

DE ⁴⁾ starali się w rozmaitych swoich pracach bliżej scharakteryzować. Unitaryści cech tych nie uznają za swoiste, groźnym przeciwnikiem szczególnie stał się dla dualizmu PAPPENHEIM, który w wielu swoich pracach, rozsianych w *Folia Haematologica*, cechy te poddaje obszernej, konsekwentnej i ścisłej krytyce. PAPPENHEIM nie uważa Myeloblasta za oddzielną komórkę macierzystą leukocytów, lecz utożsamia go ze swoim wielkim limfocytym (Grosslymphocyt); z niego dopiero powstaje z jednej strony myeloblast, mający inne zupełnie cechy, niż myeloblast NAEGELEGO, a z drugiej — duży limfocyt (Limfoblast. SCHRIDDEGO).

Pośród podanych przez SCHRIDDEGO i NAEGELEGO cech, pozwalających według nich zawsze z łatwością odróżnić Myeloblast od Limfoblastu, na pierwszym miejscu stoi wykryta przez SCHRIDDEGO w limfocytach fuksynochłonna ziarnistość czyli t. zw. ziarnistość ALTMANNA - SCHRIDDEGO. Ziarnistość ma się stale znajdować we wszystkich komórkach, pochodzących od limfoblastów, a więc w limfocytach, gdy myeloblasty nigdy jej nie powinny zawierać. Gdy prawdziwość wszystkich innych cech tych komórek bardzo łatwo sprawdzić się dawała, to sprawdzenie znaczenia owej ziarnistości napotykało dotychczas na nieprzewyżnione trudności, twory te bowiem rzadko kto ⁵⁾ był w stanie otrzymać, a przytem dane N. i S. nie zawsze się potwierdzały ⁶⁾; byli nawet tacy, którzy je uważali za wytwory sztuczne ⁷⁾ albo też wprost nie wierzyli w ich istnienie. Wiele do tego przyczyniła się okoliczność, że nieliczne tylko jednostki ze sfer interesowa-

nych miały okazję widzenia oryginalnych preparatów SCHRIDDEGO, a przytem rysunki ziarnistości SCHRIDDEGO, w pracach jego podane, były cokolwiek za schematyczne, ażeby były w stanie rozwiązać owe wątpliwości.

W tym stanie rzeczy nic dziwnego, że wielu odnosiło się z pewną rezerwą w stosunku do dualizmu, i czekano, aż sprawa ziarnistości SCHRIDDEGO zostanie należycie wyświetlona.

Ażeby ze sprawą tą bliżej się zapoznać, wstąpiłem do Freiburga do SCHRIDDEGO, by owe, jak się zdawało, mistyczne ziarenka obejrzeć; był on na tyle uprzejmy, iż zechciał mi swoje preparaty pokazać. Muszę tu otwarcie i obiektywnie stwierdzić, że ziarnistość, którą tam widziałem, w zupełności odpowiada narysowanej przez SCHRIDDEGO, twory te zaś same nie robią wcale wrażenia tworów sztucznych. Specjalnie muszę tu przy tej okazji zaznaczyć, że to, co BUTTEFIELD ⁸⁾ w tablicy swojej podaje, jako ziarna SCHRIDDEGO, nic z niemi wspólnego nie posiada i prawdopodobnie stanowi sztuczny wytwór.

Przekonawszy się o egzystencji ziarnistości SCHRIDDEGO, z tem większą ochotą przystąpiłem do barwienia preparatów krwi jego metodą. Już przy pierwszych próbach udało mi się je otrzymać, to samo było stale później, tak, że dziwnem się wydać może, że procedura ta była dotychczas uważana za tak trudną i nie dającą pewnych wyników.

Otóż dane moje są w ogólności zgodne z opisem SCHRIDDEGO. Ziarna te występują w limfocytach krwi normalnej i patologicznej (nie leukemicznej) w postaci drobnych wyraźnych ziaren, otaczających zwykle w 1 lub 2 rzędach ze wszystkich stron jądro, często jednak gromadzących się prócz tego u jednego jego bieguna.

Ziarna te są wyraźnie większe od ziaren

⁴⁾ Schridde. Münchn. med. Woch. 1905 Nr. 26 i Zieglers Beiträge 1907 Bd. 41.

⁵⁾ cyt. według Schriddego w *Folia Haematologica* Bd. VIII s. 412.

⁶⁾ Wallgren. *Folia Haematol.* Bd. VIII.

⁷⁾ Pappenheim. *Folia Haematol.* Bd. VIII, str. 73.

⁸⁾ *Folia Haematol.* Bd. VIII.

neutrofilowych, a mniejsze od eozynofilowych, są one przeważnie okrągłe, często jednak owalne albo nawet pałeczkowate, barwią się na kolor ceglasto-czerwony. W y n i k i m o i c h b a d a ń r ó ż n i ą s i ę j e d n a k p o d d w o m a w z g l ę d a m i o d d a n y c h S C H R I D D E G O , k t ó r e g o u w a g i , w i d a ć , p e w n e s z c z e g ó l y u s z l ę . P r z e d e w s z y s t k i e m z a u w a ż y ł e m , i ż l i m f o c y t y w u d a t n y c h p r e p a r a t a c h z a w i e r a j ą m i ę d z y j ą d r e m a z i a r n i s t o ś c i ą , j e o t a c z a j ą c ą , w ą s k i b l a d y b e z b a r w n y p r a w i e p a s e k o w y r a ż n y c h k o n t u r a c h , o k r ą ż a j ą c y j ą d r o z e w s z e c h s t r o n . T r u d n o o k r e ś l i ć , c z y p a s m o t o s t a n o w i c z ę ś ć o k o ł o j ą d r o w e g o p a s a z i a r n i s t e g o , c z y t e ż n a l e ż y d o j ą d r a s a m e g o . M n i e o s o b i ś c i e w y d a j e s i ę , j a k o b y o n o n a l e ż a ł o d o j ą d r a , d o j e g o o t o c z k i .

D r u g ą r ó ż n i c ę z n a l a z ł e m w s p o s o b i e b a r w i e n i a s i ę j ą d e r e k l i m f o c y t ó w . S C H R I D D E p r e d s t a w i a j e w p o s t a c i c z e r w o n y c h o w a l n y c h z i a r e n , s p o r o w i ę k s z y c h o d j e g o z i a r n i s t o ś c i , t y m c z a s e m w n a s z y c h p r e p a r a t a c h j ą d e r k a b y ł y z n a c z n i e m n i e j s z e , t r o c h ę m o ż e w i ę k s z e o d z i a r e n S C H R I D D E G O , n a t o m i a s t o t a c z a ł j e z a w s z e w ą s k i , b a r d z o b l a d o b a r w i ą c y s i ę n a ż ó ł t o , o k r ą g ł y , w y r a ż n i e o k o n t u r o w a n y p a s , k t ó r e g o o b s z a r o d p o w i a d a ł w ł a ś n i e o b s z a r o w i j ą d e r e k , p o d a n e m u p r z e z S C H R I D D E G O . N i e u l e g a w ą t p l i w o ś c i , ż e o b a t e t w o r y — o w o z i a r n o i p a s j a s n y , r a z e m w z i ę t e , s t a n o w i ą w ł a ś c i w e j ą d e r k o . P r z e m a w i a z a t e m j e s z c z e z w y k ł y s p o s ó b b a r w i e n i a s i ę j ą d e r e k b a r w n i k a m i — j ą d e r k a b a r w i ą s i ę t y l k o b a r w n i k a m i z a s a d o w y m i , p r z y b a r w i e n i u z a ś m e t o d ą S C H R I D D E G O t a k i c h b a r w n i k ó w w c a l e n i e u ż y w a m y , a t y l k o k w a ś n e .

O t ó ż z i a r n a S C H R I D D E G O z n a l e ż ł i ś m y t a k ż e w l i m f o c y t a c h p r z e w l e k ł e j l e u k e m i d r o b n o l i m f o c y t o w e j . W i d a ć j e t u b y ł o z a r ó w n o

w t. zw. mesolimfocytach, jak i w limfocytach z bardzo wąską protoplasmą a także w t. zw. postaciach RIEDERA. W limfocytach z wąską zarodnią występowały one w postaci oddzielnych ziaren albo po 2 — 5 sztuk i grupowały się często w rozmaitych punktach obwodu jądra albo tylko u jednego bieguna.

Różnic pomiędzy ziarnami w limfocytach krwi normalnej i patologicznej nie zauważyliśmy. Przypadków leukemii limfocytowej z dużymi limfocytami nie mieliśmy sposobności badać na ziarna.

Rozumie się, iż ciekawa była sprawa, jak wyglądają przy tej metodzie barwienia Myeloblasty. W tym celu zbadaliśmy znajdujący się podówczas u nas w oddziale typowy przypadek przewlekłej leukemii szpikowej, obserwowany przez nas w ciągu przeszło 2 lat, a który pod wpływem leczenia promieniami Roentgena przeszedł teraz w postać myeloblastyczną. Tu znaleźliśmy z początku ziarna tylko w bardzo nielicznych limfocytach. Przy dokładnem jednak przejrzaniu preparatów okazało się, że i w niektórych myeloblastach znajdowały się ziarenka zupełnie podobne do tych, któreśmy opisali w limfocytach, niekiedy były to nie ziarenka, lecz pałeczki mniej lub więcej zagięte (Chondriokonty).

Wobec bardzo rzadkiego występowania ziarenek w myeloblastach tego przypadku nie przypisywaliśmy z początku temu zjawisku żadnego znaczenia. Szczęśliwy jednak przypadek sprawił, iż jednocześnie mogliśmy obserwować inny, bardziej typowy przypadek, który pozwolił nam sprawę obecności ziarenek w myeloblastach ostatecznie rozstrzygnąć. Był to przypadek typowej przewlekłej leukemii myeloblastycznej, w którym we krwi, na blisko 300,000 leukocytów, znajdowało się przeszło 60% dużych myeloblastów, reszta była przeważnie neutro-

filowa. Chory ten znajdował się w oddziale kolegi PECHKRANCA i zostanie wkrótce wspólnie z nami szczegółowo opisany, tak, że w kwestyi szczegółów i dowodów jego myeloblastycznego charakteru odsyłamy czytelnika do tego artykułu a także do zapowiedzianej na początku pracy, mającej zawierać barwne sysunki ziarnistości omawianej.

Otóż w przypadku tym znaleźliśmy, ku wielkiemu naszemu zdumieniu, we wszystkich jednojądrowych leukocytach, zarówno w dużych, których za nic innego nie można było uważać, jak za myeloblasty, jak i w małych, które po większej części należało uważać za małe myeloblasty, w mniejszej zaś za małe limfocyty—typowe perinuklearne ziarna SCHRIDDEGO, które wydawały się w zupełności identyczne z ziarnami, widzianymi przez nas dotychczas w limfocytach. Powiadam „wydawały się”, gdyż przy dokładnem badaniu można było zauważyć pewne cechy, które niekiedy pozwalały odróżnić te ziarna od ziaren limfocytowych, tak, że, aczkolwiek może cechy te w przyszłości stracą na znaczeniu, to jednak, pragnąc być obiektywnymi, uważamy za stosowne o nich wspomnieć.

Otóż ziarna te leżały w zarodki dużych myeloblastów przeważnie w postaci grup całych, otaczających jądro, głównie z jednej strony, w postaci grubego czepka.

Prócz tego znajdowały się także koło jądra oddzielne ziarna, rzadko jednak występowały one na podobieństwo limfocytowych w postaci rzędów, otaczających jądro. Wogóle układ ziaren był dość gęsty, ziarna wyglądały jakby sklezione, natomiast w obwodowych częściach zarodki widać było oddzielne ziarna, znajdowały się one także rozsiane po

całem jądrze. Tak wyglądały zarówno duże jak i małe komórki.

