

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXXV.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

paleniu upatruje czynnik walki ze strony pojedynczego narządu, ewent. całego ustroju, przeciwko inwazji bakterji, zakażających ustrój. Zakażenie właściwie wywołują produkty życia i rozkładu tych bakterji, i, jako wyraz walki z owymi produktami, występuje odczyn miejscowy — zapalenie—i ogólny — gorączka. Organizm, broniąc się przeciwko wrogowi, który za-
jął bądź pewne *locum*, bądź też całe terytorjum, wysuwa ze krwi na obronę tak zwane cia-

ła ochronne, które neutralizują działanie trujących substancji drobnoustrojów. Jest to więc samoobrona organizmu, a poparcie tej naturalnej samoobrony na miejscu zakażenia i wyzysskanie jej w celach leczniczych stanowi punkt zwrotny nowej metody leczniczej. Górującym czynnikiem w zapaleniu jest przekrwienie, występuje ono stale i zawsze towarzyszy zapaleniu; można powiedzieć, powiada BIER, że towarzyszy wszystkim ważnym sprawom życiowym, a napewno też jako odczyn obronny na każde podrażnienie przez ciało obce, czy jest ono namacalne i uchwytnie, czy też tak drobne, jak mikrob. Przekrwienie więc służy jako obrona przeciwko wszelkim szkodliwym wpływom; potęgując je zatem, dopomagamy ustrojowi do łatwiejszego zwalczania tych szkodliwości. Pojęcie takie stoi w zupełnej sprzeczności z dotychczasowymi pojęciami o zapaleniu, które starano się zawsze zmniejszać i usuwać za pomocą wszelkich środków przeciwzapalnych. Zachwianie istniejących poglądów w leczeniu zapalenia, mianowicie odrzucenie środków, zwalczających przekrwienie, całego aparatu leków przeciwzapalnych, a natomiast wprowadzenie metody, wzmacniającej przekrwienie, jest zasługą BIER'a, twórcy nowej metody. Przekrwienie, jak wiadomo, bywa dwójakie: z przyspieszonym krążeniem krwi i zwolnieniem. Pierwsze — czynne, tętnicze, drugie — żylnie, bierne, zastoinowe. Przyspieszony obieg krwi towarzyszy czynnościowej hiperemii podczas funkcyj narządów, przekrwienie zaś zastoinowe występuje dobitnie przy usuwaniu szkodliwych produktów i przy odradzaniu się uszkodzonych tkanek. I czynne i bierne przekrwienie wyzyskane zostało w celach leczniczych. Sztucznie wywołujemy pierwsze przez zastosowanie ciepła pod najrozmaitszą postacią i za pomocą drażniących środków chemicznych. Działanie środków odciągających (*derivantia*) polega podług BIER'a jedynie na wywołaniu przekrwienia czynnego na powierzchni i w głębi. Ciepło stosuje BIER w postaci gorącego powietrza,

doprowadzanego do umyślnie zbudowanych skrzynek, dopasowanych do różnych części ciała.

Przekrwienie żylnie, zastoinowe wprowadził BIER w celu leczenia spraw zapalnych infekcyjnych z początku chronicznych (gruźlica stawów), a następnie i ostrych. Do wywołania zastoiny używa opaski gumowej lub też bańki, działającej za pomocą ujemnego ciśnienia. Opaskę gumową zakłada kilkoma obrotami dachówkowato powyżej miejsca dotkniętego. Gummy używa szerokiej na 6 ctm., 1½ metra długiej na górną kończynę, do 2-ech metrów na dolną, nieco grubszej na udo, niż na gołę i ramię; pod spód dla ochrony podkłada gazę opatrunkową. Opaskę zapina agrafką lub umocowuje muślinowym bandażem, a nawet wystarcza zwilżyć wodą peryferyczny koniec gumy, aby się opaska trzymała. Nakłada ją możliwie dalej w górę poza ognisko zapalne, np. w *tendovaginitis phlegmon. manus* — na ramię. Przez mocniejsze lub słabsze ściągnięcie opaski można wywołać żylnie przekrwienie 2-ech rodzajów. Weźmy dla przykładu działanie opaski, nałożonej na ramię. Zbyt mocne zaciśnięcie po kilku minutach wywołuje na grzbiecie ręki i przedramieniu ciemnoczerwone (cynobrowe) plamy, nawet krwawe wybroczyny pod skórą, następnie powstaje mrowienie w palcach, uczucie zimna, a po pół god. i ból. To przekrwienie nazywa BIER *z i m n e m* i zaleca jaknajstaranniej go unikać, przypisując mu liczne nieudane lub nieszczęśliwe przypadki, szczególnie w początkach stosowania bandaża. Drugi rodzaj — przekrwienie *g o r ą c e*, albo jak je BIER nazywa, „umiarkowana zastoina“ nie wywołuje żadnych bólów, ani niedogodności. Skóra ramienia nabiera lekko sinawego koloru, palce jasnoczerwone, gdzieś tam ukazują się białe plamy. Na częściach, objętych stanem zapalnym, czerwoność występuje jaskrawiej. W ciągu paru godzin ujawnia się poniżej opaski obrzęk coraz wyraźniejszy, który jednakże ginie prawie zupełnie po zdjęciu opaski. BIER

i inni radzą głównie kierować się bólem. Gdy pacjent skarży się na bóle, opaskę trzeba zwolnić, chociażby skargi wydały się przesadnymi. Prawidłowo nałożona nie sprawia dolegliwości. Pulsujący ból, który się zjawia po chwili w ranie po nałożeniu gumy, jest bez znaczenia i szybko przemija. Bandaż zostawia się możliwie długo, nawet 20 — 22 god. na dobę, jedynie w gruźlicy stawów stosuje BIER ostatnio opaskę na godzinę lub dwie dziennie, ale zato mocniej ją zaciska. Po zdjęciu gumy kończynę układamy wysoko dla ułatwienia i przyspieszenia odpływu przesięku. Na stawie barkowym bandaż zastępuje BIER grubym drenem, podwątowanym odpowiednio i umocowanym taśmą w postaci lejc naokoło klatki piersiowej i chustką w postaci krawata na szyi. Dren, przeciągnięty przez chustkę, spina u góry klamrą. Na staw udowy dotąd nie udało się zastosować zastoiny. Na szyję wystarcza 2—3 ctm. szeroka taśma gumowa, obejmująca szyję raz jeden i zapinana od tyłu na haczyki i uszka, przyszyte w kilku miejscach. Opaska szyjowa, nałożona nawet na 20—22 god., mało sprawia przykrości, choć występuje obrzmienie i sinica twarzy. Przy arteriosklerozie jest przeciwwskazana. Na jądrach wywołujemy zastoinę, ściągawszy chore jądro lub lepiej oba ku dołowi i ścisnąwszy mosznę u samej góry drenem, podestłanym miękkim. Ze względu na łatwość wywołania odleżyn na bark i jądra dłużej niż na 12 god. opaski nakładać nie należy, i to z przyczynami. Są zresztą gotowe przyrządy na bark i na szyję. Widzimy, że nałożenie opaski łatwe nie jest, wymaga starannej pieczy i kontroli, wyszkolić jednak można się prędko. Obmyślono różne sposoby dozowania, że tak powiem, ucisku. HENLE z Wrocławia obmyślił opaskę z manometrem, KOZŁOWSKI z Drohobycz z śrubą o zębatach kole i kluczem, TOMASZEWSKI z Petersburga poprawił śrubę KOZŁOWSKIEGO, ale najpraktyczniejszą pozostała zwy-

czajna guma w rękę lekarza, obytego z jej stosowaniem.

Drugi sposób wywołania biernej zastoiny polega na przystawieniu szklanej bańki, działającej za pomocą rozrzedzonego powietrza przez naciśnięcie balonu gumowego, przytwierdzonego do bańki. BIER ją wprowadził, ale udoskonalił ją jego asystent, KLAPP. Najlepsze bańki mają balony na długich rurkach gumowych, nasadzanych na kolanko przy bańce, które wnika głębiej w nią samą, co uniemożliwia dostanie się wydzieliny do rurki i balonu. Większe klosze mają rurki z kranem, wypompuje się z nich powietrze szprycą, odpowiednio zbudowaną. Wielkość baniek jest najrozmaitsza: od małych o otworze wielkości grochu do wielkich o średnicy 15 — 20 i więcej ctm.. Kształt też mają przeróżny. Bańka musi być ściśle dopasowana do powierzchni ciała, więc są bańki o okrągłych brzegach, o wygiętych, odwijanych, bańki jednostajne, brzuchate, wreszcie klosze w kształcie trzewika, którego nos służy jako zbiornik dla spływającej ropy. W przystawioną bańkę wciąga się ciało, brzegi rany się wywijają, zaś z tej ostatniej wyciekać zaczyna krew, surowica i ropa, ewent. nekrotyczne czopy. Dlatego też konieczna jest ścisła dezynfekcja klosza, który się sterylizuje przez zagotowanie w wodzie. (Uniknąć pęknięcia szkła łatwo, wkładając bańki do zimnej wody przed jej zagotowaniem). Balon i rurkę wystarczy obmyć. Konieczna też jest bardzo staranna dezynfekcja skóry: włosy należy wygolić, skórę obmyć benzyną, brzegi bańki posmarować pastą cynkową, po użyciu bańki przed opatrunkiem skórę raz jeszcze obmyć benzyną. Ja przynajmniej tak postępuję. W leczeniu czyraków są to rzeczy konieczne, o ile się chce uniknąć wtórnych zakażeń obok. Jak widzimy, bańka prócz wywołania zastoiny we wciągniętej części ciała ma jeszcze aspiracyjne działanie na wydzielinę, zastępując wszelkie wyciskania,

