

peratury między 38° a 38,5°, które w sposób uderzający zbiegają się z wzruszeniami psychicznymi chorych“.

Obserwacya następującego przypadku jest dawna, zdaję też sobie aż nadto sprawę z jej braków; jednakże ogłoszenie jej drukiem wydaje mi się usprawiedliwione i z tego względu, że przypadek dawał złudzenie obrazu chorobowego, o ile mi wiadomo, niezmiernie rzadko symulowanego przez histeryę, mianowicie zapalenia szpikukostnego (*osteomyelitis*), co było powodem wielokrotnych, po części poważnych zabiegów chirurgicznych ze strony słynnych chirurgów. W krótkiej notatce trudno też naturalnie o wyczerpujące uwzględnienie odnośnej literatury.

W r. 1890 (17. XII) byłem wezwany dla zbadania 16-letniej panny, która, choć 2 razy operowana była z powodu *osteomyelitis ulnae*, nie przestawała od 2 miesięcy miewać wysokiej gorączki. Dowiedziałem się, że chora we wczesnem dzieciństwie często zapadała na wysypki skórne, że w 6 roku życia przebyła kolejno tyfus plamisty, szkarlatynę i odrę. Od roku 1885 do 1887 mimowolne ruchy prawej ręki oraz owrzodzenia na tej ręce po łada urazie; istniały bóle, obrzmienie okolicy stawu napięstkowego, następnie i całej prawej kończyny górnej, rana nie goiła się nawet i po incyzjach, zabliznienie nastąpiło dopiero po okładach lodowych.

W roku 1888 tyfus brzuszny. Podobno często miewała napady zimnicy z niezwykle silnymi bólami głowy, i z błahych powodów, jak np. ukłucie igły, tworzyły się ropnie, owrzodzenia, które tygodniami nie chciały się zagoić.

Obecna choroba zaczęła się przed 1½ rokiem, gdy chora, wstępując po schodach, upadła z powodu zawrotu głowy i zraniła się w lewy łokieć. Niebawem wystąpiły silne bóle w okolicy stawu i wzdłuż kości łokciowej, wysoka gorączka z bredzeniem, a nazajutrz zaczerwienienie i obrzmienie, które wkrótce rozszerzyło się na całą kończynę. Pierwotnie rozpoznano różę. Wkrótce wytworzyły się na przedramieniu rop-

nie, po których pozostały owrzodzenia. Czerwonosć i obrzmienie ustąpiły, by wkrótce znowu powrócić, lecz ból gwałtowny trwał stale. Pewien chirurg w Petersburgu rozpoznał zapalenie kości i dokonał trzykrotnie przecięcia na przedramieniu bez wpływu na ból. Chora w ciągu 6 dni nie mogła przyjmować żadnego pożywienia z powodu uczucia dławienia. Ponieważ rany nie goiły się, więc chora wstąpiła do oddziału chirurgicznego.

W samej rzeczy na lewem przedramieniu widoczne były trzy blizny pooperacyjne, z tych jedna jeszcze poczęści owrzodziła i ropiejąca; sąsiednia skóra objęta ekzemą, lewa ręka i przedramię lekko obrzmiałe; staw łokciowy wolny; brak obrzmiałych gruczołów pod pachą. Wobec codziennej prawie gorączki, przekraczającej 40°, typu pyemicznego — silny dreszcz, towarzyszący podniesieniu się temperatury, a obfity pot przy jej spadku — wobec silnych bólów umiejscowionych w lewem przedramieniu, rozpoznano *osteomyelitis* i dokonano 12. XI. pod chloroformem nacięcia aż do kości. Bezpośrednio po operacji wystąpiło bredzenie i ogólne drgawki mięśniowe. Operacya skutku żadnego nie odniosła; gorączka trwała dalej, chora najczęściej w godzinach południowych dostawała napadu silnych dreszczów z podniesieniem się temperatury powyżej 40°, w nocy kąpała się w pocie; bóle lewego przedramienia samoistne i pod wpływem najlżejszego dotknięcia trwały w dalszym ciągu.

25. XI. dokonano drugiej operacji — tym razem trepanacyi kości łokciowej; kość, zarówno jak i szpik kostny, okazały się zupełnie zdrowe; i tym razem bredzenie i drgawki ogólne po narkozie. Skutek operacji i tym razem okazał się płonny; zaczęły się nasuwać wątpliwości co do trafności rozpoznania.

Istotnie było przedewszystkiem uderzającym, jak mało ucierpiał ogólny stan odżywiania wobec długotrwałej gorączki, po części stałej, po części przepuszczającej — dziewczyna wy-

glądała prawie że kwitnąco, pokład tłuszczowy miała dość obfity, w chwili pierwszego mego badania nie gorączkowała (było to w południe, kiedy zazwyczaj była wolna od gorączki) z pulsem 70 (podczas napadów gorączki puls bywał 90—100, niekiedy 120). Skarży się na bóle w lewym przedramieniu i w głowie. Narządy wewnętrzne normalne. Natomiast badanie układu nerwowego dostarczyło poważnych punktów oparcia dla przypuszczenia, że mamy do czynienia z cierpieniem czynnościowym, a mianowicie z *la granda simulatrice*; wykryto znieczulenie względem wszystkich gatunków czucia, zwłaszcza zaś wybitną analgezyę na całej skórze, z wyjątkiem twarzy, gdzie była tylko hypalgezya, również znieczulenie i brak wrażliwości odruchowej śluzówek, zniesienie czucia mięśniowego oraz położenia członków, bolesność przy ucisku na wyrostki cierniste górnych kręgow grzbietowych, lewostronną ovarie, bardzo żywe odruchy kolanowe, wybitne ograniczenie pola widzenia przy znacznem osłabieniu siły widzenia centralnego, brak achromatopsii, stępienie słuchu przy braku zmian obiektywnych.

18. XII. Całą dobę trwa bezmocz, pęcherz moczowy nieprzepełniony. Wydzielanie moczu jest wogóle skąpe w ciągu całego czasu obserwacji i dokonywa się raz na 24 godziny, zgodnie ze skąpą ilością przyjmowanego dziennego pożywienia, które ostatnimi czasy składało się z 2 szklanek mleka, trochę zupy, wina i wody. Od otoczenia dowiedziałem się jednak, że chora często potajemnie prosiła o chleb i chciała go spożywać, jakkolwiek odtrącała go, gdy był jej podawany jawnie. Wczoraj o 2 po południu ciepłota 39,5°, o 4-ej 39,4°, o 6-ej 40,7°, o 8-ej 40,6°; dziś rano 39,0° mierzona pod pachą przez asystenta przy tętnie 64 i 45 oddechach, choć skóra na dotyk była chłodna. O 1-ej po południu sam stwierdziłem 38,5° również przy chłodnej, wilgotnej skórze, rozlanej czerwoności na piersiach i twarzy.

20. XII. Ilość moczu 400 ctm. sz. oddana jednorazowo po 24 godzinach; mocz nie zawiera składników nieprawidłowych. O godzinie 3-ej popoł. ciepłota 38,6°, o 5-ej 39,8°, o 7-ej 40,7°, o 9-ej 40,9°, o 10-ej 40,2°, o 2-ej w nocy 40,6° około 3-ej w nocy 36,2°. Rana czysta i zabliznia się.

25. XII. Takież sam przebieg gorączki; skarży się mniej na bóle w przedramieniu, niż na bóle głowy; przyjmuje mało pokarmów; wciąż leży w łóżku.

9. I. Przebyła jakoby ospiankę. Że jednak krosty wystąpiły na dłoniowej powierzchni ręki i pozostawiły brunatne plamy, więc rozpoznanie pozostaje wątpliwem. Gorączka trzyma się w granicach bardziej umiarkowanych, niż dawniej. Zdarzają się obecnie dni, kiedy wydziela po 5 litrów moczu, naprzemian z dniami o zupełnym bezmocz. Ranę operacyjną, od kilku dni zabliznioną, znaleziono dziś rozciętą, prawdopodobnie scyzorykiem, i krwawiącą.

12. I. Przez noc powstało obrzmienie całej lewej kończyny górnej do tego stopnia, że nie można wyczuć tętna w tętnicy promieniowej; obrzęk jest miękki, skóra biała (*oedème blanc des hystériques*) i ciepła (jednakowo ciepła z obu stron). Ucisk na obrzmiałe ramię jest jakoby bolesny, chora nie może żadnego ruchu niem wykonać, ruchy bierne napotykaają na opór i są jakoby bolesne. Dokładne badanie układu nerwowego wykryło te same, co poprzednio, zmiany, tylko analgezya skóry jest zupełna.

W dalszym przebiegu stwierdzić mogłem brózdę strangulacyjną wokół lewego stawu ramieniowego.