Co się tyczy postaci ziaren, to były one przeważnie okrągłe, niekiedy owalne, rzadko jednak pałeczkowate. Chondriokontów nie widzieliśmy. Same ziarna były cokolwiek większe od limfocytowych. I barwa ziaren również była inna — zamiast ceglasto-czerwonej, występowała barwa przeważnie żółto-czerwona. Na tę ostatnią jednak różnicę nie kładziemy dużego nacisku, możliwe jest bowiem, że barwa ta zależała niekiedy od dłuższego traktowania preparatu kwasem osmowym.

Opisane powyżej w limfocytach jasne obwódki koło jądra i jąderka były i tu także widoczne.

Zwracamy tu jeszcze raz uwagę, że w wymienione powyżej różnice między ziarnami myeloblastycznymi a limfocytowymi nie były tak wydatne i niewątpliwe, ażebyśmy w każdym oddzielnym przypadku byli w stanie na zasadzie tych jedynie cech odróżnić myeloblast od limfocyta; uwaga ta dotyczy szczególnie małych myeloblastów, gdzie te różnice często były bardzo słabo wyrażone.

Wobec faktu znalezienia przez nas także w myeloblastach, barwionych metodą ALTMANN-SCHRIDDEGO, ziaren nasuwa się pytanie, jak ten fakt sobie tłumaczyć należy, i jakie wnioski można z niego wyprowadzić w sprawie swoistości ziaren SCHRIDDEGO.

Fakt powyższy, przez nas skonstatowany, upoważnia przede wszystkim do wniosku, że myeloblasty w białaczce (być może, iż tylko w pewnych okresach rozwojowych) mogą zawierać ziarna, które, aczkolwiek może nie są zupełnie identyczne, są jednak bardzo podobne i zupełnie analogiczne do tych, jakie SCHRIDDE

znalazł w limfocytach. Z tego niezbitego faktu znów wynika, że najważniejszą, być może, jedyną cechą morfologiczną SCHRIDDEGO i NAEGELEGO, odróżniająca limfocyty od myeloblastów — ziarnistość perinuklearna — nie jest swoista dla limfocytów, a więc nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, gdyż, jak to wykazaliśmy, oba te rodzaje komórek mają ziarna prawie identyczne. Czy wolno, idąc dalej w tym kierunku, wnioskować na podobieństwo unitarystów, że dwie te komórki są tylko pewnym okresem rozwojowym jednej komórki macierzystej, zdaje nam się przedwczesnem, gdyż według naszych badań (por. wspomnianą z początku w dopisku naszą pracę) oba te rodzaje komórek mają pewne wyraźne cechy, szczególnie ze strony jądra i zarodki, nie pozwalające ich identyfikować.

Co znaczy jednak obecność ziaren w myeloblastach?

Zdaniem naszym, obecność ich tu tłumaczy się, zgodnie z poglądami ALTMANNA, w ten sposób, iż każda żywa komórka, a więc i leukocyt krwi zawiera ziarna mniej lub więcej swoiste; według teorii ALTMANNA byłoby nawet dziwne, gdyby myeloblasty nie zawierały ziaren, gdy wszystkie inne leukocyty przy barwieniu metodą ALTMANNA takowe ziarna wykazują. Że to jest zresztą możliwe, przypuszczał już i SCHRIDDE (wprawdzie z powodów, różniących się od naszych), gdy, opisując budowę myeloblastów wyraził się ⁹⁾, że „komórki te zapewne też zawierają ziarna, których my jednak za pomocą naszych metod nie jesteśmy w stanie otrzymać”. Ten brak udało nam się w

zupełnej zgodności z przypuszczeniami SCHRIDDEGO wypełnić.

Swoją drogą dziwnem wydać się może, iż ziarna w myeloblastach uszły uwagi tak ścisłego badacza, jakim jest SCHRIDDE. Sądzę, że przyczyna tego leży w tem, że SCHRIDDE badał tylko normalny lub patologiczny szpik, nie wspomina on ani razu o badaniu szpiku myeloleukemicznego albo myeloblastycznego szpiku i krwi. Możliwą jest przeto rzeczą (dane SCHRIDDEGO zdają się za tem przemawiać), że myeloblasty szpiku niebiałaczkowego ziaren tych nie zawierają (co wydaje mi się wątpliwem) — sami nie mieliśmy okazji faktu tego sprawdzić. Ale w takim razie powinien był SCHRIDDE ograniczyć swoją cechę wyłącznie do myeloblastów szpiku niebiałaczkowego, czego niestety, nie uczynił

Co się tyczy ujemnych wyników NAEGELEGO ¹⁰⁾, który jednak już po odkryciu przez SCHRIDDEGO ziaren w limfocytach widział i nawet opisał ¹¹⁾ przypadki leukemii myeloblastycznej, to wskazują one tu tylko jeszcze raz na często powtarzający się smutny fakt, iż wnioski się wyprowadza zbyt pospiesznie na zasadzie małej liczby spostrzeżeń, które niekiedy jedno następne, jak np. nasze, całkowicie obala.

Że w myeloblastach mogą się zjawiać twory podobne do ziaren, zaznaczył to, co prawda i NAEGELI ¹²⁾; twory te znalazł on (podaje on także rysunek takiej komórki) jednak tylko w myeloblastach embryonalnych i nazywa je, ze względu na ich postać i umiejscowienie, chondriokontami, nie mającymi według niego nic wspólnego z ziarnami SCHRIDDEGO. Okazuje się jednak, jak to wspomniał pod-

¹⁰⁾ Ehrlich i Lazarus. Die Anaemie, 2 wyd.

¹¹⁾ Fabian, Naegeli i Schatildoff. Virchows Archiv. Bd. 190. 1907.

¹²⁾ Schridde u. Nägeli. Haematolog. Technik. 1910.

⁹⁾ Zieglers Beitr. 1907 str. 231.

czas dyskusji nad moim odczytem BENDA, że on i MEVES już dawniej wykazali, że chondriokonty stanowią tylko kółko w łańcuchu zjawisk biologicznych właściwych komórce i mających rozmaite postacie, raz ziaren, raz znów pałeczek.

Że myeloblasty mogą posiadać ziarna, wynika z wielkim prawdopodobieństwem z prac CECONEGO¹³⁾, który jeszcze przed SCHRIDDEM znalazł w szpiku ziarna w limfocytach. Ponieważ jednak za jego czasów (było to w r. 1892) nie rozróżniano jeszcze pomiędzy myeloblastami a dużymi limfocytami, możliwą jest rzeczą, iż limfocyty CECONEGO były myeloblastami, które zatem według jego opisu zawierać mogą ziarna.

Słowem, wszystkie leukocyty, nie tylko limfocyty, lecz i myeloblasty i ich pochodne, zawierają ziarna. Wszystkie te ziarna można otrzymać przez barwienie preparatów metodą ALTMANN - SCHRIDDEGO, i każde z nich posiada pewne cechy, co prawda, nie zawsze swoiste.

Na zasadzie zatem naszych badań musimy dojść do wniosku, że postulat SCHRIDDEGO i NAEGELEGO, jakoby myeloblasty różniły się od limfoblastów brakiem ziaren, powinien być w ten sposób zmodyfikowany, że oba te rodzaje komórek mogą zawierać ziarna, które wprawdzie w pewnych, niezbyt wyraźnych szczegółach cokolwiek się pomiędzy sobą różnią, ale tak mało, że różnice te nie mogą służyć za podstawę do odróżniania obu tych rodzajów komórek.

Wobec tego, że owa najważniejsza i szczególnie przez SCHRIDDEGO i NAEGELEGO z naciskiem propagowana podstawa dualizmu wiele straciła na wartości, powinien dualizm wziąć się do wypracowania nowych cech swoistych, któreby pozwoliły odróżnić oba te rodzaje komórek od siebie.

W każdym razie zadaniem dalszych badań będzie sprawdzenie obecności ziaren w myeloblastach zarówno krwi leukemicznej, jak i szpiku normalnego i leukemicznego oraz wartości podanych przezemnie różnic pomiędzy ziarnistością myeloblastów i limfocytów. Mam nadzieję, że w krótkim czasie będę w stanie wyniki moich odnośnych badań podać do wiadomości.

Z pracowni anatomo-patologicznej Uniwersytetu
Warszawskiego.

Przypadek syringomyelii.

Podał

Zygmunt Messing.

W marcu roku bieżącego, robiąc sekcję 37-letniego piekarza Franciszka R. z oddziału d-ra JANOWSKIEGO, znalazłem jamę w rdzeniu. Jama zaczęła się na granicy między częścią szyjową i rdzeniem przedłużonym, lecz nie łączyła się z komorą czwartą; biegła ona wzdłuż rdzenia szyjowego aż do górnej części rdzenia grzbietowego; w pozostałych częściach rdzenia mikroskopowych zmian nie było. W mózgu stwierdziłem obrzęk, komory były rozszerzone i wypełnione płynem surowiczym, zmian ogniskowych nie znalazłem. W narządach wewnętrznych: *dilatatio et hyper-*

¹³⁾ Ceconi Rivista Veneta di Scienze Mediche 1892 i 1895 cyt. według Ceconi. Münch. med. Woch. 1905 Nr. 29.

PIPERAZYL

Dozwolony za № 278

CENA RUB. 2.25

Prof. LERAT.

W pastylkach
flakon 60 past.



GOŚCIEC. DNA. PIASEK MOCZOWY. ARTRYTYZM.
NAJLEPIEJ ROZPUSZCZA KWAS MOCZOWY.
ZALECANY PRZEZ NAJSŁAWNIEJSZYCH LEKARZY FRANCUSKICH I ZAGRANICZNYCH.
Główny Agent na Cesarstwo G. POMMIER, Petersburg, Italjańska 14.

BIOLACTYL

FERMENT MLECZNY FOURNIER'A

DOSTAWCY DO GŁÓWNYCH SZPITALI
FRANCUSKICH.

NAJPEWNIJSZY LEK PRZECIWKO:

BIEGUNKOM ZAKAŻNYM,
DYSENTERYI. ENTERITIS.
ZAPALENIU WYROSTKA ROBACZKOWEGO.
CHOROBY SKÓRNYM. WYPRYSKOM.

Flakon 60 pastylek 2.50. Główna Ajentura G. P O M M I E R, Petersburg, Italjańska 14.

D-ra Franciszka Vesely'ego.

SZARATICA

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warsza-
wa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby!

Zakład Lecznicy Gorbio

pod Mentoną (Riviera)
250 m. n. p. morza położony.



Dla chorych wewnętrznych, nerwo-
wych i rekonwalescentów, w najpięk-
niejszej i najzdrowszej okolicy po-
łudniowej Francji w pobliżu lasu i
wolnej od kurzu. Kuchnia dyete-
tyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie
elektryczne. Winda. Telefon. O-
grzewanie wodą gorącą we wszy-
stkich pokojach.

Prospekty dostarcza Administracja
Gorbio pod Mentoną

trophia ventriculi dextri cordis, emphysema pulmonum et bronchitis, synechiae pleurae, hepar muscatum, induratio cyanotica renum.

Co się tyczy objawów klinicznych, to w karcie szpitalnej znajdujemy następujące notatki:

Chory od 10 lat cierpi na duszność i kaszel, które od czasu do czasu powiększają się, tak, że zupełnie pracować nie może. Alkoholizm. W oddziale stwierdzono objawy bardzo silnej rozedmy płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli i stopniowo zwiększającej się niedomogi serca; chory zmarł po upływie miesiąca.

Na układ nerwowy uwaga nie była zwrócona, nie możemy więc napewno twierdzić że chory nie przedstawiał żadnych zaburzeń nerwowych, w każdym razie zdaje się, że zbyt wybitne one nie były, byłyby bowiem spostrzeżone, tem bardziej, że chorym specy-

alnie się ineresowano: przed 3 miesiącami przebył on operacyę FREUNDA bez wyników dodatnich.