ujemnie na nacieczenie zapalne wpływające. Przy pierwszym przystawieniu bańki spływa ropa i dużo krwi, prędko krzepnącej, przy następnych już tylko surowica, gdyż skrzepła krew i nacieczenie obrzękowe przeszkadzają odpływowi wydzieliny. KLAPP udoskonalił użycie baniek, stosując: 1) niewielkie ujemne ciśnienie, aby nie wywołać wynaczynień krwi i 2) robiąc częste przerwy w użyciu bańki. Tłumaczy to koniecznością niedoprowadzania do stagnacji krwi w miejscu przekrwionem, a natomiast wywoływania kilkakrotnego przepłukania ogniska świeżą krwią i zwolnienia jej obiegu, który po zdjęciu bańki znów się przyspiesza. Dlatego przystawić bańkę i zdjąć trzeba ostrożnie, bez bólu, trzymać 5 minut, następnie na 3 minuty zdejmować. Cała procedura trwa 3 kwadransy, stosuje się raz dziennie. Baniek należy używać niezbyt dużych, którymi się łatwiej aspiruje, duża bańka zakłada często wyłot rany. Ropnie nakłuwa się cięciem 1 ctmrowym. Dziwnie niebolesna dla chorego jest ta „ssąca terapia,” jak ją KLAPP nazwał, a jeszcze bardziej brak bólu uderza po zdjęciu bańki. Dodatkowo jej strony—to: niebolesność, ładny kosmetyczny wynik, o wiele przewyższający operacyjny, wreszcie w świeżych przypadkach możliwość przerywania sprawy chorobowej.

Zanim przystąpię do omówienia wskazań i przeciwwskazań do użycia metody zastoinowego przekrwienia, rozważyć wypadnie nasamprzód, jakie jest ogólne działanie na ustrój sztucznie wzmożonego zastoinu w ostrych sprawach zapalnych. Doświadczenie wykazało, że: 1) niewątpliwie zmniejsza znacznie ból. O ile czynne przekrwienie działa uspakajająco na bóle w chronicznych sprawach zapalnych, o tyle zastoinowe w ostrych. Zdaje się, że działanie to da się wytłumaczyć nacieczeniem tkanek surowicą przesiękową, ostro powstającą, która wpływa tu tak samo, jak w metodzie infiltracji podskórnej płynami podług SCHLEICH'a, działając uciskowo na zakończenia nerwów.

Ustanie bólu umożliwia ruchy w zesztyniałych członkach.

2) Przekrwienie bierne działa bakteryobójczo lub osłabiająco na bakterie. Wywołując zwiększoną leukocytozę (fagocytozę MIECZNIKOWA) w miejscu zakażonym, pozwala na skupienie aleksyn w surowicy przesiękowej, niszcząco działających na bodźce zakaźne (BUCHNER). HELLER i inni przypuszczają, że powstrzymanie przemiany materii drobnoustrojów zabójczo na nie same oddziaływa. HAMBURGER przypisuje zebranemu w zastoinowej krwi kwasowi węglowemu bakteryobójcze działanie surowicy. JOSEPH tłumaczy działanie rozcieńczeniem toksycznych materii przez surowicę obrzękową, nagromadzoną po nałożeniu opaski, po zdjęciu której wraz z ustąpieniem obrzęku następuje splukanie przez krew i limfę tych rozcieńczonych, a więc mniej szkodliwych toksyn i ich wessanie do ogólnego obiegu krwi. LEXER główną rolę przypisuje mechanicznemu splukaniu ogniska ropnego przez przesięk, radzi robić duże cięcia i przez sztucznie wywołany zastój splukiwać surowicą i limfą trujące produkty przez ranę na zewnątrz. BIER, opierając się na eksperymentach NÖTZEL'a, który wykazał, że bakteryobójczo działa tylko wciąż ponawiana zastoina i świeżo powstający obrzęk, zaś ciężkie zakłócenia w krążeniu i w odżywianiu tkanek, jako też chroniczny obrzęk zakaźne podtrzymują i zwiększają, stosuje obecnie przekrwienie bierne, przeważnie niezbyt długotrwale. BIER wogóle w dociekaniu teoretycznym mało się zapuszcza, woli polegać na doświadczeniu, sprawdzonym tylokrotnie, i naśladować leczniczą siłę natury, potęgując tę naturalną samoobronę na miejscu inwazy i infekcji. Zwraca uwagę na wielkie korzyści tak zwanego gorącego przekrwienia i na rezultat leczenia, zakończonogo—zamiast zesztynieniem—dobrze funkcjonującym aparatem ruchowym. Ostatecznie przychodzi do wniosku, że bierne przekrwienie jest odpowiedniejsze dla ostrych

spraw zapalnych bakteryjnych, czynne dla chronicznych niepasorzytniczego pochodzenia. Głównie działa w zastoinie, jako czynnik leczniczy, zwolnienie obiegu krwi i limfy oraz rozszerzenie naczyń, wprowadzające uszkodzone tkanki w większy kontakt z surowicą, leukocytami i innymi mało jeszcze znanymi czynnikami.

3) Przekrwienie działa pobudzająco na wessanie produktów zapalnych. Płynty i rozpuszczalne produkty zapalne wchłonięte zostają głównie przez naczynia włosowate, częściej zaś stałe przez naczynia chłonne. Wessaniu sprzyja przekrwienie tętnicze, czynne, którego rola zaczyna się po ustaniu zastoinowego, to ostatnie przeciwnie wstrzymuje i skupia toksyny w ognisku zapalnym, a tem samem wstrzymuje i rezorpcję. W przerwach po zdjęciu opaski lub klosza występujące z kolei przekrwienie czynne, i to dość gwałtowne, wywołuje raptowny odpływ zatrzymanych produktów do ogólnego obiegu krwi. O ileby zakaźne produkty nie były już przedtem rozcieńczone i osłabione zbierającą się w obręku surowicą (zmniejszenie koncentracji toksyn), o ileby bakterie nie były zneutralizowane przez gromadzące się leukocyty (działanie niweczników), lub o ileby siła trujących substancji była wielkiego natężenia (silna infekcja) — to wchłonięcie raptowne produktów toksycznych w krew mogłoby wywołać ciężkie objawy ogólnego zakażenia. I to są zarzuty, które LEXER stawia metodzie BIER'a i określa zarazem granice stosowalności metody. LEXER przypuszcza, że nawet rozcieńczone toksyny, o ile ich jest dużo, przy silnej infekcji i wobec małej odporności organizmu mogą wywołać ciężkie objawy ogólne, i dlatego ogranicza stosowanie metodą BIER'a do spraw zapalnych małego lub średniego natężenia. Wessanie toksycznych produktów bardzo często idzie w parze z podniesieniem t.^o, która po zdjęciu opaski raptownie się wznosi, podczas jej działania — opada.

4) Jako następny czynnik w działaniu przekrwienia występuje jego rola, sprzyjająca rozplynięciu i rozpadowi tkanek, zapaleniem objętych. O ile nie wydzielają się nazewnątrż, a mają uleść wessaniu, muszą być przedtem przeprowadzone w stan rozpuszczalny. Tak pod wpływem przekrwienia znikają skrzepy w wylewach podskórnych, ziarninowe wybujałości w stawach, ustępują zeszywnienia. Więcej jeszcze do rozplynięcia tkanek zapalnych przyczyniają się ciała ropne, leukocyty i ich fermenty (enzymy), powodujące rozpad tkanek. Rozpadowi ulegają nawet kości i chrząstki, najwięcej opierają się ścięgna, paznokcie i włosy.

5) Wreszcie wypada jeszcze wyjaśnić odżywczy i odradzający wpływ przekrwienia. Walka ustroju z wrogiem, który doń wtargnął, ma za cel nie tylko jego zgubę, lecz i naprawienie skutków jego gospodarki. To wyrównanie uszkodzeń stanowi regeneracyjną podstawę zapalenia. Odrodzenie tkanek odbywa się przeważnie przy udziale zastoinowego przekrwienia. Dość przypomnieć działanie zastoinowej hiperemii na wytworzenie się opieszalej kostnicy przy złamaniach, co się tłumaczy zwiększoną dostawą odżywczego materiału — krwi, której nie brak przy normalnie przebiegającym odczynie po złamaniu kości w okalającym je wylewie. Pod wpływem biernego przekrwienia widział BIER wytwarzanie się w szybkim tempie blizny łącznotkankowej w ognisku zapalnym, szczególnie o przebiegu podostrym, dalej w gruźlicy stawów. Pod wpływem zastoiny występuje przerost tkanki łącznej, nabłonkowych tworów, włosów. Tu także należy działanie wszystkich środków drażniących, kauteryzujących (*arg. nitr.*, *bals. peruv.*), które przez przekrwienie ziarniny szybko doprowadzają do wytworzenia blizny. Zapalne, a więc zastoinowe przekrwienie w krótkim czasie prowadzi do tak zwanej „zapalnej regeneracji“ (WEIGERT), do

przerostu tkanek nawet ponad potrzebę, jak: bujanie ziarniny, zapalny przerost okostny i kości.

