

MEDYCYNĄ

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 9.

Warszawa d. 26 Lutego 1910 r.

Rok XLV.

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

Na pierwszej i ostatniej stronicy 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. Metzł i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 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.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Zapalenie przedniej gałązki nerwu kulszowego (Ischias neuritica anterior), napisał Maksymilian Biro. — Uraz a choroby umysłowe, podał Teodor Lapiński. (Dok.) — Przyczynek do techniki podśluzowego wycięcia przegrody nosa, podał Marek Koenigstein. — WYKŁAD KLINICZNY. Kuttner. Rozpoznawanie i leczenie nie poddających się operacyi raków żołądka. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna* 41. Cheinisse. Leczenie duru brzuszego za pomocą zewnętrznego użycia wysokoku. — *Choroby dzieci*. 42. Czerny. Skaza wysiękowa, zolzy a gruźlica. — *Choroby układu nerwowego*. 43. M. Mauclair. Przypadek padaczki Jacksona. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — BIBLIOGRAFIA. O nowszych podręcznikach historii medycyny. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Zapalenie przedniej gałązki nerwu kulszowego (Ischias neuritica anterior).

Napisał

Maksymilian Biro.

W roku 1897 ¹⁾ oraz 1901 ²⁾ ogłosiłem 2 prace, w których starałem się uzasadnić przy-

¹⁾ Zapalenie nerwu kulszowego, nerwoból kulszowy i histerya. Nowy objaw różniczkowy oraz kilka uwag o powyższych cierpieniach *Medycyna* 1897, Nr. 20 i nast.

²⁾ Zaburzenia odruchu z jednego ścięgna Achillesa. Wiad rdzenia i cierpienie nerwu kulszowego, *Medycyna* 1901.

puszczenie, że cierpienie nerwu kulszowego jest raczej sprawą zapalną, niż nerwobólem. W pierwszej zestawilem 12 spostrzeganych przezemnie przypadków cierpienia nerwu kulszowego z zaburzeniami bądź czuciowemi, bądź odżywczeni, zmianami oddziaływania elektrycznego i jednym objawem, najbardziej podkreślającym organiczne tło sprawy, zniesieniem odruchu ze ścięgna ACHILLESA. W drugiej pracy wykazałem, że zaburzenie odruchu ze ścięgna ACHILLESA może być jednym z najwcześniejszych objawów władu rdzenia, poza tem podałem 52 przypadki zapalenia nerwu kulszowego. Z tych wybrałem szereg, w

których spostrzegać się dawała równoległość w przebiegu pomiędzy stanem odruchu ze ścięgna ACHILLESA i okresem cierpienia. Uwidoczniło się, że na początku cierpienia niekiedy odruch odnośny na kończynie chorej jest osłabiony w porównaniu z kończyną zdrową, w dalszym przebiegu znika całkowicie, by w miarę poprawy choroby powracać i wreszcie po wyzdrowieniu nabrać natężenia takiego, jak na drugiej, zdrowej kończynie. Od tego czasu wzmacnia się we mnie przekonanie o organicznym tle cierpienia nerwu kulszowego. Pragnąłbym podzielić się nowemi danemi, stwierdzającemi owo tło i w innej postaci tego cierpienia w t. zw. *ischias anterior*, w której ból dotyczy przedniej gałązki tego nerwu. Gałązka ta ma wpływ na mięśnie przedniej powierzchni uda. Przy cierpieniu tej gałązki mogłoby zajść zaburzenie w czynności mięśnia wyprostnego goleni (*m. extensor cruris s. quadriceps femoris*). Zaburzenie to mogłoby się ujawnić w zmianach odżywczych, w pewnym stopniu zaniku tego mięśnia, dostrzegalnym przy pomiarach, jakoteż przy badaniu elektrodyagnostycznym, wreszcie w zaburzeniu odruchu kolanowego. Taką postać należałoby nazywać zapaleniem przedniej gałązki nerwu kulszowego (*Ischias anterior neuritica*). Spostrzegałem ją dwukrotnie i przypadki odnośne ośmielam się przedstawić.

L. G., 32 lata mająca, zwróciła się po poradę 12/IV 1905 z powodu bólu prawej kończyny dolnej z przodu, ból trwa od 4 tygodni, większy jest przy wstawaniu, niż podczas siedzenia. Rodziła 4 dzieci, nie ronila. Chorób gorączkowych długotrwałych nie przechodziła. Miesiączka, po 3 dni trwająca, co 28 dni, bez bólów. Łaknienie, czynność kiszki prawidłowe. Sen z powodu bólu zakłócony. Miernie zbudowana i odżywiona. W płucach, sercu, narządach brzucha zmian chorobowych nie wykryto. Udo prawe na powierzchni

przedniej bardziej spłaszczone, niż lewe. Odruch kolanowy prawy znieśiony, lewy prawidłowy. Odruchy z obu ścięgien ACHILLESA żywe. Oddziaływanie faradyczne i galwaniczne mięśnia wyprostnego goleni (*m. extensor cruris*) znacznie obniżone, choć skurcz jest szybki, i przy zamykaniu prądu działanie katody przeważa. Inne mięśnie zaburzeń nie przedstawiają.

20/X 1906. Przybyła ze skargą na kaszel. Nogi od kilku tygodni nie boją. Mięśnie na wygląd i pod względem czynności dobre. Odruchy kolanowe jakoteż ze ścięgna ACHILLESA i oddziaływanie elektryczne na obu kończynach jednakie, prawidłowe. W płucach rzeżenia.

Ze spostrzeżenie powyższe jest postacią cierpienia nerwu kulszowego, świadczy wymownie przypadek następujący:

B. L., 48 lat mający, przybył do polikliniki d-ra GOLDFLAMA 25 IX 1900 ze skargą na trwający od 6 tygodni ból kończyny dolnej lewej z tyłu oraz z przodu uda. Kichanie ból potęguje. Stanie i chodzenie jest boleśniejsze, niż siedzenie. Leżenie jest możliwe tylko na boku. Przed rokiem miał pacjent podobny ból w kończynie dolnej prawej w ciągu 8 tygodni. Krwawnice. Dzieci 7, z których 3 zmarło we wczesnem dzieciństwie; żona nie ronila. Miernie zbudowany i odżywiony. Ze zbieżny (od dzieciństwa) wskutek porażenia mięśnia prostego zewnętrznego galki ocznej prawej. Żrenica prawa z blizną rogówki (po urazie w dzieciństwie); obie oddziaływają należycie. W płucach, sercu narządach brzucha niema objawów chorobowych. Udo lewe cieńsze, niż prawe. Objaw LASÉGUEA na kończynie dolnej lewej. Punkt bolesny na przecięciu linii nerwu kulszowego z linią ROSEKA. Odruchy ACHILLESA z obu stron normalne. Odruch kolanowy lewy znieśiony, prawy żywy. Na kończynie dolnej lewej oddziaływanie galwaniczne m.

wyprostnego goleni zmniejszone, przy zamykaniu prądu anoda przeważa, skurcz powolny, oddziaływanie innych mięśni prawidłowe.