Rdzeń w całości został włożony do 10% roztworu formaliny, po kilku dniach podzielony na odcinki, z których jedne zostały bezpośrednio zatopione w parafinie, drugie chromowane i zatopione w celloidynie. Skrawki grubości 10 — 20 mikr. były barwione hematoksyliną — eozyną, hematoksyliną — Van GIESONEM, metodą—PAL-WEIGERTA, metodą NISSLA NISSLA-HELDA, metodą ROSINA i na koniec metodą WEIGERTA na gleję. Pierwsze skrawki, badane przezemnie, wypadają na wysokości IV odcinka szyjowego.

Górna część rdzenia szyjowego i rdzeń przedłużony przy sekcji zostały tak uszkodzone, że do badania mikroskopowego nie nadawały się.

W IV odcinku szyjowym (fig. 1) jama

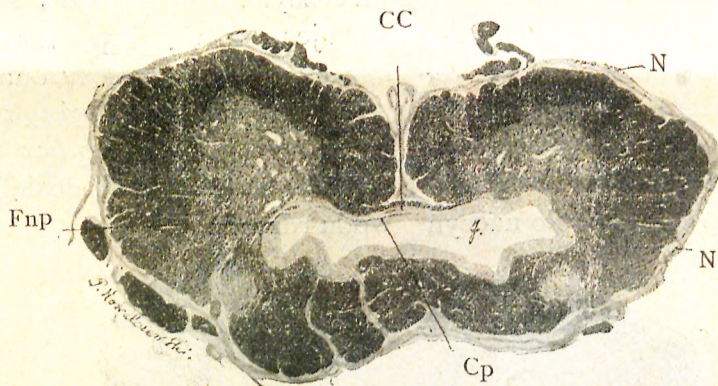


Fig. 1. IV odcinek szyjowy. Fnp—Resztki słupa tylnego. CC—Kanał środkowy. Cp—Tylnie spoidło. J—Jama syringomyelityczna. N—neuromata piae.

ma kształt wydłużony, długim swym wymiarem leży w kierunku poprzecznym, a bocznej części są jakby wtłoczone w istotę szarą i rozsuwają rogi tylne. Jama leży z tyłu za spoidłem przednim białym, jest oddzielona od tego ostatniego cienką warstwą tkanki bezbarwnej na preparatach, barwionych metodą—PAL-WIGERTA. W tkance tej między spoidłem białym i jamą znajdujemy na wszystkich skrawkach wzdłuż całej jamy to pojedyn-

czy, to podwójny, to nawet z kilku części składający się kanał środkowy, wyłożony komórkami wyściółki (ependymy); miejscami kanał jest zarośnięty.

Jama wszędzie jest otoczona mniej lub więcej grubym wałem zbitej tkanki. Na preparatach, barwionych metodami, barwiącemi gleję, widzimy, że wał, otaczający jamę, składa się z jąder i włókien, stanowiących bardzo zbitą masę.

W masie tej możemy rozróżnić dwie warstwy: wewnętrzną i zewnętrzną. Wewnętrzna składa się z włókien, biegnących falisto i równoległe do nich ułożonych jąder, część tej tkanki, bezpośrednio otaczająca jamę, barwi się miejscami bardzo mocno fuksyną i składa się z bardzo grubych włókien łącznotkankowych. Część zewnętrzna wału, otaczającego jamę, składa się z siateczki cienkich włókienek, przebiegających w różnych kierunkach, i z gwiaździstych komórek glei, których liczba w kierunku nazewnątrz zaczyna się zmniejszać, między nimi zjawiają się przekroje poprzeczne włókien meylinowych, widzimy więc stopniowe przejście do normalnej tkanki rdzeniowej. Już tutaj zauważę, że wogóle w słupach tylnych ilość glei jest warunkowo zwiększona.

Dalej daje się zauważyć, że wewnętrzna warstwa wału jest słabo unaczyniona, a zewnętrzna mocniej, chociaż nie nadmiernie; naczynia spotykamy przeważnie na granicy między tkanką względnie normalną i między wałem; naczynia są rozszerzone, wypełnione krwią, lecz ściany ich nie są zgrubiałe, lecz zwewnątrz wyłożone zgrubiałym śródbłonkiem, a włókna tkanki łącznej naokoło naczyń

są porozsuwane. Miejscami naczynia leżą swobodnie wewnątrz jamy lub u samej ściany wału. Wewnętrzny brzeg wału nie wszędzie jest gładki, miejscami pofalowany, tworzy jakby brodawki, miejscami zaś poszarpany. Nigdzie wzdłuż całej jamy nie znajdujemy ani śladu komórek wyściółki. Tego rodzaju wał, otaczający jamę, widzimy bardzo wyraźnie w IV, V, VI, VII odcinkach szyjowych, niżej t. j. w VIII szyjowym i I grzbietowym (fig. 3) jest również, lecz wewnętrzny brzeg jego zaczyna się jakby rozpadać, miejscami widzimy jak od wewnętrznej ściany wału odłączają się wyrostki i zwieszają do wnętrza jamy, miejscami połączenia ich z wałem nie widać. (Stalaktytowe twory SCHLESINGERA). Tego rodzaju obrazy spotykamy na wysokości VIII szyjowego i I grzbietowego odcinków.

Jama w górnych odcinkach szyjowych miała kształt wydłużony w kierunku poprzecznym, w dolnych zaś szyjowych (fig. 2) jama jeszcze więcej rozszerza się w kierunku bocznym, tak, że niszczy ona istotę szarą, niejako przepalawiając rogi tylne, a w rdzeniu grzbietowym (fig. 3) oprócz tego końce jamy zaginają się ku tyłowi, dosięgając prawie obwodu rdzenia.

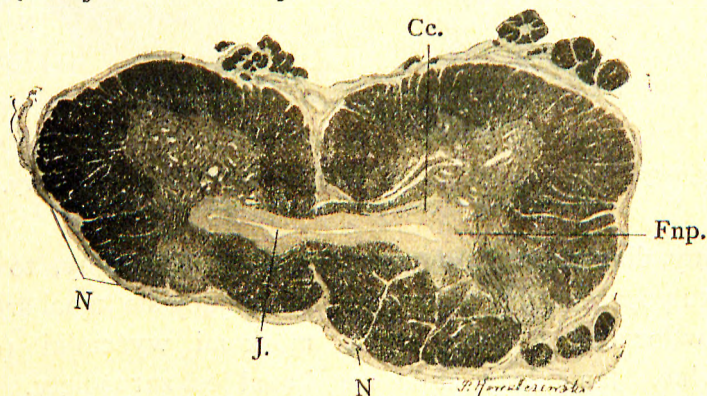


Fig. 2. VII odcinek szyjowy. Fnp—Resztki słupa tylnego. Cc—Kanal środkowy. J—Jama syringomyelityczna. N—Neuromata piaie.

W I odcinku grzbietowym, (fig. 3) naprz., — środkowa część istoty szarej została zniszczona, końce rogów tylnych są zupełnie oddzielone od reszty istoty szarej, również i ro-

gi boczne zostały zajęte przez masę glejową, końce tylne jamy dosięgają prawie obwodu rdzenia, a przednia część przebiega równoległe do spoidła przedniego.

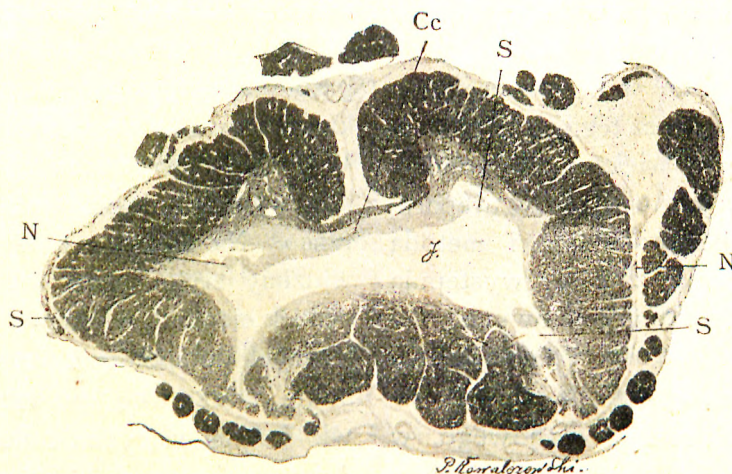


Fig. 3. I odcinek grzbietowy. Cc—kanał środkowy. J—Jama syringomyelityczna. S—Stalaktytowe tworzy. N—Neuromata piaie.

W kierunku ku dołowi jama dosyć szybko zmniejsza się, głównie w swoim wymiarze przednio tylnym, a w bocznych częściach jamy znajdujemy coraz więcej tak zw. tworów stalaktytowych. W końcu jama się zamyka w części środkowej, a boczne pozostają jeszcze otwarte. Widać tutaj, że ztyłu poza jamą ośrodkowe części słupów tylnych są zajęte przez masę gęstą, a sama jama powstała z rozrzedzenia tkanki gęstej.

Jeszcze niżej w II odcinku grzbietowym występują zaledwie resztki jamy: w kącie słupa tylnego, tuż za spoidłem przednim leży niewielka podłużna jama z brzegami nierównymi, tkanka otaczająca jest wielce unaczyniona; z drugiej strony na odpowiednim miej-

scu jamy nie widzimy, lecz i tutaj naczyń jest dużo, są one rozszerzone i przepelnione krwią.

Z tej samej strony, z której pozostała jama, tkanka rogu bocznego jest jakby rozrzedzona, a budowa jej jest zamazana. Niżej już jamy nie spotykamy, tylko tkanka w odpowiednich miejscach może jest więcej, niż zwykle, unaczyniona.

W II, III, IV grzbietowych odcinkach i niżej daje się zauważyć na preparatach, barwionych według metody — PAL-WEIGERTA, w słupach tylnych, w ich częściach ośrodkowych plamistość, miejscami tkanka jest jakby rozrzedzona, zawiera mniej włókien myelinowych.

Przy bliższym obejrzeniu (fig. 4) okazuje

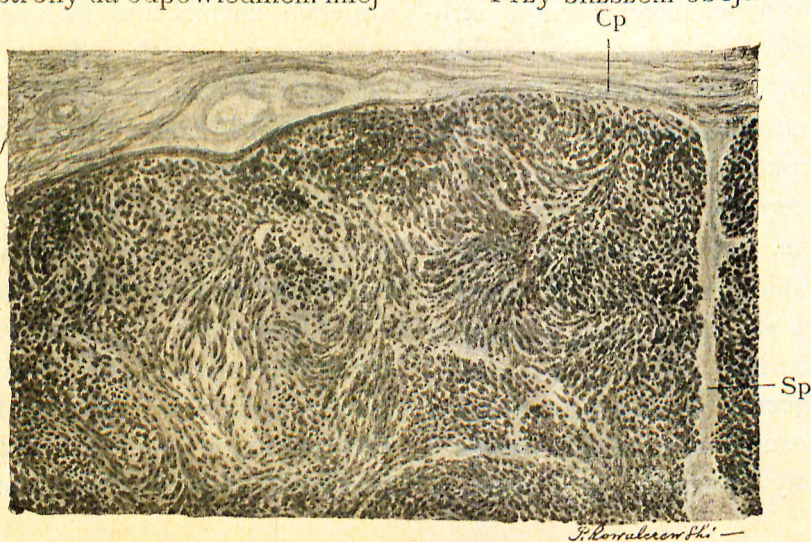


Fig. 4. II odcinek grzbietowy. Przednią część jednego ze słupów tylnych. Cp.—Tylne spoidło. Sp — Przegroda tylna.

się, że kierunek włókien myelinowych jest zmieniony: zamiast przebiegać równoległe do osi rdzenia, biegną one w najróżnorodniejszych kierunkach. Oprócz tego, ta część słupów tylnych zawiera większą, niż zwykle, liczbę komórek glei, jak to widać na preparatach, barwionych hematoksyliną i metodą Van-GIESONA. Opisane zmiany występują najwyraźniej w II odcinku grzbietowym. Tego rodzaju nieprawidłowość rozmieszczenia włókien myelinowych w słupach tylnych widzimy w dolnej części rdzenia szyjowego, w całym rdzeniu grzbietowym, a w lędźwiowym zaledwie ślady. Natomiast w III odcinku lędźwiowym (fig. 5) jedna połowa rdzenia jest

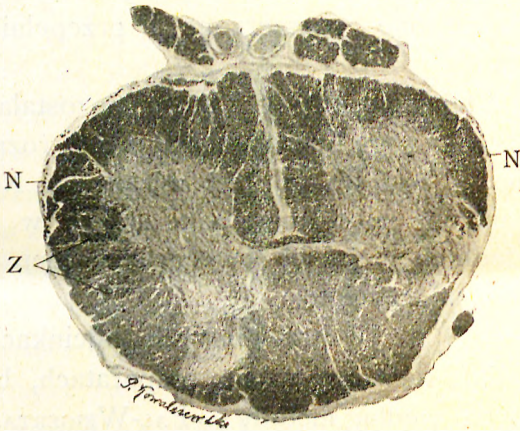


Fig. 5. 3 odcinek lędźwiowy. Z—zygzakowate ułożenie włókien myelinowych. N—Neuromata piae.

mniejsza, a w niej istota szara jest grubsza i krótsza i słup boczny cieńszy, z drugiej strony w słupie bocznym widzimy nienormalne ułożenie istoty białej, a mianowicie zygzakowate pasy włókien myelinowych. Anomalia ta przypomina cokolwiek to, com opisał w przypadku porencephalii (3).