D. n.

Z oddziału dla chorych nerwowych (E. Flatau) w szpitalu Żydowskim. na Czystem i z oddziału dla chorych wewnętrznych (J. Skłodowskiego) w szpitalu Dzieciątka Jezus.

O WIELOOGNISKOWYCH SPRAWACH ZAPALNYCH W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM.

Podali

E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski.

(Ciąg dalszy. Zob.—Nr 49).

Metoda BIELSCHOWSKY'ego wykazała normalnie zachowane wyrostki osiowe w okolicach rdzenia mniej zmienionych. Natomiast w okolicach, odpowiadających wybitnym ogniskom sklerotycznym, stwierdzono znacznie zmniejszoną liczbę wyrostków, a nawet w niektórych miejscach zupełny ich brak. Wyrostki osiowe wykazywały w miejscach tych wybitne zmiany (nadmierzają ścieńczałe niteczki z budową sitowatą lub w postaci przerywanych bryłek). Za fakt godny zaznaczenia uważamy następujący: ścieńczałe wyrostki osiowe wykazywały w niektórych miejscach — w miarę zagłębiania się w ognisko — zabarwienie szare lub tak blade, że ostatecznie ginęły niepostrzeżenie w ognisku.

W nerwie wzrokowym stwierdzono na skrawkach WEIGERT'a prawie zupełny zanik otoczek myelinowych (pozostała tylko drobna liczba włókien na obwodzie). Na skrawkach v. GIESON'a występowała wybitna proliferacja jąder głównie w oponach, w przegrodach i w samych pęczkach nerwu, największa polifera-

cya w *arachnoidea*, najmniejsza w *dura*, lecz w tej ostatniej — wyraźny związek z naczyniami.

W przypadku II-im (Gyja) stwierdzono jaknajbardziej typowy obraz sklerozy rozsianej w postaci bardzo licznych ognisk zarówno w rdzeniu, jak i w mózgowiu. Nerw wzrokowy uległ prawie absolutnej sklerozie. Napotykałmy również ogniska w korzeniach rdzeniowych, w nerwach czaszkowych (*n. cochlearis*, *trigeminus*) i w nieznacznym wprawdzie stopniu w nerwach obwodowych.

Największe zmiany w rdzeniu stwierdzono na wysokości VI-go segmentu szyjowego (skleroza całkowitego przekroju). Nie stwierdzono ani zwyrodnień wtórnych, ani symetrii ognisk, ani też oszczędzania pewnych okolic rdzenia (śłupów).

Badanie mikroskopowe wykazało na skrawkach WEIGERT'a typowe ogniska zupełnie sklerotyczne lub też z rozrzedzoną tkanką. Podkreśliłmy tu fakt znamieny, że nawet poza właściwymi ogniskami napotymano również włókna zmienione. Na skrawkach v. GIESON'a stwierdzono, że udział naczyń znacznie mniej rzucał się w oczy, aniżeli to miało miejsce w przypadku ostrej sklerozy.

Jednakowoż udział naczyń był również w tym przypadku niewątpliwy, zwłaszcza w mózgu. Naczynia nie były wprawdzie tak rozszerzone, jak w przypadkach ostrych, iściany nie były tak zgrubiałe.

Zgrubienie dotyczyło *mediae* i *adventitiae*. Liczba naczyń wyraźnie zwiększona, nawet w miejscach rzekomo normalnych.

Szczególniej uderzała wielka liczba naczyń w istocie szarej rdzenia (wybitnie zwiększona liczba kapilarów). Wybitnie rozszerzone przestrzenie dookołanacyniowe. Zwiększoną liczbę naczyń stwierdzono również w mózgowiu i w *n. opticus*.

Typowe nacieczenie drobnokomórkowe w

naczyniach występowało mało intensywnie i dotyczyło prawie wyłącznie ścian naczyń i przestrzeni dookołanaczyniowych (na samą tkankę przechodziło niezmiernie rzadko). Prócz tego małe krwotoki zarówno w tkance nerwowej, jak i w oponach (w rdzeniu, w pniu mózgowym, w mózgu i mózdzku). Opony były zarówno w rdzeniu, jak i w mózgu w wielu miejscach zrosnięte z obwodem (w niektórych okolicach — zgrubienie opon), naczynia ich były przekrwione i zgrubiałe. Ogniska wykazywały typowe bujanie neuroglei. Napotymano również wielką liczbę okrągłych otworków (kolosalnie spęczniałe *resp.* zanikłe włókna myelinowe), które zawierały wyrostek osiowy lub też go nie wykazywały. Nieznaczna liczba ciałek amyloidowych. Na skrawkach Nissl'a stwierdzono w rdzeniu wyraźne zmiany komórek (zmniejszoną wielkość, znaczną redukcję wyrostków, rozpadanie się ciałek Nissl'a aż do wyświeetlenia i być może mniejszą liczbę komórek na pewnych wysokościach rdzenia).

Skrawki, barwione metodą MARCINI'ego, wykazały w jednej tylko okolicy rdzenia większe ogniska ze świeżą degeneracją. W innych okolicach rdzenia i w pniu mózgowym stwierdzono mniejsze skupienia bryłek. W korze mózgowej spostrzegano dość znaczną liczbę czarnych grudek, leżących w przestrzeniach dookołanaczyniowych lub też w ciałach komórek nerwowych.

Na skrawkach BIELSCHOWSKY'ego stwierdzono w miejscach, odpowiadających ogniskom, wybitne zmiany wyrostków osiowych. Były one albo zgrubiałe, albo też w wysokim stopniu ścięnczałe. Przebieg wyrostków łamany, zygawkowaty. Struktura — zmieniona (zamiast jednolicie zabarwionych ciemnych nitek stwierdzono jakby wakuolizację i cieniowania kół czarnego i matowego). W niektórych miejscach widać było, jak cienkie wyrostki osiowe stawały się z czarnych szarymi i prze-

biegały ostatecznie w postaci cieni, które trudno było odróżnić od jasnego podłoża ogniska.

Naogół wyrostki były w ogniskach zachowane i tylko w niektórych miejscach liczba ich była jakby zmniejszona.

W nerwie wzrokowym wyrostki osiowe były dobrze zachowane, liczba ich niezmienną. Przebieg wyrostków był często skośny, świdrowaty (na przekroju poprzecznym).

W nerwach obwodowych (*n. ischiadicus, n. cruralis, n. ulnaris*) stwierdzono (szczególniej w *n. ischiadicus*) wybitne zmiany w otoczkach myelinowych (rozrzedzenie włókien, a nawet przerwy w przebiegu pęczków), miejscami znaczne zgrubienie naczyń. Wyrostki osiowe były zachowane, częstokroć wybitnie ścięnczałe.

W przypadku III-m (Baumblat) stwierdzono zmiany największe w dolnych odcinkach szyjowych, w górnych i środkowych grzbietowych (przeważnie ostro odcinające się ogniska). W innych okolicach rdzenia zmiany były minimalne i częstokroć dostrzegalne dopiero przy badaniu drobnowidzowem. Słupy przednie prawie zupełnie nietknięte. Zwyródnienie wtórne wstępujące w słupach tylnych (słabo zaznaczone). Brak zwyródnień zstępujących. W pniu mózgowym stwierdzono przeważnie drobne, czasami większe ogniska rozrzucone (kształt ich i umiejscowienie przypominały obrazy, napotykane w przypadku I-ym, liczba ich była mniejsza). W mózgu nie stwierdzono większych ognisk, napotymano tylko bardzo rzadka drobne ogniska na pograniczu pomiędzy istotą białą i korą (w mniejszym stopniu — w samej korze). Mnóstwo otworków lub pasek — rozszerzone naczynia i dookołanaczyniowe przestrzenie. Większe ogniska stwierdzono w mózdzku, w okolicy *nuclei dentatus* i w gałęziach istoty białej. Nieznaczne ogniska w korzeniach rdzeniowych i w nerwie okoruchowym (w części zewnątrz mózgowej). Badanie

mikroskopowe wykazało na skrawkach WEIGERT'a przeważnie ostro odcinające się ogniska, występujące w postaci nieregularnych plam lub pasem, biegnących od obwodu włąb rdzenia. Pozatem stwierdzono zmiany histopatologiczne otoczek myelinowych analogiczne do zmian w I ym przypadku (Gurko).