3/IV 1901 przybył ze skargą na krwawienia z odbytu. Nogi są zdrowe. Odruch kolanowy na obu nogach jednaki.

W przypadku tym na kończynie, dotkniętej cierpieniem nerwu kulszowego, był zniesiony odruch kolanowy, był zanik mięśnia wyprostnego goleni i było zmienione oddziaływanie elektryczne w obrębie tego mięśnia, ale poza tem był punkt bolesny na przecięciu linii nerwu kulszowego z linią ROSERA i objaw LASÉGUEA. Zachodziły tu, jak widzimy, zaburzenia, świadczące o zajęciu nie tylko przedniej, lecz i tylnej głównej gałęzi nerwu kulszowego.

Zestawienie danych powyższych nasuwa przypuszczenie, że sprawa zapalna może dotyczyć oddzielnych gałęzi nerwu kulszowego, a wiemy, że w cierpieniu tego nerwu może wyłącznie lub przeważnie być dotknięty nerw strzałkowy, gałąź tylna nerwu kulszowego, rzadziej gałąź jego przednia, a czasami sprawa zaczyna się od lędźwiobólu (*lumbago*), aby z czasem przejść w cierpienie nerwu kulszowego.

Za wspólnością sprawy lędźwiobólu i cierpienia nerwu kulszowego przemawiają poza częstem przeobrażaniem się pierwszego w drugi jeszcze inne dane. Licznym przypadkiem lędźwiobólu jakoteż wielu przypadkom cierpienia nerwu kulszowego towarzyszy skrzywienie kręgosłupa. Poza tem w szeregu przypadków lędźwiobólu spostrzegałem obniżone czucie w dolnej części nerwu strzałkowego, a zatem w licznych przypadkach, w których poza lędźwiobólem, zdawało się, nie było danych, świadczących o zajęciu nerwu kulszowego, zdradziły to cierpienie zmiany czucia w jednej z najbardziej obwodowych gałęzi tego nerwu. Być może, iż bóle nóg, zwłaszcza przedniej powierzchni ud u wielu

kobiet w okresie miesiączki, u mężczyzn po nadużyciach płciowych są zależne od zaburzeń nerwu kulszowego, spowodowanych zmianami w pobliżu splotu lędźwiowokrzyżowego.

Wykazując łańcuch zjawisk na przebiegu nerwu kulszowego od jego początku do wszystkich części obwodowych, ośmielał się podkreślić przypuszczenie, że zaburzenie odruchu kolanowego samo przez się jakoteż równoległe ze zmianami odżywczymi w obrębie tej gałęzi i zaburzeniami oddziaływania elektrycznego może dowodzi istnienia odrębnej postaci zapalenia przedniej gałęzi nerwu kulszowego (*Ischias neuritica anterior*).

Nieliczne me spostrzeżenia w sprawie omawianej nabierają wartości wobec tego, że kilka przypadków podobnych miał spostrzegać ostatnio również kol. BYCHOWSKI.³⁾ Z tego względu uważałem za odpowiednie poruszenie sprawy tego cierpienia, by pobudzić do dalszego obserwowania w danym kierunku.

Uraz a choroby umysłowe.

Szkic wygłoszony na I-szym Zjeździe Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich.

Podał

Teodor Łapiński.

Ordynator szpitala św Jana Bożego w Warszawie.

(Dokończenie—Zob. Nr. 8).

Istnienie urazowego bezwładu postępującego szczegółowo omawiano na dorocznym

³⁾ Jeden z nich kol. Bychowski po napisaniu przeze mnie tej pracy przysłał do zbadania. Przypadek ten jest zupełnie analogiczny do mego pierwszego.

zjeździe niemieckich psychiatrów w Hanowerze jeszcze w 1897 roku. W celu przekonania się, czy uraz sam przez się może wywołać zmiany podobne do spostrzeganych u paralityków postępujących, MENDEL starszy poddawał psy kręceniu wokoło osi poziomej od 4—10 minut. Po 2-tygodniach psy zabijano; na sekcji spostrzegano zmętnienie opony mózgu, ścięczenie zrazów, wodogłowie wewnętrzne; pod drobnowidzem dawały się zauważyć zwiększenie jąder, rozrost glii, zwiększenie liczby naczyń. Wobec tego MENDEL mniema, że dostrzeżone przezeń zmiany podobne są do spostrzeganych w bezwładzie postępującym i zależą w znacznym stopniu od przekrwienia mózgu, gdyż w doświadczeniach, gdzie głowa psa nie zwisała, lecz leżała na desce, rezultat był ujemny. Większość jednak autorów nie wierzy w możliwość powstania omawianego cierpienia skutkiem urazu u osobników bez usposobienia odziedziczonego lub nabytego. Wreszcie niektórzy, zajmując miejsce pośrednie, przypuszczają, że tylko wielki uraz może sam przez się spowodować psychozę. Powstała psychoza niczem, ich zdaniem, nie różni się od zwykłego bezwładu postępującego.

JOSCHIKAWA w celach doświadczalnych opuszczał na jedno i to samo miejsce głowy szczura ciężar od 50 do 100 gr. W mózgach badanych zwierząt J. spostrzegał wybroczyny bez jakichkolwiek bądź śladów stłuczenia mózgu (*contusio*), tętniaków nie znajdował; czy występują one w innych warunkach doświadczenia, jest rzeczą sporną. Spostrzegane w przypadkach pęknięcia czaszki wybroczyny były nie mniejsze od spostrzeganych w przypadkach bez pęknięcia czaszki.