Co do zmian, wywołanych w istocie rdzenia bezpośrednio przez jamę, to przede wszystkim ucierpiały słupy tylne, zwłaszcza ich części ośrodkowe. Od IV — VII odcinka szyjowego włącznie przegroda tylna jest skrzywiona i przesunięta w bok, również i słupy tylne zostały znacznie przesunięte, a

ich części ośrodkowe są zupełnie zniszczone. W VIII szyjowym odcinku, głównie zaś w I grzbietowym jama przecina rogi tylne i uszkadza wewnętrzne części słupów bocznych. W górnej części rdzenia grzbietowego widzimy zwyrodnienie przecinkowego pola SCHULTZEGO. Na niektórych skrawkach (fig. 1 i 2) widzimy ztyłu poza kanałem środkowym pęczek cienkich włókienek myelinowych, należących do spoidła tylnego, a cokolwiek z boku warstwę poprzecznie przeciętych włókien, należących do słupów tylnych. Podobne obrazy widział SIMON i na zasadzie ich słusznie dowodzi, że sprawa chorobowa odbywa się w słupach tylnych, a nie w istocie galaretowatej środkowej.

Istota szara w górnych odcinkach szyjowych ucierpiała w swej części wewnętrznej, jama niejako wciska się między rogi tylne i rozsuwa je, uszkadzając włókna korzeni tylnych, biegnące ku tej części rogu tylnego i ku rogowi przedniemu (Reflex - collateralen).

W VIII odcinku szyjowym jama, jakby wspomniane, wydłuża się w kierunku ku rogom tylnym i przecina te ostatnie tak, że róg tylny zostaje zupełnie oddzielony od przedniego.

Toż samo widzimy i w I odcinku grzbietowym, tutaj okazuje się zniszczonym i boczny róg. Miejscami róg tylny zostaje prawie zupełnie zniszczony, zwłaszcza z tej strony, gdzie jama się węż wślacza. Równocześnie zginęły i włókna korzeni tylnych, biegnące ku wspomnianej części rogów tylnych i ku rogom przednim.

Co się tyczy komórek nerwowych, to były one bez zmian wybitnych (preparaty, barwione według metody NISSLA).

Oprócz wspomnianego wyżej zwiększenia liczby naczyń około wała, otaczającego jamę, zauważyliśmy, że wogóle liczba naczyń, szczególnie w istocie szarej i głównie w bezpośrednim sąsiedztwie z jamą, była większa,

niż zwykle, lecz same naczynia nie były zmienione. Miejscami w tkance nerwowej były wylewy krwawe tuż około naczyń, często w szczelinach chłonnych.

Opony miękkie wzdłuż całego rdzenia są zgrubiałe i zawierają dużo przepelnionych krwią naczyń. Nacieczenia ani tkanki opon, ani naczyń niema. Opona twarda nie była zgrubiała. Oprócz tego w oponie miękkiej w wielu miejscach spotykamy kupki włókien myelinowych — *neuromata piae*.

Zachodzi przedewszystkiem pytanie, z czem mamy doczynienia.

W danym przypadku nie może być mowy ani o hydromyeli, bo kanał środkowy nie był rozszerzony i nigdzie nie łączył się z jamą syringomyelityczną; nie może być mowy o rozpadzie guza, gdyż nigdzie guza nie znaleźliśmy; nie może być wreszcie mowy o sprawie pourazowej lub krwotocznej lub sprawie pochodzenia naczyniowego.

Również możemy wyłączyć zapalenie rdzenia zwykle lub swoiste, bo odpowiednich zmian nie znaleźliśmy. Musimy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między syringomyelią na tle gliozy pierwotnej ośrodkowej i syringomyelią na tle sprawy zapalnej w oponach. Otóż co się tyczy tworzenia się jam w zapaleniach opon, to rozpad tkanki idzie wówczas wzdłuż naczyń, rozpad zaczyna się przeważnie w rogach tylnych, później przechodzi na resztę istoty szarej, a w końcu dopiero na białą; w bezpośrednim sąsiedztwie naczyń i w ich ścianach widać mnożenie się jąder, a sama tkanka nerwowa jest znacznie uszkodzona. Nic podobnego nie widzieliśmy w naszym przypadku.

Pozostaje więc rozpoznanie syringomyelia gliozą, co zaś do zapalenia przewlekłego opon miękkich, to zależało ono, być może, od tej samej, dotąd niewiadomej przyczyny, wywołującej syringomyelię.

Rozrost tkanki glejowej w naszym przy-

padku rozpoczął się w części ośrodkowej słupów tylnych, jak wskazują skrawki z górnych odcinków grzbietowych. Wogóle obraz anatomo - patologiczny jest dosyć typowy, względnie tylko mało posunięty. Brakiem zmian w pęczkach piramidowych objaśnić można brak zaburzeń w chodzeniu.

Obraz anatomopatologiczny w danym przypadku wskazuje, że sprawa chorobowa już nie postępowała naprzód: nigdzie nie widzieliśmy wyraźnych rozpadów, nigdzie nie było nacieczeń lub innych zjawisk zapalnych.

Podobne przypadki do naszego opisali SIMON, LEYDEN, DUFOUR, PICK, UTCHIDA. Szczególnie podobny do naszego jest V przypadek SIMONA.

Ze spostrzeżeń takich dojść można do wniosku, że syringomyelia rozwija się bardzo powoli, że jej początek właściwy, początek anatomiczny daleko wyprzedza początek kliniczny: jama w rdzeniu może nie dawać objawów bardzo długo, póki ulegną zniszczeniu ważne części rdzenia.

Początek syringomyelii sięga nieraz okresu wczesnego dzieciństwa (przypadki UTCHIDA), a może nawet i życia płodowego (przypadki LEYDENA, DUFOURA).

I w naszym rdzeniu były miejsca (III odcinek lędźwiowy), które uważać należy za wrodzone zaburzenia rozwojowe. Pozwala to przypuszczać, jeżeli już nie wrodzone pochodzenie syringomyelii, to przynajmniej wrodzone do tego cierpienia usposobienie.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) D u f o u r. L'origine congenitale de certaines syringomyelies. *Revue Neurologique* 1898. Nr. 3. d. 62.
- 2) L e y d e n. Ueber Hydromyelus und Syringomyelie *Virchows Arch.* Bd. 86. 1876.
- 3) M e s s i n g. Drei Fälle von Porencephalie. *Arbeiten aus dem Neurol. Institut. von Obersteiner.* XI. 1904.
- 4) P i c k. Beiträge zur Lehre von den Höh-

lenbildungen im menschlichen Rückenmarke. Arch. f. Psych und Nervenkrank. 1899. Bd. 31, S. 736.

5) Schlesinger. Die Syringomyelie 1902.

6) Simon. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Central. — Nervensystems. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 6, 1875. S. 108.

7) U t c h i d a. Ueber symptomlose Hydro-myelie im Kindesalter. Beiträge z. pathol. Anatomie. 1902. S. 557.

WYKŁAD KLINICZNY.

Konrad S i c k.

Najnowsze zdobycze w dziedzinie chorób żołądka.

Szybkie postępy i ostatnie zdobycze na polu patologii narządów trawienia zawdzięczamy głównie epokowym pracom PAWŁOWA, który znakomicie udoskonalił technikę operowania zwierząt, służących do doświadczeń, i stworzył nową metodę otrzymywania czystego soku żołądkowego. Prace samego PAWŁOWA i jego licznych uczniów wniosły tyle nowego światła w różne zagadnienia z tej dziedziny, że całe działy fizjologii i patologii narządów trawienia zostały gruntownie zmienione przez szkołę PAWŁOWA.

Zanim przystąpimy do wyliczenia postępów w dziedzinie patologii i terapii chorób żołądka, wskazać należy kilka zdobyczy z anatomi i fizjologii tego narządu.

Ostatnimi czasy odkryty został mechanizm, mający na celu przeszkodzenie pokarmom powracania z przepelnionego żołądka do przełyku, t. j. innymi słowami, mechanizm, wstrzymujący zwracanie pokarmów. Mechanizm ten polega na głębokim wcięciu *incisurae cardiacae* i na spiralnym zakręcaniu końca przełyku, co razem tworzy u wpustu rodzaj wentyla.

Dalej, niedawno dopiero odkryto (COHNHEIM) urządzenie, które pozwala przy pełnym żołądku wprowadzać jeszcze pokarmy, zwłaszcza płynne. Mianowicie od wpustu idą wzdłuż małej krzy-

wizny w kierunku odźwiernika równoległe fałdy błony śluzowej, które tworzą rodzaj rynny, nazwanej „ulicą żołądkową” (*Magenstrasse*). Przy pełnym żołądku płynny pokarm może w niektórych razach wprost z wpustu przedostać się po tej rynnie do odźwiernika, nie mieszając się zupełnie z pozostałą zawartością żołądka.

Najnowsze badania stwierdziły dalej, że należy odróżniać w żołądku 2 części: t. zw. główny żołądek (*Ilauptmagen*) i część odźwiernikową. Obydwie te części wyróżniają się nie tylko anatomicznie, lecz także i pod względem fizjologicznym. Gdy bowiem dno żołądka nazwać można zbiornikiem pokarmowym, część odźwiernikową uważać należy za motor żołądka (MORITZ). Pomędzy obydwiema temi częściami znajduje się rodzaj pierścienia mięśniowego, nazywanego „*Sphincter antri pylori*”. Tutaj odbywa się właściwy transport pokarmów z żołądka do dwunastnicy, systematyczne bowiem skurcze mięśniowe przeciskają w tem miejscu pojedyncze cząstki pokarmowe do odźwiernika, a co jest najciekawsze, to, że niedostatecznie strawiona miazga pokarmowa nie bywa przepuszczana do odźwiernika, lecz strącana z powrotem do żołądka.