Na skrawkach MARCH'ego—bardzo mało bryłek zwyrodnienia (na pograniczu, czasami—w częściach środkowych ogniska). Na skrawkach v. GIESON'a rzuca się w oczy wybitna rola naczyń (mnóstwo rozszerzonych naczyń nie tylko w ogniskach, lecz i poza nimi; czasami cały przekrój rdzenia czynił wrażenie iniekowanego karminem). To samo w korzeniach i w oponach miękkich rdzenia. Opony nieco zgrubiałe, miejscami zrośnięte z obwodem. W niektórych miejscach—zgrubiałe septa rdzeniowe (nigdzie nie widać klinów myelitycznych). Analogiczny udział naczyń stwierdzono w pniu mózgowym, w mózgu i w mózdzku. Wybitny udział naczyń opon mózgowych. Co dotyczy charakteru zmian w naczyniach wogóle, to występowało wybitne przekrwienie wraz z rozszerzeniem światła i niewielkim zgrubieniem *mediae et adventitiae* i z nieznaczem zwiększeniem liczby jąder w ścianach naczyń i w przestrzeniach dookoła naczyń. Te ostatnie były czasami wybitnie rozszerzone. W niektórych, nielicznych okolicach rdzenia i mózgu—zatory naczyń. Nieliczne krwotoczki w rdzeniu i w mózdzku.

Na skrawkach NISSL'a komórki były na ogół zachowane. W ogniskach dawniejszych niektóre komórki były wyblakłe, skurczone i pozbawione wyrostków (niektóre były spęczniałe i w stanie chromatolizy). Na skrawkach BIELSCHOWSKY'ego stwierdzono w okolicach ognisk dużą liczbę zachowanych wyrostków osiowych, jakkolwiek liczba ta była w niektórych miejscach prawdopodobnie zmniejszona. Wyrostki (w ogniskach) były przeważnie bardzo ścięte i wykazywały nierówny przebieg.

Przystępując do omówienia opisanych powyżej przypadków pragnęlibyśmy rozpatrzyć je pod względem klinicznym i histopatologicznym. Omówienie to dotyczy bardzo ważnej sprawy, stosunku A) t. zw. *sclerosis multiplex acuta* do klasycznej przewlekłej postaci *sclerosis multiplex* i B) związku jaki zachodzi w ogólności pomiędzy *sclerosis multiplex* a *myelitis*.

A. Stosunek ostrej postaci stwardnienia wieloogniskowego do klasycznej, przewlekłej postaci.

Stosunek o b r a z ó w k l i n i c z n y c h t. zw. *sclerosis acutae* lub *subacutae* do klasycznej postaci stwardnienia wieloogniskowego został już szczegółowo omówiony przez MARBURG'a. Autor ten rozpatrywał z wielką dokładnością objawy poszczególne, które są właściwe zarówno postaci klasycznej *sclerosis*, jak i ostrej jej formie.

Wykazał on, że objawy sklerozy klasycznej mogą również istnieć w większym lub w mniejszym stopniu w *sclerosis acuta*. Zupełnie słusznie zaznacza MARBURG, że i w *sclerosis multiplex acuta* spostrzedz się dają wahania w przebiegu klinicznym, cała choroba rozwija się jednak tak szybko, że owe typowe dla klasycznej postaci remisje i ponowne nasilenia nie rzucają się tak w oczy, jak w stwardnieniu klasycznym.

Zasadniczej różnicy pomiędzy obydwiema temi postaciami niema. Przypadki ostrej sklerozy, w których ogniska są umiejscowione przeważnie w rdzeniu, czynią w rzeczy samej na pierwszy rzut oka wrażenie ostrego zapalenia rdzenia (*myelitis acuta* lub *subacuta*). Przypisać to należy kombinacji paraplegii dolnych kończyn z wybitnymi częstokroć zaburzeniami ze strony zwieraczy i odleżynami. Jednakowoż zmiany czucia w przypadkach tych nie są zbyt głębokie, dotyczą przeważnie części dystalnych kończyn. Prócz tego, co jest rze-

czą bardzo ważną, przy bardziej szczegółowem badaniu udaje się często stwierdzić jeden lub kilka objawów kardynalnych, jako to *nystagmus*, drżenie zamiarowe ze strony kończyn górnych, zmiany wzrokowe wraz z zanikiem brodawki. Na podstawie tej to kombinacji rozpoznaliśmy *sclerosis multiplex acuta (resp. subacuta)* w pierwszym naszym przypadku. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na fakt znamieny, że, jak sądzimy, w każdym przypadku *sclerosis multiplex* mnóstwo ognisk nie daje objawów klinicznych, to łatwo zrozumiemy ową chwiejność i różnorodność objawów, jaką można spostrzedz w tem cierpieniu, zarówno w postaci ostrej, jak i w klasycznej, przewlekłej. Co do tej ostatniej, klasycznej postaci, to dzisiaj już podnosi się coraz więcej głosów przeciwko dogmatycznemu i schematycznemu pojmowaniu klinicznego jej obrazu.

Do niedawna jeszcze byłoby uważane za odstępstwo, gdyby ktoś poważył się rozpoznać *sclerosis multiplex* w przypadku, w którymby brakowało t. zw. objawów kardynalnych (*nystagmus*, drżenie zamiarowe, mowa skandowana).

Tymczasem dzisiaj dyagnostujemy to cierpienie bez istnienia nawet jednego z tych objawów. Dość jest np. stopniowo rozwijającej się paraparezy dolnych kończyn z objawem BABIŃSKIEGO wraz ze skroniowym zanikiem brodawek i skotomatem, ażeby rozpoznać klasyczne stwardnienie wielogniskowe. Fakt ten niezmiernie ważny dla dokładnego rozpoznania wczesnych okresów sklerozy podkreślają również MARBURG, MACKINTOSH i inni. Również nieścisle są owe tradycyjne, negatywne zapamiętania na zmiany czuciowe lub zaburzenia ze strony zwieraczy w klasycznej *sclerosis multiplex*. Już oddawna zwrócił uwagę OPPENHEIM na to, że zmiany czuciowe mogą występować w sklerozie. CURSCHMANN twierdzi, że zmiany czuciowe są częste w sklerozie. I myśmy również spostrzegali cały szereg przypadków

sklerozy klasycznej, w której parestezye, a nawet męczące bóle występowały w początkowych okresach choroby na plan pierwszy. Zaznaczamy jednak, że obiektywne zmiany czuciowe bywają zwykle nieznaczne i występują w częściach dystalnych kończyn. CURSCHMANN zaznacza jednak, że zmiany czuciowe w *sclerosis multiplex* mogą wykazywać typ myelityczny, a nawet zjawiać się w postaci dysocjacji uczucia.

Co do zmian ze strony odbytnicy i pęcherza, to i one zjawiają się, jakkolwiek w słabej postaci, dość często. W niektórych przypadkach nie tylko ostrej, lecz i przewlekłej postaci *sclerosis multiplex* zaburzenia te mogą być bardzo wybitne.

Spostrzegaliśmy niedawno typowy przypadek przewlekłe przebiegającej sklerozy, w którym chora, młoda kobieta, cierpiała często na nietrzymanie moczu. Owa *incontinentia urinae* ulegała wahaniom, stanowiła jednak główne udręczenie chorej.

Co do samego przebiegu, to z jednej strony są opisane przypadki *sclerosis mult. acutae*, w których pierwsze objawy mogły istnieć 1—10 lat przed ostrym wybuchem cierpienia (STRÄHUBER, FLATAU-KOELICHEN, MARBURG), z drugiej zaś strony jest rzeczą wiadomą, że w przebiegu klasycznej postaci przewlekłej ujawniają się nagle obostrzenia choroby.

Umyślnie zatrzymaliśmy się na symptomatologii, aby wykazać, jak z biegiem czasu i w miarę bliższego zapoznawania się w przebiegu rozmaitych postaci *sclerosis multiplex*, stopniowo poczęły się zacierać owe ostre kontury, które były jej początkowo nakreślone głównie przez CHARCOT'a. Granice, w których obrębie dopuszczalna jest dzisiaj ta dyagnoza, znacznie się rozszerzyły i prawdopodobnie staną się z czasem jeszcze szerszymi.

Jeżeli więc wziąć pomiędzy innymi momentami pod uwagę, że w *sclerosis multiplex acuta* mogą występować po za objawami t. zw. *myeli-*

tidis disseminatae objawy, że tak powiemy, sklerotyczne (a więc wzrokowe, oczopląs, drżenie intencyjne, mowa zmieniona), że z drugiej strony tych kardynalnych objawów sklerozy może nie być w klasycznej. t. j. przewlekłej jej postaci, to zrozumiemy, jak nikłe są granice, które zwolennicy wewnątrzustrojowego pochodzenia sklerozy pragnęliby przeprowadzić pomiędzy obydwoma cierpieniami. Pomiedzy innymi MÜLLER odróżnia stwardnienia rozstane prawdziwe od t. zw. „wtórnych stwardnień rozsianych“ (*secundäre multiple sclerosen*). Do tych ostatnich zalicza więc wszystkie przypadki, w których *sclerosis multiplex* powstaje z *myelitis disseminata*, z *lues cerebrospinalis*, *arteriosclerosis* i t. d. Krytykę tego poglądu podaliśmy w pracy poprzedniej.

