229 w litrze wody. Główne jej części składowe są: dwuwęglan sodu, wapna i magnezyi, chlorek sodu i nieznaczne ilości żelaza. Smak ma przyjemny, kwaskowaty. Stosuje się przeważnie jako napój podczas jedzenia i w postaci kąpeli, wzmacniających układ nerwowy.

Źródło St. Victor o cieplecie $20^{\circ} + C$. zawiera 4,637 części mineralnych na litr wody, z czego przypada 56 miligramów na dwuwęglan żelaza i 4,5 miligramów na arsenian sodu. Źródło to odkryte zostało w r. 1875 w podziemiach term rzymskich. Zawiera 1,492 cent. sześciennych kwasu węglowego. Źródło to stosuje się tylko do picia u osób bledniczych i małokrwistych.

Źródło Nelleda jest zimne, bez gazu, przyjemne w smaku. Przechodzi szybko przez ustrój, wydzielając z niego produkty toksyczne niedostatecznego utlenienia, wytwarzane w znacznej ilości przez artrytyków.

Wody w Royat stosują się do picia; podstawowe wszelako leczenie stanowią kąpiele. Kąpiele wszystkich źródeł dzielą się na A i B, t. j. zawierające niewiele i dużo kwasu węglowego. Zaczyna się zwykle od kąpeli A, których woda przebywała przez pewien czas w specjalnych, zamkniętych rezerwoarach; po kilku kąpielach przechodzi się do kąpeli B, gdzie woda dopływa wprost ze źródeł. Kąpiel ze źródła Eugénii trwa od 10—30 minut, niekiedy godzinę. Kąpiele z innych źródeł krócej. W kąpeli ze źródła Eugénii chory doznaje z począt-

ku uczucia świeżości, a potem ciepła, ciało pokrywa się kulkami gazu. Jest to wogóle kąpiel pobudzająca. Dla złagodzenia działania jej zatrzymuje się na kilka minut prąd wody, czasem nawet dodaje się do kąpeli nieco wody zwyczajnej. Kąpiele innych źródeł działają tak samo, a z powodu niższej temperatury wywołują przy wejściu do wody lekki dreszcz, przechodzący szybko w przyjemne ciepło. Uczucie ciepła jest w tych kąpielach wybitniejsze, niż

w kąpeli ze źródła Eugenii z powodu znacznej ilości zawartego w nich kwasu węglowego. Galwanometrem można stwierdzić, że zjawiska elektryczne są jednakowe przez cały czas kąpeli. Kąpiele biorą się codziennie, czasem po kilku kąpielach robi się jednodniowy przestanek. Stosowane nieostrożnie i bez porady lekarskiej mogą spowodować groźne następstwa, zwłaszcza u osób, nie mających serca w porządku.

(D. n.)

Wiadomości bieżące.

— Zarząd St. Lek. Polsk. zawiadamia niniejszym swych członków, że d. 8 Lutego b. r. o g. 8 wiecz. odbędzie się w lokalu Stowarzyszenia (Wierzbowa 9) konferencya na tematy następujące:

1) odczyt D-ra St. MARKIEWICZA o wolnym wyborze lekarza;

2) odczyt D-ra ŻENCZYKOWSKIEGO o kasach chorych w Galicyi w porównaniu z naszą pomocą lekarską dla ludności fabrycznej. Po powyższej wymienionych odczytach odbędzie się dyskusya.

— Kol. Józef HORNOWSKI mianowany został asystentem przy katedrze anatomii patologicznej na wydziale lekarskim we Lwowie.

— W dniu 22 z. m. odbył się 1 zjazd felczerów w Królestwie Polskim. W zjeździe uczestniczyło około 150 felczerów. Pomiędzy innemi uchwalono następujące wnioski:

1) starać się o zniesienie nazwy felczera w drodze prawodawczej;

2) wpłynąć, aby działalność felczerów ujęta była w ramy więcej odpowiednie do ducha nauki i dążeń społecznych.

3) dążyć, aby felcerzy, którzy, dzięki praktyce, wylegitymować się będą mogli średnim wykształceniem medycznym, mogli praktykować jako lekarze-praktycy;

4) założyć dla felczerów szkołę lekarzy praktyków; dotychczasowym felczerom po złożeniu stosownego egzaminu nadać dyplom lekarzy praktyków;

5) tak wykwalifikowanych felczerów umieszczać na posterunkach, opuszczonych przez lekarzy z wykształceniem uniwersyteckim.

Jak widzimy, zjazd przyszedł do wręcz odmiennych wniosków, niż lekarze, którzy dotąd wypowiedzieli swe zdanie już to na łamach prasy lekarskiej, już w Stowarzyszeniu lekarzy polskich.—Sprawa felczerów, jak wiadomo, dotąd nierozstrzygnięta, ma być niebawem znów podniesiona na jednym z posiedzeń Stowarzyszenia lekarskiego.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka o zastosowaniu leczniczym czystego fermentu winogronowego (JACQUEMIN'a) i ogłoszenie o zdrowotnej kawie Wolnego „Teroza“.

Xeroform

ja sie do opatrunków suchych.
rych ekzemach, ulcus cruris i oparzeniach.

Absolutnie nietrujący, wysuszający, odwanający proszek do posypywania ran posiadający wybitną siłę wytwarzania naskórka i nie drażniący zupełnie rany i jej otoczenia. Bardzo dobrze nadająca rzadka zmiana opatrunku. Posiada swoiste działanie w mok-

Salit

działania na narządy wewnętrzne.