Prawie zbyteczne jest bliższe uzasadnienie, że mamy tu do czynienia z wyraźną histerią. Zaledwie 16 lat licząca pacjentka ma już długi szereg chorób po za sobą. Pomijając choroby wysypkowe i zakaźne, widzimy, że od czasu wczesnego dzieciństwa cierpiała ona na przypadłości nerwowe, jakoto: kurcze miej-

scowe w członkach po nieznacznym urazie, uczucie dławienia w gardle wraz z nieprzyjmowaniem pokarmów w ciągu 6 dni. Skłonność do kurczów przejawiała się po każdej narkozie w postaci ogólnych drgawek z bredzeniem. Na pierwszy plan występują zwłaszcza zaburzenia troficzne, tworzenie się pod wpływem łada jakiej przyczyny, zwłaszcza urazu, trudno gojących się ropni i owrzodzeń, wreszcie obrzmienia odcinków i całej kończyny. Do tego dołączają się poruszenia gorączkowe, wahania między 40,5° a 36,0° w ciągu jednego dnia z uczuciem silnego dreszczu przy podniesieniu się temperatury i z obfitym potem, towarzyszącym jej spadkowi, typu więc pyemicznego, który następnie przeszedł w bardziej stały. Długotrwała gorączka, wydatna bolesność miejscowa, gwałtowne samoistne bóle, przewlekłe gojenie się rany skłoniły chirurgów do rozpoznania głębokiego cierpienia kostnego (*osteomyelitis*) i kilkakrotnego dokonania zabiegów operacyjnych (nawet trepanacyi kości łokciowej)¹⁾, przyczem nie znaleziono zmian chorobowych ani w kości, ani w sąsiednich tkankach. Za każdym też razem okazywała się operacja całkiem bezskuteczną.

Ta właśnie okoliczność, jak i uderzająco dobry stan odżywiania pomimo długotrwałej gorączki, ogólne drgawki z bredzeniem po każdej operacyi zbudziły podejrzenie co do słuszności rozpoznania. W rzeczy samej badanie układu nerwowego dostarczyło dość danych dla uzasadnienia histeryi: całą skórę obejmujące znieczulenie względem wszystkich gatunków czucia, zwłaszcza zaś silną analgezyę, znieczulenie i brak odruchów ze strony słuzówek, wybitne zwężenie pola widzenia obok centralnej ambliopii,

¹⁾ Znam pewną chorą, która dwukrotnie sprowadzona została do szpitala wskutek grożącego zaduszenia. Istotnie przedstawiała ona objawy zwężenia krtani ze świszczącym oddechem (*stridor*), dusznością w najwyższym stopniu. Dwukrotnie dokonano tracheotomii — a jednak chodziło tu jedynie o histeryczny skurek strun głosowych ze zwężeniem bez jakichkolwiek zmian organicznych w krtani. (por. analogiczny przypadek Löffler'a w *Munch. med. Woch.* 1906. N. 29. S. 1436.

osłabienie słuchu, lewostronny ból jajnikowy. I dalszy przebieg nie pozwalał ani na chwilę wątpić, że wszystkie objawy należy przypisać nerwicy. Obecne też były i niektóre rzadsze objawy histeryi, jak oligurya *resp.* anuria na przemian z poliurią.

Znamiennym rysem chorej, będącym w związku z jej histeryą, była skłonność do symulacyi i podejścia: pod pozorem braku apetytu jawnie odrzucała ona pożywienie, które potajemnie zjadała, rozciąła sobie już zagojoną ranę, starała się przez osznurowanie ramienia zwiększyć obrzmienie lewej górnej kończyny.

(D. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpit. Żydowskim na Czystem.

NOWOTWÓR ŚRÓDPIERSIA I RODZENIA.

(O powstawaniu rozsianych drobnych ognisk naczyniowo-sklerotycznych w rozmaitych cierpieniach rdzenia i o pochodzeniu ciałek amyloidowych).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 39).

Kręgosłup: Na wysokości I ego kręgu lędźwiowego widać masę nowotworową przyrośniętą do trzonu. Na kręgach grzbietowych, na wysokości 3-go do 7-go kręgu znaleziono szereg nowotworów, przypominających kształtem szyjki raka, drażących z prawej strony do kanału kręgowego przez otwory międzykręgowe. Po otworzeniu kanału kręgowego znaleziono na prawej stronie nowotwór zrosnięty z oponą twardą na przestrzeni od 3 do 6-go korzenia grzbietowego. Fig. 1 i 2. (rdzeń fotografowany od przodu.).

Po otwarciu czaszki zmian na oponach mózgu nie stwierdzono. Mózg nieco obrzęknięty.

ty z rozszerzonymi i przekrwionymi żyłami, na przekrojach zmian w nim nie widać.

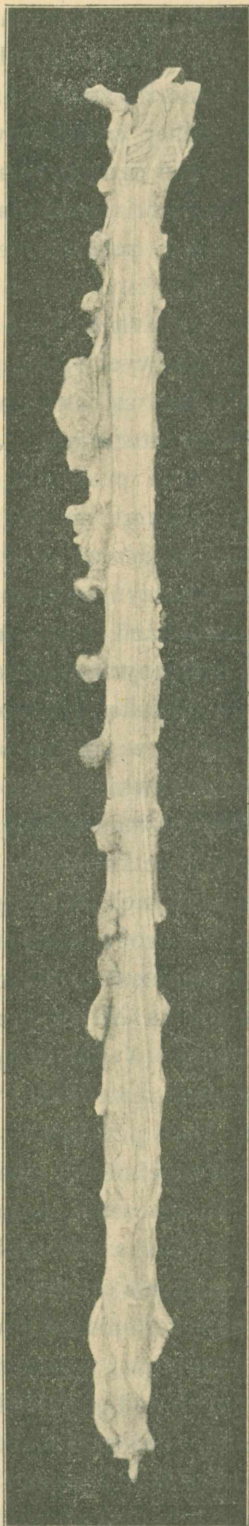


Fig. I.

Po stwardnieniu rdzenia w formalinie rozcięto oponę twardą i przekonano się, że rdzeń sam w miejscu, odpowiadającym nowotworowi, nie uległ spłaszczeniu i wogóle makroskopowo zmian żadnych nie przedstawiał.

Kawałki rdzenia utrwalono następnie w płynie MÜLLER'a lub w alkoholu i barwiono według metody WEIGERT'a, V. GIESON'a hematoksyliną, według metod MARCHI'ego i NISSL'a. Z części rdzenia, przylegającej do nowotworu, t.j. od 3 do 6-go odcinka grzbietowego włącznie,



Fig. II.

wzięto nieprzerwaną seryę kawałków wraz z oponą twardą i nowotworem. Na skrawkach, pochodzących z tych odcinków, stosunek nowotworu do przekroju rdzenia przedstawia się w następujący sposób.

Nowotwór zjawia się na przekroju w okolicy 3-go odcinka grzbietowego, posiada on tu wielkość bardzo nieznaczną, (w kierunku sagitalnym 4 m. m. w kierunku frontalnym 2 m. m.), położony jest pośrodku obwodu prawej połowy rdzenia na zewnątrz od opony twardej. Poniżej tego miejsca wymiary nowotworu zwię-

kszają się szybko, głównie w kierunku lateralnym i dorsalnym, osiągając swego *maximum* na wysokości 4-go odcinka grzbietowego. Wymiar sagitalny nowotworu wynosi na tej wysokości 12 m. m., wymiar frontalny 10,5 m. m. Nowotwór otacza na tej wysokości prawie cały obwód prawej połowy rdzenia, z wyjątkiem wentralnego odcinka. Kudołowi, w okolicy 5-go odcinka grzbietowego wymiary nowotworu zmniejszają się dosyć szybko i wreszcie bezpośrednio ponad miejscem wejścia do opony 6-go korzenia grzbietowego nowotwór znika z przekroju zupełnie.

Stosunek nowotworu do opony twardej pozostaje na całej długości jednakowym, t.j. znajduje się on stale po stronie prawej nazewnątrz od opony. Opona twarda na całej długości, na której przylega do niej nowotwór, jest znacznie zgrubiała w prawej połowie obwodu i w tylnej części lewej połowy. W miejscach tych grubość opony dochodzi do $\frac{1}{2}$ m. m. Powyżej i poniżej miejsca, zajętego przez nowotwór, opony rdzenia zmian nie przedstawiają. Nowotwór na preparatach, zabarwionych hematoksyliną przedstawia się w postaci grup komórek okrągłych, poprzedzielanych zrzadka pasmami tkanki łącznej, zawierającej wiele komórek tłuszczowych i towarzyszącej naczyniom krwionośnym, — budowa charakterystyczna dla typu mięsaka okrąglomórkowego (*sarcoma globocellulare*).

Przystępując do opisu zmian, znalezionych na przekrojach rdzenia, zaznaczyć musimy, że zmiany te występują najwybitniej na skrawkach, pochodzących z tych odcinków rdzenia, do których bezpośrednio przylegał nowotwór; zarówno jednak powyżej, jak i poniżej tego miejsca znajdujemy w rdzeniu zmiany o podobnym charakterze histopatologicznym, aczkolwiek mniej intensywne. Wobec tego opis nasz rozpoczniemy od szczegółowego przedstawienia zmian, znalezionych w 4-ym i 5-ym odcinkach grzbietowych, następnie zaś opiszemy rozle-

głość i natężenie zmian, stwierdzonych w pozostałych odcinkach rdzenia.