Zestawiając swe osobiste dane, otrzymane z doświadczeń nad szczurami i od ośmiu własnych chorych, JOSCHIKAWA przede wszystkim radzi analizować starannie dane sekcji i drobnowidza. Zmiany organiczne mogą w

jednym i tym samym przypadku zależeć od kilku przyczyn; dla przypadków ostrych wielkie znaczenie rozpoznawcze według JOSCHIKAWY posiada nacieczenie naczyń limfocytami. Powstać ono może skutkiem zajęcia bezpośredniego, lub też zapalenie przejść może z sąsiedztwa; zwiększenie liczby naczyń, zgrubienie ich ścian można według JOSCHIKAWY uzależnić od urazu, który jednak częściej pogarsza li tylko istniejące cierpienie. Mniemanie podobne śmiało, zdaje się, zastosować można do wszystkich, względnie do większości t. zw. bezwładów postępujących urazowych. W każdym razie dotychczas jeszcze nie opisano bezwładu postępującego niewątpliwie urazowego pochodzenia, i wogóle wątpliwą jest rzeczą, aby bezwład postępujący mógł powstać skutkiem li tylko urazu. Zapominać nie należy, iż w doświadczeniach MENDELA i JOSCHIKAWY występował kilkakrotny uraz bezpośrednio jeden po drugim, w życiu zaś zwykle uraz nie powtarza się lub też występuje w krótszych lub dłuższych odstępach czasu. U chorego W. S. bezpośrednio po wielkim urazie głowy wystąpiło silne podniecenie ruchowe z odcieniem prześladowczym i afazyą czuciową.

Będąc od urodzenia niedorozwiniętym umysłowo, W. S. ulegał kilkakrotnym urazom głowy. Uraz w powstaniu danej psychozy odegrał rolę niepoślednią, nie wolno jednak zapominać o innych szkodliwościach, jakim osobnik dany podlegał w swem życiu, a między innymi o jego skłonności do napojów wysokowych i o przebytych przed 14-tu laty przymiocie.

Inaczej etiologicznie przedstawia się J. K., stary opój i syfilytyk. Uraz w danym przypadku był niewielki. J. K. nawet na chwilę nie stracił przytomności, zapadł jednak wkrótce na chorobę umysłową z wybitnym podnieceniem ruchowym. Po kilku tygodniach objawy choroby umysłowej ustąpiły na dłuższy

przeciąg czasu; od niespełna dwóch lat J. K. zaczął tracić pamięć, wystąpiły sporadyczne drgawki, zawroty głowy i wybitne zmiany usposobienia.

I ten przypadek nie jest wolny od poważnych zarzutów; uraz w danym razie wywarł wpływ podrzędny na powstanie psychozy; organiczne porażenie mózgu rozwinęło się tutaj głównie dzięki przebytemu przymiotowi i opilstwu.

Dwa następne przypadki również do czystych pod względem etiologicznym nie należą, pomimo, iż w obydwóch dłuższa utrata przytomności nastąpiła niezwłocznie po urazie. M. P. przed laty uległ zarażeniu przymiotem; poronienie w trzecim miesiącu i stosunkowa bezpłodność J. P. świadczą do pewnego stopnia o przebytych przed laty przymiocie.

Nie sam uraz działał i w następującym przypadku. 51-letni B., nerwowo od urodzenia, uległ w 1906-ym roku urazowi z następującą utratą przytomności, która według opowiadań rodziny trwała 40 minut. Moment psychiczny odegrał tu rolę wyłączną, gdyż spadające deski musnęły B. tylko po głowie, nie powodując nawet starcia skóry. W niespełna 1½ roku B. bez żadnego widocznego powodu stracił na pewien czas możność mówienia, poruszania się, wreszcie przytomność. Uzależnić dane cierpienie od przebytego przed rokiem urazu nie sposób. Należy przypuszczać, iż miażdżycowe zmiany w układzie nerwowym istniały już przed urazem, niewielki zaś uraz tylko je uwidoczniał. Co się tyczy ostatniego cierpienia, to zjawilo się ono jako dalszy ciąg zmian w układzie naczyniowym. Przypadek ten w zupełności zgadza się z mniemaniem tych autorów, według których miażdżycowe zmiany w naczyniach istnieją zwykle już przed urazem, uraz działa li tylko jako czynnik, wzmagający pośrednio lub bezpośrednio ciśnienie wewnątrzczaszko-

we. Zdaniem zaś innych, skutkiem silnego urazu mogą wystąpić zmiany naczyniowe; ciśnienie wzmagają się przypadkowo.

Z innych chorób umysłowych po urazie spostrzegano otępienie wczesne (VIEDEUR), psychozy okresowe typowe (SCHLAGER) i nietypowe (KAPLAN), stany hipochondryczne (SCHAFER) i pomieszanie przewlekłe (SCHAFER), wreszcie obłęd opilczy ostry lub przewlekły (SCHMIEGELD). Uraz jednak na powstanie tego rodzaju cierpienia wielkiego wpływu nie wywiera. U dwudziestu pięciu moich chorych właściwą przyczyną powstałej psychozy był nie uraz, lecz obciążenie dziedziczne lub nabyte, względnie jedno i drugie.

Zupełnie odosobniony stoi wśród obserwowanych przeze mnie przypadków czterdziesto-pięcioletni chory A. P., który przed wypadkiem pracował normalnie, był tylko nieco głuchy. W kilka miesięcy po upadku z rusztowania na głowę i chwilowej utracie przytomności zaczął wykazywać oderwane idee prześladowcze, które jednak nie wpływały na jego dobry humor. Będąc w szpitalu, do domu nie tęsknił, do pracy się nie ganił; zabrany do obierania kartofli, pracował bez szemrania.

W danym przypadku mamy do czynienia z osłabieniem władz umysłowych o odcieniu prześladowczym. Wobec tego, że otępienie wystąpiło już w kilka miesięcy po doznany urazie, że cierpienie od razu wykazywało charakter przewlekły, wreszcie, że A. P. przed urazem był nieco głuchy na jedno ucho, mniemam, że A. P. już przed wypadkiem był umysłowo niezdrów; uraz uwypuklił tylko istniejące objawy, wpływając, być może, pośrednio na powstanie idei prześladowczych, wątpliwą jest jednak rzeczą, by był w stanie spowodować dane cierpienie.

Do jakiego stopnia krytycznym być należy przy uzależnianiu psychozy od urazu, poucza chory BRISSEAU, który w okresie za-

dumy dwukrotnie strzelał do siebie. Pomimo wybitnych uszkodzeń mózgu żadnych zmian w przebiegu zadumy nie było; nie zauważono również najmniejszego osłabienia władz umysłowych. Umarł on w cztery lata po zamachu samobójczym na opadowe zapalenie płuc w pełni władz umysłowych w wieku 75 lat.

Obserwowany przeze mnie paranoik po wyskoczeniu pod wpływem idei obłądnych z trzeciego piętra i złamaniu sobie ręki i nogi poprawił się o tyle, że idee obłądne ustąpiły na czas jakiś. *KRAEPELIN* również wzmiankuje, że w pewnych przypadkach po urazie następowało znaczne polepszenie.