Jest rzeczą zrozumiałą, że o b r a z kliniczny, a właściwie mówiąc, wrażenie, jakie czyni sklerotyk chroniczny jest odmienne od tego, jakie lekarz odbiera, patrząc na szybko rozwijający się obraz ostrej sklerozy.

Jeżeli jednak uwzględnić wszystko to, cośmy wyżej powiedzieli, głównie zaś zwrócić uwagę na krótkotrwałość remisji w postaci ostrej (MARBURG), to dojdziemy do tego przekonania, że różnica z a s a d n i c z e j w obrazach klinicznych pomiędzy temi cierpieniami nie ma. *Sclerosis multiplex acuta* przedstawia częstoć kroć jakby skondensowany obraz klasycznej postaci stwardnienia wieloogniskowego.

Porównanie to nasunęło się nam mimowoli, gdyśmy mieli przed oczami przesuwające się szybko lub powoli obrazy kliniczne naszej pierwszej (Górko) i drugiej chorej (Gyja).

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia s t o s u n k u p o m i ę d z y *sclerosis multiplex acuta et chronica* p o d w z g l ę d e m h i s t o p a t o l o g i c z n y m. I tutaj również uważamy za zbyt liczne omawiać szczegółowo wszystkie osobliwości histopatologiczne, ponieważ uczynił to świeżo MARBURG i to w sposób nader szczegółowy. Na podstawie tej

wszechstronnej analizy dochodzi MARBURG do następujących wniosków:

„Tak zwane ostre stwardnienie wieloogniskowe (*sclerosis multiplex acuta*) stanowi tylko jedną z postaci prawdziwej *sclerosis multiplex*, wyróżniającą się szybkim przebiegiem. Przynależność tej postaci ostrej do stwardnienia prawdziwego jest przede wszystkim oczywista z obrazu klinicznego. W obrazie tym uważać należy za mniej charakterystyczną samą symptomatologię cierpienia, jak sposób powstawania objawów chorobowych, a mianowicie przebieg skokami, remisye, intermisye oraz głównie kliniczne stwierdzenie wieloogniskowości cierpienia. Typowe zjawianie się niektórych objawów jest zależne od rozszerzenia się procesu chorobowego. Objawy te wykazują pewien charakter lokalny, który jednakowoż się zaciera na skutek rozszerzenia się procesu na okolice, oddziaływające na siebie wzajemnie, oraz ulega modyfikacyi wskutek pewnej swoistości zmian patologicznych. Za najważniejszą uważać należy pewną dysocyację pomiędzy symptomatologią i obszarem całego procesu. Właściwość procesu histopatologicznego polega na przerywanym rozpadzie myeliny (*discontinuirlicher Markzerfall*) wraz z względnie zachowanymi wyrostkami osiowymi oraz jednocześnie lub też w krótkim odstępie czasu następującem rozmnażaniem się komórek naczyniowych i—neuroglei. Proces ten jest analogiczny do t. zw. *neuritis periaxialis*, i w rzeczy samej obydwie te procesy mogą się ze sobą łączyć w przypadkach ostrych stwardnienia wieloogniskowego.

Cały ten proces uważać należy, tak mówi dalej MARBURG, za zapalny i jako taki zaliczyć go musimy do kategorii zapaleń degeneracyjnych. Rodzaj rozpadania się myeliny wskazuje, że mamy do czynienia z lecitholizą. Ponieważ tę ostatnią wywołać można drogą doświadczalną za pomocą oddziaływania fermentu, sam więc proces mógłby powstawać na skutek działania toksyn. W ostatecznej fazie procesu histopa-

tologicznego napotykamy zupełne zastąpienie tkanki zanikłej tkanką glejową. Ta ostatnia wykazuje małą liczbę jąder i bardzo delikatne włókienka. Zamiana ta bywa kompletna dzięki temu, że naczynia pozostają nietknięte, i liczba ich znakomicie się powiększa (w przeciwieństwie do zmian, jakie zachodzą przy tworzeniu się blizn). Czy jednak obok tej postaci *sclerosis multiplex* istnieje w rzeczy samej druga postać (wewnątrzustrojowa glioza wielogniskowa) — tego należałoby dopiero dowieść“

Z tego wszystkiego widać, że MARBURG skłania się widocznie do teorii zapalnej zarówno ostrych, jak i przewlekłych postaci *sclerosis multiplicis*. Ostrą postać stwardnienia wielogniskowego nazywa *Encephalomyelitis periaxialis scleroticans*.

Jeżeli przejrzeć uważnie zmiany histopatologiczne w 2 pierwszych naszych przypadkach (Górko i Gyja) (*sclerosis multiplex acuta et chronica*), to zauważyć można zasadniczą analogię pomiędzy nimi.

W obydwu przypadkach stwierdzono ogniska sklerotyczne w całym ośrodkowym ustroju nerwowym.

W pierwszym przypadku stwierdzono wprawdzie wtórne zwyrodnienie zstępujące, nie wykryto jednak zwyrodnienia wstępującego. W przypadku drugim zwyrodnień wtórnych wogóle nie było. Zmiany mikroskopowe były bardzo podobne. Wygląd ognisk na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, był identyczny.

Na skrawkach GIESON'a stwierdzono, że udział naczyń w przypadku drugim mniej się wprawdzie rzucał w oczy, aniżeli w przypadku sklerozy ostrej, udział ten był jednak niewątpliwy.

W obydwóch przypadkach stwierdzono zgrubienie *mediae et adventitiae*, nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe i wybitne rozszerzenie przestrzeni dookolanaczyniowych. W przypadku drugim (przewlekłym) stwierdzono zmiany nawet w okolicach rzekomonormalnych oraz w nerwie wzrozkowym.

Opony były w obydwóch przypadkach zgrubiałe, a w przypadku drugim widać było w niektórych okolicach zrośnięcie z obwodem rdzenia i mózgu. W obydwóch przypadkach — miejscami tworzenie się małych otworków (nadmiernie spęczniałe *resp.* zanikłe otoczki myelinowe). Wyrostki osiowe (przy metodzie BIELSCHOWSKY'ego) wykazywały w obydwóch przypadkach zmiany wybitne strukturalne. Były one albo spęczniałe, przeważnie jednak w wysokim stopniu ścięćzałe. Liczba ich była miejscami zmniejszoną (zjawisko to występowało wyraźnie w przypadku pierwszym, mniej pewne było to w przypadku drugim). W obydwóch przypadkach udało się nam stwierdzić dziwne, a jak sądzimy ważne zjawisko. Mianowicie, w niektórych miejscach widać było, jak cienkie wyrostki osiowe stawały się z czarnych matowymi i przebiegały ostatecznie w postaci niteczek tak szarych lub białych, że ginęły ostatecznie w ognisku. Fakt ten wykazuje, z jak wielką oględnością wydawać należy sąd o ostatecznym zaniku wyrostków osiowych, nawet przy stosowaniu metody tak subtelnej, jaką jest niewątpliwie metoda BIELSCHOWSKY'ego.

(D. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie ginekologiczne 22 marca 1907.

Po przeczytaniu protokołu z posiedzenia poprzedniego prezes NEUGEBAUER zagał posiedzenie przemówieniem na cześć zgasłego przedwcześnie głośnego chirurga ś. p. Władysława KRAJEWSKIEGO, zaznaczając w ciepłych słowach zasługi ś. p. Władysława dla postępu nauk lekarskich w ojczyźnie naszej, dla chirurgii a łącznie z nią i dla ginekologii operacyjnej naszej, jak niemniej dla ulżenia niedoli ludzkiej, ciężką niemocą wywołanej.

Wysokiego stopnia inteligencya, dar spostrzegawczy, umysł krytyczny i niezależny, niezmordowana energia w pracy, aby dopiąć celu upatrzonego, bezgraniczne zamiłowanie do fachu swego, olbrzymie doświadczenie przy skromności osobistej nadzwyczajnej były cechą znamienną ś. p. Władysława KRAJEWSKIEGO.

Nietylko sam nieustannie pracował nad udoskonaleniem wiedzy własnej, lecz przykładem swoim zachęcał do pracy otoczenie swoje, młodzież, która gromadziła się dookoła Niego w oddziale szpitalnym, nawołując ją do pracy i ułatwiając uczniom swoim pracę radą swoją. Plon długoletniej pracy człowieka takiej miary niejedno tylko będzie zbierało pokolenie społeczeństwa naszego.

Cześć pamięci nieodżałowanego kolegi!

Pamięć ś. p. KRAJEWSKIEGO uczczono powstaniem z miejsc.

LEYZEROWICZ podał krótki opis stosowania metody obciążania wysoko ułożonej miednicy. Istotę tej szeroko w klinikach zagranicznych rozpowszechnionej metody, która nosi nazwę „Belastung nach Pincus“ lub „Belastungs-lagerung,“ stanowią dwa czynniki:

wysokie ułożenie miednicy na równi pochylej oraz obciążanie zewnętrzne (przez powłoki) i wewnętrzne (śródpochwowe).