Przechodząc z kolei do sprawy otwierania się i zamykania odźwiernika, należy zaznaczyć, że ostatnie badania PAWŁOWA i TOBLERA dowiodły, że główny wpływ w tym względzie wywiera odczyn zawartości pokarmowej, znajdującej się w dwunastnicy; ta ostatnia wpuszcza tylko tyle pokarmu kwaśnego z żołądka, ile zdolna jest w danym momencie zobojeźnić, poczem odźwier-

nik zamyka się do czasu, aż wydzieli się nowa porcja soku trzustkowego, wówczas odzwiertnik znów się otwiera i przepuszcza nową porcję miazgi żołądkowej i t. d. W samym żołądku najkrócej przebywają, jak wiadomo, płyny, dalej pod względem czasu pobytu w żołądku idą węglowodany, następnie pokarmy białkowe, wreszcie tłuszcze.

W p u s t jest zazwyczaj zamknięty, otwiera się zaś pod wpływem połkniętego pokarmu. Silne podrażnienia, np. kwasy, powodują długotrwały skurcz wpustu.

Ciekawe są wyniki badań GRÜTZNERA nad samym procesem trawienia w żołądku. Oto autor ten stwierdził, że tylko zewnętrzne warstwy miazgi pokarmowej ulegają wpływowi soku żołądkowego i zostają przerobione, podczas gdy środkowe części miazgi przez długi czas zostają niezmiennione. Wskutek tego ślina wywiera swoje działanie jeszcze przez długi czas w żołądku w środkowych warstwach miazgi pokarmowej. Ruchy żołądka nie odgrywają w procesach trawienia większego znaczenia.

W sprawie wydzielenia się soku żołądkowego w warunkach fizjologicznych szkoła PAWŁOWA dowiodła, że gruczoły żołądkowe wydzielają u danego osobnika sok o jednej i tej samej stałej zawartości kwasu solnego, że rodzaj sekrecji i stężenie zaczynów w soku żołądkowym zależy w zupełności od rodzaju przyjętego pokarmu, że chleb, mięso, mleko wywołują każde odrębny, sobie tylko właściwy rodzaj sekrecji soku żołądkowego. Po chlebie następuje najobfitsze i najdłuższe wydzielanie soku żołądkowego i zaczynów. Ogólna kwaśność bywa najwyższa przy pożywieniu mięsnem, najniższa przy chlebie.

Dalej PAWŁOW stwierdził przy pomocy znanego „karmienia pozornego” ogromny wpływ psychiki na sekrecję żołądkową: sok żołądkowy t. zw. „*Appetitsaft*” wydziela się już pod wpływem smaku, powonienia; natomiast uczucie strachu lub niepokoju hamuje sekrecję żołądkową.

Świeże badania dopiero (PAWŁOW i PARASTSCHUK) dowiodły, że samoistny podpuszczkowy zaczyn mleczny (*Labferment*) nie istnieje w ogóle w żołądku

wbrew długoletnim dotychczasowym poglądom, i że czynność zaczynu mlecznego wypełnia pepsyna. Wreszcie VOLHARD wykrył ostatnio w żołądku nowy zaczyn, rozszczepiający tłuszcze, t. zw. lipazę żołądka, ale sprawa ta wymaga jeszcze potwierdzenia wobec faktu, że do żołądka mogą się w pewnych warunkach przedostawać żółci i sok trzustkowy (BOLDYREW).

Co się tyczy sekrecji żołądkowej w stanach patologicznych, te badania BICKELA stwierdziły, że i tu jakościowo pozostaje ona dość długo w stanie niezmiennym, zmienia się natomiast szybko pod względem ilościowym. Ten sam autor badał wpływ różnych wód mineralnych na sekrecję żołądkową i przyszedł do wniosku, że wody słone i alkaliczno-słone nieco sekrecję pobudzają, wody zaś alkaliczne i gorzkie sekrecję zmniejszają. Zpośród pokarmów pobudzają wydzielanie soku żołądkowego: napoje wyskokowe i zawierające CO², kawa, kakao, bulion, musztarda, pieprz, surowe mięso, pieczone mięso, chleb. Hamują sekrecję żołądkową tłuszcze (zwierzęcy, roślinny, masło, śmietanka).

Zpośród leków atropina hamuje sekrecję żołądkową, morfina ją pobudza (RIEGEL), goryczki powodują pewne wzmożenie wydzielania soku żołądkowego na drodze psychicznej (BORISSOW).

Co się tyczy czynności chłonniczej żołądka, to ostatnie badania ustaliły, że woda prawie zupełnie w żołądku się nie wchłania. Roztwory soli i cukru gronowego wchłaniają się tem szybciej, im większe jest ich stężenie, szybko wchłaniają się peptony, nader szybko również wyskok i roztwory alkoholowe chloralu, strychniny.

Przechodząc z kolei do najnowszych zdobyczy na polu patologii chorób żołądka, musimy zatrzymać się przede wszystkim na postęпах w metodyce rozpoznawania tych chorób.

Na pierwszy plan wysuwa się tutaj radioskopia i radiografia, t. j. badanie promieniami Roentgena, które oddawać może ważne usługi przy rozpoznawaniu opuszczeń i rozszerzeń żołądka, zwożeń odzwiernika, klepsydrowatego żołądka, wreszcie gu-

zów wewnątrz - lub zewnątrzżołądkowych, pod warunkiem jednak krytycznej oceny otrzymanych danych.

Zpóśród nowych metod badania pepsyny na szczególne wyróżnienie zasługuje metoda JAKOBYEGO, t. zw. „p r ó b a r y c y n o w a”, i metoda FULDA, t. zw. „p r ó b a e d e s t y n o w a”. Metody te polegają na tem, że pepsyna soku żołądkowego wywiera swe działanie trawiące na ciała białkowe, zawarte w siemieniu rycynowem, wzgl. na 1‰ roztwór edestyny. Próby te są dość łatwe i ściśle i wskutek tego szybko wchodzą obecnie w powszechne użycie, rugując dawniejsze metody METTA, VOLHARDA i GRÜTZNERA.

Do badania czynności wydzielniczej żołądka służą wciąż stare i uznane metody: śniadanie próbne EWALD-BOASA i obiad próbny RIEGELA. W ostatnich czasach do tych 2 metod przybyła metoda SAHLIEGO, która ma na celu oznaczenie stopnia kwaśności zawartości żołądka, absolutnej kwaśności soku żołądkowego i czynności ruchowej żołądka. Metoda ta polega na podaniu choremu specjalnej zupy macznej, przygotowanej podług przepisu SAHLIEGO, i na oznaczeniu ilości tłuszczu w podanej zupie i w wydobytej potem zawartości żołądka. Jakkolwiek metoda ta, jako bardzo dowcipna, zasługuje na szerokie rozpowszechnienie, nie zyskała jednak wielu zwolenników w świecie lekarskim, gdyż zarzucają jej trudność w wykonaniu i nierównomierny podział tłuszczu w zawartości żołądkowej ¹⁾.

Wreszcie SAHLI podał również przed kilkoma laty t. zw. „p r ó b ę d e s m o i d a l n ą”, która ma na celu wykrycie obecności lub braku HCl w żołądku bez pomocy zgłębnika żołądkowego. Chory połyka po jedzeniu woreczek gumowy z pigułką metylenblauową, zawiązaną nitką katgutową. Zielone zabarwienie moczu świadczyć ma o obecności kwasu solnego w żołądku, brak takiego zabarwienia o braku wolnego HCl. W pewnych

razach, gdy wprowadzenie zgłębnika jest przeciwwskazane, możemy przy zachowaniu pewnych ostrożności z pożytkiem metodę desmoidalną stosować.

W r z ó d ż o ł ą d k a .

Sprawa patogenezy wrzodu żołądkowego nie jest dotąd ostatecznie wyjaśniona. Coraz więcej zwolenników zyskuje sobie obecnie teoria infekcyjnego i toksycznego pochodzenia wrzodu żołądka. Za dowód służyć mogą spostrzegane dość często owrzodzenia i krwotoki żołądkowe w następstwie spraw septycznych kiszek lub otrzewny i w następstwie laparotomii. Za pochodzeniem infekcyjnym przemawia również jednoczesne tworzenie się kilku owrzodzeń w żołądku i równoczesne zjawianie się owrzodzeń w żołądku i w dwunastnicy.

Badania ostatnich czasów wykazały, że wrzód żołądka może rozwinąć się u osobników z prawidłowym lub nawet u pośledzonym wydzielaniem kwasu solnego; fakt ten dowodzi, że dla rozwoju owrzodzenia nie jest wcale niezbędna nadkwaśność, jak to dotąd przypuszczano, i że przyczyną nieogojenia się owrzodzenia w żołądku również nie jest zbyt kwaśny sok żołądkowy; przyczyna ta tkwi prawdopodobnie w zaburzeniach układu nerwowego.

W sprawie leczenia wrzodu żołądka utrzymuje się przeważnie metoda LEUBE—ZIEMSSENA, polegająca na absolutnym spokoju, okładach, podawaniu wód mineralnych alkalicznych i dyecie stopniowanej — poczynając od zupełnej abstynencji, potem mlecznej i t. d. Metoda LENHARTZA różni się tem, że poleca szybciej dochodzić do jaj i białkowego pożywienia.

Zpóśród leków, które okazały się szczególnie użytecznymi w krwotokach żołądkowych, wymienić należy żelatynę, którą można stosować zarówno podskórnie, jak *per rectum i per os*. Pod skórę lepiej stosować ją w przypadkach b. ciężkich w ilości 20,0 — 60,0 (*Geletin. steril. Merck.*), lub też dodawać 2 — 5% żelatyny do hipodermoklizm z fizyolog. roztworu soli kuchennej. Do ławatyw stosujemy 10% — 15% żelatyny, *per os* zaś w następującej np. formule: *Gelat. albae 50,0 + Elaeosacch. citr. 20,0 +*

¹⁾ Metoda Sahliego nie posiada cech ścisłości naukowej, jak wykazały prace późniejsze, i zdaniem referenta nie zasługuje na rozpowszechnienie (p. moją pracę: „O wartości metody Sahliego“ *Gaz. Lek.* 1903. — przyp. ref.).

Aq. dest. ad 300,0. S. Co 2 godz. po łyżce stołowej lekko ogrzanej mikstury.

Mniej pewne działanie wywiera polecane w ostatnich czasach przez autorów angielskich — *calcium lacticum* (3 razy dziennie po 1,0). Z dawniejszych leków godne są polecenia *ergotyua*, *hydrast. canad.*, *hamam. virgin.*, wreszcie adrenalina. Zamiast azotanu bizmutu *zasadowego*, który czasem sprowadza zatrucie, używane są w ostatnich czasach węglan bizmutu lub bizmutoza w dużych dawkach (10,0 — 20,0). KLEMPERER zaproponował niedawno zamiast bizmutu *aluminium* w proszku, znajdujące się w sprzedaży, jako pasta glicerynowa pod nazwą „*escaliny*”.

W ostatnich czasach wysunięta została przez BOASA sprawa „*ukrwawienia żołądka*”, rozpoznawanych za pomocą badania kału na obecność krwi (próba WEBERA i inne). Wykrycie takiego „*krwawienia ukrytego*” posiada duże znaczenie różniczkowo - rozpoznawcze, pozwala bowiem odróżnić czystą nadkwaśność od przewlekłego wrzodu żołądka, w których nigdy się nie spotyka. Natomiast bardzo często ukryte krwawienie ma miejsce w raku żołądka. Rzecz prosta, że przy dodatnim wyniku próby WEBERA należy wyłączyć krwawienie z kiszek (hemoroidalne) i inne.

Zamiast próby gwajakowo - terpentynowej WEBERA wykonać można próbę ADLERA (z bencidyną) lub próbę BOASA (z parafenyldiaminą).

Rak żołądka.

Ostatnie badania nie przyniosły, niestety wybitnych zdobyczy w sprawie *wczesnego rozpoznania raka żołądka*. Należy tylko zwrócić uwagę na pewien sposób badania, ułatwiający w niektórych razach rozpoznanie początkowych zmian w żołądku (rezystencji, małego nowotworu), mianowicie *badanie w ciepłej kąpiei*; pod wpływem ciepłej wody następuje rozluźnienie muskulatury i ujednostajnienie temperatury ręki lekarza i skóry chorego.

