

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 41

Warszawa d. 14 października 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej”. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemerstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: Wodniak niewieści (Hydrocele muliebris), podał d-r M. Borsuk. Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu, podał S. Groszlik (C.d.).—STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 186 Hering. O wartości klinicznej elektrokardiogramu. 187. H. Curschmann. O wartości rozpoznawczej odruchu Babińskiego w okresie przedmocznicowym. 188. Maurice Loeper. Zawroty głowy pochodzenia kiskowego. — WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Nadesłano do Redakcyi. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Wodniak niewieści (Hydrocele muliebris).

Podał

Dr. M. Borsuk.

Ordynator-chirurg Szpitala Wolskiego w Warszawie.

W październiku 1910 r. zgłosiła się do mnie dziewczyna, w wieku lat 16, ze skargą na guz w prawej pachwinie. Badanie: chora zbudowana prawidłowo, odżywianie dobre, skóra delikatna, tkanka podskórna obfituje w tłuszcz. W pachwinie prawej

znajduje się guz kielbasowaty, sięgający od dołu do dużej wargi sromnej, a ku górze w kierunku kanału pachwinowego — i ginie w głębi jamy brzusznej. Skóra nad guzem jest nie zmieniona, o ciepłocie normalnej, daje się ująć w fałdę. Przy kaszlu lub przy ucisku na kanał pachwinowy guz powiększa się nieco. Odgłos wypukowy nad guzem — przytłumiony, prawie tępy. Prześwietlenie guza ze względu na umiejscowienie i kształt — było niemożliwe. Chora narzeka, że guz sprawia jej nieco dolegliwości: przy dźwię-

ganiu lub chodzeniu uczuwa ona ból tępy; guz stale i stopniowo się powiększa.

Chora zauważyła przed paru miesiącami, że guz ten jest wielkości prawie pięści dorosłego. Rozpoznanie moje wahało się między przepukliną sieci, wodniakiem lub tłuszczakiem.

Chorą skierowałem do mego oddziału w Szpitalu Wolskim, gdzie po odpowiednim przygotowaniu na trzeci dzień po przybyciu przystąpiłem do operacji. Cięcie poprowadziłem wzdłuż guza, poczynając od wielkiej wargi sromnej. Tu po przecięciu skóry i tkanki tłuszczowej znalazłem guz torbielowaty, który w części na tępo, w części przy pomocy noża i nożyczek oddzieliłem od tkanek otaczających i wtedy mogłem wyważyć na zewnątrz; natomiast górna część tej torbieli zagłębiała się w kierunku kanału pachwinowego w jamę brzuszną. W tym więc kierunku wypadło rozszerzyć ranę skórną i stopniowo dojść do otrzewny, po otwarciu której okazało się, że guz idzie w głąb aż do rogu macicy. Wtedy, zmieniawszy położenie stołu operacyjnego na pochyłość TRENDLENBURGA, rozszerzyłem ranę brzuszną i uniosłem macicę ku górze; okazało się, że twór torbielowaty przylega do wiązadła okrągłego macicy; wiąz ten na całej górnej (wewnątrzotrzewnowej) przestrzeni leży przy torbieli, dalsza zaś część, to jest leżąca poza jamą brzuszną — obejmuje twór torbielowaty, przytem tak ściśle, że rozsianego wiązadła okrągłego nie można było oddzielić; wskutek tego oddzieliłem od torbieli tylko część górną więzu, część pozostałą więzu byłem zmuszony odciąć razem z guzem. Po dokonaniu tego pozostałą część więzu okrągłego wszyłem do wrót kanału pachwinowego. Nakoniec jamę brzuszną i wogóle całą ranę zaszyłem zwyczajnym sposobem.

Przebieg pooperacyjny był nieco powikłany tem, że w dolnej części rany nastąpił

wylew krwawy, tak, że zmuszony byłem zdjąć szwy z dolnej części rany.

Górna część rany zagoiła się przez rychłozrost, dolna zaś z powodu wyżej wspomnianego wylewu — goiła się przez ziarnienie. W 3 tygodnie po operacji chora wypisała się ze szpitala zupełnie wyleczoną.

Wycięty guz okazał się tworem torbielowatym kształtu klepsydry, w środkowej części przewężonym, tak, że płyn, znajdujący się w tej torbieli, mógł być z trudnością przesuwany z jednej połowy do drugiej. Płyn, zawarty w torbieli, był przezroczysty, bezbarwny, bardzo przypominający płyn wodniaka u mężczyzn. Połowa guza była zupełnie przezroczysta, o ścianach cienkich i gładkich — ta część leżała w jamie brzusznej równolegle i od przodu do wiązadła okrągłego z więzem, jak wyżej wspomniałem — była zrośnięta bardzo luźno. Druga zaś połowa leżała w kanale pachwinowym i w wardze dużej sromnej, ściany tej części były nierówne, zgrubiałe i otoczone rozsianym więzem okrągłym, z którego twór torbielowaty z trudnością udało się wydzielić, o czem mówiłem już wyżej. U mężczyzn często wodniak występuje na sznurze nasiennym lub na jądrze z powodu niezarośnięcia wyrostka pachwinowego, lub z powodu wadliwego ukształtowania się tych tkanek w okresie zarodkowym formują się rozmaite twory (BITNER i BOAB), natomiast u kobiet są one rzadkością.

Pierwszą wzmiankę w tej sprawie znajdujemy u AETIUSA, który nazywa podobne twory: „*hernia aquosa*“. Dopiero AMBROISE PARÉ opisał tę sprawę szczegółowo i dał jej nazwę wodniaka. On też pierwszy usunął wodniak przez wyluszczenie. HENNING w 1884 r. zebrał 41 przypadków wodniaków kobiecych, WECHSELMANN w 1890 r. zebrał 91, nakoniec FINSTERER w 1908 r. komunikuje o 89 przypadkach wodniaków kobiecych. Z polskich autorów mogłem zna-

leżć opis wodniaka w podręczniku ginekologii WŁ.BYLIICKIEGO 1894 r.str. 61 i 516i w pracy bardzo szczegółowej, prawie wyczerpującej Ad. MAJEWSKIEGO, ogłoszonej w 1895 r. w „Gazecie Lekarskiej”.

Pochodzenie wodniaka u kobiet może być dwojakie. Badając sam wygląd tych torbieli, jak naprzykład w naszym przypadku, widzieć można, że część, znajdująca się w jamie brzusznej, inaczej wygląda i inaczej się zachowuje względem wiązadła okrągłego, niż ta część, która się znajduje w kanale pachwinowym, a głównie na zewnątrz jego. Objaw ten można łatwo wytłomaczyć, uprzytomniając sobie w pamięci pochodzenie zarodkowe tego twor. Mianowicie twory te formują się z tak zwanego kanału NUCKA lub z pozostałości ciała WOLFA a także z kanałów MÜLLERA. Co do kanału czyli uchyłka NUCKA — to był on przez wielu autorów negowany, jak naprzykład przez VICQ d'AZYRA, VELPEAU, AUBERA, DUPLAY, a ten ostatni nawet wręcz odrzucił otrzewnowe pochodzenie kanału NUCKA. Ostatnie jednak badania stwierdziły stanowczo, że równie jak u mężczyzn — otrzewna u kobiet tworzy wyrostek pochwo- wy. Mianowicie u 3 miesięcznego płodu, jeszcze przed opuszczeniem się jądra — już na otrzewnie formuje się jamka, która w końcu stopniowo przeistacza się w twór workowaty, dotykający swym bokiem wiązadła okrągłego. Naturalnie, ten worek zarasta jeszcze w okresie przed urodzeniem; czasem jednak zostaje on otwarty bardzo długo, a nawet całe życie. CAMPER, ZUCKERKANDL znajdowali na sekcji worek otwarty w wielu razach u dzieci, świeżo narodzonych. SACHS na 255 trupach dzieci do 2 lat znalazł, że uchyłek NUCKA w 37 przypadkach był otwarty, a FERI na 158 trupach dziewczynek w wieku od 1 — 3 lat w 12 razach znalazł albo w całości otwarty albo częściowo tylko zamknięty. Z tego widzimy, że wyro-

stek otrzewnowy, t. z. uchyłek NUCKA stosunkowo nie często bywa niezarośnięty; naturalnie, w takich przypadkach łatwo może tam się zebrać płyn, zupełnie analogicznie do tego, co się dzieje u mężczyzn.

Jak wspomniałem, uchyłek NUCKA może być otwarty na całej swej rozciągłości i może się łączyć z jamą brzuszną za pomocą szerokiego albo wąskiego otworu, tak, że płyn, który się zbiera do uchyłka NUCKA, łatwiej lub trudniej może się wylewać do jamy brzusznej, i wtedy mamy wodniak, łatwo nikiący, tak zwane „*hydrocele communicans*”, który zwykle był brany za przepuklinę, i dopiero operacja wyjaśniała sprawę, jak to miało miejsce w przypadku BORADULINA (Chirurgia — 1910 r.). Ale bywa też i tak, że, chociaż drożność jest zachowana na całej przestrzeni tego uchyłka, jednak z powodu istniejącej fałdy w formie kłapy — płyn z uchyłka nie może się wlać do jamy brzusznej, co już opisał ZUCKERKANDL; CHIARI podaje przypadek, w którym płyn ten był ropny, a pomimo to nie nastąpiło rozlane zapalenie otrzewny. Wodniak może jeszcze powstać z pozostałości ciała WOLFA i przewodów MÜLLERA.