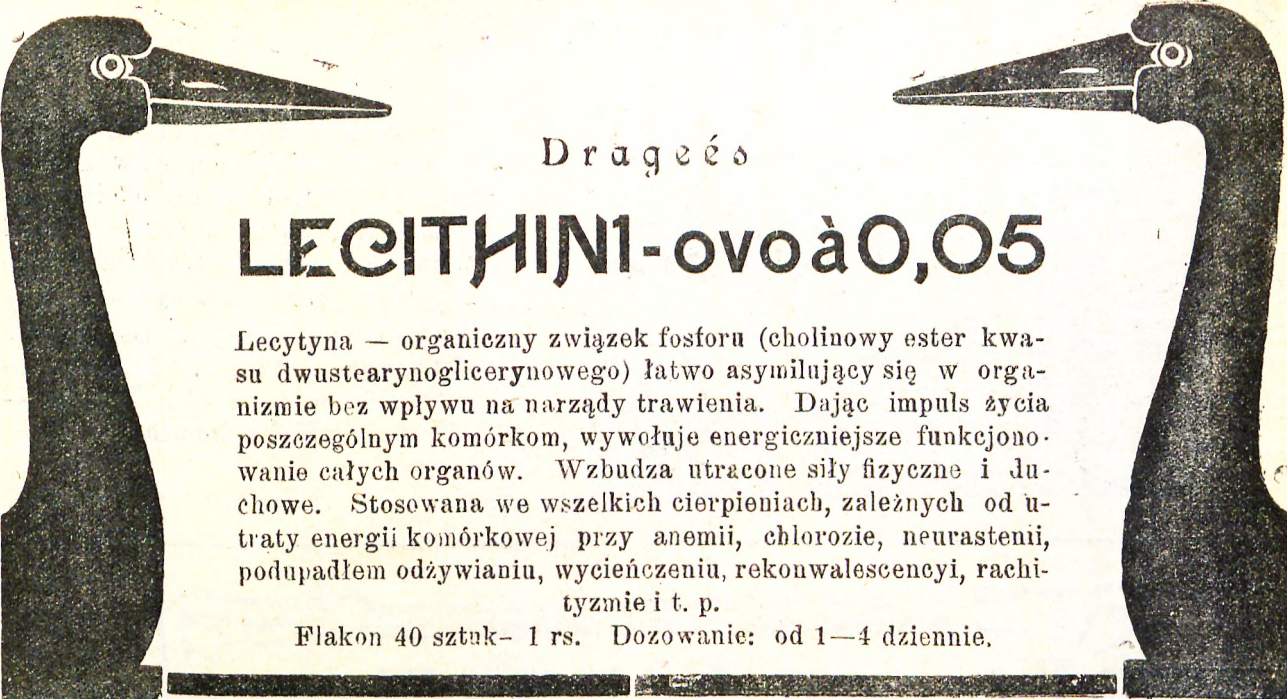
Płyn mózgowo-rdzeniowy u interesujących nas chorych badano rzadko (*WESTPHAL*, *SCHWARTZ*). Spostrzegane w dwóch przypadkach czerwone ciała krwi i niewielka limfocytoza świadczą o istnieniu organicznych zmian w mózgu. U mego chorego żadnych zmian w płynie mózgowym nie wykryto — prawda, że płyn był badany w kilka miesięcy po doznanym urazie.

Wogóle zaś przekłucie łądźwiowe napotyka u chorych umysłowo na wiele przeszkód. Nie rozumiejąc celu zabiegu, obłąkani często kroć opierają się mu energicznie, i zabieg podobny stać się może obfitym pokarmem, względnie punktem wyjścia idei obłądnych. Przypuszczam, iż te same względy powstrzymują i innych psychiatrów od stosowania przekłucia łądźwiowego u swych chorych, tem bardziej, iż zbyt pewnego znaczenia rozpoznawczego ono nie posiada.

Był czas, gdy na tak zwane psychozy urazowe zwrócono specjalną uwagę; spodziewano się od nich wyświecenia wielu ciekawych zagadnień z dziedziny psychiatrii, lecz nadzieje się nie ziściły. Sekcye chorych tego rodzaju nie dawały najczęściej nic charakterystycznego w porównaniu z innemi cierpie-

niami. Spostrzegane w tych przypadkach pęknięcie, złamanie czaszki z następczym uciskiem i rozmiękczeniem okolic sąsiadujących, zrost opon między sobą i z czaszką, wybroczyny krwawe pod oponą twardą (*HARTMANN*), torebkowate twory, daleko posunięte zwapnienie ścian naczyń dużych i drobnych, hialinowe i tłuszczowe ich zwyrodnienie (*SPEHLING*, *KRONTHAL*), rozszerzenie przestrzeni okołonaczyniowych, nacieczenie ścian naczyń (*FRIEDMAN*), bujanie giejgu, ziarnkowanie wyściółki komór, ich rozszerzenie — wszystko to spostrzega się również często w innych psychozach, nie wspólnego z urazem nie mających. Zmiany w niteczkach osiowych i komórkach spostrzegano rzadko. Zwiększenie liczby naczyń, zgrubienie ich ścian można uzależniać od urazu. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie uraz pogorszył li tylko istniejące w ukryciu cierpienie. W przypadku *BREMERA* wykryto podczas sekcji rozlaną gliozę mózgu, powstałą skutkiem przebytej przed siedmiu laty grypy. Nie sposób przecież składać na karb urazu zmian anatomicznych, powstałych skutkiem przymiotu, opilstwa lub też jakichkolwiek innych czynników chorobotwórczych.

Obecnie samo przez się nasuwa się pytanie, co należy rozumieć pod psychozą urazową, i czy wogóle wyodrębnienie podobnej postaci ma rację bytu? Przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt, że wśród dwudziestu pięciu mych własnych przypadków i stu szesćdziesięciu czterech, znanych mi z piśmiennictwa, tylko u dwudziestu dwóch chorych oprócz urazu nie istniało jakoby innego czynnika etiologicznego. Zapominać jednak nie należy, że opowieściom otoczenia o przeszłym życiu uszkodzowanego zbytnio wierzyć nie można, gdyż rodzina chorego często o wielu faktach świadomie zamilcza lub też nie nadaje im należytego znaczenia. Dopiero po staranniejszem badaniu stwierdzić się dają rozma-



Drageés

LECITHINI-ovoà0,05

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglicerynowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej przy anemii, chlorozie, neurastenii, podupadłym odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk— 1 rs. Dozowanie: od 1—4 dziennie.