Na skrawkach, pochodzących z 4-ego odcinka grzbietowego, widać przy zabarwieniu według metody WEIGERT'a zmiany bardzo wyraźne. Mianowicie w tylnej części prawego słupa bocznego widoczne jest ognisko rozrzedzenia myeliny, odcinające się od tkanki otaczającej swym znacznie jaśniejszym zabarwieniem i posiadające kształt trójkąta, zwróconego podstawą ku obwodowi. Ognisko to zajmuje okolicę bocznych dróg mózdkowych i dróg piramidalnych, granice ogniska nie są ostre i przechodzą stopniowo w tkankę otaczającą. Jednakże i na pozostałym obszarze przekroju rdzenia tkanka istoty białej i szarej nie jest normalna, widać tu bowiem, zwłaszcza w słupach tylnych i bocznych dużo naczyń, otoczonych wąziutkimi jasnymi obwódkami tkanki niezabarwionej. Na skrawkach następnych, pochodzących z górnej części 5-go odcinka grzbietowego, ogniska rozrzedzenia myeliny w prawym słupie bocznym już nie widać, skrawki te natomiast już przy oglądaniu gołym okiem rzucają się w oczy swym wyglądem centkowanym, cały przekrój rdzenia wygląda na nich jakby upstrzony białymi plamkami. Pod drobnowidzem widać, że wygląd ten zależy od masy drobnych ognisk, które istota biała na całym prawie przekroju rdzenia jest usiana. (Najmniej tych ognisk napotykamy w słupach przednich i w istocie białej otaczającej rogi przednie.). W ogniskach tych tkanka jest zupełnie niezabarwiona i odci-na się ostro od otoczenia, pozatem jednak w wielu miejscach tkanka jest słabo zabarwiona i wykazuje rozrzedzenie myeliny.

Zmiany, powyżej opisane, stwierdzone przy zabarwieniu WEIGERT'a, występują na skrawkach, zabarwionych według metody V. GIESON'a, jeszcze wyraźniej. Już przy słabym powiększeniu na skrawkach takich rzuca się w oczy znaczna liczba naczyń, z których większość otoczo-

na jest obwódka czerwoną zgęszczonej tkanki. Zjawisko to występuje zwłaszcza wybitnie na całym obszarze słupów tylnych i większej dorsalnej części słupów bocznych. Cały skrawek wygląda jak gdyby był nakrapiany czerwonymi plamkami. Rozpatrując skrawki przy powiększeniu immersyjnym, widzimy, że na całym przekroju rdzenia, zwłaszcza zaś w tych okolicach, któreśmy dopiero co oznaczyli, większość naczyń otoczona jest wąską obwódką tkanki sklerotycznej, w której widać bujanie włókien glei, pozatem naokoło nielicznych naczyń widać rozszerzenie okolonaczyniowych przestrzeni chłonnych. Najbardziej znamioną zmianę samych naczyń stanowi zgrubienie całego krążka nacyniowego wraz ze zwężeniem światła. Zgrubieniu ulegają przeważnie ściany środkowa i zewnętrzna, gdy natomiast *intima* przyjmuje w tem nieznaczny udział i nie wykazuje nigdzie nieregularnych pagórkowatych wyniosłości. Na skutek tego dość jednolitego zgrubienia ścian światło naczyń staje się węższem i to do tego stopnia, że w niektórych mniejszych naczyńkach ma ono wygląd punkcika.

Jakieś wyżej zaznaczyli, bezpośrednia okolica naczyń wykazuje bujanie neuroglei, która otacza naczynia wąziutką smugą, niema jednak postaci okrągłego pierścienia, lecz posyła nieregularne wyrostki do tkanki otaczającej. Czasami udaje się spostrzedz wąziutką smugę wybujalej tkanki łącznej, ciągnącą od jednego naczynia do drugiego. W ścianach naczyń i w ich otoczeniu stwierdzono większą, niż zwykle, liczbę jąder. Naczyniom i smugom wybujalej neuroglei towarzyszy znaczna częstokroć liczba ciałek amyloidowych. Ciała te są prawie zawsze matematycznie okrągłe, po największej części wykazują zupełnie jednolite zabarwienie koloru jasnego burgunda. W niektórych widać (przy pokręcaniu śruby mikrometrycznej) ciemniejszy krążek w centrum ciała. Krążek ten bywa czasami szerszy i wtedy mniej intensywnie zabarwiony, czasami znown, co widać

bardzo rzadko, bywa on punkcikowaty, odcina się ostro od reszty ciała i jest zabarwiony intensywniej.

Pozatem w tkance nerwowej widać miejscami drobniutkie ogniska sklerotyczne, w których przekroju naczyń stwierdzić nie można. Tu i owdzie widać również rozsiane komórki DEITTERS'a. W istocie szarej stwierdzić można analogiczne zmiany w naczyńkach, nieznaczne zgrubienie ścian wraz ze zwężeniem światła i nieznaczne nacieczenie; niekiedy widać wyraźne rozszerzenie przestrzeni okolonaczyniowych.

Oprócz zmian, powyżej opisanych, widać na skrawkach, pochodzących z 4-go odcinka grzbietowego, z prawej strony przekroju w dorsalnej połowie słupa bocznego na tle sklerotycznej tkanki wyodrębniające się swoim odmiennym wyglądem trójkątne ognisko, którego położenie opisaliśmy już, omawiając skrawki, zabarwione według metody WEIGERT'a.

Zmiany histopatologiczne w ognisku tem różnią się znacznie od tych, któreśmy dopiero co opisali. W drobniutkich ogniskach nacyniowsklerotycznych, rozsianych na przekrojach, zmiany polegają przedewszystkiem na zgrubieniu naczyń i rozroście neuroglei przy względnie dobrze zachowanej tkance nerwowej. Wyrostki osiowe i otoczki myelinowe są tu zachowane; jedynie, przegródki neuroglei, rozdzielające oddzielne włókna, wykazują zgrubienie. Wprawdzie tu i owdzie widać spęcznie wyrostki osiowe, a nawet puste oczka siatki neuroglei, w których myelina uległa rozpadowi, zmiany te jednak nie stanowią cechy charakterystycznej ogniska. W ognisku trójkątnem natomiast na pierwszy plan występuje wybitny rozpad tkanki nerwowej. Widzimy tu ogromne luki w tkance, powstałe na skutek spęczenia i zaniku otoczek myelinowych, poprzedzielane węższymi lub szerszemi pasmami neuroglei. W łukach tych gdziekolwiek widoczne są olbrzymio spęcznie wyrostki osiowe, otoczek myelinowych nie widać jednak prawie wcale, spostrzedz je-

dynie można ziarniste resztki spęzniałej myeliny i tu i owdzie u ścian luki komórki ziarniste.

Tkanka posiada tu na ogół wygląd siwiaty, areolarny, przypominający pewien typ ognisk myelitycznych. Zaznaczyć jednak należy, że w ognisku tem nie widać nacieczenia drobnokomórkowego. Naczyń krwionośnych na ogół jest mało i nie wykazują one oprócz nieznacznego zgrubienia ścian żadnych zmian poważniejszych. W ognisku tem również spotrzegamy znaczną liczbę ciałek amyloidowych.

Na następnych skrawkach pochodzących z górnej części 5-go odcinka grzbietowego, znajdujemy analogiczne do opisanych powyżej zmiany naczyniowo sklerotyczne, z tą różnicą, że drobnutkie ogniska są tu rozsiane jeszcze gęściej i rozrost neuroglei wkoło naczyń jest tu bardziej intensywny. I tu również zmiany najwybitniejsze znajdujemy w słupach tylnych i w dorsalnej części słupów bocznych, jednakże i w słupach przednich oraz w wentralnej części słupów bocznych nawet najdrobniejsze naczynia otoczone są wążutkim pierścieniem tkanki sklerotycznej. Ognisk z ostrym rozpadem elementów nerwowych na skrawkach tych nie widać weale. Skrawki, pochodzące z dwóch powyżej opisanych odcinków rdzenia, zabarwione hematoksyliną, jak również zabarwione według metody Nissl'a, nie dają żadnych nowych szczegółów. Komórki nerwowe posiadają wszędzie wygląd normalny.

Na całej pozostałej długości rdzenia zarówno w odcinkach, leżących powyżej nowotworu, jak i w leżących poniżej aż do dolnych odcinków krzyżowych, spotykamy w istocie białej ogniska naczyniowo sklerotyczne podobne do tych, które opisaliśmy w 4-ym i 5-ym odcinkach grzbietowych. Wprawdzie w miarę oddalania się od okolicy nowotworu, zarówno ku górze jak i ku dołowi, ogniska w istocie białej stają się rzadsze i mniej intensywne tak, że skrawki, pochodzące z górnych odcinków szyjowych i

dolnych krzyżowych przy powiększeniu słabszem nie różnią się wyraźnie od skrawków, wziętych z rdzenia normalnego, jednakże przy silniejszym powiększeniu widać i tutaj rozsiane w istocie białej naczynia, których ściany są zgrubiałe i otoczone wążutkiem pasmem tkanki sklerotycznej. W istocie szarej znajdujemy większą liczbę naczyń, których ściany wykazują nieznaczne zgrubienie. W samych ścianach i w bezpośredniej ich okolicy widać czasami lekkie nacieczenie. Przestrzenie okołonaczyniowe częstokroć znacznie rozszerzone. Również widać często rozszerzenie przestrzeni okołokomórkowych.

Prócz zmian powyższych znajdujemy w rdzeniu lędźwiowym, zaczynając od III odcinka, bardzo gęstą siatką neuroglei w pasie obwodowym słupów tylnych i wzdłuż *sept. longit. post.*, jak również mniej wybitną sklerozę w pasie obwodowym słupów bocznych. Poniżej, w rdzeniu krzyżowym skleroza ta jest mniej intensywna, zajmuje przeważnie środkowe i obwodowe części słupów tylnych.

Ognisk, odznaczających się ostrym rozpadem elementów nerwowych, podobnych do tych, które stwierdziliśmy na skrawkach z 4-go odcinka grzbietowego, w innych odcinkach rdzenia nigdzie nie znajdujemy.

Godny zaznaczenia jest jeszcze jeden szczegół, który zauważyliśmy przy przeglądaniu skrawków, pochodzących z różnych wysokości rdzenia. Dotyczy on zachowania się ciałek amyloidowych. Opisując skrawki, które wykazywały zmiany najwybitniejsze, zaznaczyliśmy obecność dużej liczby ciałek amyloidowych, rozsianych przeważnie w tkance istoty białej.