U płodu 8 tygodniowego wiązadło okrągłe jest tworem łącznotkankowym bez komórek nabłonkowych. Ten twór leży w bliskości ciała WOLFA lub pierwotnej nerki. Według HERTWIGA — pierwotna nerka przy-czepiona jest do tylnej części zarodka, jako łącznotkankowa blaszka, za pomocą fałdy otrzewny czyli tak nazywanej krezki nerki pierwotnej. Na dalszej zaś części pierwotnej nerki znajdujemy drugą fałdę otrzewny, która idzie od tej nerki w kierunku kanału pachwinowego. Ta fałda zawiera liczne włókna łączno-tkankowe, które u mężczyzn przeistaczają się w jądrawód HUNTERA, a u kobiety w wiązadło okrągłe. Na wewnątrz zaś od pierwotnej nerki leży jajnik lub jądro, a na

przodzie leży twór MÜLLERA. Widzimy więc z tego, że u 8 tygodniowego płodu wiązadło okrągłe, ciało WOLFA i twór MÜLLERA leżą tuż przy sobie. Przeto w życiu zarodkowym zdarzyć się może, że komórki ciała WOLFA dostaną się do wiązadła okrągłego, względnie do jądrovodu HUNTERA, a następnie te zabłąkane pierwiastki dają początek torbieli. I rzeczywiście, obserwacje BITTNERA i BOABA dają kazuistyczny w tym względzie materiał; autorowie znajdowali przy operacjach wodniaków u mężczyzn lub u kobiet twory gruczołowe z nabłonkiem cylindrycznym. Również RECKLINGHAUSEN znalazł torbiele gruczołowe, a nawet twarde twory, leżące na wiązadle okrągłym. Czasami torbielowe twory, znajdujące się wśród rozsianych włókien wiązadła okrągłego, tak mocno się rozrastają, że zbliżają się do torbieli, powstałych z uchyłka NUCKA, a przez wzajemny ucisk — ściany ich się zlewają, niszczą wzajemnie i tworzą wtedy jeden worek lub tylko łączą się ze sobą za pomocą małych otworów, tak, jak to było w naszym przypadku.

(Dok. nast.)

Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu¹⁾.

Podał

S. Groszlik.

Pamięci d-ra Władysława Krajewskiego pracę tę poświęca autor.

(C. d.)

Również nie zostało dotychczas ustalonym, czy zmiany, jakie niektórzy autorowie znajdowali w obrębie ujścia pęcherzowego

¹⁾ Według referatu, ogłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich, odbytym w październiku 1910 r. w Warszawie.

w przypadkach zaniku sterczu, istotnie odgrywają rolę zapory mechanicznej, która mogłaby być poczytywana za przyczynę niedomogi pęcherza. W obszernej monografii, poświęconej temu przedmiotowi, ENGLISCH⁴⁾ przytacza cały szereg spostrzeżeń klinicznych oraz anatomo-patologicznych, na których usiłuje dowieść, że w następstwie zaniku sterczu tylna warga wewnętrznego otworu cewki moczowej, pozbawiona naturalnego oparcia, jakie w warunkach prawidłowych stanowi gruczoł krokowy wraz z przynależnymi mięśniami, tworzy fałdę, która w postaci kłapy wylot pęcherza całkowicie zamyka i tamuje w ten sposób swobodny odpływ moczu. Należy jednak zaznaczyć, że ENGLISCH miał na względzie przeważnie osobników młodych z wrodzonym zanikiem sterczu, co zaś do starców, dotkniętych nabytym zanikiem gruczołu krokowego, to przyczyny niedomogi u nich trudno się w pracy ENGLISCHA dopatrzeć.

Zpomiedzy autorów, którzy zapatrują się na tę sprawę ze stanowiska przeszkody mechanicznej w obrębie ujścia pęcherzowego, ENGLISCH, zdaje się, jest jedynym i ostatnim epigonem głośnej ongi teorii valvule du col MERCIERA. Inni, jak FULLER⁵⁾, CHETWOOD⁶⁾, KEYES⁷⁾, a w ostatnich czasach CHOLZOFF⁸⁾ dowodzą, że w przypadkach, przez

⁴⁾ J. Englisch. Ueber Kleinheit der Vorstehdrüse und die dadurch bedingten Störungen der Harnentleerung. Zeitschr. für Heilkunde XXII Bd 1901. Heft XII.

⁵⁾ E Fuller. Chronic contraction of the prostatic fibres encircling the vesical neck and its treatment. The Amer. Journ. of the Med. Sciences 1897 str. 440.

⁶⁾ Chetwood. Prostatism without enlargement of the prostate. Annals of Surgery. 1905 Nr. 4.

⁷⁾ E. L. Keyes, fils. Rétrécissement inflammatoire de l'urèthre postérieur. Ann. d. mal. d. org. gén. urin. 1905. Nr. 16.

⁸⁾ Cholzoff. Die chronische Kontraktur des Collum vesicae urinariae (prostatisme sans prostate) Folia urologica 1910. Bd. IV Nr. 10.

nich spostrzeganych, a dotyczących również ludzi przeważnie młodych, momentem przyczynowym niedomogi pęcherza było przewlekłe zwężenie kurczowe szyi pęcherza bez jakiegokolwiek udziału ze strony samego sterczu. Tego rodzaju zwężenie stałe rozwija się, zdaniem CHOLZOFFA, stopniowo w następstwie często powracających kurczów zwieracza wewnętrznego; kurcze te mogą powodować zmiany krążenia i zapalne w szyi pęcherza i w wyniku swoim doprowadzić do trwałego zniekształcenia bliznowego w obrębie wylotu pęcherza. Jeden tylko MORAN⁹⁾ wyraża przypuszczenie, że zniekształcenie i zwężenie szyi pęcherza, które spostrzegaliśmy u osobnika 65 letniego, powstało prawdopodobnie skutkiem zwyrodnienia gruczołu krokowego.

Nie mogę pominąć tu milczeniem poglądu na tę sprawę niektórych autorów francuskich, który ze szczególną wyrazistością skrytykował się na pierwszym kongresie międzynarodowego towarzystwa urologów, odbytym w r. 1908. W rozprawach nad zatrzymaniem moczu bez przeszkody mechanicznej ALBARRAN i NOGUÈS¹⁰⁾ wyosobnili grupę przypadków, w których istnieją wprawdzie zmiany w szyi pęcherza, są one jednak, ich zdaniem, niedostateczne do wytłumaczenia zatrzymania moczu. Do grupy tej mówcy zaliczają między innymi przypadki niedomogi pęcherza u prostatyków bez powiększenia sterczu i, jako przyczynę tu działającą, wymieniają odruch hamujący kurczliwość pęcherza (*inhibition vésicale*), który odgrywa jakoby pewną rolę również w niedomodze pę-

cherza na tle nieznacznego przerostu sterczu. Gdzie znajduje się punkt wyjścia tego odruchu, i w jaki sposób wpływa on na utratę kurczliwości pęcherza, tego mówcy wskazać nie mogą. Mimo to jednak przestrzegają oni przed wycinaniem niepowiększonych gruczołów, gdyż operacja, ich zdaniem, nie może mieć wpływu dodatniego na sprawność pęcherza. Zbyteczna chyba dowodzić, że rzeczony pogląd, pomimo iż w osobach JANETA i BAZYEGO znalazł gorących zwolenników, nie zdołał rozproszyć mroków, w jakich pograżona jest jeszcze obecnie sprawa etiologii niedomogi pęcherza w przypadkach zaniku sterczu.

A jednak rzecz ta wydaje mi się wartą bliższego zbadania z uwagi, że zaburzenia w oddawaniu moczu na tle zaniku sterczu zdarzają się daleko częściej, aniżeli to zazwyczaj sądzą. Już odnośne badania THOMPSONA wykazały u osób, zmarłych po 60 roku życia, stosunki następujące: na 164 przypadki gruczoł krokowy okazał się wielkości prawidłowej 97 razy, w stanie przerostu 56, zaś w stanie zaniku 11 razy, czyli przerost sterczu zdarza się 5 razy częściej, aniżeli zanik. Według obliczeń MERCIERA (100 przyp.) stosunek przerostu do zaniku jest znacznie mniejszy, bo wynosi 35 : 20. Badania na żywych, dokonane przez DITTLA i CHRASTINE, dały na 115 przyp. przerost u 15,6%, zanik zaś u 30,5%. Własne moje poszukiwania, dokonane w ciągu ostatnich trzech lat i oparte na żywym materiale, obejmującym 110 przypadków niedomogi pęcherza u starców pomiędzy 52 a 90 rokiem życia, wykazały cyfry znacznie mniejsze, gdyż na 87 przyp. przerostu stwierdziłem zaledwie 23 razy zanik sterczu, co czyni blisko 21% zaniku. W każdym jednak razie stosunek taki wydaje mi się dość wysokim, aby zjawisko to uznać za względnie częste i zasługujące na uwagę.

Z tego założenia wychodząc i mając na

⁹⁾ Moran. Note sur un cas de prostatisme sans prostate. Ann. de mal. d. org. gén. urin. 1904. Nr 21 str. 1624.

¹⁰⁾ Albarran et Noguès. Rétentions vésicales sans obstacle mécanique. Premier Congrès internat. d'urologie. Paris 30 sept. — 3 Octobre, Ann. d. mal. d. org. gén. — urin 1908. Nr. 21.

względnie dotkliwy brak danych, dotyczących zarówno patologii, jak i terapii niedomogi pęcherza u starców bez powiększenia sterca, pozwałam sobie podać tu wyniki własnych spostrzeżeń, w nadziei, że rzuca one pewne światło na tę ze wszech miar zagadkową jeszcze sprawę i będą bodźcem do dalszych poszukiwań.

Przypadki, przeze mnie spostrzegane w liczbie 23, dotyczą chorych w wieku od lat 52 do 70. Wszyscy ci chorzy byli dotknięci najcięższą postacią prostatyzmu, mianowicie zatrzymaniem moczu przewlekłym niezpełnym z rozstrzenią pęcherza i mimowolnym moczeniem podczas snu, w większości jednak przypadków chorzy w chwili zgłoszenia się używali już cewnika od dłuższego czasu i przedstawiali obraz zakażenia miejscowego lub ogólnego. W 8 przypadkach wywiady ujawniły rzeżączkę, dawno przebytą, w 3-ch syfilis, którego śladów w chwili badania nie można było stwierdzić. Poza tem narządy moczowe przed wystąpieniem niedomogi pęcherza funkcjonowały bez skazy we wszystkich przypadkach. U wszystkich chorych narządy płciowe były dobrze rozwinięte i u większości czynności płciowe odbywały się prawidłowo.