LECZENIE KAKODYLOWE

(Arszenikiem Organicznym)

Wszelkie skażenia krwi i zmiany w odżywianiu. Choroby skóry
Charłactwo pochodzenia zimniczego. Neurastenia. Cukrzyca.

ARSYCODILE

(Cacodylate de Soude)

Banieczki dozowane po 0,05
jedno wstrzykiwanie dziennie.

FERROCODILE

(Cacodylate ferreux)

Żel żwisty w niedokrwistości i blednicy

Pigułki dozowane po 0,025, 4 dziennie.

Dr. M. Lepince

NEO ARSYCODILE

(Methylarsinate disodique)

Pigułki dozowane po 0,01; 4 do 5 dziennie.
Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzykiwanie dziennie.

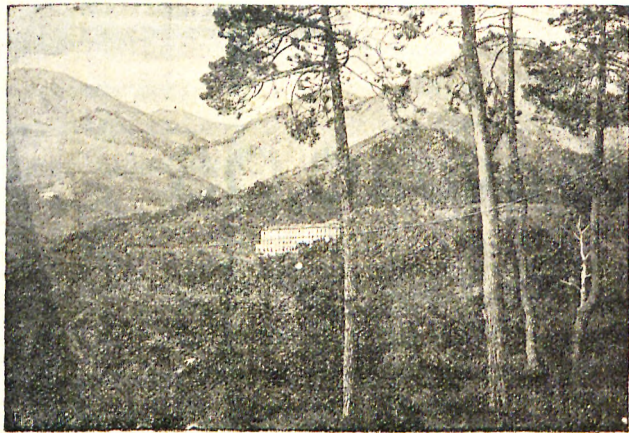
FERRICODILE

(Cacodylate ferrique)

Banieczki dozowane po 0,05 jedno wstrzykiwanie dziennie.

Próby na żądanie.

62 Rue de la Tour Paris.



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

Hemogen Magistra Klawe

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żołądka, kiszki i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki.

Hemorin Magistra Klawe

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

MACZKA



MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

Extractum
Chinae

NANNING

Najlepsze Stomachicum obecnej chwili.

Wskazania:

- 1) Brak apetytu u niedokrwistych.
- 2) Brak apetytu u skrofolicznych i gruźliczych.
- 3) Ostry i przewlekły niezyt żołądka.
- 4) Choroby gorączkowe i cierpienia spowodowane ranami.
- 5) Zdrowienie.
- 6) Wymioty w czasie ciąży.
- 7) Chroniczny niezyt żołądka, skutkiem nadużywania alkoholu.
- 8) Dyspepsja spowodowana Hg i JK.

Oryginalne opakowanie w NIEBIESKIM pudełku, z podpisem „Ryszard Fürst & Co.”

Generalni reprezentanci na Królestwo i Cesarstwo: Ryszard Fürst & Co. Warszawa, Aleje Jerozolimskie 37.

Dr. H. NANNING - CHINA WERKE - HAAG - HOLLAND.

Oryginalne flakony
po Rb. 1.50 kop.
do nabycia w aptekach
i składach aptecznych

ite szkodliwości pod postacią opilstwa, przy-
miotu i t. d.

Co zaś tyczy się objawów umysłowych,
sposzreganych w t. zw. psychozach urazo-
wych to one również nie charakterystyczne-
go dla danego cierpienia nie przedstawiają.
Większość przypadków podobnych mieści
się swobodnie w ramach innych cierpień
umysłowych. Jeżeli zdarzają się wyjątkowe
przypadki, których nie można podciągnąć
pod żadną z istniejących grup, to zdarza się
to również często z psychozami, nie wspól-
nego z urazem nie mającemi.

Niema również potrzeby wyszukiwania
dla cierpień podobnych specjalnego rokowa-
nia. Pomijając przypadki, gdzie skutkiem
urazu zaszły w mózgu zmiany organiczne, ro-
kowanie zwykle zależy od rodzaju choroby,
jaka rozwinęła się po urazie (VIEDEUR).

ROSENFELD z całą stanowczością twier-
dzi, że rokowanie w t. zw. psychozach ura-
zowych całkowicie zależy od właściwości
organizmu danego osobnika, jakim zdrowiem
cieszył się on przed urazem, jakim chorobom
lub szkodliwościom w życiu swem podlegał,
w jakim stanie znajdował się jego układ
nerwowy przed urazem i t. d.

Inaczej rzecz się — być może — przedsta-
wia u chorych, dotkniętych padaczką lub bez-
władem postępującym — wogóle jakimś or-
ganicznem cierpieniem mózgu; uraz wtedy
obostrza (FEILCHENFELD) istniejące objawy,
uwidocznia nowe, przyspiesza przebieg i nie-
rzadko powoduje przedwczesne zejście
śmiertelne.

Probowano leczyć t. zw. psychozy ura-
zowe zabiegami operacyjnymi w przeświad-
czeniu, iż z usunięciem uszkodzonych części
ustąpią objawy umysłowe i nerwowe. Do-
datnie wyniki chirurgicznego leczenia spo-
strzegal między innymi NEUMANN, inni auto-
rowie (KLAUDER, VOLLAND, SZCZERBAKOW)
obserwowali pogorszenie, przestrzegają prze-

to przed zbyt szerokiem stosowaniem podob-
nych zabiegów i radzą pamiętać o możliwości
późniejszych powikłań. Podług HOLLANDERA,
gorącego zwolennika teorii możliwości
umieszczenia w mózgu czynności umysłow-
wych, zabieg operacyjny dać może świetne
wyniki w przypadkach psychoz, powstałych
skutkiem miejscowych uszkodzeń mózgu.
W mniemaniu, iż uszkodzenie pewnej części
mózgu stanowi o objawach choroby umysłow-
wej, HOLLANDER powstaje przeciw wyodręb-
nianiu psychoz urazowych.

Przy omawianiu wpływu urazu na po-
wstawanie chorób umysłowych nie sposób
zamilczeć o symulacyi; spotyka się ona naj-
częściej wśród pracujących fizycznie. Za mniej-
sze lub większe uszkodzenia rzeczywiste
lub urojone, względnie świadomie lub nie-
świadomie powiększane domagają się oni
od pracodawcy odszkodowania w mniemaniu,
iż cierpienia ich powstały skutkiem dozna-
nego urazu.