Badanie promieniami Roent-

gena, jak to wyżej już zaznaczyliśmy, oddać może niepospolite usługi przy wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka: kierujemy się tu głównie formą i położeniem cienia bizmutowego; niejednokrotnie udawało się rozpoznać w ten sposób raka np. małej krzywizny, zupełnie dla palpacyi niedostępnego.

W ostatnich czasach uwydatniła się chęć wyzyskania dla celów rozpoznawczych *produktów*, wytwarzających się w żołądku z powodu obecności raka. Badania w klinice F. MÜLLERA wykazały, że w żołądku chorych na raka znajduje się obfita ilość produktów rozkładu białka w postaci tyrozyny, leucyny, lizyny, argininy. Na razie jednak nie możemy jeszcze spożytkować tych danych do celów rozpoznawczo-klinicznych; jest to zadaniem dalszych dociekań naukowych.

Próba SALOMONA, mająca również na celu wykrycie produktów raka w żołądku czcym, zasługuje na stosowanie, ale nie jest pewna, gdyż z jednej strony nie wrzodziejące raki dają wynik ujemny, a z drugiej strony nieżyty śluzowe dają wyniki, zbliżone do raków.

Tak więc widzimy, że nie posiadamy jeszcze sposobu *wczesnego rozpoznania raka żołądka*, a zdaniem BOASA, jest wogóle wątpliwem, czy taki sposób w przyszłości posiadziemy.

Zaburzenia czynnościowe żołądka.

W dziale zaburzeń czynnościowych żołądka wyodrębniono w ostatnich czasach nową postać chorobową: „*Cyklothymie*” (KAHLBAUM): okresowo występujące zaburzenia żołądkowe są tu następstwem okresowo występującej psychozy. Towarzyszące tej sprawie chorobowej objawy i ogólna depresja, niechęć do pracy, utrata energii życiowej i t. d. nie są, jak dotąd mniemano, następstwem zaburzeń żołądkowych, lecz właśnie wyrazem pierwotnej psychozy.

(Die Deutsche Klinik T. XII. 1909).

W. Róbin.

S T R E S Z C Z E N I A.

Choroby dzieci.

125. Edred M. Corner (Londyn). Częstość przepuklin u dzieci.

Autor podaje cyfry, dotyczące 2-ch seryi przepuklin, spostrzeganych u dzieci. Pierwsza obejmuje 700 przypadków; z nich 66% było pojedynczych i 34 powikłanych. Co do tych ostatnich, najczęściej (14,3%) wikłającymi inne były przepukliny między rozchodzącymi się mięśniami prostymi brzucha. Z niepowikłanych najczęstsza była pachwinowa prawa. Druga serya zawiera 2600 przepuklin, stanowiących 32,7% ogólnej liczby pacjentów kliniki chirurgicznej. Z nich najczęstsza była *hernia ventralis mediana* między mięśniami prostymi brzucha, wynosząca 61,3% wszystkich przepuklin. Drugie z kolei miejsce co do częstości występowania zajmuje w tej seryi pachwinowa prawa, następnie pępkowa (każda po 4,2%). Z zestawień autora okazuje się, że *hernia ventralis mediana* napotyka się 15 razy częściej, niż każda inna, oraz że *herniae* inne, powikłane rzeczoną przepukliną brzuszną, są znacznie częstsze, niż niepowikłane tą ostatnią. Naprzykład, przepuklina pępkowa sama tworzyła 4,2% ogólnej liczby przepuklin, powikłana zaś *hernia ventrali* dawała odsetkę o 8,1% większą *).

(The Brit. Journ. of. Children's Diseases Febr. 1909).

*) Przypisek Sprawozdawcy. Oprócz streszczonej przez nas notatki, CORNER zabierał parokrotnie głos w sprawie tej przepukliny, przypisując częstość jej powstawania wzmożonemu ciśnieniu w jamie brzusznej, spowodowanemu gazami lub sprawami fermentacyjnymi w kiszkać wskutek nadmiernego lub niestosownego odżywiania (The Lancet 1907 13 lipca). Wogóle C. jest tego zdania, że *herniae* bywają najczęściej nabyte (The Lancet 1094 20 sierp.), podczas gdy R. H. RUSSEL (The Lancet 1905 2 st.), polemizując z nim, dowodzi wręcz przeciwne, że tylko przepukliny, powstające bezpośrednio po urazie lub rozwijające się w bliznach pooperacyj-

nych, są nabyte; wszelkie inne zaś są wrodzone. Dodam tu jeszcze, że w pracy mojej „o chorobowości niemowląt”, ogłoszonej w r. 1904 w Kronice Lekarskiej, zaznaczyłem, że z 2000 niemowląt do 1/2 roku życia (włącznie) 120 (czyli 6%) było dotkniętych przepukliną pępkową. Otóż między temi znaczna część (cyfrowych danych wtedy nie posiadałem) była powikłana *hernia ventrali med.*, którą nie zawsze można było dostrzedz, ale przeważnie podczas krzyku lub kaszlu niemowlęcia.

B. Polikier.

Choroby uszów.

126. W. Uffenorde. Przyczynę do zakażenia ogólnego pochodzenia usznego.

Zawiła kwestyę ropnicy usznego pochodzenia rozwiązać może, zdaniem autora, jedynie ściśle powiązanie klinicznej obserwacji z anatomo - patologicznem i bakteriologicznem badaniem.

Doświadczenia, robione w tym kierunku na zwierzętach, przebiegają zupełnie inaczej niż u ludzi, i dlatego nie wiele przyczynić się mogą do wyświeślenia tych spraw. Autor miał możność spostrzegania dosyć licznej materyału klinicznego i na zasadzie własnych obserwacji dochodzi do pewnych wniosków. W przypadkach ropnicy usznego pochodzenia znajdował on nietylko paciorkowce i gronkowce, ale i inne mikroorganizmy, a nawet i saprofity.

Do badań bakteriologicznych należy brać krew z *v. mediana*, z *sinus sigmoideus* i jednocześnie z ropy ucha średniego lub też z *antrum*, aby z koincydencyi mikroorganizmów otrzymać pewne wnioski rozpoznawcze i terapeutyczne. Badanie to ma ogromne znaczenie w przypadkach o niejasnej przyczynie gorączki. Niestety, badanie krwi nawet u wysoko gorączkujących daje nieraz wynik ujemny.

Autorowi nawet w przypadkach czystej posocznicy udało się jednak znaleźć bakterye we krwi, co prawda, dlatego, że dotyczyło to

przypadków, daleko posuniętych, a jak wiadomo, w agonii bakterye szybko się rozmnażają. Należy również badać histologicznie zakrzepy w żyłach, otrzymane podczas operacji — i zabarwiać je również dla stwierdzenia mikroorganizmów.

Odróżniać należy cztery typy genezy ogólnej infekcji, jako powikłanie spraw usznych.

W pierwszym przypadku dochodzi odrazu do zakrzepu całego słupa krwi w zatoce na miejscu bezpośredniego zetknięcia się z ogniskiem ropnem. W drugim — mamy do czynienia z przyściennym zakrzepem krwi, który albo odrazu prowadzi do zejścia śmiertelnego, albo też w przypadkach wyzdrowienia zakrzep organizuje się i z czasem wraca drożność zatoki lub żyły.

W trzecim przypadku nastąpić może ogólne zakażenie drogą przenikania mikroorganizmów przez zmienioną nekrotycznie ścianę żyły, stykającej się bezpośrednio z ogniskiem ropnem. WEIGERT i LEUTERT wykazali, że bakterye mogą przenikać i przez normalną ścianę zatoki żyłnej.

Ten sposób przenikania zakażenia mamy w tych przypadkach, gdzie podczas operacji znajdujemy zupełnie zdrową ścianę zatoki żyłnej i ze strony organizmu nie mamy objawów ropnicy — po paru zaś dniach po o-

peracyi następuje w pewnym miejscu nekroza ścian zatoki, i zjawiają się jednocześnie ogólne objawy zakażenia.

Nakoniec wystąpić może ropnica zupełnie bez zmian w żyłach lub zatoce, co miał możność autor spostrzegać w jednym przypadku, nie ulegającym żadnej pod tym względem wątpliwości.

Autor jest zdania, że najczęstszą przyczyną ogólnego zakażenia jest zakrzep przyścienny w zatoce — w przeciągu 1½ roku widział on 10 przypadków podobnych. Zakrzep przyścienny bywa jak w ostrych, tak i w przewlekłych przypadkach. Jak groźny jest zakrzep przyścienny dla organizmu, przekonać się możemy, badając zakrzepy pod drobnowidzem. Widzimy, jak prąd krwi, przechodząc przez zwężone naczynia, odrywa cząsteczki zakrzepu, zawierające bakterye i roznosi je po całym organizmie, wywołując wszędzie przerzuty.

Autor we wszystkich przypadkach zakrzepu żył znajdował bardzo małe *antrum mastoideum* lub też wąskie komórki wokoło *antrum* — w tych warunkach anatomicznych upatruje autor przyczynę ciężkich powikłań, gdyż błona śluzowa, obrzmiewając, wywołuje retencję ropy.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LX Band Heft I—II).
Maurycy Hertz.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 maja do 14 czerwca 1910 r.

Endemiczni chorzy na ospę naturalną przybywali w miesiącu sprawozdawczym, z wyjątkiem niewielu dni, od 1 — 6-ciu na dobę. Ogółem szpital mieścił od 60 — 73 chorych na ospę naturalną w ciągu jednej doby w 3-ch pawilonach. W dniu 11-ym czerwca tytułem próby usunięto jeszcze z jednego pawilonu chorych na ospę naturalną i przeznaczono go do gruntownej dezynfekcji. Stosownie do rodzaju zajęć w miesiącu omawianym zanotowano chorych na ospę naturalną: handlarzy

drobnych (8), robotników fabrycznych (9), służących (9), wyrobników (9), następnie: do- rożkarz 1, krawców 5, kowali 2, modystka 1, piekarz 1, pomocnik rejenta 1, pucer 1, pudełkarzy 3, pisarz więzienny 1, stolarz 1, szmuklerz 1, ślusarzy 3, szewców 6, żokiej 1, na wychowaniu 1, przy rodzicach 13.

Według wyznania przybyło 36 katolików, 32 wyznania Mojżeszowego, 4 prawosławnych.

Ogółem na ospę naturalną pozostawało

chorych z poprzedniego miesiąca 72 (42 m. 30 k.), przybyło nowych 64 (32 m., 32 k.), wypisano zdrowych 69 (44 m., 25 k.), zmarło 12 (4 m., 8 k.), pozostało na miesiąc następny 55 (26 m. 29 k.). Zejścia śmiertelne nastąpiły w poszczególnych przypadkach: I-a kategoria: 2 przypadki ospy krwotocznej u osobników nieszczepionych: 1) 11 lat dziewczyna wyznania Mojżeszowego przy rodzicach, 2) 29-cioletnia żona handlarza wyznania Mojżeszowego. II-a kategoria: 7 przypadków zejść śmiertelnych formy ospy płaskiej zapadającej się u osobników, nieszczepionych od urodzenia: 1) u 5-ciomiesięcznej dziewczynki wyznania Mojżeszowego, przy matce wyrobnicy, 2) u $\frac{1}{2}$ rocznej dziewczynki wyznania Mojżeszowego, przy ojcu szewcu, 3) u 2 l. i 8 m. chłopczyka, katolika, przy rodzicach, 4) u 5-cio-letniego katolika, przy rodzicach (ojciec krawiec), 5) u 7-mioletniej dziewczynki, katoliczki przy matce, 6) u 19-to letniego piekarza wyznania Mojżeszowego, 7) u 29-cio letniej panny, katoliczki, służącej, raz szczepionej w dzieciństwie. III-cia kategoria: 2 przypadki ospy naturalnej u osobników nieszczepionych z komplikacjami: 1) u 10-ciomiesięcznego chłopca przy rodzicach (ojciec subjekt w sklepie) skutkiem zapalenia płuc zrazikowego, 2) u 20-sto letniej katoliczki służącej skutkiem ropówki na szyi. IV-a kategoria: 1 przypadek u dziewczynki 12-sto miesięcznej, katoliczki, przy rodzicach skutkiem formy ospy naturalnej zlewającej się.