Ponieważ głównym zadaniem, jakie sobie postawiłem, było odnalezienie przyczyny niedomogi pęcherza, badanie zaś układu nerwowego żadnych zбочeń u tych chorych nie wykryło, należało przypuścić, że niemożność oddawania moczu zależała od przyczyny miejscowej. W żadnym jednak przypadku gruczoł krokowy nie był powiększony. Owszem, badając *per rectum* w sposób, podany na wstępie niniejszej pracy, mogłem się przekonać, że zaledwie w 4 czy 5 przypadkach gruczoł krokowy miał rozmiary prawidłowe, w pozostałych zaś był on w mniejszym lub większym stopniu zanikły i niekiedy kilkakrotnie mniejszy od gruczołu normalne-

go. W kilku przypadkach zakażonych, w których chorzy już oddawna posługiwali się cewnikiem, płyn wyciśnięty z gruczołu krokowego, zawierał większe lub mniejsze ilości leukocytów. Ani razu nie udało mi się stwierdzić domieszki ropy w tym płynie, o ile miałem do czynienia z przypadkami aseptycznymi. Ząd wnioskuję, że stan kataralny w gruczole krókowym był prawdopodobnie zjawiskiem wtórnym, zależnym od zakażenia, wniesionego za pomocą cewnika.

W żadnym z przypadków badanych nie znalazłem zwężenia cewki moczowej. Kilka razy cewnik NÉLATONA napotykał nieprzewycięzoną przeszkodę w głębi cewki, zazwyczaj jednak przeszkoda ta dawała się opanować za pomocą cewnika elastycznego. Tylko trzy razy zmuszony byłem uciekać się do cewnika metalowego o dużej krzywiznie, poczem cewka stawała się drożną i dla cewnika elastycznego.

Badanie cystoskopowe, dokonane w większości przypadków (tylko kilka razy badania tego musiałem zaniechać z uwagi na zbyt ciężki stan), stale wykazywało na ścianie pęcherza bardzo silnie rozwinięte beleczyki i liczne uchylki, które nieraz dosięgały znacznej wielkości, w przypadkach zaś, powikłanych zapaleniem pęcherza, większe lub mniejsze zaczerwienienie błony śluzowej. Ze szczególną uwagą badałem obraz cystoskopowy ujścia pęcherza. W czterech zaledwie przypadkach otwór wewnętrzny cewki nie wykazywał żadnych zmian widocznych, w większości jednak przypadków, mianowicie w jedenastu na 15, fałda przejściowa w górnym obwodzie straciła kształt sierpowaty, była wypukła, zgrubiała, mało przeświecająca i na wolnym brzegu nierówna, usiana drobnymi ciemnymi guziczkami. Bardziej równomierne, ale zato znacznie większe zgrubienia spostrzegałem na bocznych obwodach otworu wewnętrznego cewki, szczególnie zaś na

KNOLL & C-o.



Ludwigshafen a.Rh.

Digipuratum

wypróbowany, trwały, oczyszczony wyciąg naparstnicy.

1 gramm odpowiada 80 jednostkom żaby

Pod kontrolą prof. Dr. GOTTLIEBA, Heidelberg.

Zalety

Trwała stałość

nie zawiera enzymów.

Skład nie ulega wahaniom

Ustawione jest na określoną zawartość Digtoksyny i na fizyologiczną miarę (titer)

Wywołuje mniej objawów ze strony żołądka

Digitonina i inne zbyteczne składniki zostały usunięte.

Rzadko występują objawy zatrucia

Szybko zostaje wydzielone z ustroju, nie ma więc niebezpieczeństwa działania zbiorowego przy właściwym dawkowaniu,

Całkowity wyciąg

Zawiera nie tylko jeden, lecz wszystkie glikozydy surowego towaru w ich naturalnej postaci.

Rp. Digipuratum (Knoll). 0,1 }
Sacch. lact 0,2 } Dos. VI.

D. S. Pierwszego dnia 4 razy, drugiego i trzeciego dnia 3 razy, czwartego dnia 2 razy
dziennie po jedzeniu jeden proszek w opłatku lub jedną tabletkę po 0,1 gr.

Diuretin

Środek działający na serce i krążenie krwi. Znany również jako środek moczopędny.

Zastosowanie:

W obrzękach pochodzenia sercowego i nerkowego, w astmie sercowej i angina pectoris, w zwapnieniu tętnic i niedostateczności aorty.

Dawka:

3-4 razy dziennie 1,0 g; dogodnym jest połączenie z naparstnicą; a w tym celu najlepsze jest fizyologicznie określone, ustalonej wartości Digipuratum „Knoll“.



Ze świeżego tranu
EMULSIO à la SCOTT c. $\frac{1}{2}$ % LECITHIN

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwa su dwustearynoglycerinofosforowego) lekko jako takowy asymilujący się w organizmie i nie wywołujący szkodliwego wpływu na narządy trawienia. W połączeniu z tranem pozbawionym swego nieprzyjemnego smaku w postaci emulsji daje nam typ środka wielce pożytecznego w chorobach: rachityzmie, angielskiej chorobie, cierpieniach płuc, skrofulach, neurastenii, anemii i t. p.

Sposób użycia: 1 — 3 łyżek dziennie dla dorosłych.

Cena flaszki 225 grm. — 1 rb.

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Jerozolimska 27, róg Kruczej.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,

z lecitiną.

Piperazinę

musującą.

Kola

granulowane.



WATA ROZMIĘKCZAJĄCA I LECZNICZA

Zastępuje skutecznie nalewkę jodową, zwyczajną watę, olejek krotonowy, plastry, gorczyzniki i wszelkiego rodzaju kataplazmy, wcierania i okłady.

Stosowanie TERMOGENU jest wskazane: w gościecu, dnie, bólach newralgicznych, w kolce wątrobowej, bólach i t. p.

Jestto środek pomocniczy, w niczem nie zmieniający leczenia, przepisanego przez lekarza.

N.B. Pudełko TERMOGENU wysyła się pp. doktorom na żądanie.

Biuro francuskich produktów farmaceutycznych: GABRIEL POMMIER, ulica Pantelejmonowska Nr. 27 w Petersburgu

MACZKA
NESTLÉ
 MLECZNA

Od przeszło 40-letni polecana przez lekarzy całego świata

tylnej wardze, która w obrazie cystoskopowym sprawiała niekiedy wrażenie środkowego płata gruczołu krokowego.

Z naszkicowanego tu obrazu cystoskopowego sądzić o istnieniu przeszkody mechanicznej w szyi pęcherza byłoby zbyt ryzykowne przede wszystkim dlatego, że zmiany podobne zdarzają się niekiedy u osób wiekowych, u których pęcherz moczowy funkcjonuje zupełnie prawidłowo, powtóre zaś z powodu, że w niektórych przypadkach badanie cystoskopowe nie wykryło żadnych zmian w obrębie ujścia pęcherzowego, po otwarciu zaś pęcherza okazały się wybitne zmiany w otworze wewnętrznym cewki.

Widzimy więc, że ani badanie gruczołu krokowego *per rectum*, ani oglądanie cystoskopem nie były w stanie wyjaśnić nam przyczyny niedomogi pęcherza w przypadkach, przez nas spostrzeganych. Wszelkie jednak wątpliwości rozprasza badanie otworu wewnętrznego cewki po uprzednim otwarciu pęcherza. W 3-ch przypadkach, w których badania tego mogłem dokonać, kształt ujścia pęcherzowego wykazał, że mieliśmy istotnie do czynienia z przeszkodą mechaniczną szyi pęcherza. W przypadku I, dotyczącym osobnika 60-letniego z całkowitem zatrzymaniem moczu i zakażeniem pęcherza, badanie *per rectum* wykazało, że gruczoł krokowy nie jest powiększony, posiada konsystencję prawidłową i powierzchnię gładką, cystoskopia zaś nie wykryła żadnych wybitnych zmian w obrębie ujścia wewnętrznego cewki. Pomimo to cewnikowanie, które z początku szło dość gładko, z biegiem czasu stawało się coraz trudniejszym, tak, że chory musiał nieraz długo się biedzić, zanim zdołał przeszkodę przeciężyć. Po otwarciu pęcherza cięciem nadłonowym okazało się, że ściana jego posiada niezwykle grubość. Część kroczoowa cewki sterczała do jamy pęcherza w postaci niewielkiego stożka, na którego wierzchołku

znajdował się otwór cewki zaledwie wielkości lepka od szpilki. Stożek ten wielce przypominał część pochwową macicy. Pokrywająca go błona śluzowa wykazywała liczne zmarszczki, promienisto zbiegające się w zwężonym otworze. Po nacięciu błony śluzowej okazało się, że gruczoł ze wszech stron obejmował część kroczoową cewki, z którą był mocno zrośnięty. Wyluszczone gruczoł (rys. I) ważył 10,5 grm, był jednostajnie utkany i nie zawierał wcale gruczołaków¹¹⁾. Po operacji, która odbyła się 3½ roku temu, chory odzyskał całkowitą sprawność pęcherza, i sprawność ta trwa do dziś dnia.

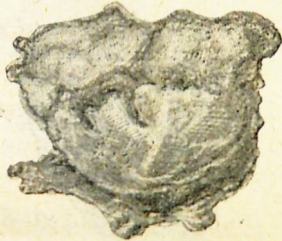


Rys. 1 Zanikły stercz wagi 10,5 grm., usunięty sposobem Freyera d. 2 maja 1908 r.

W przypadku II mieliśmy do czynienia z osobnikiem względnie młodym, bo zaledwie 52 lata liczącym, u którego niedomodze pęcherza towarzyszyły niezwykle ciężkie objawy ogólne. Badanie *per rectum* wykazało gruczoł krokowy, znacznie zmniejszony, składający się z dwóch guzków, każdy wielkości orzecha laskowego, twardych, gładkich, usadowionych w linii pośrodkowej cewki. Cystoskopia stwierdziła niezwykle silnie rozwinięte beleczki, bardzo liczne i głębokie uchylki, błonę śluzową pęcherza mocno zaczerwienioną, brak zmian przerostowych w ujściu

¹¹⁾ Badanie histologiczne preparatów podane będzie na końcu pracy.

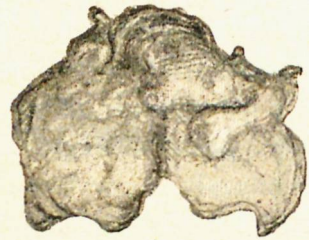
wewnętrznej cewki. Po dotarciu do wnętrza pęcherza za pomocą cięcia nadłonowego okazało się, że otwór wewnętrzny cewki posiadał kształt szpary poprzecznej z wywinętą ku dołowi tylną wargą, w której mieścił się cały gruczoł krokowy. Waga usuniętego gruczołu (rys. 2) wraz z odciętą śluzówką cewki wynosiła 5,7 grm. Wynik tej operacji nie pozostawiał nic do życzenia. Pęcherz opróżnia się całkowicie, wszelkie objawy zarówno miejscowe, jak i ogólne ustąpiły natychmiast, i w ciągu 3-letniego czasu, jakie upłynęły od operacji, nie zaszła ani razu potrzeba wprowadzenia cewnika.