W ostatnich czasach skłonność do uda-
wania, względnie przesadzania swych dolegli-
wości niepomierne wzrosła. Wobec tego
lekarze coraz mniej dowierzają skargom po-
dobnych jednostek. Uważając symulację za
objaw patologiczny, jedni autorowie uzależ-
niają jej powstawanie od obarczenia dzie-
dzicznego (TINTEMAN), w oczach zaś innych
dziedziczność wielkiej roli tutaj nie odgrywa;
daleko większe znaczenie posiada chęć zysku,
która wraz ze skłonnością do powiększania
swych dolegliwości nie pozwala jednostkom
podobnym pracować.

Udawanie choroby umysłowej podług
BUNSA spotyka się nadzwyczaj rzadko, tem
bardziej interesujący jest fakt, że wśród mych
chorych pięciu — czyli 20 % — wykazywało
podobne skłonności. Czerej z nich ulegli
podczas pracy mniejszym lub większym ura-
zom; będąc niewątpliwie chorymi nerwowo,
próbowali symulować objawy umysłowe

prawdopodobnie w celu otrzymania możliwie większego odszkodowania; piąty zaś — epileptyk i nałogowy pijak — próbował zwalić swą padaczkę na karb zatrucia wyziewami z kadzi garbarskiej. Będąc w szpitalu Jana Bożego, symulował kilkakrotnie napady epileptyczne, przysięgając, iż przed wypadkiem ich nie miewał.

Uznając, że symulacja wśród poszkodowanych zdarza się nadzwyczaj często, SCHLESINGER jednakże zaznacza, że obecnie wobec braku ścisłych metod badania o obiektywnym traktowaniu chorych pourazowych mowy być nie może. Za wiele wchodzi tutaj elementu osobistego, wiary lub niedowierzania skargom chorego. W każdym przeto poszczególnym przypadku przedewszystkiem należy zdawać sobie dokładnie sprawę, jakim zdrowiem cieszył się poszkodowany przed urazem. Podług SCHLESINGERA większość poszkodowanych podlega istotnie różnym cierpieniom wewnętrznym, nerwowym i t. d. Cierpienia te jednak istnieją zwykle przed urazem. Dla uniknięcia przeto nieporozumień autor radzi poddawać szczegółowemu badaniu niezwłocznie po urazie wszystkich tych, którzy w ten lub ów sposób uczestniczyli w jakimś wypadku. Badanie szczegółowe powtarzać się winno co pewien czas; uniknie się w ten sposób wielu nieporozumień. Wobec jasno postawionej kwestyi wielu osobnikom na myśl nawet nie przyjdzie symulować.

Na zakończenie chciałbym uprzytomnić te wnioski, do jakich doszedłem dzięki osobystemu doświadczeniu i odnośnej literaturze.

1) Uraz sam przez się nie wystarcza, by psychozę, po nim powstałą, nazwać urazową, gdyż sam przez się uraz tylko w bardzo rzadkich przypadkach może powodować chorobę umysłową.

2) Zwykle oprócz urazu istnieją inne

czynniki etiologiczne; na pierwszym planie postawić należy obciążenie dziedziczne.

3) Zwracać przeto należy baczną uwagę na wywiady, pilnie je zbierać i wszechstronnie analizować.

4) Większość t. zw. psychoz urazowych swobodnie mieści się w ramach innych chorób umysłowych.

5) Rozwojowi symulacyi wielce sprzyja brak szczegółowych opisów wypadków i starannych oględzin poszkodowanych niezwłocznie po urazie.

Przyczynik do techniki podśluzowego wycięcia przegrody nosa.

Podał
Marek Koenigstein.

Wiadomo, że KILLIAN, który najbardziej przyczynił się do spopularyzowania metody wycięcia podśluzowego przegrody nosa (Submucöse Fensterresektion) w najrozmaitszych jej zboczeniach, kładzie szczególny nacisk na moment, kiedy po oddzieleniu od strony wypukłej śluzówki i przecięciu chrząstki wprowadzamy elewatorium przez otwór w chrząstce między tę ostatnią a śluzówkę strony przeciwnej (wkłęsłej). Chwila ta w rzeczywistości stanowi niejako punkt kulminacyjny całego zabiegu, albowiem, o ile w tem miejscu nastąpi przedziurawienie śluzówki, dokończenie operacyi staje się niezmiernie trudnem. Każdy, kto wprawiał się w usuwanie drogą podśluzową przegrody, przyznać musi, że operacya ta przedstawia nieraz wprost nieprzewyciężone trudności techniczne; to też z uznaniem powitać należy każdą nową metodę, dążącą do ułatwienia te-

go zabiegu. Mam na myśli metodę, którą u nas pierwszy zastosował z powodzeniem SREBRNY w 5 przypadkach (patrz Nr. 51 „Medycyny” 1909 r.), i o której pozwolę sobie kilka słów powiedzieć.

Gdyśmy wspólnie z kol. SINOŁĘCKIM w jego oddziale wykonywali kilka pierwszych operacji, radziłem się kol. S., czy nie łatwiejby było oddzielić z obu stron śluzówkę cięciem dwustronnem. Lecz za każdym razem musiałem zaniechać tej myśli w obawie przedziurawienia. Dopiero pierwsze przypadki kol. SREBRNEGO ośmieliły mnie, i wtedy przystąpiłem do wypróbowania tej metody. Wykonałem 10 operacji ¹⁾. W żadnym przypadku nie otrzymałem przedziurawienia śluzówki tuż, że tak powiem, na progu operacji, mianowicie w miejscu pierwotnego cięcia z obu stron. W 2-ch przypadkach śluzówka została przedziurawiona u góry, nieco ku tyłowi na blaszce pionowej kości sitowej, czego, rzecz prosta, nie należy kłaść na karb cięcia obustronnego, i co zresztą po dziś dzień (chorzy byli operowani przed 8 miesiącami) chorym krzywdy nie przyniosło. Po przecięciu pionowem śluzówki („Knopflochschnitt” KILLIANA) lub po wykonaniu cięcia płatowego (FREER) od strony wypukłej, oddzielamy za pomocą elewatoryum śluzówkę wraz z ochręstną do chrząstki, następnie od strony przeciwnej (wklęsłej) robimy cięcie analogiczne, oddzielamy śluzówkę od chrząstki, przecinamy chrząstkę, wprowadzamy długi wziernik KILLIANA tak, by ramionami obejmował tylko chrząstkę i kość, usuwamy tyle chrząstki i kości, ile trzeba, a ku końcowi, po odpowiednim ułożeniu błony śluzowej, wprowadzamy z obu stron tampon na 2—3 dni. Nieraz trze-