Otóż przy przeglądaniu skrawków, pochodzących z innych odcinków, zabarwionych według metody V. Gieson'a, zdołaliśmy zauważyć, że liczba ciałek amyloidowych na przekroju rdzenia wzrasta w miarę oddalania się od oko-

licy nowotworu. Na pewnej wysokości ponad nowotworem i poniżej nowotworu liczba ciałek amyloidowych widocznych na przekroju dosięga swego *maximum*, aby następnie stopniowo się zmniejszać. Powyżej nowotworu największą liczbę ciałek amyloidowych znajdujemy na skrawkach, pochodzących ze środkowej części rdzenia szyjowego. Na tej wysokości cały przekrój rdzenia jest niemi literalnie usiany, zwłaszcza w okolicy słupów tylnych i tylnej połowy słupów bocznych. Znajdujemy je prócz tego w znacznej liczbie w okolicy naczyń, w okolicy centralnego kanału, w „*gliöse Randschicht*”, w t. zw. *spatium epispinale*. Znajdowane tutaj ciała amyloidowe są zupełnie okrągłe i wykazują zabarwienie jednolite.

Poniżej nowotworu liczba ciałek amyloidowych dosięga swego *maximum* w okolicy 12-go grzbietowego i 1-go lędźwiowego odcinka; są one tu najbardziej skupione w obwodowym pasie słupów tylnych

Skrawki, barwione według metody MARCH'ego, wykazują zmiany bardzo wyraźne. Przy opisie tych zmian zaczniemy również od tych odcinków rdzenia, które przylegały bezpośrednio do nowotworu. Na skrawkach z 4-go i 5-go odcinka grzbietowego widać znaczną liczbę czarnych ziaren rozpadłej myeliny, rozrzuconych po całym przekroju w białej i szarej istocie rdzenia. Widać tu mianowicie rozlane zwyrodnienie, ogarniające całe słupy tylne (silniejsze na granicy z rogami tylnymi) i mniej intensywne zwyrodnienie rozsiane, ogarniające słupy przednioboczne (silniej zaznaczone w okolicy prawej bocznej drogi piramidalnej). Powyżej tych odcinków występują wyraźnie zmiany, noszące charakter zwyrodnień wtórnych. Widać tu bowiem czarne bryłki zwyrodniałej myeliny w obrębie pęczków GOLL'a i przylegających części pęczków BURDACH'a, jak również w całym pasie obwodowym słupów przedniobocznych (zwłaszcza w okolicy drogi mózdko-

wej). Prócz tego na całej pozostałej przestrzeni słupów bocznych, przednich i tylnych widać rozsiane w tkance w nieznacznej liczbie czarne bryłki zwyrodniałej myeliny, których liczba zmniejsza się widocznie w miarę posuwania się ku górze, tak, że na skrawkach, pochodzących ze środkowej części rdzenia szyjowego widać już tylko wyraźne zwyrodnienie w pęczkach GOLL'a i w przylegających obwodowych częściach pęczków BURDACH'a oraz na obwodzie słupów przedniobocznych (po stronie prawej więcej, aniżeli po stronie lewej). Na skrawkach, pochodzących z odcinków rdzenia położonych poniżej 4-go i 5-go grzbietowego aż do 12-go grzbietowego odcinka widać czarne bryłki rozpadłej myeliny, rozsiane na całej przestrzeni przekroju zarówno w istocie szarej, jak i białej, w tej ostatniej jednak bryłki są najgęściej zgrupowane w obrębie dróg piramidalnych, zwłaszcza zaś po stronie prawej. W słupach tylnych widać rozsiane zwyrodnienie i oprócz tego bardziej wybitne w obrębie niezbyt zbitego pęczka HOCH'ego po obu stronach, zwłaszcza zaś po stronie lewej. W części lędźwiowej istota szara zawiera już mało bryłek zwyrodniałej myeliny; w istocie białej widać sporo czarnych ziaren, luźno rozsianych na całej przestrzeni słupów tylnych i skupionych w *fasciculus dorso-medialis*. Poza to widać wyraźne zwyrodnienie obydwóch dróg piramidalnych bocznych i mniej wyraźne pasów obwodowych słupów przedniobocznych.

Poczynając od 2 — 3 odcinka lędźwiowego w słupach tylnych, staje się bardzo wyraźnym zwyrodnienie w obrębie *fasc. dorsomedialis* i oprócz tego powstaje tu po stronie lewej wybitne zwyrodnienie pasa korzonkowego. W 5-ym odcinku lędźwiowym widać wybitne zwyrodnienie w obrębie pola owalnego FLECHSIG'a i lewego pasa korzonkowego i mniej wyraźne lewych korzeni tylnych. W rdzeniu krzyżowym oprócz luźno rozsianego

zwyródnienia na obwodzie słupów przednio-bocznych i na całej przestrzeni słupów tylnych widać w tych ostatnich zwyródnienie w obrębie trójkątów PHILIPPE'a-GOMBAULT'a, zaś zwyró-

dnienie w pasie korzonkowym staje się ku dołowi coraz mniej wyraźnem.

* * *

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

104. M. H. SICARD. Przejawy gościca u dzieci.

Gościce u dzieci znacznie różni się od takiejże sprawy u dorosłych; podczas gdy u ostatnich przedewszystkiem rzucają się tu w oczy objawy ze strony stawów, u pierwszych afekcje stawowe usuwają się niejako na plan drugi, niekiedy stają się zupełnie niewyraźnymi, natomiast wyraźnie zarysowują się sprawy takie, jak: *endocarditis*, *chorea*, *tonsillitis*, różnego rodzaju rumienie (*erythema*), guziki podskórne — krótko mówiąc, afekcje, które wobec często bardzo słabo zaznaczających się objawów ze strony stawów napozór zdawałyby się być cierpieniami samodzielnymi. To też w wielu bardzo przypadkach prawie że jedynie dopiero afekcje wsierdza i osierdza o istocie źródła ich wnioskować pozwalają.

U dzieci bardzo rzadko ze strony stawów stwierdzić się dają tak wyraźne objawy zapalne — zaczerwienienie, obrzmienie, ból — jak u dorosłych; natomiast zauważyć się tylko daje umiarkowany ból przy ruchach *resp.* zmianie położenia dotkniętego członka (dlatego też chory stara się trzymać członka w pewnym określonym położeniu).

Przy badaniu wykazać się daje pewna wrażliwość nad przyczepami ścięgien i więzów. Gościce u dzieci szczególną okazuje skłonność do sadowienia się w stawach kończyn dolnych, kolanach, stawach stopo-goleniowych lub też w drobnych stawach stopowych, rzadziej w kończynach górnych, jak stawie barkowym, łokciowym, przedramienio-napięstkowym lub w drobnych stawach kiści, niekiedy wreszcie w sta-

wach kręgów szyjowych (przy objawach *torticollis*).

Wzmiankowane przejawy ze strony stawów trwają od kilku dni do kilku tygodni — poczem ustępują, lecz i wtedy nawet okazują pewną skłonność do nawrotów, to też nieraz afekcja gościcowa jakkolwiekby się na pozór wydawała łagodną, może trwać tygodniami albo miesiącami i pozostawiać po sobie znaczne niekształcenie danego członka.

Reumatyzm rzadko zdarza się u dzieci poniżej dwóch lat, a jeszcze rzadszem jest zjawiskiem u dzieci poniżej roku. RAUCHFUSS na 1500 ssawców u pięciu tylko stwierdził reumatyzm, WIEDERHOFER zaś na 70000 — w jednym tylko przypadku.

Opierając się po części na dziele GRANCHER'a - COMBE'a (*Traité des Maladies de l'Enfance*) autor podkreśla, że reumatyzm stawowy u dzieci różni się od takiegoż reumatyzmu u dorosłych 1) charakterem afekcji stawowych, znacznie ustępujących pod względem przejawów i cech zewnętrznych afekcyom u dorosłych, 2) częstością afekcji gościcowych pozastawowych (abartycznych), wreszcie 3) częstością i ciężkością powikłań ze strony serca.

Ssawiec w przypadku gościca krzyczy, jest niespokojny, nie chce ssać, gorączkuje, krzyczy przy poruszaniu dotkniętej kończyny. U dzieci dwuletnich lub starszych cierpienie poczyną się zwykle nagle, przy temperaturze względnie niewysokiej (około 39°), ból i ogólne niedomaganie bywają tu nieznaczne — badanie wykazuje co najwyżej nieznaczne obrzmienie, zajęty bywa jeden lub kilka rozmaitych stawów; niekiedy

znów bywa gorączka, niepokój, ból — przy braku obrzmienia; niekiedy i gorączki nie bywa i ból nawet zauważyć się nie daje — dziecko nie chce pozostawać w łóżku — chce chodzić — szczególnie stwierdzić się to daje w tych przypadkach (tej kategorii), w których gościec atakuje kończyny górne — w przypadkach bowiem zaatakowania dolnych kulenie lub potykanie się prędzej już zwraca uwagę na afekcye stawu.

Dziecko w godzinach poobiednich może mieć gorączkę, która ustępuje nazajutrz zrana — pojawia się znów w godzinach poobiednich i t. d. Są to przypadki, które — o ile ściśle badanie nie wykryje bolesnego stawu, więzów i tem samem nie skieruje rozpoznania na właściwą drogę, albo — o ile przyłączające się zapalenie wsierdzia, płasawica, uparta małopokrwistość i t. d. znaczenia sprawy nie wyjaśni, mogą się stać powodem pomyłek dyagnostycznych (influenza, malaria, dyspepsya, *typhus* i t. d.).