Rys. 2. Zanikły stercz wagi 5,7 grm. usunięty sposobem Freyera d. 17 paźdz. 1908.

Nakoniec w przypadku III niedomoga pęcherza wraz z objawami ogólnego zatrucia rozwinęła się u osobnika 65-letniego, u którego po zastosowaniu cewnika wystąpiło całkowite zatrzymanie moczu i ciężkie zapalenie ropne pęcherza. Gruczoł krokowy okazał się znacznie mniejszym od normalnego. Cystoskopia wykryła nierówności i zgrubienia w przedniej części fałdy przejściowej oraz z boków, z tyłu zaś widać było nieznacznych rozmiarów twór, który sprawiał wrażenie zrazu średniego. Silnie rozwinięte belecunki i uchylki. Po otworzeniu pęcherza okazało się, że otwór wewnętrzny cewki moczowej zamknięty był od strony pęcherza przez poprzecznie usadowiony płat środkowy, który w kształcie klapy trójkątnej wystawał z tylnego obwodu otworu. Z obu stron

tej klapy zlekka zarysowywały się zrazy boczne gruczołu, każdy wielkości mniej więcej orzecha laskowego. Wszystkie trzy wycięte zrazy ważą razem 7 grm. (rys. 3). I w tym przypadku operacja, którą wykonałem w grudniu roku 1909, dała wynik pomyślny i trwałe.



Rys. 3. Stercz wagi 7 grm, usunięty sposobem Freyera d. 18 grudnia 1909 r.

Przytoczone tu wyjątki ze spostrzeżeń moich, które podane będą w końcu pracy niniejszej, nie pozostawiają, zdaje się, żadnej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z niedomogą, której przyczyną tkwiła w obrębie ujścia pęcherza a pomimo zaniku sterczu. Dowodzi tego z jednej strony wybitne zniekształcenie otworu wewnętrznej cewki moczowej we wszystkich przypadkach, przezemnie operowanych, z drugiej zaś strony całkowity powrót sprawności pęcherza po usunięciu zanikłego gruczołu, który w ten sposób stanowił jedyną przeszkodę mechaniczną dla strumienia moczu. Z tego zaś wynika, że w powstawaniu niedomogi stan mięśnia pęcherzowego nie odgrywał tu żadnej roli.

Wracając raz jeszcze do zmian w ujściu pęcherzowym, jakie spostrzegaliśmy w przypadkach opisanych, widzimy, że rolę przyczynową w powstawaniu zatrzymania moczu odgrywały tu przeszkody mechaniczne, niejednakowego rodzaju. W przypadku I, w

którym część kroczoza cewki wraz z otaczającym ją ze wszech stron gruczołem sterzczała do światła pęcherza, mieliśmy do czynienia z czemś w rodzaju mechanizmu Buscha, spotęgowanem jeszcze przez znaczne zwężenie otworu wewnętrznego cewki. W dwóch innych przypadkach przeszkodę stanowił t. zw. mechanizm zastawkowy, przy czem w przypadku II zastawka po otworzeniu pęcherza zwisała ku dołowi; przy próbach oddawania moczu podnosiła się ona widocznie ku górze i w ten sposób szczelnie zamykała otwór pęcherza. Co zaś do przypadku III, zastawka, jak to widzieliśmy, sterzczała ku górze nawet przy otwartym pęcherzu i ściśle przylegała do otworu cewki. Widzimy więc, że przeszkoda mechaniczna, która działała w tych przypadkach, jakkolwiek rozmiarów miniaturowych, zupełnie odpowiadała mechanizmowi, napotykanym zazwyczaj w niedomodze pęcherza na tle przerostu sterca. Z tego zaś wynika, że do powstawania niedomogi pęcherza wcale nie jest konieczne, aby gruczoł krokowy osiągał znacznych rozmiarów, wystarcza, jeśli zniekształcenie szyi pęcherza w ten lub inny sposób tworzy zaporę dla strumienia moczu. W braku takiej zapory na-

wet znacznie powiększony gruczoł krokowy nie wystarcza, aby niedomodę pęcherza wywołać, co nam tłumaczy dziwne na pozór zjawisko możliwości istnienia niedomogi przy zanikłym gruczole oraz braku niekiedy objawów ze strony pęcherza przy znacznym nawet przeroście sterca.

Jest rzeczą zupełnie jasną, że na zasadzie tak skąpego materiału, jakim rozporządzam dotychczas, niepodobna przesądzać, czy opisane wyżej lub im podobne zmiany ujścia pęcherzowego stale towarzyszą niedomodze pęcherza u prostatyków, bez wyraźnego powiększenia sterca. Wolno mi jednak wyrazić przypuszczenie, iż nie było to dziełem przypadku, że, ilekroć mieliśmy sposobność zbadania ujścia pęcherzowego podczas operacji, tyle razy znajdowaliśmy zmiany, które nam zupełnie dokładnie wyjaśniały przyczynę cierpienia. Sądzę też, że, o ileby moje spostrzeżenia znalazły dalsze potwierdzenie, mogłyby one rzucić pewne światło na niejedną z tych przypadków, w których dotychczas upatrywano bądź zwężenie kurczowe wewnętrznego otworu cewki moczowej, bądź odruch, hamujący kurczliwość pęcherza, bądź wreszcie pęcherz starczy lub zanikiem mięśniówki dotknięty (CASPER¹²).

(C. d. n.)

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

186. Hering. O wartości klinicznej elektrokardiogramu.

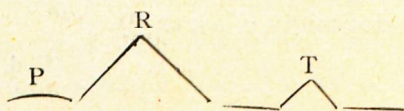
Udoskonalenie metody elektrokardiograficznej przez EINTHOVENA ustaliło stosowanie jej w badaniach klinicznych. Doświadczalna analiza elektrokardiogramu jest

jedyną drogą, na której można będzie rozwiązać zagadnienia, nastroczające się w tej dziedzinie, a że zagadnienia te są pierwszorzę-

¹²) L. Casper. Ueber ungewöhnliche Fälle dauernder Harnverhaltung. B. klin. Wochenschr. 1910 Nr. 10.

dnego znaczenia, wynika już chociażby na zasadzie tego, że badania za pomocą elektrokardiografu dają nam pojęcie o czynnościowych prądach serca, dziedzinie dotychczas niezbadanej i niedostępnej dla żadnej innej metodyki badania. Z dotychczasowych badań wiemy, że prąd czynnościowy poprzedza o bardzo krótki ułamek czasu mechaniczny akt skurczu i że może występować nawet wtedy, gdy ani mechanicznie, ani autopsyjnie nie udaje się już stwierdzić skurczu.

Doświadczenia te były wykonane na sercach żab, zatrutych muskaryną, digitaliną i digitoniną. Poza tem zauważono, że stosunek między wielkością wahanja elektrycznego a siłą skurczu bywa często odwrotny. Zdarza się to przedewszystkiem często przy skurczach dodatkowych (*extrasystole*): bardzo słabo mechanicznie wyrażony skurcz dodatkowy może wykazać wahanje elektryczne daleko większe, aniżeli występujące przy skurczu normalnym. Takież nieustosunkowanie obserwował autor przy analizie elektrokardiogramu i krzywej tętnopisowej w przypadkach naprzemiennosci tętna (*p. alternans*) i jeszcze w wyższym stopniu przy trzepotaniu komór (Kammerflimmern). Nie tylko w stanach patologicznych, ale i przy normalnej funkcji serca dotychczas nie znaleziono mechanicznego równoważnika dla zazębienia T.



(Schemat krzywej elektrokardiograf.).

Fakt ten nabiera jeszcze większego znaczenia, jeżeli zważymy, że zazębienie T nawet u normalnego osobnika może być $1\frac{1}{2}$ razy większe od odpowiedniego zazębienia R. [R. odpowiada skurczowi komór. (przypr. refer.)].

Już z tego wynika, że badania elektrokardiograficzne mają wyższość nad mechaniczną registracją czynności serca, wykazując zmiany, zachodzące w sercu, nieuchwytnie za pomocą innych metod.—Jako pewnik można przyjąć, że na zasadzie wielkości prądu czynnościowego nie można wyciągać żadnych

wniosków co do wielkości skurczów, szczególnie w stanach patologicznych. Z tego wynika, że nie można uważać elektrokardiogramu jako wykładnika siły skurczowej serca. Jeżeli wziąć jeszcze pod uwagę, że nie można wyciągać także wniosków o wielkości skurczów układu papillarnego na zasadzie wielkości zazębienia komorowego, to okaże się, że elektrokardiogram klinicznie w tym kierunku zastosowania znaleźć nie może. Inaczej jednak przedstawia się sprawa elektrokardiogramu w postaciach niemiarowości serca. Tutaj elektrokardiografia wykazuje punkt wyjścia skurczów komór albo przedsionków (lokalizacja heterotopicznych pobudek, rozpoznanie destrukardii), można skontrolować, czy oddzielne odcinki serca są czynne lub nie, czy zachodzi trzepotanie (jak przy tętnie zupełnie niemiarowym *irregularis perpetuus*), czy przewodnictwo pobudek na komory odbywa się tylko jednostronnie (w zaburzeniach czynnościowych odnogi pęczka) i t. d.

Doniosłość badań elektrokardiograficznych wtedy jedynie stanie na wysokości swego znaczenia dla kliniki, jeżeli uda się na drodze doświadczałnej wyjaśnić, jakie zaburzenia i zmiany, odbywające się w sercu, powodują wytwarzanie się jego prądów czynnościowych.

(Therapie der Gegenwart Nr. 9 wrzesień 1911).