Wśród chorych, przybyłych na ospę naturalną, było nieszczepionych od urodzenia 32 (28 k., 4 m.).

Chorzy na ospę naturalną przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Bednarska 21, Bracka 35, Brukowa 16, Czerniakowska 6, Dzika 6, 43, 45, 46 (2 przypadki) Elektoralna 13, 26, Freta 10, Gęsia 15, 29, 31-a, 61 (3 przypadki), Karmeliicka 4, Krochmalna 11, 13, 83, Grzybowska 72, Kamionkowska 31, Krucza 31 (2 przyp.), Kupiecka 10, Leszno 40, Łucka 21, 24, Marszałkowska 22, Miła 47, 61 (2 przypadki), Nowo-Karmeliicka 4, Niska 16, Nowolipie 9, 63, Nowolipki 15, 88, Ogrodowa 20, 49, Pańska 53, 53a, Piękna 37, Pl. Witkowskiego 6, Prosta 10, Pl. Wyciągowy, Rybaki 7, Śliska 4, 9, Sienna 11, Smocza 17, Szczęśliwa 7, (2 przypadki), Ś-to Jerska 42, Wołowa 34, Stare Miasto 31, Wspólna 20, Ząbkowska 11.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym pozostało z poprzedniego miesiąca: 1 k. na pokrzywkę wyzdrowiała, 1 k. na zapalenie płucny wyzdrowiała i 6 kobiet przy dzieciach chorych na ospę naturalną wypisane zdrowymi; nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyła 1 k. na odrę i przeprowadzona została do szpitalika dla dzieci i 7 kobiet przy dzieciach chorych na ospę, z których 3 wypisane zdrowymi, 4 pozostały na miesiąc następny.

Ogółem 152 chorych przebyło 1994 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 3 (1 m. 2 k.)

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala, w miesiącu sprawozdawczym wydano 30 (15 m. 15 k.).

Śmiertelność miesięczna 7,89‰.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd chirurgów polskich w Warszawie 6, 7, 8 października 1910 roku. Dotychczas zgłoszono następujące wykłady:

I. Tematy programowe: 1) Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego, sprawozdawca prof. L. Rydygier (Lwów). 2) Współczesne metody znieczulenia, sprawozdawca prof. Kryński (Warszawa). 3) Aseptyka i antyseptyka

operacyjna, sprawozdawcy: prof. Herman (Lwów), d-r Leśniowski (Warszawa).

II. Wykłady: 1) Prof. Kostanecki (Kraków). O położeniu wyrostka robaczkowego i jego fałdach otrzewny ze stanowiska historii rozwoju. 2) Prof. Ciechanowski i Gliński (Kraków). Topografia wyrostka robaczkowego. 3) Prof. Cybulski i d-r Eiger (Kraków)

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA),
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGUŁKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—Warszawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odesa. Ż. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Ż. Lerne i Cie.—Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie}, 13 Boulevard de la Chapelle, PARIS
PROBYNA ZADANIE BEZPŁATNIE

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN.
 Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji,
 chlorozie, neurastenii, po przebyciu chorób gorączkowych, nieżytu żo-
 łądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2—3 łyżki stołowe dzien-
 nie, dla dzieci 2—3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną.
 LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej sole, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji
RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.
RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wyzdieianie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczanów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego
POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMACNIA DIUREZĘ

2 iub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tabletki, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana
na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Zawiera wszystkie
alkaloidy i garbni-
ki właściwe korze.

(Extract. fluid. complet. cort. Chinae.)

CHINEXPLET

MAGISTRA
KLAWE

TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w

postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.

Wyborne

Analepticum i Tonicum

zwiększa

Napięcie mięśni i systemu nerwowego
działa jako

Środek odżywczy

Wskazania:

Migrena, neuralgie, neurastenia, stany nerwowe,
osłabienie serca.

Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.



Łagodnie działający środek czyszczący
w postaci karmelków owocowych

Wskazany: w zaparciu stolca i towarzyszącym mu dolegliwościom.

Nieszkodliwy nawet przy długotrwałym stosowaniu.

Dawka: 1 — 2 karmelków — dzieciom połowa.

Literatura i próby dla p. lekarzy gratis i franco.

Dom Handlowy Preparatów farmaceutycznych Mayer - Alapin
Frankfurt n. Menem

Przedstawiciel na Królestwo Polskie, Ludwik Nissenson, Warszawa, Orła 5.

- O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach narkozy. 4) D-r Falgowski (Poznań) O korzyściach operowania zapaleń przydatków macicznych drogą pochwową. 5) Mieczkowski (Poznań). O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowania w stawie kolanowym. 6) D-r Mieczkowski. Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy. 7) Mieczkowski. Włókniak ośrodkowej żuchwy. 8) D-r Szuman (Toruń). Wyniki operacji przepuklin pachwinowych u dzieci. 9) D-r H. Goldberg (Łódź). Temat zastrzeżony. 10) D-r Goldman (Łódź). Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej. 11) D-r Goldman. Podskórne rozerwanie śledziony. 12) D-r Goldman. Przeszczepienie mięśni po rozerwaniu *lig. patellae sup.* 13) D-r Borowski (Nieśwież). Sprawozdanie z działalności lecznicy chirurg. w Nieświeżu. 14) D-r Erbrich (Warszawa). Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii. 15) D-r Sławiński (Warszawa). W sprawie leczenia żyłaków i wrzodów podudzia. 16) Dr Sławiński. O znieczuleniu miejscowym. 17) D-r Sławiński. W sprawie operacyjnego leczenia niepłodności męskiej. 18) D-r Sławiński. Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem. 19) D-r Sławiński. W sprawie wyjąławiania narzędzi ostrych. 20) D-r Fr. Kijewski (Warszawa). O zapaleniu uchyłka Meckela. 21) D-r Kijewski. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych za pomocą fulguracji. 22) D-r Kaczyński (Warszawa) Badania doświadczalne nad promienią. 23) D-r Rotterdam (Warszawa). Badania doświadczalne nad leczeniem kamicy żółciowej. 24) D-r Dobrowolski (Warszawa). Rezekcja pierwotna kiszki grubych w przypadkach nowotworów. 25) D-r Gabszewicz W. (Warszawa). Oranach serca. 26) D-r Smużyński (Warszawa). Przypadek do leczenia zwichnień nawykowych w stawie barkowym. 27) D-r Oderfeld (Warszawa). *Appendicitis* w worku przepuklinowym. 28) D-r Oderfeld. O postaci zgorzeli nowej skręcenia esicy. 29) D-r Raum (Warszawa). O kostnieniu mięśni po zwichnieniach stawów. 30) Raum. Z dziedziny chirurgii mózgu. 31) D-r A. Zawadzki (Warszawa). Przyczynki do chirurgii zwoju Gassera. 32) D-r Kryński (Warszawa). O leczeniu operacyjnym choroby Basedowa. 33) D-r Kryński. Stwardnienie kreski (*Mesenteritis fibrosa*) jako postać kliniczna. 34) D-r Kryński. Modyfikacje w operacjach doszczętnych przepuklin pachwinowych. 35) D-r S. Kopczyński (Warszawa). W sprawie wskazań do trepanacji paliatywnej w cierpieniach mózgu. 36) D-r Jankowski (Warszawa). Zabiegi doszczętne w przypadkach raka krtani. 37) D-r Jankowski. W sprawie wskazań do rozszczepienia krtani. 38) D-r Kalinowski (Warszawa). Przypadek do leczenia operacyjnego słońowacizny kończyn dolnych. 39) D-r Skabowski (Warszawa). Leczenie gruźlicy stawów i kości promieniami X. 40) D-r Skabowski. Przyczynki do leczenia krwawnic sp. Jonnescu 41) D-r Waldenberg (Warszawa). Wyniki porównawcze operacji doszczętnych przepuklin pachwinowych. 42) D-r W. Stankiewicz (Warszawa). O brodawczakach pęcherza moczowego. 43) D-r Stankiewicz. W sprawie leczenia mięsaków, nie nadających się do operowania. 44) D-r Stankiewicz. O niezbędności uzdrowiska morskiego dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. 45) D-r Bursche (Warszawa). O przepuklinie nadbrzuszej. 46) D-r Bursche. Polipowatość odbytnicy. 47) D-r Filipowicz (Warsz.). W sprawie wyjąławiania skóry przed operacją. 48) D-r Mintz (Warsz.). O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej. 49) D-r Higier (Warsz.). Zabiegi chirurgiczne w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia. 50) D-r Faytt (Warsz.). O ropniach podprzeponowych. 51) D-r Br. Sawicki (Warsz.). Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa. 52) D-r Sawicki. Przyczynek do anatomii patologicznej kręgosłupa. 53) D-r Hubicki i Szerszyński (Warsz.). O wpływie zespolenia dróg żółciowych z jelitami na wątrobę (praca doświadczalna). 54) D-r Hubicki (Warsz.). W sprawie leczenia żyłaków kończyn dolnych. 55) D-r Leśniowski (Warsz.). W sprawie przerostu zastępczego nerki (praca doświadczalna). 56) D-r Cykowski (Warsz.). W sprawie torbieli krwistych szyi. 57) D-r Rotberg (Warsz.). Przyczynek do mięsaków opony twardej. 58) D-r Krauze (Warsz.). Z chirurgii oczodołu poza-

galkowego. 59) D-r Krauze (Warsz.). Przyczynę do patologii przydatków sieciowych. 60) D-r Solman (Warsz.). Wyniki leczenia chorób krtani za pomocą rozszczepienia (laryngofissura). 61) D-r Solman. O nowym sposobie leczenia raka skóry i błon śluzowych (elektrokoagulacja). 62) D-r Judt (Warsz.). O Roentgenografii jamy brzusznej. 63) D-r Jaworski (Warsz.). Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego oraz wartość ich leczenia operacyjnego.

Dalsze zgłoszenia przysyłać należy do biura komitetu zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15, prof. Kryński).

— O nowym leku, wynalezionym przez Ehrlicha, pisze Przegląd Lekarski w d. 9 b. m. „Nowy środek przeciwkrośny, wynaleziony przez Ehrlicha i jego współpracownika Hata, dioksydiamidoarsenobenzol (nazwany przez Ehrlicha dla skrócenia „przetworem 606”), nabiera coraz większego rozgłosu w najszerzych sferach wskutek szumnych i niekrytycznych sprawozdań, jakie prasa codzienna ogłosiła z posiedzeń Tow. lek. Berlińskiego i in., poświęconych tej sprawie. Dotychczas ogłoszone badania zdają się istotnie dowodzić, że nowy środek jest znacznym wzbogaceniem skarbca leczniczego, że w krótkim czasie wywołuje znikanie krętków białych z wydzielin i tkanek. Nie stwierdzono jednak dotąd, czy można liczyć na trwałe wyleczenie; Ehrlich sam nawołuje do krytycyzmu, a Neisser zwraca uwagę w „Deut. Med. Woch.” Nr. 26 na konieczność ustalenia dawek, zanim lek można oddać w ręce ogółu lekarzy. To też ubolewać należy, że i tym razem, podobnie jak kilkakrotnie w ostatnich czasach, sprawa stała się przedmiotem reklamy dziennikarskiej i szkodę przynieść może”.

Nie można nie przyznać racji słowom powyższym, przypomina nam to tuberkulinę Kocha, która jednakże nadzieje nasze zawiodła.