Dalej rozważa prof. SICARD sprawy, powstające na tle reumatyzmu.

Endocarditis zdarza się o wiele częściej, niż u dorosłych; częściej sprawie ulega zastawka dwudzielna — ujście aortalne o wiele rzadziej. *Endocarditis* może ujawniać się samo tylko, bądź też towarzyszy mu i zapalenie osierdzia (*pericarditis*) lub też inne powikłania gościewi właściwe. Pojawiać się ono może wcześniej wraz z pierwszemi oznakami cierpienia stawowego albo też w czasie jednego z nawrotów tegoż — niekiedy nawet poprzedza afekcye stawową. Na szczególne zaznaczenie zasługują przypadki *endocarditis*, jakie spostrzegają się u dzieci starszych — w których wywiady nie wykazują uprzednich afekcyi reumatycznych, albo w których rodzice napomykają coś o bólach, przypisywanych „szybkemu rośnięciu”. Jeśli jednak dzieci takie troskliwie obserwować, to zazwyczaj wcześniej lub później spostrzedz się dadzą objawy gościewe ze strony stawów.

Endocarditis ulcerosa u małych dzieci zdarza się nadzwyczaj rzadko. ADAMS jako ogólną liczbę notowanych w literaturze u dzieci do lat 15-u takich przypadków notuje 46 (3 wrodzone, 3 nabyte przed upływem pierwszego roku życia, reszta u dzieci powyżej lat 3-ich).

Pericarditis zdarza się rzadziej (w 18% przypadków gościewa). Zapalenie to stanowi powi-

kłanie groźne, zwłaszcza w okresie ostrym i konwalescensyi. *Pericarditis sicca* nie zawsze bywa rozpoznawane, choć postać ta według KOP-LICK'a bywa częstsza, niż ogólnie się przypuszcza. Zazwyczaj z postaci wysiękowej po wessaniu wysięku powstaje postać sucha — zrosty, nieraz grube i prowadzące do zaniku worka osierdziowego. *Endo- i Pericarditis* znacznie pogarszają stan rzeczy. CADET de GASSICOURT podaje, że w 29-iu przypadkach na 100 — u dzieci, dotkniętych gościewem *resp. endo- i pericarditis* — afekcya sercowa się wyrównywała — w 6-iu zaś skończyła się nagle śmiercią — pozatem może ona być bardzo lekka — w większości jednak przypadków pozostaje nie dająca się usunąć choroba sercowa, która albo kończy się śmiercią w wieku młodzieńczym, albo też wlecze się, utrudniając na każdym kroku żywot chorego.

Pleuritis — zazwyczaj *exudativa* — bywa niekiedy nawet obustronne; zdarza się częściej w przebiegu, niż pod koniec ataku gościewego, — niekiedy poprzedza cierpienie stawowe (GASSICOURT). Czasem spostrzegać się daje i *endocarditis*. Wysięk może uleść wessaniu bez śladu i, o ile nie było zakażenia, nie staje się ropnym. Niekiedy trudne tu bywa odróżnienie od *Pleuritis tuberculosa* — w razach wątpliwych rozstrzyga badanie drobnowidzowe.

Płasawica (*chorea*) nierzadko poprzedza gościec — nierzadko też pierwszem jej następstwem bywa *endocarditis*. Trzy te sprawy (płasawica, gościec i *endocarditis*) pozostają w tak ścisłym z sobą związku, że obecność jednej z nich każe doszukiwać się współistnienia lub też pojawienia się dwóch pozostałych. W czasie pojawienia się gościewa stawowego u dziecka, dotkniętego płasawicą, objawy nerwowe mogą się miarkować i nawet ustępować, aby się znów pojawić z chwilą ustąpienia przejawów gościewych. Za gościewą przyrodą płasawicy, pomimo ztąd i zowąd wyrażonych wątpliwości, przemawiają obserwacye HOLT'a, CRANDALL'a i in.

U dzieci jako następstwo sprawy gościewej nierzadko spostrzegają się tak zw. guziki podskórne (*subcutaneous nodules*). Były one po raz pierwszy opisane przez WARNER'a (w Anglii) oraz JACCOUD'a i MEYNEL'a (we Francyi). Przedstawiają się one jako małe twory, sadowiące się pod skórą i łączące się za pośrednictwem

szypuły z pochwą ścięgien, więzadłem, okostną. Najczęściej spostrzegać się dają wokoło stawu łokciowego w ścisłym związku z kłykcami *humeri*, z *olecranon* oraz z otoczkami ścięgien przedramienia i ręki, w okolicy obojczyka w związku z mięśniem mostko-sutko-obojczykowym i czaszką — w okolicy rzepki, guzków żeberowych, grzebienia kości biodrowej. Bywają wielkości grochu, lecz mogą być i większe i na gromadzać się wznaczniejszej liczbie (50 sztuk). Składają się z tkanki włóknistej — lecz mogą ulegać zwyrodnieniu i znikać w ciągu kilku tygodni lub też trwać miesiącami. Pojawiają się jednocześnie z napadem gośćcowym, a nawet i bez tegoż. W Stanach Zjednoczonych względnie spostrzegają się mniej często, niż w innych krajach.

WARNER znajdował je prawie zawsze przy powikłaniu chorobą (wadą) serca, zwłaszcza postępującą. GOODHART w szpitalu dziecięcym w Londynie znajdował je w 23 na 50 dostawionych do szpitala przypadków gościa stawowego.

Z pomiędzy obserwowanych tu *erythema nodosum*, *marginatum* i *cicrinatum* względnie najczęściej spostrzega się postać pierwsza — *erythema nodosum*. Guziki sadowią się tu zazwyczaj w granicach powierzchni goleniowych lub też wyprostnych powierzchni przedramion; bywają one wielkości orzecha z osi podłużną równoległą do osi podłużnej członka, są one czerwone, wystają nieco ponad otaczającą powierzchnię skóry i są bardzo wrażliwe. Po zaniku siedlisko ich cechuje się zabarwieniem wybroczynowym (*ecchymosis*). Aczkolwiek rumień ostatnio notowany widzieć się udaje i niezależnie od sprawy gośćcowej, to jednakże obecność jego każe w niej właśnie doszukiwać się źródło powstawania jego.

Tonsillitis i *Pharyngitis* okazują się często przyrody gośćcowej — służą więc często za zapowiedź *resp.* za źródło gościa ze wszelkimi tegoż powikłaniami i skutkami.

Torticollis bywa też nieraz przyrody gośćcowej i wikła się często z zapaleniem gardzieli takiegoż charakteru. Należy się tu jednak wystrzegać, aby przypadek *torticollis*, o ile ten zależny jest od gościa stawowego kręgów szyjowych, nie brać za także cierpienie, spowodowane *morbo Potti*.

Małokrwistość powstaje często bądź to w przebiegu, bądź też w następstwie gościa. Opóźnia ona zdrowienie, a często sprzyja ponownemu napadowi jego. GOODHART nawet — w przypadkach małokrwistości, nie dających się należyte wyjaśnić, doszukuje się źródła jej w gościec rodziców — jako przyczynie, sprzyjającej rozwojowi jej oraz skłonności do gościa u dziecka. *Purpura* spostrzega się jako powikłanie, choć względnie mniej często, niż u dorosłych.

Ze względów dyagnostycznych należy mieć na uwadze: *scorbutus*, *osteomyelitis*, *arthritis gonorrhoeica*, *epiphysitis syphilitica*, *syphilis hereditaria ossium*, *haemophilia* — u starszych dzieci przeważnie *osteomyelitis* i *tuberculosis*.

Obok obrzmień postaci wrzecionowatej okółko stawu (najczęściej kolanowego lub stopowego) bardzo bolesnych, bledości powłok, wybroczyn krwawych — na korzyść gnilec świadczy jeszcze stan dziąseł — ich bledość oraz krwawienie z nich. Po zatem sprawa się wyjaśnia, *resp.* objawy powyższe poczynają ustępować wraz ze zmianą diety (świeże mleko, sok pomarańczowy i t. d.).

Epiphysitis acuta, *synovitis purulenta acuta* lub *osteomyelitis*, jako wyraz sprawy ropniczej, *resp.* zaraz z początku ropnej — łatwo z nasady kości szerzą się na staw; sprawa ta poczyną się dreszczem, znamionuje się gorączką o przebiegu właściwym sprawom septycznym, z upadkiem sił, niepokojem, wreszcie stanem niby odrętwienia (*stupor*) — rozlanem bolesnem obrzmieniem, zaczerwienieniem, obrzękiem i chębotaniem.

Wogóle objawy ogólne i miejscowe są tu za ostre i zanadto wybitne, jak na sprawę gośćcową — dziecko umiera zazwyczaj w ciągu dni 2 do 14.

Niekiedy sprawa rzeżączkowa (*gonorrhoea*) przybiera też taką postać pyemiczną; pierwotnie zaznaczać się ona może objawami *ophthalmiae*, *vulvovaginitidis*, *stomatitidis* (?) albo zapaleniem sznurka pępkowego — lecz notowano też przypadki, w których nie można było wykazać jakichkolwiek bądź uprzednich zmian chorobowych czy to ze strony błon śluzowych, czy też skóry (*abrasio*) (?).