ba śluzówkę przyciągnąć ku przodowi kleszczykami, by się brzegi rany blisko z sobą stykały. Tamponować należy bardzo dokładnie. Dobrze ułożony tampon zastępuje w zupełności szew, uciska miejsce krwawiące, zapobiega wtórnym krwotokom i trzyma śluzówkę w położeniu, które nadaliśmy jej ku końcowi operacji. Gdy, dajmy na to, z lewej strony—lewą ręką za pomocą tępego elewatoryum, wprowadzonego napłask wzdłuż przegrody, trzymamy obadwa brzegi przeciętej śluzówki, prawą ręką wprowadzamy tampon, asystent zaś odciąga hakiem skrzydło nosa nazewnątrz. Posiłkując się ostrożnie wziernikiem KILLIANA, można obejść się bez asystenta. Jeszcze lepiej nadają się ku temu automatyczne wzierniki HEFFERNANA. Na 2 lub 3 dzień usuwam tampon, dalsze zaś leczenie jest zwykle zbyteczne. O ile wypada usunąć jakiś przerost końca tylnego dolnej muszli, który często znajdujemy poza zboczeniem przegrody, należy to uczynić na tem samym posiedzeniu. Wiadomo, że usuwanie przerostów tylnego końca dolnej muszli daje nieraz bardzo silne krwotoki wtórne. Otóż, by przy powtórnem tamponowaniu, wraze krwotoku, nie odrywać brzegów śluzówki na przegrodzie, od lat 2-ch postępuję w tych razach w sposób następujący:

Po nałożeniu „zimnej” pętli na przerost tylny, zaciągam pętlę i ściskam w ciągu minuty cały przerost u nasady, by łatwiej nastąpił zakrzep w naczyniach, następnie przykładam, po odcięciu przerostu, kawałek waty, zmoczony w dwutlenku wodoru do rany na 3—4 minuty, samą zaś ranę pokrywam następnie kawałkiem t. zw. „Penghawar — Djambi”. Jestto rodzaj waty, koloru brązo-żółtego, z włosów rośliny „Cibotium Diambium”, daje się ona doskonale sterylizować i jako „*haemostaticum*” jest środkiem doskonałym. Po 2 dniach, a nawet następnego dnia można tamponik ten usunąć bez krwa-

¹⁾ W chwili, gdy artykuł został mi przysłany do korekty, liczba operowanych przezemnie metodą Srebrnego do 17 przypadków dochodzi; wynik pooperacyjny w ostatnich 7 przypadkach doskonały.

wienia. Od 2-ich lat używam tych tamponów po rezekcji dolnych muszel i ani razu nie miałem wtórnego krwawienia. A że przy rezekcji podśluzowej przegrody nosa zależy właśnie na tem, by nie ruszać tamponów przednich przed 2—3 dniami, więc powyższy sposób postępowania oddaje znakomite usługi tam, gdzie jednocześnie wypada wyciąć tylny koniec muszli. Metoda obustronnego cięcia śluzówki, którą należy nazwać „metodą SREBRNEGO” (ponieważ on pierwszy ją stosowa-

wał i opisał), posiada tę wyższość nad ogólnie przyjętym sposobem operowania, że:

- 1) pozwala w najkrótszym czasie wykonać wycięcie podśluzowe zboczenia przegrody nosa,
- 2) znakomicie ułatwia sam zabieg,
- 3) zapobiega przedziurawieniom śluzówki i
- 4) nie wymaga zeszcycia brzegów śluzówki.

WYKŁAD KLINICZNY.

Kuttner.

Rozpoznawanie i leczenie nie poddających się operacji raków żołądka.

Jakkolwiek w większości przypadków rozpoznanie raka żołądka nie przedstawia szczególnych trudności, to jednak zdarzają się nierzadko przypadki, w których przy rozpoznaniu różniczkowem napotykaćmy znaczne trudności. W tych razach musimy uciec się do najnowszych sposobów rozpoznawczych, po zastosowaniu których i krytycznej ocenie wyników możemy nieraz wątpliwości rozstrzygnąć.

Co do początku choroby, należy pamiętać, że stare twierdzenie LEUBEGO pozostaje do dnia dzisiejszego w swej mocy. Według LEUBEGO należy zawsze podejrzewać raka żołądka, jeśli 50—60 letni osobnik, zawsze do tego czasu zdrowy, zapada na żołądek, i jeśli cierpienie, pomimo zastosowania odpowiednich metod leczniczych, nie ustaje, lecz postępuje naprzód. Często w tych razach chorzy są skłonni podawać jako przyczynę choroby jakiś błąd dyetetyczny, a lekarze rozpoznają początkowo „ostrą niestrawność”, potem nieżyt żołądka przewlekły, aż dopiero wystąpią objawy

groźne. Czasem choroba rozpoczyna się nagle wymiotami krwawymi lub krwawem wypróżnieniem. Bardzo rzadko powstaje rak żołądka na tle długotrwałego nieżytu żołądka z zanikiem błony śluzowej (na setki przypadków tylko 4 spostrzeżenia). Częściej atoli rozwija się rak w następstwie przewlekłego wrzodu żołądka.

Bardzo ważny objaw rozpoznawczy, poza nagłym początkiem, stanowi również *utrata łaknienia*, która nieraz dochodzi do wstrętu do mięsa. Objaw ten nieraz zjawia się w bardzo wczesnym okresie raka żołądka i zasługuje na dużą uwagę. Należy jednak pamiętać, że zachowane łaknienie nie przemawia przeciwko rakowi żołądka, gdyż zdarzają się przypadki, w których łaknienie pozostaje dobre aż do ostatnich okresów choroby.

Wiekowi chorego nie przypisujemy obecnie tak wielkiego znaczenia, jak dawniej, mnożą się bowiem spostrzeżenia raków żołądka u osobników bardzo młodych; właśnie nieraz nie rozpoznawano raka żołądka tylko ze względu na młody wiek.

Również *dziedziczność* nie może odgrywać ważnej roli w różniczkowem rozpoznawaniu raka, nie jest bowiem stanowiącym

czo jeszcze dowiedziony stosunek dziedziczności do powstawania raka.

U r a z o w i również przypisywane jest pewne znaczenie w powstawaniu raka, lecz i tej sprawy nie możemy uważać za przesadzoną pod względem naukowym.

C h u d n i e nie także nie jest absolutnie stałym objawem raka żołądka, jakkolwiek bowiem wychudzenie popierać może rozpoznanie raka, to jednak zdarzają się przypadki, w których stan ogólny jest względnie dobry aż do ostatniego okresu choroby.

Dość ważnym i mało znanym objawem jest u p o r c z y w e s w ę d z e n i e s k ó r y, występujące nieraz dość wcześnie. N a c z y n i a k i skórne nie mają żadnego rozpoznawczego znaczenia.