L. wskazał, jak ułożyć chorą na równi pochylej, co sprowadza zarówno miejscową, jak i ogólne zmiany w krążeniu (rodzaj autotransfu-

zyi), następnie — jak wywołać obciążenie zewnętrzne z pomocą woreczka ze śrutem wagi od 1—5 kilogr., wreszcie przedstawił aparat PINCUS'a.

Składa on się z kuli szklanej, dwóch kolpeurynterów i pompki do wpuszczania powietrza. Jeden z kolpeurynterów stanowi zbiornik, w którym znajduje się rtęć; ze zbiornika tego żądaną odpowiednią ilość rtęci, mianowicie od 500—1500, wpuszczamy do wspomnianej kuli szklanej, a ztąd do drugiego, wprowadzonego uprzednio do pochwy kolpeuryntera — w celu właściwego — śródpochwowego obciążenia. Cała procedura obciążenia trwać może od 1—3 godzin.

Aparat rzeczony posiada wyższość nad zwykłym, gdzieś niedawno jeszcze używanym balonem, do którego bywa wlewana rtęć np. przez lejek, albowiem aparat PINCUS'a dokładnie reguluje obciążanie oraz daje możliwość łatwego wprowadzania powietrza do znajdującego się w pochwie kolpeuryntera po usunięciu zeń rtęci.

Dzięki tej ostatniej okoliczności, zamiast występującej zwykle po usunięciu rtęci raptownej kongestji narządów miedniczych, otrzymujemy kongestję stopniową, która właśnie ma wpływać nader korzystnie na wysysanie się wysięków.

Wspomniany aparat posiada i tę zaletę, iż można go stosować ambulatoryjnie.

Metoda obciążania wskazana jest w przewlekłych stanach zapalnych przy — i okołomaciczych, dalej w przewlekłych stanach zapalnych przydatków macicy, w przypadkach *retroflexionis uteri fixatae*, zwłaszcza zaś duże oddaje usługi w razie *retroflexionis uteri gravidi*.

Przeciwwskazanie do użycia metody obciążania stanowi podniesienie się ciepłoty, znaczna bolesność w ognisku chorobowem i miewskazanie.

W rezultacie — omawiana metoda powiększa dotychczasowy zasób sposobów bezopera-

cyjnego postępowania lekarskiego w pokaźnym szeregu chorób kobiecych.

W dyskusji nad przemówieniem LEXZEROWICZA KARCEWSKI zaznaczył, iż omawiana metoda nie stanowi nabytku czasów ostatnich, znana jest bowiem od lat kilku. K. u siebie w oddziale również stosował ją u całego szeregu chorych, lecz wynikami metody tej bynajmniej zachwycony nie został. W zasadzie zaś — przewlekłe sprawy zapalne narządów miedniczych kobiety i bez użycia powyższej metody przebiegają względnie pomyślnie dzięki innym, w powszechnym będącym użyciu zabiegom. W tych zaś przypadkach, gdzie sprawa doprowadza do wytworzenia się ropnia, i metoda obciążania nic nie poradzi. Nie można tedy uważać jej za zabieg, mający skutecznie ograniczyć interwencję chirurgiczną. Wreszcie K. zaznacza, iż niewątpliwie ze skutkiem metodą tą posilkować się można jedynie w przypadkach *retroflexionis uteri gravidi*.

J. JAWORSKI twierdzi, że istotny postęp w stosowaniu metody obciążaniem stanowi nie zbyt złożony przyrząd HALBAN — PINCUS'a, lecz wprowadzenie do celu tego rtęci zamiast dawniej używanego śrutu, oraz układanie chorej na równi pochyłej.

Rtęć, zdaniem J., jako ciało o wyższym ciężarze gatunkowym, wzięta w tej samej ilości, co śrut, wywiera większy ucisk i rozciąganie; rtęć, przysiadając większe własności plastyczne, lepiej wypełnia wszelkie wgłębienia i wypuklenia wysięku; rtęć i pod względem technicznym ma zalety, gdyż ją łatwo wpuścić, a następnie usunąć z kolpeuryntera.

Co do samego obciążania, J. sądzi, iż ono

nie może być obojętne dla zdrowej tkanki przy wysokim obciążaniu, np. 2½ f. od wewnątrz, a 5 f. od zewnątrz, jak się to stosuje w wysiękach przymacicznych, jeżeli mamy liczyć na wynik.

Wreszcie — mówca uważa, iż z metodą, o której mowa, w wielu razach skutecznie współzawodniczyć będą: *columnisatio* i masaż ginekologiczny.

Wł. STANISZEWSKI przedstawił preparaty: pękniętej macicy ciężarnej i dwu płodów z uprzedniej podwójnej ciąży zewnątrzmacicznej.

a) Macica długości 14 ctm., wymiar frontalny 13 ctm., grubość ściany dochodzi 4½ ctm.. Z prawej strony, cokolwiek z przodu i poniżej przyczepu jajowodu, znajduje się otwór owalny 6½ ctm. długi, 3½ ctm. szeroki; brzegi pęknięcia tego są grube, nazewnątrz otaczają je cienkie strzępy. Pod mikroskopem ściana macicy przedstawia pewne rozrzedzenie mięśni, między wiązkami znajduje się obfitsza, niż w innych miejscach, luźna tkanka łączna.

b) Worek, mający 9 ctm. w średnicy, kształtu kulistego, o ścianie cienkiej (mniej więcej 1 mm. grubości), zawiera z jednej strony otwór okrągły wielkości rubla srebrnego (miejscie odcięcia od tkanek otaczających). Wewnątrz znajduje się łożysko barwy ciemnoczerwonej, zbitości twardej, które wypełnia większą część worka, oraz płód spłaszczony 4—5° miesięczny.

c) Twór kształtu jajowatego, długości 6 ctm., o powierzchni gładkiej, błyszczącej, białawej z przyrośniętą do powierzchni w jednym miejscu siecią.

D. n.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

59. Baumstark. Badania doświadczalne i kliniczne nad wpływem wody Homburskiej na wydzielanie soku żołądkowego.

Pogląd na wpływ solanek na wydzielanie soku żołądkowego uległ w ostatnich czasach zasadniczej zmianie. Gdy bowiem dawniejsi

autorzy zgodnie przypisywali solankom hamujący wpływ na wydzielanie soku żołądkowego, — nowsi badacze (BOAS, BRAUN, GRÜTZNER, wreszcie BICKEL) stwierdzili dowodnie, że solanki stanowczo pobudzają czynność wydzielniczą żołądka w przypadkach upośledzonego wy-

dzielania soku żołądkowego, jeśli stosujemy solankę niezbyt mocną, nie przekraczającą 1% zawartości soli kuchennej.

BICKEL badał wpływ wody Wiesbadeńskiej (0,68% soli i bez CO_2), HEINSHEIMER — wody Baden-Badeńskiej (0,2% soli), RHEINHOLDT — Kissingeńskiej (0,5% soli i 0,06 siarczanu magnezyi) i SASAKI — wody morskiej (1% i bez CO_2). Autor zwraca uwagę, że wymienione wody mineralne posiadają niejednorodny skład, że zawartość soli kuchennej i kwasu węglowego jest w nich rozmaita, i że wobec tego należałoby jeszcze raz przeprowadzić ściśle badania nad typowym przedstawicielem wód solankowo-gazowych i wyniki ustalić.

Za takiego przedstawiciela autor uważa zimne źródła Homburskie, które zawierają 0,7% (źródło Ludwika), 0,9% (źródło Elźbiety) i 0,14% (źródło Landgrafa) soli kuchennej i 1500—2000 obj. kwasu węgl. w litrze wody.

Badania wykonał autor na psach, operowanych metodą Pawłowa. Wlewano psu na przód 200,0 czystej wody i zbierano w ciągu określonego czasu co $\frac{1}{2}$ godziny wydzielający się w małym żołądku sok, — poczem wlewano psu 200,0 wody Homburskiej i również co $\frac{1}{2}$ godziny wydobywano z małego żołądka sok żołądkowy. Tego rodzaju doświadczeń wykonał autor 5 i we wszystkich stwierdził bardzo znaczne wzmoczenie wydzielania się soku żołądkowego po wodzie Homburskiej. Gdy np. po wlaniu 200,0 wody mały żołądek wydzielil w ciągu 2 godzin 11,7 soku żołądkowego, to po 200,0 wody Homburskiej ze źródła Ludwika — wydzielilo się soku 18,0, t. j. o 53% więcej.

Autor wykonał następnie 4 doświadczenia bardziej złożone: dawał psu na przód 200,0 czystej wody, ewent. 200,0 wody Homburskiej, a po upływie $\frac{1}{2}$ godziny—200,0 mleka,—aby zaobserwować, jak zachowywać się będzie błona śluzowa żołądka przy skombinowanym działaniu wody mineralnej i mleka. I w tych doświadczeniach wydzielanie soku żołądkowego znacznie wzmogło się po podaniu wody Homburskiej (o 37—129%!).