Płynny związek salicylowy. Płynny i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju rozcieńczyć oliwą). Bardzo słabo drażni skórę. Bez ubocznego

Creosotal

dróg oddechowych (pneumonia etc).

Creosotal „Heyden“ jest najlepszym autiphtisikum, wybitnym wewnętrznym antiskrofulosum i w dużych dawkach szybko i pewno działającym środkiem we wszystkich ostrych cierpieniach

Blenal

Ester kwaso węglowy olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu i smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Injectio Hirsch

do bezbolesnych wstrzykiwań rtęciowych.

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Próby i literaturę resp. sposób użycia dostarcza: Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel—Ludwik Freider Warszawa Leszno 60.

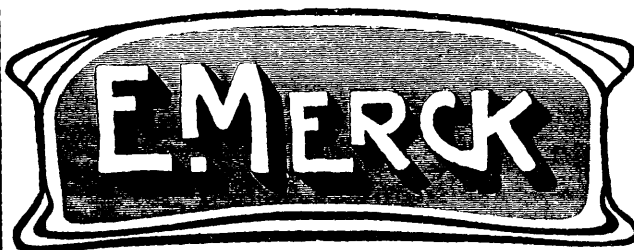
Glycocal

Tropacocaina

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
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 śródmiaższowego.

Perhydrol

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

Paranephlin

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 przeciwnie ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aq. laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. teiz.

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, bladezka, okres zdrowienia po chorobach. Dział. 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: zółty, 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: trzyczłonny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

Antithyreoidin Möbins

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości 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 przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

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

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



Opatentowany

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny. Łagodny.

Niezawodny.

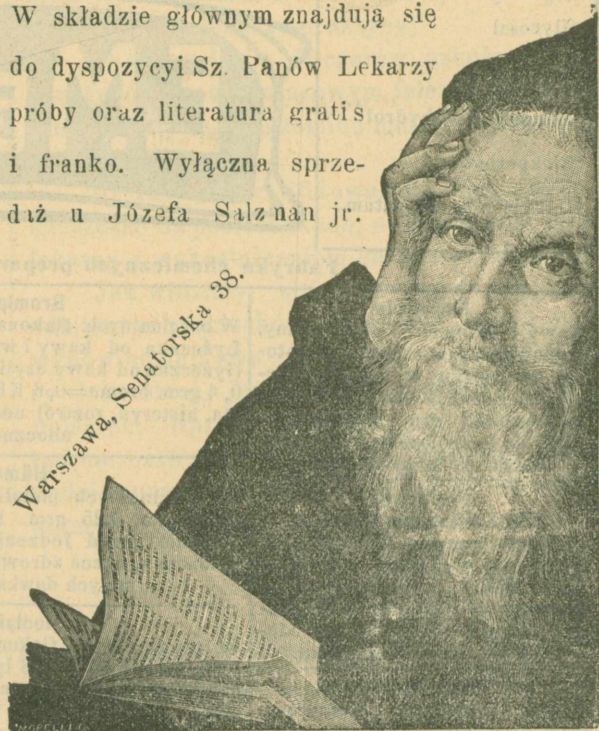
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

ZDROWOTNA
KAWA WOLNEGO

Telefon 179-21.

TEROZA ⑨

Surogat **TEROZA** w smaku, zapachu, jak również w sposobie przyrządzenia, nie różni się od najlepszych gatunków kawy; posiada wszakże niezrównaną wyższość ponad tymi ostatnimi, gdyż nie zawiera tak szkodliwego narkotyku jak kofeina, której najmniejsza choćby zawartość w kawie, przytępia zmysły, podnieca nerwy, a zdaniem słynnego

D-ra Nimayera

jest nawet przyczyną lwiej części chorób kobiecych.

TEROZA zawiera wielką ilość składników odżywczych, których kawa nie zawiera prawie wcale.

TEROZA zyskała już sobie liczne uznania od tych osób które jej używają gdyż:

1. nie zawiera żadnych narkotyków — jest więc w swoim rodzaju jedynym zdrowym napojem.
2. nie obciąża przewodu pokarmowego, przez co sprzyja b. d. trawieniu.
3. zawiera dużo cukru — a więc jest nie tylko najzdrowszą i najpożywniejszą, ale i najtańszą, gdyż nie potrzeba jej wiele słodzić.

TEROZA też dla doborowych swych składników uznana została przez Hygienę Uniwersytetu Lwowskiego jako w swoim rodzaju najzdrowszy napój*), szczególnie dla:

KOBIET, DZIECI i osób NERWOWYCH,
precz więc z KOFEINĄ i KAWĄ ZIARNISTĄ!

precz z narkotykami! które nie są niczem wię-

cej jak tylko powolnie działającymi **TRUCIZNAMİ.**

opinia **UNIwersYTETU** lwowskiego, wydana przez profesora higieny **D-ra Kazimierza Panka** i sposób użycia znajdują się na każdej paczce.

TEROZY żądać **WSZĘDZIE.**

cena paczki 5 i 10 kop.

„ pudełka 25 i 45 „

Eksport główny: Warszawa-Mokotów, park Szustra 5.

*) **KAWA** ks. **KNAJPA** zawiera podobnie jak kawa ziarnista **TRUCIZNĘ** zwaną **KOFEINĄ** może nawet zjadliwszą — ale inną; jak to bowiem **Kathrajnej** ogłasza, wyciąg takowej pochodzi z młodych owoców kawowych, w esencji których moczone jest zboże przeznaczone do wyrobu tejże kawy.