187. H. Curschmann. O wartości rozpoznawczej odruchu Babińskiego w okresie przedmocznicy.

Wzmożenie i przemiany, zachodzące w zachowaniu się odruchów ścięgowych i skórných w okresie, poprzedzającym mocnicę, stanowiły przedmiot obserwacji autora. Zarówno w przypadkach osłabienia odruchów ścięgowych i zniesienia odruchów brzusznych, jak i w przypadkach o wzmożonych odruchach lub całkowitym ich zaniku, objaw BABIŃSKIEGO występował stale, poprzedzając o 16–18 godzin wystąpienie mocnicy. Dotychczas nie udało się określić ściśle przyczyn, warunkujących wzmożenie odruchów i wystąpienie odruchu BABIŃSKIEGO w okresie, poprzedzającym mocnicę. Nie ulega wą-

pliwości, że różnorodność objawów mocnicy zależna jest od kory mózgowej. Co do rodzaju czynników, szkodliwie oddziałujących na mózgowie, istnieją różne teorie, z których każda ma swych rzeczników. W ostatnich czasach więcej zwolenników zyskała dawna teoria TRAUBEGO o ogólnym lub częściowym obrzęku mózgowia. Nakłucie łądźwiowe, stosowane przez VOLHARDA i GERHARDTA w okresie mocnicy, wywierało często wybitny wpływ na objawy mózgowe i na przebieg choroby. Wprawdzie QUINCKE zupełnie słusznie utrzymuje, że efekt od nakłucia łądźwiowego może być zupełnie chybiomy, a to wskutek tego, że w okresie mocnicy obrzęk mózgowia dotyka przeważnie kory i miąższu, a mniej komór. Obrzęk kory mózgowej tłumaczyłby w zupełności różnorodność objawów mózgowych i wzmożenie odruchów. Nie należy jednak zapominać i o zatruciu mocnicowym. Teoria ta ma rację bytu już z tego względu, że terapia, mająca na celu wyeliminowanie jądów mocnicowych—obfity upust krwi, wlewanie podskórne lub dożylnie fizyologicznego roztworu soli—jest najpewniejszą i najskuteczniejszą, jaką obecnie rozporządzamy. Teoria ta nie wyłącza powstawania ogólnego lub częściowego obrzęku mózgu na skutek działania jadu mocnicowego.

Specyjalną pobudliwość odruchów możemy spotkać we wszystkich formach zapalenia nerek; szczególną pobudliwość w tym kierunku wykazują zapalenia nerek ze skłonnością do obrzęków.

Przypadki ze stopniowym zanikaniem odruchów ścięgowych zależne są od potęgującego się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego na tylne korzenie, będące kolaniem dośrodkowym łuku odruchów ścięgowych. Oczywiście, że obrażenie tylnych korzeni nie wywiera żadnego wpływu na odruch BABIŃSKIEGO, najdoskonalszy przejaw zniknięcia wpływów hamujących mózgowia.

Jako praktyczny wynik obserwacji autora, można przyjąć, co następuje: objaw BABIŃSKIEGO może występować w przypadkach, zagrożonych mocnicą, przed wystąpieniem objawów zamroczenia świadomości i przed wzmożeniem odruchów w tym okresie. W nie-

których przypadkach, przy zaniku odruchów ścięgowych, odruch BABIŃSKIEGO jest jedynym objawem, wskazującym zniknięcie hamującego wpływu kory mózgowej w okresie przedmocnicowym i mocnicowym.

(Münch. Med. Woch. 39 1911).

Al. Bernstein.

188. Maurice Loeper. Zawroty głowy pochodzenia kiszkiowego.

Od czasów pamiętnego wykładu TROUSSEAU o „vertigo a stomacho laeso” mnoży się liczba spostrzeżeń, świadczących o istnieniu zawrotów głowy pochodzenia żołądkowego. Nie jest to objaw tak częsty, jak chciał RAMSKYLL, ale BOUCHARD stwierdził go w 7 proc. przypadków rozstrzeni żołądka. Nie zawsze jednak zawrót głowy, tak zwany żołądkowy zależy w istocie od zaburzeń w żołądku, w wielu razach zawroty zależą od zatrucia kawą, herbatą, tytuniem, są objawem neurastenii, stwardnienia tętnic, chorób ucha, nerek, serca. A nawet gdy wyłączymy te choroby należy udowodnić w każdym przypadku, że właśnie żołądek jest *causa movens* zawrotów. Z drugiej strony często stwierdzić możemy w przebiegu zawrotów cierpienia kiszek: bóle, kurcze, zaparcie stolca, nieżyty i krwotoki kiszkiowe, niema więc przyczyny odrzucać zawrotów pochodzenia kiszkiowego.

Przedewszystkiem ściśle określić należy, co nazywamy zawrotem: jest to uczucie podmiotowe chorego, że on sam lub otaczające przedmioty zmieniają nagle przed nim położenie (ACHARD). W zawrocie niema utraty przytomności, chory nie traci równowagi, ale ma uczucie, że ją traci. Większość autorów (FLOURENS, BROWN-SÉQUARD, POLITZER, BONNIER) jako miejsce powstawania zawrotów uważają kanały półkoliste. Podrażnienie ich wywołuje podrażnienie n. błędnikowego, co klinicznie da wrażenie brakurównowagi. Pierwszym stopniem jest niepewność siebie przy chodzeniu (LASÉGUE), zwana „stanem zawrotu”, drugim—zawrót właściwy. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim wypadku chód jest chwiejny, wahałowy, mogą mu towarzyszyć wymioty i upadek, co daje obraz zawrotu MÉNIÉREA. Zawroty trwać mogą w cią-

gu dni kilku, co określić można jako „état de mal vertigineux”. Wszystkie te postaci spotykamy w zaburzeniach kiszkowych.

Na potwierdzenie tego autor przytacza przypadki kliniczne, w których przy długotrwałem zaparciu występował wyraźnie stan zawrotu, takż stan występował w spostrzeżeniu SÉNÈSA i ustąpił po środkach czyszczących, również spostrzegano go w opadnięciu trzew, rozszerzeniu kątnicy. Cięższe przypadki zawrotów pochodzenia kiskowego niekiedy przebiegają bez podrażnienia widocznego kisk, w innych przypadkach zawrót występuje śród potrzeby oddania stolca lub ostrego bólu brzucha. W przypadkach, gdy poprzedza go stolec, zawrót po oddaniu stolca ustaje, ale słusznie autor przypadków tych, którym towarzyszy duszność, pot zimny, nudności, niekiedy omdlenie nie uważa za typowy zawrót głowy. Natomiast często zawrót głowy występuje w przebiegu przewlekłego zapalenia okrężnicy z obostrzeniami (PRON, MENDEL). W większości przypadków zawrót pochodzenia kiskowego zdarza się u ludzi młodych, wszelkie inne przyczyny zawrotu można z łatwością wyłączyć.

Według LOEPERA zawroty powstają skutkiem zmiany ciśnienia w błędniku, które jest w zależności lub nie zależy zupełnie od ciśnienia w krwiobiegę ogólnym, w pierwszym przypadku mamy kurcz miejscowy lub miejscowe przekrwienie, w drugim obniżenie lub podwyższenie ciśnienia w całym krwiobiegę. Aby rozstrzygnąć to pytanie, należy ściśle oznaczyć ciśnienie krwi u chorych.

Chorzy z ciśnieniem normalnem, nie przekraczającym 13—14 sfigmosygnalizatora VAQUEZA lub 15—16 oscilometru PACHONA, nie odczuwają dzwonięcia lub szumu w uszach i wtedy zawrót zależy oczywiście od kurczu miejscowego lub miejscowego przekrwienia ucha czyli należy do kategorii takich objawów, jak dusznica bolesna, chromanie przestankowe, *doigt mort*, sinica przejściowa kończyn (LANGENHAGEN, LOEPER, VOUSSELLE, TRÉMOLLIER i in.).

U chorych ze wzmożonem ciśnieniem krwi również zdarzają się zawroty, w 3 przypadkach autora w przerwach między napadami ciśnienie wahało się od *maximum* 18 do *mini-*

um 12, podczas napadu dochodziło do 21 *maximum* i do 13 *minimum*, objawy są tu także same, jak w ciśnieniu wzmożonem chwilowo lub stale w przebiegu stwardnienia tętnic, zatrucia ołowiem lub w wjadzie rdzenia.

U trzeciej kategorii chorych spotykamy ciśnienie obniżone, ciśnienie ogólne spada w czasie napadu jeszcze niżej; szczególnie często zdarza się to w zapaleniu śluzowobłoniastem kisk, w opadnięciu trzew oraz w zaparciu stolca. Większość chorych miała 12—13 ciśnienia przeciętnego i 6—7 jako *minimum*. Zawrót w tych razach wytłumaczyć można, jak w wykrwieniu: spadkiem ciśnienia ogólnego.

Przyczyn kurczu lub przekrwienia miejscowego, wzmożonego lub obniżonego ciśnienia ogólnego w tych razach jest 4: przekrwienia przewodu pokarmowego w czasie trawienia kiskowego, krwistość brzuszna wessanie wytworów trujących lub przynajmniej działających na naczynia, wreszcie od-ruch.

Trawienie od początku wywołuje znaczne przepełnienie naczyń brzusznych, powoduje spadek ciśnienia tętniczego z następczem wzmożeniem wtórnem, to też w okresie trawienia w 3—4 godziny po przyjęciu pokarmu mogą powstawać chwilowo zaburzenia w błędniku z szumem w uszach i zawrotem; również w czasie wchłaniania w kiskach ciśnienie krwi uleży może zmianie, niektóre bowiem pokarmy, zawierające hipertensyny, sole, jak chlorek sodu, sole wapnia, wywołują wzmożone ciśnienie w tętnicach. Krwistość brzuszna skutkiem przejścia do krwiobiegę znacznych ilości płynu również wywołuje wzmożone ciśnienie, zawrót, na tem tle powstały, słuszniej byłoby nazwać vertigo alimentaris lub ab ingestis. Zawrót jednak istotny pochodzenia kiskowego zależy często od podrażnienia układu spółczulnego skutkiem rozdęcia kisk lub ich zapalenia, nieprawidłowego trawienia i wessania produktów trawienia wadliwego.

Już z doświadczeń ROSE BRADFORD i LAIGNEL-LEVASTINEA wiemy, iż każde podrażnienie zwoju słońcowego podnosi ciśnienie tętnicze, toż samo, niewątpliwie, następuje pod wpływem nagłego skurczu lub rozdęcia ki-

szek, to też w przypadkach ze wzmożeniem ciśnieniem tętniczym z wzdęciem brzucha przyczyna jest czysto mechaniczna, doświadczenia bowiem autora i ESMONETA oraz spostrzeżenia na chorych dowiodły, iż wzdęcie wywołuje wzmożenie ciśnienia tętniczego.