Niezmiernie jednak ważne i ciekawe badania udało się autorowi przeprowadzić na człowieku. Badania te dają zarazem odpowiedź na pytanie, czy wogóle wolno przenosić na czło-

wieka wyniki badań, wykonanych na zwierzętach. 23-letnia panna z przetoką żołądkową (wykonaną przed 8 laty z powodu bliznowego zwężenia przełyku) poddana została w celach leczniczych oesophagotomii; dolny otwór przełyku został zaszyty, górny zaś został połączony za pomocą rurki gumowej z żołądkiem. W ten sposób pokarm mógł dostać się z ust przez przełyk i rurkę do żołądka lub też wypadał z przełyku nazewnątrż przy odjęciu rurki gumowej. Porządek doświadczenia był następujący. Naczo wlewano do żołądka 300 cm. sz. czystej wody i pozostawiano ją tam w ciągu 20 minut, poczem wyciągano pozostałą w żołądku ilość wody; wówczas urządzano t. zw. „pozorne karmienie“, przyczem pokarmy wypadały nazewnątrż przez górny otwór przełyku. W żołądku wydzielal się wówczas t. zw. „Appetitsaft“, który skrzętnie zbierano co 5 minut i badano na kwasność. Po zupełnem ustaniu wydzielania wlewano znów do żołądka 300 ctm. sz. wody Homburskiej, poczem następowało „pozorne karmienie“, jak poprzednio. Sok żołądkowy znowu zbierano co 5 minut i każdą porcyę dokładnie badano.

Okazało się, że w o d y H o m b u r s k i e także i u człowieka silnie pobudzają czynność wydzielniczą żołądka: ogólna ilość soku żołądkowego, wydzielającego się po wodzie Homburskiej, o 29—do 72% przewyższała ilość soku, otrzymanego po wodzie zwyczajnej.

Z doświadczeń powyższych okazuje się nadto, że wyniki doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, dają się przenieść na człowieka. Jest to niezmiernie ważny fakt, wykryty dzięki szczęśliwie wyzyskanemu i wyjątkowo nadającemu się do takich doświadczeń osobnikowi.

Jeśli wszakże podawać solankę współcześnie z pokarmem (np. z mlekiem), to działanie jej jest już zgoła inne: wywiera natenczas wpływ hamujący na wydzielanie soku żołądkowego. Gdy podawano psu 150 ctm. sz. solanki razem ze 150 ctm. sz. mleka, wydzielilo się o 43 — 58% soku żołądkowego mniej, niż gdy takąż ilość mleka mieszano ze 150 cm. sz. czystej wody. Doświadczenia te są ważne pod względem praktycznym, pouczają bowiem, że dla otrzymania wzmoczonego wydzielania soku

żołądkowego należy podawać solankę naczczo, przynajmniej na $\frac{1}{2}$ godziny przed śniadaniem.

Z powyższych badań wynika, że wody solankowe są wskazane we wszystkich przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka z upośledzeniem lub zniesieniem wydzielaniem soku żołądkowego.

(Arch. f. Verdauungsk. Tom XII. Z. 3).

W. Robin.

50. Kumosi Sasaki. Badania porównawcze nad wpływem różnych wód mineralnych na wydzielanie soku żołądkowego.

Autor przeprowadził szereg doświadczeń na psach, operowanych metodą PAWŁOWA, starając się wyświecić wpływ najbardziej używanych wód mineralnych na czynność wydzielniczą żołądka. Badania wykonywano w następujący sposób: psu wlewano naczczo do żołądka 300 ctm. sz. odpowiedniej wody mineralnej, pozostawiano ją tam w ciągu 15 minut, poczem wysuszano błonę śluzową żołądka. Wówczas urządzano „pozorne karmienie“ zwierzęcia,

trwające 5 minut, i zbierano wydzielający się sok żołądkowy co 5 minut. Starano się, rzecz prosta, aby wszystkie wpływy uboczne były we wszystkich doświadczeniach jednakowe.

Zbadano następujące wody mineralne: 1) Wiesbaden-Kochbrunnen, 2) Ems i Selters, 3) Karlsbad, 4) Hunyadi Janos i 5) Vichy.

Z załączonych do pracy rysunków jasno wynika, że pod wpływem różnych wód mineralnych błona śluzowa żołądka wydziela różne ilości soku żołądkowego.

Solanka Wiesbadeńska niewątpliwie pobudza czynność wydzielniczą żołądka. Do tej samej grupy należą również wody alkaliczne (Ems i Selters).

Woda Karlsbadzka hamuje w nieznacznym stopniu wydzielanie soku żołądkowego. Bardzo silny wpływ hamujący wywierają wreszcie wody alkaliczne (Vichy) i wody gorzkie (Hunyadi-Janos).

(Arch. f. Verdauungskr. Tom XII, Z. 3).

W. Robin.

ODCINEK.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.— Zob. Nr 49).

Mile, opowiadając słuchaczom swoim o ruchu, jako objawie życia, przeszedł historycznie wszystkie teorie lekarskie, bliżej dotyczące zaj-

mującego nas przedmiotu, poczynając od Halle-
r'a drażliwości.

Objawianie się życia w ruchu i czuciu jest szeregiem funkcyj, zwanych życiem zwierzęcem. Wszystkie funkcyjne podzielił profesor na indywidualne i funkcyjne rodzajowe. Pierwsze podzielił na funkcyjne odżywności, drażliwości czyli ruchu i funkcyjne czucia. Celem odżywności jest rozmnażanie substancji ludzkiej; trawienie i wyrobienie krwi to zadanie drażliwości. Trzecia funkcyja czucia rozdziela się na trzy gatunki: pierwszy obejmuje zmysły; drugi funkcyjne wewnętrzne fizyczne, moralne i uczucie powszechnych stosunków; trzeci gatunek stanowi funkcyjne umysłowe. Celem ich tworzenie wyobrażeń; tu należy myśl, wola i pamięć.

Nakoniec przychodzi Mile do wniosku, że najbliższymi prawdy są ci, którzy utrzymują że

definicja życia nigdy nie będzie stanowczo wyjaśniona. Podaje różne teorie życia, poczynając od Arystotelesa, a kończąc na Bichat. O Sniadeckim nie wspomina.

Na związku funkcji organicznych między sobą i związku tychże funkcji ze światem nie-organicznym kończy się fizjologia ogólna.

Fizjologię szczegółową ułożył Mile podług dzieła Richeranda, a przedewszystkiem podług sławnego dzieła Magendie: *Précis élémentaire de Physiologie*. Paris. 1816 i 1825, dopełniając prócz innych czasopism według wydawanego przez Magendie od 1821 do 1831 *Journal de physiologie expérimentale*.

Szokalski zupełnie słusznie utrzymuje, że Mile, idąc za Magendie, zupełnie nową drogę otwierał w poglądach, gdyż ponad teoretyczne wnioskowanie postawił doświadczenie, eksperyment. To bardzo naturalne następstwo w zapatrywaniach i kierunkach, i nie mogło być inaczej, jeżeli zważymy, że Mile wziął sobie za przewodnika Magendie, który nie znał innego dla fizjologii, zarówno jak dla patologii i terapii, źródła wiadomości nad doświadczenia eksperymentalne. Wiemy z historii medycyny, że pisma Borden'go, Pinel'a i Bichat'a ustaliły we Francji samowładne niemal panowanie nauki witalistycznej, zaczęło poszło, że następcy ich starali się każdą czynność fizjologiczną objaśnić działaniem osobnej siły żywotnej. Przeciwno takiemu pojmowaniu rzeczy powstał stanowczo i otwarcie Magendie, który już w pracy swojej, stanowiącej przypisek do dzieła Bichat'a: *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, stanowczo występuje jako najgorliwszy wyznawca pozytywizmu, a zatem przeciwnik Bichat'a i jego zwolenników.

Układ fizjologii szczegółowej zaczyna się od funkcji indywidualnych, przedewszystkiem od trawienia. Nie będziemy szczegółowo rozpatrywali tej części wykładów, ponieważ układ Milego nie nosi na sobie śladów samodzielności; więcej nas interesuje stanowisko Milego wobec eksperymentu.

Jużesmy wyżej wspominali, że wydział lekarski odzywał się o koniecznej potrzebie założenia instytutu fizjologicznego; tamże zwróciliśmy uwagę, że, gdyby rząd przychylnie przyjął wniosek i dał fundusze na założenie instytutu, wówczas szkoła warszawska byłaby jedyną w

Europie, mającą rządowy zakład fizjologiczny — ale to nie przyszło do skutku. Pozostała się więc prywatna inicjatywa. Szokalski zarzuca społeczeństwu, że nie umiało ocenić należycie Milego; że zapomniany został człowiek, który eksperymentalną fizjologię wykładał w Warszawie, a zatem opartą nie na „teoretycznych mrzonkach“, ale „na doświadczeniu i poszukiwaniu“, popartych „wprowadzoną do nauki wiwisekcyą na obszerną skalę“.