Epiphysitis syphilitica może się już zaznaczać w czasie życia wewnątrzmacicznego; zazwyczaj objawy zarysowują się w 6–8 tygodni po urodzeniu i znajdują swój wyraz w obrzmieniu i bolesności u nasady kości, w porażeniu rzekomem (*pseudoparalysis*); oddzielenie nasady zaznacza się trzeszczeniem — niekiedy bywa ropienie.

Przejawy późnego przymiotu dziedzicznego naśladują niekiedy przejawy gośćca, wkrótce jednak konsystencya obrzmień, bóle nocne, zniekształcenie oraz inne objawy syfilityczne istotę rzeczy należyte wyjaśniają. *Osteomyelitis* trzonu kości, o ile ropa nie toruje sobie drogi pod okostną ku nasadzie kości, łatwo od sprawy gośćcowej odróżnić się daje.

Gruźlica stawowa z początku nasuwa pewne trudności dyagnostyczne — wreszcie wrzecionowate (?) obrzmienia, ból przy ucisku kości, stan zanikowy danego członka oraz historia cierpienia naprowadzają na właściwą drogę.

Przy zajęciu jednego tylko stawu należy mieć na uwadze, czy nie jest ono spowodowane urazem, a więc czy nie jest ono zwykłym zapaleniem urazowym, oraz i to, że infekcyja rzeżączkowa u starszych dzieci może dotyczyć jednego tylko stawu.

(Medical Record. N. 1852. 1906 r.).

F. Gr.

105. F. HESS. Wykazanie braku w żołądku kwasu solnego drogą badania kału.

Ze względu na trudności, jakie się nasuwają przy określaniu zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym sposobami, dotąd praktykowanymi, autor podaje tu swoją metodę wykazywania czy też braku tegoż. Polega ona na badaniu kału, a zaletą jej jest, że ograniczyć się tu można na badaniu makroskopowem, obejść się bez stosowania skrupulatnie w takich razach zalecanej diety próbnej (SCHMIDT'owskiej) oraz bez wielu innych kłopotliwych i często mozolnych zachodów. Pamiętać tylko należy, ażeby przed przystąpieniem do badania kału danego osobnika osobnik ten w ciągu trzech dni z rzędu spożywał co dzień ni mniej, ni więcej niż $\frac{1}{4}$ funta wołowiny siekanej i przygotowanej tak, iżby ośrodek danej porcyi nawpół pozostawał wygotowanym — pozatem pozostawia się badaniem szeroki wybór potraw dla zadowolenia

swojego apetytu.. a więc dozwala się: jaja, tarce kartofle, krupy, galaretkę, sucharki, masło, cukier, mleko, kawę, herbatę, kakao... w umiarkowanych ilościach.

Po trziedniowem stosowaniu takiej diety przystępuje się do badania kału. W tym celu porcję tegoż wielkości orzecha rozciera się w moździerzu przy stopniowem dodawaniu wody, dotąd — aż w rozczywie nie będzie zbitych grudek. Dokładne roztarcie jest warunkiem niezbędnym dla właściwego rozpoznania; roztarta tak zawartość moździerza wylewa się na czarną płytkę. Fizyologiczną zasadą metody tej jest, że tkanka łączna trawi się jedynie pod działaniem soku żołądkowego — jeśli więc wiadomem jest, jaką ilość tkanki owej zdrowy żołądek w danym okresie przetrawić może, to z obecności lub braku jej w stolcach wnioskować można o właściwościach soku *resp.* o zawartości w nim kwasu solnego.

Otóż SCHMIDT wykazał, że normalny żołądek wydziela sok w ilości dostatecznej do przetrawienia w danym okresie — tkanki łącznej, zawartej w 100 grm ($= \frac{1}{4}$ funta) gotowanego mięsa. Stolce więc osobnika, poddanego doświadczeniu, spożywającego wymienioną ilość mięsa, o ile sok żołądkowy jego jest normalny, — nie powinny zawierać w sobie tkanki łącznej — jeśli zaś ją zawierają, jest to dowodem, że sok — *resp.* kwas solny nie wydziela się w należytej ilości i jakości. Rozumie się, że wchodzi tu w grę i postać, w jakiej mięso do żołądka się wprowadza: surowe trudniej, zbyt wygotowane łatwiej wpływowi soku ulega — w dwóch ostatnich przeto przypadkach i sama próba traci na wartości.

Zwierzchnia warstwa rozczywnionego w powyższy sposób kału najważniejszą pod względem dyagnostycznym odgrywa rolę. Na jej to powierzchni dostrzegać się dają białawe lub żółtawe cząsteczki, określenie przyrody których decydujące ma znaczenie pod względem rozpoznawczym. Zazwyczaj wystarcza tu już badanie makroskopowe: cząsteczki roślinne bywają zabarwione więcej żółto (barwnik żółciowy) i łatwiej dają się rozdzielać czy rozszczepiać — cząsteczki zaś tkanki łącznej trudno manipulacji takiej się poddają, są odporniejsze — a włóknista przyroda ich staje się jeszcze wido-

czniejszą, jeśli przed manipulacją rozszczepiania poddać je przemyciu; przeciwnie, cząstki roślinne, grudki tłuszczu o wiele łatwiej rozdzielać się pozwalają i wrażenia takiej odporności nie dają. Zazwyczaj — zwłaszcza po nabyciu pewnej już wprawy rozpoznanie okazuje się bardzo łatwe i z tego względu wyjątkowo chyba uciec się wypada do badania drobnowidzowego. Aczkolwiek niekiedy pomimo nawet zmniejszenia się ilości kwasu solnego włókien łączno-tkankowych w stolcach wykazać się nie udaje, to jednakże na uwagę mieć należy, że przy normalnym wydzielaniu się soku żołądkowego — nigdy ich w stolcach nie bywa.

Metoda ta szczególnie nadaje się w przypadkach, w których podejrzewa się zmniejsze-

nie się sekrecji soku żołądkowego lub *achylian gastricam*. W przypadkach ostatniej kategorii zyskuje ona na wartości, albowiem w razach takich trudno jest, po wprowadzeniu do żołądka strawy próbnej, wydalić z tegoż treść pokarmową ze względu na szybkie jej tu przesuwanie się do dwunastnicy.

Szczególniej zaleca się metoda ta dla chorych nerwowych, tych, którzy nie zgadzają się na wprowadzenie zgłębnika (pompki żołądkowej) i wogóle w przypadkach, w których z tych lub owych względów zachodzi obawa lub niemożebność wprowadzenia go.

(Medical Record. N. 1851. 1906 r.)

F. Gr.

ODCINEK.

III Sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem — od dnia 1 kwietnia 1905 r. do dnia 1 kwietnia 1906 r.

ułożył

D-r KAZIMIERZ DŁUSKI.

Pozwalamy sobie podać do publicznej wiadomości trzecie z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatorium.

Dla przyczyn od nas niezależnych pojawia się ono w druku później od poprzednich. Sądzimy, że wzbudzi ono pewne zainteresowanie, jak i dawniejsze, nie tylko wśród lekarzy polskich, lecz i wśród szerszej publiczności, gdyż działalność Zakładu dotyka zbliska najistotniejszego interesu całego ogółu i każdej pojedynczej jednostki — zdrowia.

Ogólna liczba chorych w tym okresie wynosi 267 osób. Z tej liczby na Polaków przypada 244, na Rosyan 19, na inne narodowości 4 (1 Kroat, 1 Węgier i 2 Niemki). Ogólna liczba

dni leczenia stanowi 23581, co wynosi przeciętnie na jednego chorego 88,5 dni.

W tablicy, zawierającej wyniki leczenia, umieściliśmy tylko 229 chorób, strącając z ogólnej liczby 267 chorych 38-ju, a mianowicie:

1) 28, których leczenie trwało mniej, niż 30 dni, co stanowi czas minimalny dla wyrobienia sobie pojęcia o możliwych skutkach leczenia.

2) 9, którzy w dniu 1 kwietnia 1906 r. nie leczyli się jeszcze całych 30 dni w Sanatorium.

3) nakoniec 1 „profilaktyk”.

Zaznaczyć tu wypada, że w ogólnej liczbie 229 chorych, będących przedmiotem naszego sprawozdania, mamy 24 osoby, które leczyli się w Sanatorium po raz drugi, i 4 osoby, które leczyli się po raz trzeci.