Co się tyczy wytworów nieprawidłowego trawienia, fermentacji, gnicia w kiszkiach, to większość ich wywołuje obniżenie ciśnienia, wiemy, iż taki objaw dają peptony (ROGER) oraz wyciągi z kału; zresztą i soki normalne kiszki i trzustki dają też same wyniki. Ciała hypotoniczne dostają się do krwi z łatwością, moc chorych zawiera dużo indykanu i jest tak trujący, że 55 ctm. sz. zabija królika wagi 2300 grm. Już w stanie normalnym strą wyskokowy moczu, rozpuszczony w wodzie, posiada własności obniżania ciśnienia (ABELOUS, POPIELSKI), autor dowiódł, iż własność ta wzrasta podczas trawienia, a największej ilości hypotensyny dostarcza żołądek. Naczczo jest jej mało w moczu, jeszcze mniej po przeczyszczeniu, natomiast dużo przy zaparciu stolca, to też autor przypuszcza, że w wielu przypadkach zawrót zależy od obniżenia ciśnienia krwi pod wpływem hypotensyn, wessanych z kiszki.

Zawroty pochodzenia kiszkiowego nie są wogóle groźne i zazwyczaj ustępują pod wpływem właściwego leczenia. Autor jest zdania że zawroty to nigdy nie są groźne dla życia, przypadek ogłoszony przez MARREA, zakończony śmiercią, zależał od zmian ośrodkowych.

To też przy rozpoznaniu różniczkowym należy wyłączyć wszelkie choroby, powodujące zawroty, należy wyłączyć zaburze-

nia kiszkiowe wtórne, jak np. w porażeniu ogólnym. Ponieważ nie zawsze można od razu stwierdzić, jaka jest przyczyna zawrotu, czy jest on pochodzenia mechanicznego, czy toksycznego, należy chorego ułożyć, zbadać ciśnienie krwi, przy wzmożonym ciśnieniu zalecić wdychanie amylnitritu, przystawić piławkę za uszami, dać środek czyszczący; na odwrót przy ciśnieniu obniżonym stosować zastrzykiwania sparteiny, strychniny, eteru, podawać bromki i walerianę.

Dopiero po przejściu napadu wziąć się należy do leczenia kiszki, a więc zabronić pokarmów ostrych i słonych, dużej ilości płynów, przepelniających kiszki; po zbadaniu chemicznym kiszki w razie wzmożonego gnicia zalecić dyetę mączno-mleczną, zaczyny mleczne, nadtlenki i środki czyszczące solne w drobnych dawkach, we wzmożonej fermentacji ze wzdęciem usunąć pokarmy węglowodanowe i podawać pankreatynę i diastazę; pamiętać również należy, iż większość tych chorych połyka dużo powietrza, co wzmaga wzdęcie; w opadnięciu trzew zalecamy opaskę, w nieżycie okrężnicy—belladone, w rozszerzeniu kątnicy mięsienie i środki przeciwnilne.

Poza tem należy na umysł chorego działać kojąco, nie należy zbyt osłabiać chorych dyetą i pamiętać, iż zawrót często idzie w parze z neurastenią, wzmacniać więc trzeba układ nerwowy przez podawanie glicerofosfatów, lecytyny, oleju fosforowanego, przez natryski, kąpiele gazowe, leżenie w łóżku, wreszcie dobrze obmyślane rozrywki.

J. Z.

Wiadomości terapeutyczne.

† Sole tytanu. Tytan znajduje się w znacznych ilościach w naturze; w wielu źródłach mineralnych stwierdzono ślady tytanu. Stanowi on 0,33% kory ziemskiej (W. CLARKE). Obecnie dr. J. PICK (z Saaz) zajął się wypróbowaniem jego soli pod względem

farmakologicznym i leczniczym. Przedewszystkiem PICK stwierdził własności dezynfekcyjne soli tytanu, następnie na zwierzętach i sobie stwierdził, iż tytan nie działa trująco, wydziela się z moczem, gdzie może być z łatwością wykryty. Po tych badaniach PICK

rozpoczął stosowanie tytanu w terapii zewnętrznej. Badania swe robił z dwusiarczaniem i salicylanem tytanu. Dwusiarczan tytanu w roztworze 0,25—0,5 na 100 grm. wody daje osad biały. Po skłóceniu możemy używać zawiesiny do obmywań lub też maczać w niej gazę i robić opatrunki. Salicylan tytanu jest nierozpuszczalny, stosował go Pick w maściach 1%—3%, do płukania oczu używał roztworu dwusiarczany tytanu 0,05—0,1 : 100 wody po przesączaniu i wyjałowieniu, dawka 2—3 kropel 2 razy dziennie. W chorobach oczu, np. w owrzodzeniu uporczywym rogówki, stosowanie tytanu dało wyborne wyniki, wrzód zagoił się po 8 dniach. Również zachęcające wyniki otrzymał w leczeniu zapaleń śluzówki nosa i spojówki. Dobre wyniki dał tytan w wilku skóry i śluzówki nosa (opatrunki z 0,25 *titani bisulfurici*), po 6 miesiącach nastąpiło zabliznienie. Takie same wyniki dodatnie otrzymał u 3 chorych z wilkiem. W 8 przypadkach nieżyty nosa z powiększonymi gruczołami na tle żołądów Pick notuje wybitne polepszenie.

Prócz stosowania w chorobach zewnętrznych Pick od 4 miesięcy stosuje przetwory tytanu w gruźlicy płuc do wewnątrz. W przypadku stwierdzonej gruźlicy płuc u 7-letniej dziewczynki stosował wziewania 0,25% roztworu dwusiarczany i salicylanu tytanu, po 6 tygodniach kaszel ustąpił, chorej przybyło półtora kilograma wagi, inne objawy znikły.

(Sem. méd. 38 1911).

+ W czasach ostatnich ponownie zaczęto używać gliceryny do opatrunków. A. O. WARD zaleca tampony, napojone gliceryną z kwasem karbolowym, w czyrakach skóry, świeżo Rusca w klinice prof. ARNDA w Bernie próbował glicerynę w 100 przypadkach ran zakażonych, ropówek, zastrzału, czyraków, zapaleń ostrych gruczołów, owrzodzeń gruźliczych i otrzymywał do-

skonałe wyniki. Rusca kładł na ranę kompres, napojony czystą gliceryną, pokrywał ceratą, opatrunki zmieniano 2 razy na dobę. W ranach zakażonych spostrzegał wkrótce poprawę: objawy zapalne, wydzielina szybko ustępowały, a rana pokrywała się zdrową ziarniną; im zapalenie było silniejsze, tem wyraźniej występowała poprawa. Opatrunki z gliceryny, stosowane w ropówce, czyrakach, zastrzałach i zapaleniu ostrem gruczołów przed operacją, zmniejszały przekrwienie, po zabiegu pochłaniały wydzielinę i działały lekko antyseptycznie. Stosowanie gliceryny zmniejsza nacieczenie zapalne i przez to nie dopuszcza do wytworzenia ropnia. Przekonał się o tem Rusca, stosując okłady z gliceryny w przypadku zapalenia gruczołów pachowych z gorączką, po 16 dniach zapalenie gruczołów ustąpiło bez zropienia. Na owrzodzenia gruźlicze gliceryna nie działa.

(La Sem. méd. 38 1911).

+ Przeciw s w ę d z e n i u KLINGMUELLER zaleca obmywania: sublimati 0,2, glicerini 20,0, aquaecologn. 100,0, alcohol 400,0.

(J d. med. 1911).

+ Dr. Dor podaje następujący sposób leczenia poronnego z a c m y. Chory ma codziennie robić kąpiel ciepłą oka za pomocą odpowiedniego naczynia z brzegiem pokrytym gumą. Do kąpeli tej używać następującego roztworu: natrii iodati sicci 5,0, calcii chlorati crist. 5,0, aquae destill 400,0. Autor za pomocą tych kąpeli na 10 przypadków z a c m y ograniczył ją w 8 przypadkach, w 1 otrzymał wyzdrowienie, w 1 stosował bez wyniku. Wyleczenie następuje w tych przypadkach, gdy siła wzroku= $\frac{1}{4}$. Kąpiele trwałe mogą przez $\frac{1}{2}$ godziny i stosować je należy w ciągu kilku miesięcy.

(Journ. de Méd. 1911).

J. Z.

Glycerophosphatum granul. Mag. Klave

Calcium et Natrium glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Ferro Mag. Klave

Calcium, Natrium et Ferrum glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Lecithino Ovi Mag. Klave

Calcium glycerinophosphoricum, Natrium glycerinophosphoricum,
Lecithinum Ovi.

Glycerophosphatum Magnesia Magistri Klave

Magnesia glycerinophosphorica, Natrium glycerinophosphoricum.

Granulowane proszki zawierające sole kwasu glicerynofosforowego. W opakowaniu po 100 grm. z aluminiową miarką.

Zalecane są przy ogólnem podrażnieniu i przygnębieniu, w stanach pochorobowych, krzywicy, zożach i t. p.

Próbki i literatura są na usługi PP. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki i literatura są na usługi P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



SANATOGEN BAUERA

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serca.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo, Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko **Bauera Sanatogen** w pudełkach zaopatrzonych w **czerwoną banderolę** jest oryginalnym.



Rohitskie

Donata-Źródło
Główne wskazania:
Przewlekłe niezłyty żołądka i Jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.

**Najsilniejsze naturalne
magneziowo-glauberskie źródło**

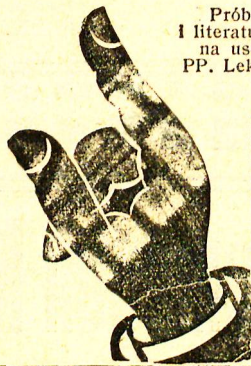
Reprezentacja na Rossję i Kr. Polskie:
Dom handlowy S. Rosciszewski, Warszawa Bracka 6.

Borovertin Magistri Klave

$(\text{CH}_2)_6\text{N}_4 \cdot 3\text{HBO}_2$

Przy Gonorrhoea, Pyelitis, Cysticis, w chorobach nerek — wywiera dodatni, bez ubocznych działań, skutek. W proszku — w opakow. po 25 grm. W tabletkach à 0,5 grm. — w opakowaniu po 20 tabletek.

Próbki i literatura są na usługi PP. Lekarzy.



POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,
10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

HEMORIN

(ŚWIEOZKI)
PRZECIWI
HEMOROIDOM. MAGISTRA KLAWE

Skład główny:
10. Plac św. Aleks. A apteka

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne z d. 17 czerwca r. b.