Zdaje mi się, że profesor Szokalski w zapale panegirycznym przesadził. Nie mam zamiaru zmniejszać zasług Milego, przeciwnie, wykażę je w miejscu właściwym, bo Mile rzeczywiście zasłużył się dobrze przedewszystkiem mechanice, trochę fizyce, mniej ginekologii, a jeszcze mniej fizjologii. Mile mógł czarować i ujmującą postacią i darem słowa i treścią wykładu, nie przeczę — ale tenże profesor podawał uczniom swoim najlepsze, ostatnie wyniki nauki eksperymentalnej, lecz nie sprawdzonej w Warszawie.

Nie ma żadnej wątpliwości że Mile, który tyle czasu spędzał w gabinecie fizycznym, jako mechanik i fizyk, w gabinecie chemicznym pracował przygodnie i nie czynił doświadczeń fizjologicznych; nie robił wiwisekcyi, bo o tych czynnościach zostałby ślad jakiś czyto w protokołach wydziałowych, czy Rady uniwersyteckiej, a o tem, żaręczam, wzmianki nawet nie ma. Tymczasem z wiadomościami o innych poszukiwaniach fizycznych ciągle w powyższych źródłach spotykamy się. — Na tej to zasadzie utrzymuję, że Szokalski, pisząc w późnym wieku swoje wspomnienia, przedstawił rzecz, nie jak była, lecz jaką być powinna.

* * *

„Dietetyka jako zbiór reguł, podług których człowiek powinien oznaczać wpływ na niego zewnętrzny i wewnętrzny, aby tym sposobem zdrowie swe zachowywać i ulepszać“ — była wykładana w Warszawie od zawiązania się szkoły lekarskiej.

W Uniwersytecie katedrę tę objął Mile i prowadził ją, dopóki Szkoła Główna istniała. Wyjaśniwszy słuchaczom swoim, co to jest zdrowie czyli stan naturalny — wykazuje profe-

sor wszystkie powody, dążące do zachwiania tego zdrowia; daje wskazówki, jak należy postępować, aby usunąć wpływy szkodliwe, stan anormalny spowodujące. Wykazuje, jaki zachodzi stosunek między dyetetyką a medycyną praktyczną.

Że zaś człowiek chory, a zatem pod względem zdrowia nienormalny, wymaga nad sobą dobroczynnego wpływu dyetetyki—dlatego ta ostatnia rozpada się na dwa działy: na dyetetykę zdrowego człowieka czyli higienę i chorego czyli dyetetykę terapeutyczną.

Pod względem praktycznym dyetetyka pierwszej kategorii najbardziej się zbliża do policyi lekarskiej.

Dyetetyka mieści w sobie trzy podrzędne cele: zapobiegać chorobom (profilaktyczny), przedłużać życie (makrobiotyczny), udoskonalić życie (poliobiotyczny). Te cele winny ściśle łączyć się z sobą.

Zasada makrobiotyki polega na tem, żeby się nie wiele zużyć, mało brać pokarmów, szczególnie mięsnych, ruch ograniczać, funkcyi umysłowych nie wysilać i t. d.

Istnienie człowieka może być dwojakie: w stanie zdrowia i choroby. Zupełnie absolutne zdrowie jest stanem idealnym, zależnym od zupełnej harmonii wszystkich funkcyi. Że zaś te funkcyje ciągłym wahaniem podlegają—dlatego zadaniem życia jest przywracać je do równowagi.

Dyetetyka, jako nauka empiryczna, w doświadczeniu swe źródło znajduje.

Mile w prelekeyach swoich zastanawiał się nad następującemi pytaniami: o zachowaniu się dla utrzymania i wzmocnienia zdrowia pod względem wpływów zewnętrznych; o zachowaniu zdrowia pod względem funkcyi; o zachowaniu się stosownem do odmian, które w organizmie zachodzą.

Zewnętrzne działacze podzielił profesor na potrzebne i szkodliwe. Szkodliwość bywa

względna i bezwzględna; ta ostatnia rozpada się na szkodliwość organizmu czyli mechaniczną i na szkodliwość funkcyi.

Reguły dyetetyczne co do działań i działaczy wewnętrznych miały na celu ćwiczenia funkcyi celem udoskonalenia ich i zachowanie równowagi między funkcyami. Regularność i różnorodność działania jest według Milego jedną z najważniejszych reguł. Wogóle należy zachować w funkcyach pewną regularność, nieregularność bowiem prowadzi do niszczenia ciała—dlatego trzeba cenić czas, przeznaczony na jedzenie, ruch, sen i t. d. Należy unikać zbyt jednej jednostajności, gdyż wówczas życie człowieka zmienia się na maszynę; człowiek pozbawiony zostaje możności kierowania sobą, władza sądu jest jednostronna, władze umysłowe są osłabione. Ludzka doskonałość z różnorodności stosunków wypływać musi, dlatego starać się należy, aby wpływy wcześniej się zmieniały. Różnorodność sprawia przyjemność funkcyi i zapobiega nudom. Nasze więc zatrudnienia zmienne być powinny. Ten człowiek jest najdoskonalszy, który wielostronnie zażywa życia. Ztąd odbywanie podróży jest rzeczą bardzo zdrową i korzystną. Przeznaczenie nasze do różnorodności okazuje się już w budowie i w organicyi naszej. Również we względzie moralnym najlepiej różnorodność działa na człowieka, gdy złe przygody dobrem i przyjemnem są przeplatane. Organizm ludzki może być samodzielnym; jakoż utrzymuje on swój byt. Samodzielność jest czynna i zowie się energią; samodzielność bierna—to apatya. Energia wykazuje się, gdy gwałtownemu zniszczeniu organizm stawia opór. Dla nabycia energii należy używać pokrmów posilnych i napojów; należy się hartować—lecz i o tem nie należy zapominać, ażeby przez hartowanie tylko niektóre funkcyje przytłumiać, a nie cały organizm.—Ztąd wypływa wytrwałość funkcyi. Jednym z objawów wytrwałości jest nałóg.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1908 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1908 do dnia 31 marca 1908 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac, odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1908 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” (ulica Niecała Nr, 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że w Październiku 1909 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. Helbicha w kwocie rubli 150 za najlepszą pracę naukowo lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace, odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go marca 1909 roku, na imię sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo odrazu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem, co i rękopis, godłem. Koperta z nazwiskiem otworzona będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów i księgarnie o uregulowanie zaległych rachunków za rok 1907 i o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1908.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żołąch, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypy i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

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

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

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

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

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

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

E. Merck

STYPTICINA

Nadzwyczaj skuteczne haemostatikum.

Pewne działanie i zupełnie nieszkodliwe.

Do użytku wewnętrznego, podskórnego i miejscowego

WSKAZANIA:

Menorrhagia, Dysmenorrhoe, krwotoki klimakt.

Grożące poronienie, krwotoki po poronieniu i po porodzie, subinvolutio uteri

Metritis i Endometritis chron. Parametritis, Oophoritis, Salpingitis.

Krwotoki płucne, żołądkowe i jelitowe.

Morbus maculosus Werlhofii, Haemophilia.

Krwotoki nosowe, z jamy ustnej i zębów.

Stypticina

łatwo się rozpuszcza w wodzie i daje się wyjałowić. Podskórne resp. śródmiąższowe wstrzykiwania dają bardzo dobre wyniki przy uporczywych krwotokach (szczególnie Haemoptoe). We wszystkich innych przypadkach o ile nie chodzi nam o miejscowe wstrzykiwanie krwotoku zaleca się przepisywanie ściśle dozowanych

Tabletek-Stypticiny

po 0,05 g. w oryginalnych rurkach po 20 sztuk.

Najwygodniejszy i najtańszy sposób wewnętrznego stosowania Stypticiny.

Skuteczne jako miejscowe haemostatika

Gaza—Stypticinowa i Wata—Stypticinowa.

Literatura i próby
do dyspozycji panów lekarzy.

Darmstadt

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Alypin

Alypina

nowy środek znieczulający.

Łatwo rozpuszczalna, neutralna, łatwo wysysająca się i dająca

się sterylizować.

przy jednakowej sile znieczulenia znacznie mniej trująca.

Łatwo rozpuszczalna, neutralna, łatwo wysysająca się i dająca się sterylizować.

Przy kombinacjach z preparatami nadnercza znacznie powiększa działanie znieczulające.

Dawka przeważnie taka jak przy Cocainie.

Tabletki Alypiny à 0,02 i 0,05 g. bez Suprarenini boric. i z takową, do iniekcji podskórnych dostarcza G. Pohl-Schönbaum p. Gdańskiem.

Zakład Leczniczy D-ra Emmericha

dla chorych nerwowych — morfinistów, etc.—i alkoholików.

Najłagodniejszy sposób odzwyczajania od morfiny bez przymusu przy natychmiastowem usuwaniu szpryki w 4—6 tygodni. Odzwyczajenie od alkoholu zapomocą wypróbowanej metody.

Prospekty bezpł. Właściciel i dyr. lek. Dr Arthur Meyer. 2-ch lekarzy.

B-BADEN
założ. 1890.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,

B. Koniuszennaja
19/8.

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 chemicznem i fizyologicznem. 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 specyalności i cenniki.