Metoda lecznicza, jaką wyłącznie się posługujemy od chwili otwarcia Sanatorium, została stworzona przez BREHMER'a i DETTWELER'a i wydoskonalona przez ich szkołę. Do żadnych środków swoistych dotąd nie ucieka-

liśmy się. Jeszcze raz powtórzmy to, co już zaznaczyliśmy w poprzednich sprawozdaniach, że środki te nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane. Dość powołać się na różnice poglądów, jakie się przejawiały na ostatnim paryskim kongresie, gdzie różne tuberkuliny lub surowice KOCH'a, DENYS'a, MARMORK'a i innych były kolejno zalecane, jako najlepsze środki w walce z gruźlicą, lub na świeżą monografię takiej powagi, jak prof. SAHLI z Bernu, który dowodzi, że wszelkie używane dotąd metody wstrzykiwania tuberkuliny KOCH'a i innych oparte były na błędnych metodach i mogły przynieść chorym więcej szkody, niż pożytku. Sam zaś poleca tuberkulinę prof. BERANECK'a z Neuchatel ale w dawkowaniu znacznie mniejszem i ostrożniejszym ¹⁾. Wobec tylu spornych kwestyi w tej sprawie należy być ostrożnym i nie poddawać chorych niepewnym próbom. Wychodząc z zasady „*primum non nocere*” pozostajemy dotąd na gruncie wyłącznego stosowania metody higieniczno-dyetycznej, mającej za sobą pół wieku doświadczenia, obfitego w skutki równie niezaprzeczalne, jak doniosłe pod względem lekarskim i społecznym. Cyfry nasze wykazują, że otrzymane u nas wyniki lecznicze są zupełnie zadawalające. ²⁾

Mówić obszerniej o metodzie BREHMER'a — DETTWEILER'a, jako powszechnie znanej, nie będziemy. Streszcza ją w ogólnych zarysach znany specjalista prof. PENZOLD w swej pracy „*Behandlung der Lungentuberculose*” w następujący sposób:

Środka specyficznego, na podobieństwo rtęci w przymocie, dla leczenia gruźlicy płuc nie posiadamy. Za najlepszy środek wedle jednogłośnej opinii wszystkich w sprawie leczenia gruźlicy doświadczonych lekarzy uważana być musi metoda higieniczno-dyetyczna. Zainaugurowana przez BREHMER'a, wydoskonalona

przez DETTWEILER'a, DRIVER'a i innych, oparta została, zwłaszcza przez niemiecką szkołę, na gruncie leczenia w zamkniętych zakładach, w Sanatoriach, jako dających jedynie gwarancję dokładnego jej wykonania. Polega ona w krótkich słowach na obfitem odżywianiu, jaknajszerszem używaniu świeżego powietrza, spokoju i dokładnie oznaczonej ilości ruchu, hartowaniu ciała, wpływie psychicznym i unikaniu wszelkich szkodliwych dla zdrowia czynników.

Metodę tę, wedle naszych sił i środków, staramy się stosować jaknajlepiej dla dobra chorych, a więc dajemy im pożywienie zdrowe i obfite, składające się z 6-ciu posiłków dziennie oraz mleka na żądanie, co wynosi przeciętnie 1½ litra na chorego dziennie. Naturalnie, iż w układaniu pokarmów liczymy się bardzo z czynnościami trawienia, podlegającymi, jak wiadomo, w przebiegu gruźlicy płuc częstym zaburzeniom. Odpowiednia dyeta w połączeniu z klimatycznym leczeniem niejednokrotnie daje w krótkim czasie pomyślne wyniki bez stosowania żadnych specjalnych leków. Zakłócone czynności powracają do stanu normalnego, chorzy zaś, który się uskarżał na rozmaite dolegliwości żołądkowe i kiszkiowe, zaczyna w krótkim przeciągu czasu czuć się zupełnie dobrze i odżywiać bez specjalnego wyboru pokarmów w sposób normalny.

Przy stałym używaniu świeżego powietrza, uwzględnienie możliwie wielkiego spokoju oraz dokładne oznaczenie ilości ruchu ma swą wielką rację bytu w tem, że chorzy na gruźlicę bardzo łatwo tracą równowagę temperatury. Stosownie do stanu płuc i do pewnej wrażliwości nerwowej, ściśle związanej z samą istotą gruźlicy, chory bardzo łatwo ulega wzniesieniom ciepłoty, które ujemnie się odzwijają na przebiegu leczenia.

Zgodnie więc z praktyką, wyrobioną w Sanatoriach zachodnio-europejskich, chorzy spędzają w różnych odstępach czasu 6 godzin na leżeniu na werandach. Oprócz tego chorzy z ciepłotą normalną i przy dobrym stanie sił mają 2 — 3 godzin spaceru poza werandowaniem. Spacery jednak, pod kontrolą lekarską, zaczynają się od krótkich 10 — 15 minutowych 2—3 razy dziennie i po równym terenie, zwłaszcza dla chorych, którzy świeżo przybyli do zakładu, jeszcze do w ysoko - górskiego klimatu się nie

¹⁾ Ueber Tuberkulinbehandlung. Basel. 1906.

²⁾ Oprócz powszechnie używanych w gruźlicy leków, stosownie do różnych jej objawów, posługiwaliśmy się dla zwalczania małokrwistości przetworami żelaza, dla podniesienia stanu ogólnego wstrzykiwaniami arsnykodylu (w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem) a także przetworami odżywczymi (somatoza, sanato-gen i t. d.). Przeciw gruźlicy krtani stosowaliśmy 10% oliwę mentolową, roztwór lizolu, ortoform i t. d. Dodajmy jeszcze, że przy bólach i kłuciu w pleuritis sicca robiliśmy nasświetlania światłem fioleto-wym i mieliśmy bardzo zadawalające wyniki w tych przypadkach, gdzie wszelkie inne zewnętrzne środki okazały się bezskuteczne.

przyzwyczaili. Dopiero przy bliższem zapoznaniu się z chorym i przy należytem ocenieniu jego sił dozwolane są spacerować coraz dłuższe i po ścieżkach z coraz większem wzniesieniem w parku zakładowym lub dalej poza jego granicami. Uważamy taką metodę postępowania za racjonalną, gdyż chorzy niejednokrotnie przeceniają swe siły, zaś nadmiar ruchu często przynosi im szkodę, narażając na zbytne zmęczenie lub wywołując niepożądane komplikacje dla płuc lub opłucny. Naturalnie, iż chorzy gorączkujący leżą w łóżku aż do odzyskania zupełnie normalnej ciepłoty i przy zezwoleniu na spacerować są przedmiotem specjalnej ostrożności.

Nie mając innego „specyfiku” bezpośrednio dla płuc, jak świeże powietrze, staramy się, aby chorzy korzystali z niego w najszerszych granicach, nie tylko dniem, lecz i nocą, sypiając, stosownie do stanu pogody, przy otwartych całych oknach lub górnych szybach.

Choć nie mogliśmy przeprowadzić obowiązku o werandowania w godzinach wieczornych, jak to ma miejsce w Sanatoryach niemieckich, z racji, iż polacy z trudnością naginają się do dyscypliny sanatoryjnej, a tembardziej do nudnego z natury swej werandowania, szczególnie ludzie przyzwyczajeni do czynnego życia — jednak wielu chorych korzysta z tego „nieobowiązkowego” werandowania, zwłaszcza podczas sprzyjającej pogody, i nie tylko latem, lecz i zimą.

Celem zahartowania ciała i większego odpornienia ustroju stosujemy wprowadzone przez BREHMER'a nacierania wodą z wyskokiem lub czystą, skoro niema specjalnych przeciwskazań. Chorzy z małymi wyjątkami znośnią je dobrze, lubią i odczuwają w krótkim przeciągu czasu dodatnie ich skutki, w pierwszym rzędzie większą wytrzymałość na zmiany temperatury. U chorych, nie mających skłonności do krwioplucia, a którzy się cieszą większą odpornością ustroju, stosujemy z kolei natryski z obniżającą się w ciągu 20 — 30 sekund ciepłotą od 35° do 10° C. Liczba chorych, która korzystała z nacierania, wynosi 173, z natrysków 41.

Ale leczenie klimatyczne nie kończy się na używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i hartowaniu ciała. Wszystko to dotyczy

osoby fizycznej człowieka i sprawności poszczególnych czynności jego ustroju. Tutaj już wdanie lekarza jest bardzo skomplikowane i wymaga ciągłej, nieustającej czujności, aby chorego uchronić od wszelkich szkodliwych czynników, na które, przy swej zwykłej lekkomyślności, tak łatwo może się narażać. Chodzi jeszcze o wpływ psychiczny, który słusznie podkreśla PENZOLD — wpływ tak niezmiernie ważny, a nie zawsze w Sanatorych dostatecznie uwzględniany. Zbyteczna mówić, jak już u zdrowego człowieka stan psychiczny, odbijając się w pierwszym rzędzie na nerwach, wpływa przez nie na takie ważne czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie z jednej, a sen z drugiej strony. A cóż dopiero u chorego na gruźlicę, który przez samą chorobę jest w stanie ciągłego napięcia nerwowego i dla łada błahszej przyczyny może być z równowagi psychicznej wytrącony. Tutaj zadanie lekarza jest jeszcze bardziej mozolne. Mając na swem sumieniu odpowiedzialność za pomyślny przebieg leczenia chorego, powinien znać dokładnie całe psychiczne „ja” chorego, wejść we wszystkie tajniki jego dręczonej nędzą cielesną duszy, zrozumieć dążenia i pragnienia, odczuć jego bóle i radości, a wtedy będzie w stanie zadzierżnąć silny węzeł duchownej spójni, dający mu wielki wpływ na chorego. Z taką bronią w ręku dokona wiele. Zadanie trudne. Jeśli przysłowie o beczce soli stosuje się do człowieka zdrowego, to cóż powiedzieć o chorym, który z natury rzeczy jest więcej skryty, podejrzliwy, wrażliwy, którego warunki życia przez choroby są często w sposób bardzo przykry pogmatwane, a życie samo na czas dłuższy lub krótszy wykołajone.

Tutaj ma się do czynienia z jednostką nie-normalną, która dla otrzymania *maximum* pożytku z leczenia powinna być w stanie jaknajwięcej normalnym. Więc obowiązkiem lekarza jest oddziaływać ciągle na chorego tak, aby wszystkie nienormalności jaknajbardziej łagodzić, aby nie dopuszczać go do stanów zniechęcenia lub zwątpienia, podtrzymywać w nim stale wiarę w wyleczenie. Jednem słowem, utrzymywać go ciągle w równowadze duchowej. Wymaga to ze strony lekarza przede wszystkim serdecznego zainteresowania się stanem zdrowia i całą osobą chorego, a następnie dużej siły wo-

li, wielkiej cierpliwości i wyrozumiałości. Przy takich warunkach, zadanie, acz trudne, jest rozwiązalne i rozwiązane być musi.