1) JAKUBOWICZ przedstawił przypadek uszkodzenia splotu barkowego.

Chłopiec 5-letni został najechnany przez wóz, skąd go wydobyto ze złamanem lewym ramieniem i bezwładem prawej ręki. W 8 tygodni po wypadku stwierdzono brak wszelkich ruchów czynnych i biernych w prawej kończynie górnej, zanik mięśnia naramienne-go, dwugłowego i trójgłowego, kłębu i kłębuszka. Odruchy ścięgnowe zniesione, zupełny odczyn zwyrodnienia. Czucie zachowane. Mówca rozpoznaje sprawę obwodową wskutek uszkodzenia splotu barkowego.

HIGIER nie wyłączałby w danym przypadku wylewu krwi do rdzenia.

2) WISŁOCKI przedstawił przypadek uszkodzenia wielu nerwów czaszkowych.

67-letni robotnik od $\frac{1}{2}$ roku skarży się na bóle głowy, zawroty i wymioty, ogłuchł, doznaje drętwienia w lewej połowie twarzy, osłabienia węchu, wzroku i smaku po tej samej stronie, utrudnienia mowy i żucia.

Przedmiotowo stwierdzić można: porażenie nerwu twarzowego i nerwu okoruchowego po stronie lewej, na dnie lewego oka wyraźna brodawka zastoinowa, znieczulenie w obrębie wszystkich trzech gałązek lewego nerwu trójdzielnego, utratę węchu, słuchu, smaku po stronie lewej, znieczulenie gardzieli; wogóle zajęte zostały wszystkie nerwy czaszkowe po stronie lewej, z wyjątkiem nerwu odwodzącego. Mówca przypuszcza sprawę rozsianą na dnie czaszki w postaci rozrostu nerwiakowo-włókniakowego (*fibro-neuromatosis*) albo też kostnych wyrostki, uciskających korzenie nerwów czaszkowych.

3) MĘCZKOWSKI i JAROSZYŃSKI przedstawili dwa przypadki zaburzeń ruchowych połowicznych.

a) 70-letnia chora, doznająca od paru lat zawrotów głowy, dostała nagle napadu

nieprzytomności, poczem powstały ruchy w obu kończynach lewych o charakterze płasawicznym. Poza tem brak porażenia lub zmian w odruchach. Mówcy wyłączają płasawicę SYDENHAMA i rozpoznają płasawicę objawową wskutek wylewu w okolicy jądra soczewicowatego i wzgórka wzrokowego. Za tem przemawia wiek chorej, nagły początek, połowiczność objawów, brak płasawicy w wywiadach.

b) Chora lat 45 cierpi od 3-letniej na bóle strzelające i na zaburzenia w oddawaniu moczu. Przed rokiem po udarze mózgowym powstało porażenie lewostronne, które przeszło po paru miesiącach, w 3 miesiące później w lewych kończynach rozwinęło się drżenie. Przedmiotowo: lekki niedowład lewostronny, odruchy ścięgnowe zniesione, brak oddziaływania źrenic na światło, znieczulenie na ból na łydkach, drżenie obu kończyn dolnych. Mówcy rozpoznają wiać rdzenia oraz drżenie poudarowe. Prawdopodobnie drżenie zależy od ogniska w okolicy jądra czerwonego.

GAJKIEWICZ umiejscawia ognisko w okolicy ramion łączących.

STERLING, HIGIER uważają drugi przypadek za symptomatyczną chorobę PARKINSONA.

BORNSTEIN i MĘCZKOWSKI podają dowody, dla których należy przypuścić raczej uszkodzenie jądra czerwonego.

4) STERLING a) przedstawił przypadek płasawicy połowicznej porażeniowej w wieku starym.

U 60-letniej chorej nagle powstały ruchy mimowolne w obu prawych kończynach. Po upływie jednej doby ruchy nieco osłabły. Przedmiotowo: brak porażenia po stronie prawej, odruch kolanowy i ze ścięgna ACHILLESA po stronie prawej zniesiony, ruchy mimowolne o charakterze płasawicznym. Mówca wyłącza płasawicę samoistną i rozpoznaje płasawicę objawową, organiczną, przedudarową (*chorea praehemiplegica*).

b) S. przedstawił przypadek płasawicy wiotkiej połowiczej.

Chora lat 19 przechodziła przed 2 laty płasawicę; od dwóch miesięcy doznaje znowu ruchów płasawicznych w prawych kończynach. Przedmiotowo stwierdzić można oprócz ruchów płasawicznych i niedowład w prawych kończynach.

Przypadek ten, zdaniem mówcy, przedstawia płasawicę istotną połowiczą porażeniową.

BYCHOWSKI zna przypadek drugi i rozpoznaje w nim zwykłą płasawicę SYDENHAMA.

5) GAJKIEWICZ przedstawił a) przypadek nowotworu w kącie mózdzkowo-mostowym.

Chory, lat 55, przed 4 laty przechodził operację wycięcia raka wargi. Od 1/2 roku miewa silne bóle głowy z wymiotami i gorzej widzi. Przedmiotowo: brodawka zastoinowa na dnie oka, znieczulenie na dotyk, ból i ciepłotę na prawej połowie twarzy, osłabienie prawego żwacza, porażenie nerwu twarzowego prawego, głuchota po stronie prawej. Mówca przypuszcza przerzut rakowy do kąta mózdzkowo-mostowego i zapytuje o wskazania do operacji.

BYCHOWSKI uważa, iż wobec względnie łatwej operacji zabieg jest wskazany.

BREGMAN, przeciwnie, uważa zabieg za bardzo poważny.

MĘCZKOWSKI opisuje podobny przypadek

ze swego oddziału, nowotwór był łagodny.

HIGIER nie uważa, iż rozpoznanie przerzutu rakowego jest tu pewne, i nie radzi operacji.

b) G. przedstawił przypadek stwardnienia bocznego z zanikiem mięśni o nietypowym przebiegu.

Chory skarży się na niedowład obu kończyn od roku. Przedmiotowo: zanik mięśni kapturowych, zębatych, drżenie włókienkowe, osłabienie ruchów palcami w prawej ręce. Odruch łokciowy obustronnie wzmożony. Odruchy kolanowe i ze ścięgien ACHILLESA bardzo żywe. Objaw BABIŃSKIEGO. Chód kureczowy. Mówca przypuszcza zajęcie w odcinkach szyjowych rogów przednich i zwyrodnienie piramid.

6) HIGIER przedstawił przypadek padaczki prokursywnej (*epilepsia procursivo-rotatoria*).

Chory, lat 42, miewa od 3-ich lat napady różnego typu z zachowaniem świadomości lub z jej utratą samoistnie lub po silnych wzruszeniach, zwykle bez aury. Piany z ust podczas napadu nie wydzielał, moczu wtedy nie oddawał. Napad polega nie na drgawkach, lecz na bieganiu przed siebie, kołowaniu i t. p.

Mówca rozpoznaje rzadką postać padaczki, wyżej wymienioną.

STERLING i BORNSTEIN zgadzają się na rozpoznanie, ŁAPIŃSKI, JAROSZYŃSKI, PRĘGOWSKI uważają przypadek za histeryę.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Podrożenie wszelkich artykułów spożywczych stawia lekarzy w położeniu niezmiernie trudnym, z jednej bowiem strony ludność coraz mniej z konieczności zasięga porad lekarskich i udaje się o pomoc w ostatecznych wypadkach, z drugiej lekarz zmuszony jest więcej, niż przedtem, wydawać na utrzymanie. Różne inne zawody mniej cierpią, urzędnicy bowiem otrzymują „dotatki gło-

dowe”, robotnicy przez strajki lub też na innej drodze uzyskują podwyższenie płac, handlujący podnosi ceny towarów, jedynie tylko t. z. farchy wolne, a między innymi lekarze są bezbronni w walce z drożyzną i padają jej ofiarą.

Nie można się ludzi ani na chwilę, że obecna drożyzna jest objawem przejściowym, wywołanym przez nieurodzaj tegoroczny w

Europie zachodniej i niektórych okolicach Cesarstwa, przyczyny tkwią głębiej, mianowicie w znacznie większej produkcji złota, a więc obniżeniu się waluty złotej i potaniu pieniędzy oraz we wzrastających wydatkach na flotę i wojsko, a przez to opodatkowanie nawet pierwszych potrzeb życiowych; do tego dodać należy system cel, protegujących w Niemczech i Austrii rolnictwo, co przyczynia się do podrożenia płodów ziemnych. Przyczyny więc są bardzo różnorodne, a w każdym razie usunięcie ich nie leży w naszej mocy. Możemy myśleć tylko o środkach, łagodzących nasze położenie, i nad sprawami temi dyskutować, aby w końcu znaleźć jakiś środek wyjścia.

Oczywiście, usiłowania jednostek nie zdziałać w tym względzie nie mogą, jedynie zrzeszenia mogą rozpocząć walkę skuteczną.

Sprawą tą zająć się winno przedewszystkiem Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy i, o ile wiemy, zająć się nią zamierza.

O utworzeniu kooperatywy stałej w rodzaju sklepu, oczywiście, niema co marzyć na razie, są jednak produkty, które mogą być sprowadzane z pierwszej ręki, a przez to znacznie tańsze i lepsze. Do takich produktów należy zapas węgla, który w detalu dochodzi do 1 rb. 40 za korzec, w zakupie hurtowym z odstawą wynieść może po 1 rb. 15—1 rb. 20 kop. za korzec istotnie 6 pudowy; cukier, sprowadzany wprost od hurtowników, wypadnie o 2—3 kop. taniej na funcie, herbata o 25%, kawa o 15%, kakao o 10—20%, kartofle i inne jarzyny o 50—100% i t. d. Są to produkty, które przez zamówienie hurtowe dla znacznej liczby spożywców i od razu dostarczane do domów za gotówkę, z góry wpłaconą, nie wymagają żadnych składów, żadnej specjalnej organizacji, a jak widzimy, mogą dać znaczną oszczędność. Dalej idzie ubranie, i tu towary, zamówione w fabryce i od razu wybrane, dadzą oszczędność znaczną. Na razie nie idźmy dalej, już te przedmioty pozwolą na pewną ulgę w budżecie domowym.