— Rektorem wszechnicy Jagiellońskiej na rok akademicki 1910 — 11 wybrany został prof. August Witkowski, znany fizyk; dziekanem zaś wydziału lekarskiego d-r Karol Klecki, profesor patologii ogólnej.

— W szpitalu barakowym w Petersburgu przyjęto w styczniu r. b. 28 chorych, podejrzanych o cholere, w lutym 4, w maju 6. 8 czerwca skonstatowano w Petersburgu pierwszy przypadek cholery. Chora przybyła z Kraju Zakaukaskiego i nazajutrz zmarła. Rozpoznanie choroby było zrobione na podstawie badań bakteryologicznych i anatomopatologicznych. 9 i 10 czerwca przyjęto do szpitali Petersburskich 2 chorych z objawami cholery, jeden chory przybył z Tyflisu, drugi z gub. Woronieskiej. U obojgu rozpoznano cholere na podstawie poszukiwań bakteryologicznych. (St. Peter. Med. Wied. Nr. 25).

— Międzynarodowy zjazd sądowno-lekarski obradować będzie w Brukselli pomiędzy 4—10 Września r. b.

— Roman hr. Potocki ofiarował wydziałowi powiatowemu w Łańcucie morgi ziemi oraz 150,000 koron na budowę szpitala.

— W Tomaszowie Rawskim ma powstać nowy szpital z zapisu Jakóba Halperna, który na ten cel przeznaczył 40,000 R.

— W Zamościu ma powstać nowy szpital żydowski na 20 łóżek kosztem 32,000 rb.

— Pomiędzy 4 a 8 października r. b. odbędzie się w Brukselli drugi międzynarodowy kongres higieny środków żywności i racjonalnego odżywiania się człowieka. Uczestnicy płacą 20 franków, które wysłać należy do jeneralnego sekretarza kongresu w Brukselli (rue de Louvain Nr. 3).

— **Zmarli.** W d. 21/V r. b. zmarł w Mińsku litewskim s. p. d-r Zygmunt Świącicki. Zmarły urodził się w 1836, studia lekarskie ukończył w akademii w Petersburgu 1861 r. Jako lekarz wojskowy brał udział w wojnie francusko-pruskiej w oddziale Czerwonego Krzyża. Po wojnie osiedlił się w Mińsku, gdzie został naczelnym lekarzem szpitala wojskowego. W r. 1877 podał się do dymisji, aby oddać się praktyce lekarskiej i pracy społecznej. Zmarły pozostawia żal powszechny po sobie.

MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykan-
tem oryginalnego zagrani-
cznego „Muiracithinu“ jest
Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny
środek przeciwko
Impotencji i wszy-
stkim cierpieniom
neurastenicznym,

sii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthsii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

Literatura. Tajn. Rada Lek. Prof. Eulenburg-Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman—St- Petersburg, Hirsch —St. Petersburg, Holländer- Berlin, Posener—Berlin, Rebourgeon—Paryż, Goll—Zurich, Popper—Igls bei Senator, Hirsch—Kudowa. Steinsberg—Franzensbad, Waitz—Paryż, Wright—Londyn, Piliver—Odessa, Fürth—Dervent, Kraus—Wiedeń, Quastler—Wiedeń, Kitaj—Wiedeń.

CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena zniżona
1,25. 1/2 flakonu
2,25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum, Sedativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcjonalnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci, w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: Rada dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenburg Berlin Dr. Mierzwiński, Zakład Lecznicy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin i Castoreum Bromid,“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministerjum Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.

Jodglidina

Nowy preparat jodowy z białkiem roślinnem do użytku wewnętrznego. Najlepiej zastępuje jodek potasu. Nie posiada działania ubocznego. Jako preparat jodowy o nadzwyczaj wybitnem działaniu wskazana jest w arteriosklerozie, trzeciorzędnym syfilisie, w astmie oskrzelowej i sercowej, podagrze, przewlekłym gościecu stawowym, zółtach, udarze mózgowym, we władzie rdzenia, wysiękach, wolu, w zmętnieniach ciała szklстого i w krwotokach ciała szklстого, w zapaleniu twardówki ≡ Rp. Tabl. Jodglidin. Oryginalne opakowanie. Dawka: 2 — 6 tabletek dziennie ≡ Każda tabletkta zawiera 0,05 g.

I. związanego z białkiem roślinnem ≡ Literatura i próby bezpłatnie.

Cena: 1 flakonu oryginalnego zawierającego 20 tabletek Rb. 1.

CHEMICZNA FABRYKA D-r KLOPPER, DREZNO - LEUBNITZ.

Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja ul. 10.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
WŁASNOŚĆ RZĄDOWA FRANCUSKA



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęchersa, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Słabości wątroby i organów żółt wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwoży ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT
Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną, gazową do łatwiejszego trawienia.

IWONICZ

Zakład zdrojowo kąpielowy i klimatyczny
(Stacja kolejowa Iwonicz w Galicyi).

Najsilniejsza szcawa słońo-jodowo-bromowa. Od dawna stwierdzona jej skuteczność we wszystkich postaciach żoźów (scrofuloza) w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materyi.

Leczenie ortopedyczne i masażowe, Inhalatorya systemu „Waldenburga” i systemu „Clara”
Kąpiele w gorącym powietrzu systemu „Polana”, tudzież szt czne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: **Docent D-r Antoni Gabryszewski** ze Lwowa i **D-r Grzegorz Turzański** z Jarosławia, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I od 15 maja, do 20 czerwca i w III od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica zakładowa, w której odprawia się codziennie Msza św.

Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela Dyrekcya Zakładu Zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materyi, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

D-ra A. WANDER'A (S. A.) z Bernu (Szwajearja). Fabryka założona w 1865 roku.

Ovomaltine

Długoletnie znakomite rezultaty osiągnięte przy używaniu tego leczniczo-dyetyczno-odżywczego pożywienia lecytynowego z łatwo przyswajalnym fosforem w postaci organicznej, w cierpieniach nerwowych, kataralnych żołądka i kiszek, Carcinoma, Ulcus ventriculi, Typhus abdominalis, Influenza, Pneumonia, Tuberculosis, Chlorosa, Rachitis i t. p. chorobach; przez osoby słabowite, wycieńczone, dzieci, kobiety ciężarne i karmiące, stawiają Ovomaltynę na pierwszym miejscu pośród pierwszorzędných środków leczniczo-odżywczych.

Ovomaltyna niezbędna przy mleczej kuracyi. Stale używana i zalecana w Leysin, Davos i w innych sławnych sanatoryach. Przygotowanie łatwe; należy tylko rozpuścić Ovomaltynę w gorącym mleku lub wodzie (nie gotując).

PROBKI i LITERATURA NA ŻĄDANIE. Przedstawiciel A. BARDET, Warszawa, Wspólna 64.

WIESBADENSKIE

Zakłady lecznicze i Instytuty Lekarskie

- Dr. Abend,** Zakład leczniczy dla chorych na żołądek i kiszki, Parkstrasse 30.
- Dr. Amson,** Instytut medyko-mechaniczny, zakład dla ortopedyi, gimnastyki leczniczej i masażu. Gabinet Röntgenowski, Taunusstrasse 6.
- Dr. Badt,** Instytut do leczenia zaburzeń ruchowych, specjalnie chodzenia, ataxii. Taunusstrasse 4
- Dietenmühle,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. Fedor Plessner i D-r Fritz Reich.
- Dr. Otto Dornblüth,** Zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych, Garten Str. 15.
- Dr. Fendt** Instytut do leczenia Röntgenem i światłem, chorób skóry, serodyagnosa syfilisu, Friedrichstrasse 20.
- Dra. R. Friedlaender'a** Sanatorium Friedrichshöhe dla chorych nerwowych i wewnętrznych Leberberg 14.
- Dr. Guradze,** Chirurgiczno-ortopedyczna klinika prywatna i sanatorium z instytutem medyko-mech. pracownia i oddział Röntgenowski, Mainzerstr. 3.
- Lindenhof,** Zakład leczniczy dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Dr. van Meenen Walkmühlstrasse 43/45
- Dr. Lubowski** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych, Gartenstrasse 16.
- Dr. Jul. Müller,** Instytut do fizykal. Leczenia chor. skóry. (Röntgen, Finsen, Uriol, lampa kwarcowa, radium etc.) Museumstr. 4
- Kurhaus Bad Nerotal.** Sanatorium dla chorych nerwowych i wewnętrznych. Lekarz dyrektor D-r Mäckler.
- Kuranstalt Dr. Schloss,** dla chorych na żołąd, kiszki i przemianę materii. Sonnenbergerstr. 30, daw. D-ra Plessnera zakład leczniczy.
- Dr. Schütz** Villa Panorama, dla chorych wewnętrznych i nerwowych (spec. chor. z zaburzeniami trawienia i przemiany materii).

— Prospekty i informacyi udzielają lekarze zakładowi. —

Bad KUDOWA

Okr. rząd. Wrocław.) stac. kol. Kudowa lub Nachod.

400 m. nad poziom. morza.

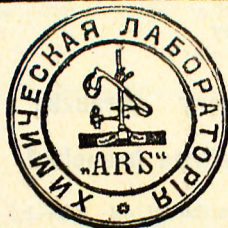
Sezon letni: 1 Maj do Listopada. Sezon zimowy: Stycz. Luty, Marzec.

Miejscowość lecznicza dla chorych sercowych

Naturalne kąpiele kwaso-węglowe i borowinowe. Najsilniejsze źródło arseno-żelaziste w Niemczech, w chorobach serca, krwi, nerwowych i kobiecych. Frekwencya 13928. Wydano kąpielei 136195. 15 Lekarzy.

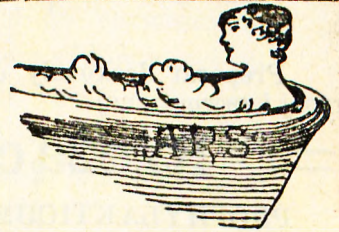
„Kurhotel Fürstenhof“ hotel pierwszorzędny i 120 hoteli i mieszkań prywatnych. Rozsyłka wody przez cały rok. Prosp. gratis za pośredn. wszystkich biur podróży,

Rudolfa Mosse i dyrekeyi kąpielowej.



Sztuczne NAUHEIMSKIE kąpiele kwasowęgłowe „ARS”

W zupełności zastępują kąpiele Nauheimskie, wydzielając ilość kwasu węglowego, odpowiadającą najlepszym źródłom Nauheimu. Prostota i wygodą stosowania kąpiele kwasowęgłowe „Ars“ przewyższają wszystkie inne sposoby przygotowania sztucznych kąpielei kwasowęglowych; są tanie i dają się stosować wszędzie i o każdej porze roku. Wskazania: choroby serca, przewlekłe choroby nerwowe, zoty, krzywica, gościec, dna i inne.



Przez dodanie do kąpielei soli siarki, żelaza i inn. możliwe są liczne i najróżnorodniejsze kombinacye. Istnieją 1, kąpiele kwasowęgłowe „Nauheim w domu,” 2, siarczano-kwasowęgłowe kąpiele „Akwizgran w domu,” zastępujące kąpiele Akwizgrańskie i stosowane w zółcach, gościecu, dnie, przymocie i w chorobach skórnych, 3, żelaziste-kwasowęgłowe kąpiele „Francensbad w domu,” zastępujące kąpiele Francensbadzkie i stosowane w zółcach, chorobach kobiecych, nerwowych i innych. Szczegółowa broszura o kąpielach kwasowęglowych „Ars“ wysyła się bezpłatnie i franco. Sprzedaż we wszystkich składach aptecznych i aptekach. Radzimy zwracać szczególną uwagę na markę „Ars.”

Główny skład na całą Rosyję w Towarzystwie Handlu Mater. Aptecznymi i perfumeryą: I. B. Segal, Wilno i Odessa.