Obok strony psychicznej uwzględniona jest strona umysłowa chorych. Jest to z tego względu ważne, iż zakład nasz, położony wśród czystego wiejskiego i leśnego powietrza, zdala od wszelkiego ogniska życia kulturalnego, daje *maximum* gwarancji pod względem higienicznym, ale czyni życie chorych jednostajnym i nudnym.

Dla zaspokojenia swych potrzeb umysłowych mają na miejscu czytelnię i bibliotekę, zaopatrzone w sporą liczbę pism i dzieł.

Od czasu do czasu na scenie miejscowego teatryku odbywają się przedstawienia trup krakowskich lub lwowskich, koncerty przejezdnych artystów, wreszcie sami chorzy (naturalnie najsilniejsi) urządzają pod kontrolą lekarską przedstawienia amatorskie, budzące zwykle wielkie zainteresowanie wśród całego grona kuracuszów. Tym sposobem chory, który na początku leczenia skarży się na ciężkie nowe warunki, na odcięcie go od rodziny i zwykłych swych zajęć, powoli przywyka do zakładu, do regularnego wydiscyplinowanego trybu życia i wraca do równowagi psychicznej, a to wszystko wpływa dodatnio na cały przebieg leczenia.

Leczenie zamknęliśmy w ramach cyfr, które ilustrują najważniejsze momenty jego wyników. Należy się więc szereg wyjaśnień, aby wszystkie szczegóły dokładnie scharakteryzować. Zaczniemy od obciążenia dziedzicznego. Już w poprzednich sprawozdaniach mówiliśmy, że nie wywiera ono wielkiego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. Liczba obecna chorych, wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego wynosi przeszło 51%, a więc jest nieco wyższa, niż w II sprawozdaniu (48%), w każdym razie znacznie niższa od liczby w I sprawozdaniu (68%).

Z kolei przechodzimy do wieku chorych, który w sprawie gruźlicy wykazuje pewną prawidłowość stale powtarzających się zjawisk w związku z warunkami biologicznymi i socyo-

logicznymi współczesnego życia, a więc posiada pierwszorzędne znaczenie.

Tutaj cyfry są zupełnie niemal zgodne z cyframi w poprzednich sprawozdaniach. Liczba chorych w wieku lat 20 — 30 lat stanowi 46% ogółu; na okres 30 — 40 lat przypada przeszło 25%, rocznie więc przeszło 71%.

Teraz przechodzimy do ostatecznych wyników leczenia, czyli do poprawy zdrowia naszych chorych. Tutaj zauważyć musimy, że, jak w poprzednich naszych sprawozdaniach, nie używamy terminu „wyleczenie”, gdyż od chwili otwarcia Sanatorium nie upłynęło jeszcze całych 4-ech lat; czas więc za krótki, aby mówić o pewnych i trwałych wynikach. Natomiast możemy śmiało mówić o poprawie, dającej się łatwo skonstatować i skontrolować. Rozróżniamy dwojaką poprawę: względną, czyli poprawę stanu ogólnego z zachowaniem *status quo* w płucach, i poprawę wyraźną, gdzie przy podniesieniu najważniejszych czynności ustroju spostrzegamy stopniowo idącą poprawę w płucach, dającą się uwidocznic za pomocą fizycznego badania, jak też i na podstawie podmiotowych objawów u chorego.

Wedle przyjętego zwyczaju, dzielimy chorych zgodnie z klasyfikacją TURBAN'a na 3 okresy, aby tym sposobem przedstawić bardziej wyraźnie i szczegółowo wyniki lecznicze. Już wspomnieliśmy dawniej, że klasyfikacja ta, mająca za podstawę rozległość zmian w płucach bez uwzględnienia innych czynników, jest jednostronna, ale w braku lepszej uważamy ją jako schemat kliniczny za wystarczającą. Otóż, jak nam wskazuje tablica II, otrzymaliśmy wyraźną poprawę u 155 chorych, co stanowi przeszło 67% ogółu, względną u 29 chorych, czyli niemal u 13% ogółu, razem około 80%. Ogólny wynik ten sam, co i w poprzednich dwóch sprawozdaniach, ale w szczegółach przedstawia się bardziej pomyślnie, jak to poniżej zobaczymy. Zauważmy nadto, iż na 55 chorych w III okresie mamy wyraźną i względną poprawę razem u 26 osób, czyli przeszło u 47%.

(D. n.).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA

D-r J. TCHÓRZNICKI.
NIEDOLE STAROŚCI.

Warszawa. 1906. Str. 45.

Tytuł, pod którym autor wydał swoje dziełko, nie jest zbyt trafny. Starość bowiem, sama przez się, nie zawsze bywa połączona z niedolą, a nawet, naodwrot, niektórzy, jak np. słynny filozof i jeden z najznakomitszych mówców świata, Cicero, (traktat „De senectute“), usiłowali dowieść, że starość jest najszczęśliwszym okresem w życiu człowieka. I gdyby jeszcze dziełko to zawierało w sobie jakikolwiek filozoficzny pogląd na okres starości, ale wcale nie. Jest ono zestawieniem tego, co dla starców, kalek i nieuleczalnych zrobiono w niektórych większych miastach Europy, a co zrobiono u nas, w Warszawie, w szczególności zaś przedstawia sprawozdanie z 9-letniego okresu istnienia tak zwanego „oddziału dla chorych na choroby chroniczne w szpitalu na Pradze“. To też ten ostatni tytuł byłby dla dziełka najodpowiedniejszy.

Przebiegając w krótkości historię założenia oddziału, następnie dane statystyczne co do liczby, wieku, rodzaju chorób i t. d., leczonych przez ten przeciąg czasu w oddziale chorych oraz pielęgowanych starców, autor dochodzi do wniosku, że oddział ten jest dla sprawy szpitalnictwa nader pożyteczny i dlatego powinien stale być czynny.

Dając jednak ogólny rzut oka na ów oddział, maluje go autor zbyt ciemnymi barwami,

tak np. mówi, że, jeżeli każdy, wogóle, szpital możemy przyrównać do czyścica, w którym wielu wyczekuje na zbawienie i wreszcie je otrzymuje, to oddział dla chorych na choroby chroniczne należałoby nazwać „piekłem“, na którego drzwiach możnaby położyć napis „*lasciate ogni speranza*“.

Otóż, zdaniem mojem, oddział ten nie przedstawia się tak czarno; gdyby kto z osób obcych kiedykolwiek zechciał go zwiedzić lub spędzić w nim kilka godzin, odniósłby wrażenie, że zobaczył szereg babci i dziadków, niekiedy żwawych i wesołych, niekiedy zgryźliwych, swarliwych i kłócących się, a w niewielu zaledwie przypadkach odstręczających. I tylko w oddziale chorych nerwowych nieuleczalnych spotykamy istotnie bardzo ciężkie przypadki, ale za to pod względem naukowym nader ciekawe i pouczające, tak, że według słów specjalistów oddział ten dałby się porównać ze słynnym „Salpetrière“ w Paryżu.

Po za temi uwagami wyznać należy, że dziełko autora, opracowane bardzo starannie, z licznymi dyagramami i rysunkami, dokładnie rzecz ilustrującymi, stanowi dość cenny przyczynek do dziejów instytucji filantropijnych u nas, a starając się rozwiązać sprawę wszystkich chorych nieuleczalnych na całej przestrzeni Królestwa Polskiego, wkracza w poważną dziedzinę medycyny społecznej.

D-r Stan. Łagowski.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie firmy „Dzrewiecki & Jeziorański“ o „odkurzaniu“.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

(skoncentrowanej i oczyszczonej hemoglobiny (niem. pat. № 81391) 80,0, chemicznie czystej gliceryny, włączając w to i istotę smak poprawiającą 20,0).

Energiczny środek odtwarzający krew.

Silnie pobudza apetyt.

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

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

Absolutny brak laseczników gruźliczych

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

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

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydifterteryjna — Merck'a
Surowica streptokokowa — Menzer'a
Surowica pneumokokowa — Römer'a
Tyfusdiagnosticon — Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

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

Perhydrol

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

Paranephrin

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

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrażnościami ze świeżego materyału.

R.P. Odonin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania ubocznego. Morfina i innych pochodn. tejże.

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, rozstrój 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. Działa 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: żółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. 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: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

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 własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że dawki podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyficzny przeciw nocnym potom suchotników. Działa 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 miedzi, obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

VICHY

PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA
Własność państwowa francuska

Należy dobrze odczytać nazwisko przepisającego używać Wód



VICHY CÉLESTINS Stabochi kołódka, pochorona, dniegiwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE Stabochi wātrobę i organów kłtę wydzielających.

VICHY HOPITAL Stabochi kołódka i kiazek

Wytwarzę ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT
Mozolac trawienię, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
Wydającę wjednej chwili wodę alikaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Schlesischer Obersalzbrunnen



OBERBRUNNEN



Marka-ochronna

Marka-ochronna

Pierwszorządne Alkaliczne

Źródło

SKUTECZNIE STOSOWANE OD 1601 r.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła **BEZPŁATNIE**,
 kantor ekspedycji Książęcych Wód Mineralnych w Obersalzbrun.

FURBACH i STRIBOLL,

SALZBRUNNEN §

SKŁAD we wszystkich aptekach i składach
materyałó w aptecznych.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

* ST. PETERSBURG,
Telefon № 233-81.

* LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich
 na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.