Powie kto, iż lekarz często nie jest w możności nabycia zapasów za gotówkę. Na szczęście posiadamy kasę pożyczkowo—

oszczędnościową lekarzy, która może i niewątpliwie zechce ułatwić tę sprawę pod warunkiem spłaty zaciągniętego długu ratami miesięcznymi. I sfinansowanie przeto nie nastęrcza tak poważnych trudności, by ominąć ich nie było można.

Sprawę tę niezmiernie ważną poddajemy pod dyskusję publiczną i jednocześnie zwracamy się do stowarzyszenia lekarzy, by wzięło się energicznie do urzeczywistnienia choć części dezyderatów. Zwołanie w tej sprawie konferencji byłoby bardzo na czasie.

— Od redakcyi Słownika Języka Polskiego otrzymaliśmy odezwę następującą: Los wydawnictwa naszego jest zagrożony.

Dla redakcyi i innych osób obeznanych ze sprawą było to rzeczą oddawna przewidywaną, bo na faktach opartą.

Skutkiem popełnionego przez pierwszych gospodarzy Słownika błędu w obliczeniach, który przypisać należy ich wierze w dobrą wolę społeczeństwa, nabywcy pierwszej seryi tego dzieła (zesz. 1—24) zwracali za ledwie 40% kosztów nakładu. Od zeszytu 25-go podniesiono cenę w przedpłacie i sprzedaży częściowej, nie w takim jednak stopniu, by przy obecnej liczbie odbiorców można było dojść do równowagi finansowej (o zyskach nie było nigdy mowy), zwłaszcza, że z biegiem czasu wzrosły znacznie koszty wydania (druku, papieru i t. d.). Uczyniono tak dlatego, żeby nie zrażać nabywców pozornie nadmierną podwyżką ceny. Dawaly się przecie słyszeć prawie na seryo wygłaszane zdania, że skoro pierwotnie zapowiedziano wydanie całości w 24 zeszytach, to teraz, bez względu na rzeczywistą ich liczbę, jaka się w toku roboty okazała potrzebną, należałoby je wszystkie oddawać za określoną dawniej kwotę (10 rubli za 240 arkuszy druku w formacie wielkiej ósemki!).

Stały niedobór wydawnictwa pokrywały zapomogi od Kasy Mianowskiego i od osób prywatnych. Te ostatnie źródła—jak było z góry wiadomo—tylko czasowe, już wyschły, a Kasa Mianowskiego wszystkich zastąpić nie może.

Martwa matematyka zrobiła już wszystko, co do niej należy; idzie teraz o to, by

jej żywa wola ludzka dostarczyła nowego materiału.

Środki, dawniej już wskazywane, były i są dwa tylko:

1) powiększenie zastępu nabywców „Słownika”;

2) wzrost ofiarności publicznej.

Na wydanie Słownika Lindego składały się, oprócz prenumeraty, zasiłki od magnatów z ducha i położenia społecznego, od instytucji publicznych, nawet od głów ukoronowanych. Obecna redakcja „Słownika” kolacze od dłuższego już czasu do różnych osób, ale, niestety, bez skutku: na listy swoje lub prośby ustne najczęściej nie otrzymuje żadnej odpowiedzi. Odwołuje się teraz publicznie do poczucia obywatelskiego tych, którzy cokolwiek uczynić mogą. Bodajby skromne nadzieje nie zawiodły!

Doprowadziliśmy „Słownik” już prawie do końca litery R, trzymając się ciągle jednolitego planu i sposobu opracowania; tym większa byłaby szkoda przerywać wydawnictwo stosunkowo bliskie kresu, przez poważną krytykę i nabywców uznane za odpowiadające swemu założeniu i w naszych warunkach narodowych za doniosłe.

Słownik taki ma znaczenie nietylko literackie: owszem, jest on czynnikiem przede wszystkim społeczno - narodowym; jest zwierciadłem mowy, a tą znów niejako duszą narodu. Narodowość dopóty istnieje, dopóki żyje język. To też w chwilach upadku słownik może narodowi wyświadczając dzielną przysługę. Przypomnijmy sobie tutaj, jak zelektrykowało w początkach wieku XIX Czechów ukazanie się Słownika Jungmana. Chwila obecna jest jeszcze dla polszczyzny chwilą istnego potopu, sprowadzonego przez nieudolność piszących i przez wpływ języków obcych. Wywłaszczając nas z różnych rzeczy i różnymi sposobami; wywłaszczenie zaś z mowy ojczystej jest stratą tym boleśniejszą, że przyczyniamy się do niej najskuteczniej my sami, jako wrogowie wewnętrzni.

A więc uznajmy nasz Słownik za rzecz dla narodu niezbędną!

— Następny Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Urologicznego odbędzie się w Berlinie w r. 1914. Na prezesa powołano prof. I. Izraela, na sekretarza prof. Posnera.

— W Utrechcie na zebraniu embryologów uchwalono utworzyć międzynarodowy instytut embryologiczny pod przewodnictwem Bonneta.

— W Londynie otwarto instytut radoży, będący w posiadaniu radu wartości miliona marek, dla celów naukowych i leczniczych. Podwalinę dał instytutowi król Edward VII i E. Cassel oraz Ireagh.

— Największą organizacją lekarską na świecie jest American Medical Association, licząca 35,000 członków.

— 7 Zjazd międzynarodowy dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Rzymie w 1912 r.

— Instytut sądowo-lekarski w Rzymie ogłosił konkurs po 1000 lir. za najlepsze prace p. n. „Określenie zdolności do pracy przed i po wypadkach nieszczęśliwych” oraz „Przystosowanie czynnościowe członków uszkodzonych”. Prace w języku włoskim lub francuskim nadsyłać należy, napisane na maszynie w 3 egzemplarzach, do instytutu (Roma Isola Tiberina) przed 31 grudnia 1912 roku.

— Wystawa międzynarodowa w Sofii będzie otwarta w dniu 1/4 czerwca i zamknięta w dniu 31 13 września 1912 roku, obejmować będzie wyroby z dziedziny przemysłu, handlu, rolnictwa, sztuk, wychowania publicznego, higieny, pokarmów i sportów.

Osoby, interesujące się bliższymi szczegółami raczą się zwracać z zapytaniami do Komitetu Urządzającego Wystawy Międzynarodowej 1912 roku, plac Aleksandra N-r 5, w Sofii.

— Senat włoski zatwierdził następujące prawo o praktyce we Włoszech: prawo praktyki posiadają we Włoszech lekarze tych krajów, w których prawo pozwala na praktykę lekarzom włoskim (dotąd tylko Anglia); pozostali lekarze cudzoziemcy winni uzyskać dyplom w jednej z wszechnic włoskich, który nadaje prawo praktyki wśród nie-włochów. Wyjątek zrobiono dla lekarzy poselstw i konsulatów, specjalistów, wezwanych do chorych lekarzy w nagłych wypadkach, oraz lekarzy cudzoziemców, którzy w ciągu 3 lat wpłacą specjalny podatek t. z. „riccherza mobile”.

— Nowo otwarty Instytut Psychoneurologiczny w Petersburgu zaczął wydawać

pod redakcją prof. Bechterewa. „Psychologischer Wiestnik”.

— Śmiertelność z gruźlicy, według LISTERA, w Londynie da się zestawić dla zawodów wolnych, jak następuje:

Lekarze i chirurdzy	6,8%
Księża	10,2 „
Adwokaci	11,8 „
Malarze, grawerzy, rzeźbiarze	18 „
Muzycy i nauczyciel. muzyki	26 „

Ostatnia ta kategoria daje najwyższą odsetkę śmierci nie tylko z gruźlicy, ale i z innych chorób z powodu nędzy i pijaństwa. Śmiertelność kupców, pracujących na świeżym powietrzu, różni się znacznie od śmiertelności kupców, pracujących w zamknięciu, mianowicie:

Handlujący mlekiem i serem	11,6%
„ owocami i jarzyn.	17 „
„ rybami i drobiem	16,7 „
Rzeźnicy	16,2 „
Kupcy korzenni	17 „
Piekarze i ciastkarze	17,8 „
Zegarmistrze i jubilerzy	22 „
Wydawcy, kupcy papieru	23 „
Krawcy	24,7 „
Powroźnicy	26 „

Oczywiście, w tym wypadku pijaństwo nie odgrywa w statystyce roli, gdyż zawód na pijaństwo nie wpływa.

— Znany Zakład leczniczy „Altvater” pod Freiwaldau na Śląsku Austriackim został w tych dniach nabyty przez hrabiego Władysława Szápáryego z Budapesztu. Nowonabywca przystąpił już do wprowadzenia zmian i ulepszeń, wśród których najważniejsze będzie urządzenie Instytutu Radoczyńskiego, co tylko hrabia Szápáry uczynić jest w stanie, gdyż stoi na czele syndykatu radowego i jest w posiadaniu całego gramu radu, czem żadna prywatna osoba na świecie pochwalić się nie może.

— E. PERRIER w swej pracy o zwierzętach w ogrodach zoologicznych zaznacza, iż wysoka śmiertelność zwierząt zależy od nie-normalnych warunków bytowania, braku ruchu i powietrza, przez co przemiana materii i odporność cierpi bardzo. P. zwraca uwagę, iż małpy zarażają się gruźlicą od ludzi, i że małpy, oddzielone od zwiedzających taflą szklaną, nie zapadają na gruźlicę. Gruźlica od małp nie może udzielić się ludziom, gdyż małpy nie pluja, i gruźlica w kiszkach u nich nie występuje (?).

Nadesłano do Redakcyi:

1. Dr. Heinrich Higier. „Recidivierende Pseudotumoren des Gehirns” — odb. z „Neurologisches Centralblatt” Nr. 7. 1910 r.
2. Tenże. „Die Hautreflexe bei cerebraler Apoplexie” — odb. z Neurol. Centralb. Nr. 4. 1910 r.
3. Tenże. „Beitrag zur Prognose der akuten u. subacuten Encephalitis und Poli-
encephalomyelitis” — odb. z Zeitsch. für die
gesamte Neurologie u. Psychiatrie Bd. I. Heft.
1. 1910 r.
4. Dr. Józef Jaworski. Gubernia Kaliska i Miasto Kalisz w cyfrach — odb. z Nr. 9-go „Zdrowia” 1911 r.
5. Tenże. Zjazd higieniczny w Kaliszu — odb. z „Gazety Lekarskiej” Nr. 37. 1911 r.