Z objawów późniejszych zasługują na uwagę o d b i j a n i a c u c h n ą c e: przy wprowadzaniu zgłębnika nieraz spostrzegać można tak silnie cuchnące odbijania, że już sam ten objaw wystarczyć może do rozpoznania raka żołądka. Należy zawsze zwrócić uwagę przy zgłębnikowaniu, czy w okienkach zgłębnika nie tkwią cuchnące cząsteczki, wskazujące na sprawę wrzodząco - nowotworową w żołądku.

B ó l e w przebiegu raka żołądka nie przedstawiają nic charakterystycznego, a nieraz zupełnie nie występują.

Ważny objaw stanowi, jak wiadomo, wyczuwanie g u z a, lecz, niestety, dość często guz nie daje się bądź wcale, bądź przez długi czas wyczuwać, np. przypadki raków wpustu lub raków krzywizny małej, przykrytych wątrową i t. p. Łatwiej jest nieraz wyczuć guz, jeśli chorego położymy na prawym boku.

Dla rozpoznania guza odźwiernika bardzo ważne jest stwierdzenie r u c h ó w r o b a c z k o w y c h żołądka, występujących bądź samoistnie, bądź pod wpływem mechanicznego podrażnienia żołądka w kierunku zlewa na prawo lub w kierunku p r z e c i w n y m (t. zw. ruchy antyperystaltyczne).

Co się tyczy c h e m i z m u ż o ł ą d k a, to należy podnieść na tem miejscu, że u p o ś l e d z o n e w y d z i e l a n i e HCl nie stanowi wcale objawu s p e c y f i c z n e g o r a k a ż o ł ą d k a, jak

to powszechnie jest przyjęte; z jednej bowiem strony znajdujemy zmniejszoną ilość HCl w innych cierpieniach żołądka i innych narządów (nieżyt przewlekły, nerwice żołądka, zanik błony śluzowej żołądka, choroby płuc itd), z drugiej zaś strony zachowane wydzielanie HCl nie wyłącza bynajmniej obecności raka żołądka (np. raki, powstające po wrzodzie okrągłym).

Również o b e c n o ś ć k w a s u m l e c z n e g o bynajmniej nie może służyć jako objaw patognomiczny, gdyż w wielu przypadkach raka żołądka kwas mleczny wcale nie występuje, a wogóle jest tylko oznaką braku wolnego HCl i jednoczesnej niedomogi ruchowej żołądka.

Dość znaczną usługę natomiast może nam oddać zachowanie się p e p s y n y i l a b f e r m e n t u, gdyż to nam wskazuje na umiejscowienie guza w żołądku. Wychodząc bowiem z założenia, że w okolicy odźwiernika wydziela się tylko pepsyna, a na dnie żołądka obydwie zaczyny, G L A E S S N E R dowiódł, że przy jeenoczesnem upośledzonym wydzielaniu obudwu zaczynów zajęte jest sprawą nowotworową dno żołądka, a przy zachowaniem wydzielaniu labfermentu i zmniejszonym pepsyny mamy do czynienia z rakiem odźwiernika.

Ważne znaczenie dla wczesnego rozpoznania raka żołądka posiada, jak wiadomo, stwierdzenie obecności k r w i w zawartości żołądka lub w wypróżnieniach. Lecz przy ocenie tego objawu należy pamiętać, że i w niektórych innych cierpieniach napotykać możemy obecność krwi w zawartości żołądka, np. w nieżyście przewlekłym żołądka, u pijaków i t. d. W kale możemy znajdywać krew przy dyecie mięsnej. Zatem tylko kilkakrotne stwierdzenie obecności krwi w zawartości żołądka lub w kale, przy krytycznej ocenie każdego poszczególnego przypadku, stanowić może ważną pomoc przy rozpoznawaniu raka żołądka.

Stwierdzenie r o p y lub r o p i a s t e g o ś l u z u w zawartości częściej żołądka również przemawia za rakiem, jeśli daje się wyłączyć inne pochodzenie ropy.

Czasem udaje się wykryć w zawartości częściej żołądka lub w wymiocinach cząstki

nowotworu, które przy badaniu mikroskopowym wykazują budowę raka.

Czasem udaje się wykryć w śluzie żołądka pierwotniaki (COHNHEIM i in.); zdarza się to w przypadkach z zasadowym odczynem zawartości żołądkowej i dobrze zachowaną czynnością ruchową.

Próba SALOMONA polega, jak wiadomo, na następującem: chory otrzymuje bezbiałkowe pożywienie, i nazajutrz oznaczamy ilościowo zawartość białka i azotu w wypluczynach żołądkowych; jeśli te ostatnie zawierają białko, a ilość azotu przywyższa 20—25 mg. na 100 cm. sz. płynu, to nasuwa to podejrzenie raka żołądka, który, zdaniem SALOMONA, wydziela białkowy płyn surowiczny.

Autor dzieli wszystkie przypadki raka żołądka na 3 grupy:

I. raki z dobrą sprawnością żołądka; mamy tu brak HCl, brak kwasu mlecznego, brak laseczników długich oraz czworniaków.

II. raki z niedomogą ruchową znacznego stopnia; przyczem a) HCl jest obecny, również czworniaki, natomiast brak kwasu mlecznego i laseczników długich.

i b) zupełny brak HCl, natomiast dużo kwasu mlecznego i laseczników długich.

O ile grupa I nastęrcza przy rozpoznawaniu duże trudności, gdyż w sprawach łagodnych napotykamy zupełnie identyczne objawy, np. w przewlekłych nieżytach żołądka lub w nerwicach, o tyle grupa II b) nie przedstawia żadnych wątpliwości rozpoznawczych, gdyż brak HCl, zastój pokarmów, obecność kwasu mlecznego i laseczników długich wystarczają zupełnie do rozpoznania raka żołądka.

Gdy jednak rozpoznanie raków grupy I jest najczęściej możliwe przy ocenie przebiegu choroby, jej początku i przy użyciu ściślejszych sposobów rozpoznawczych (poszukiwanie krwi w wydzielinach, ropy i t. d.) — to odróżnienie raków grupy II a) od następstw

wrzodów żołądka jest najczęściej absolutnie niemożliwe. Ani bowiem sposób GŁUZIŃSKIEGO, ani próbna laparotomia nie rozstrzyga sprawy. Nawet badanie histologiczne często zawodzi i nie pozwala odróżnić wrzodu od raka. Czy gastroskopia lub badanie surowicy krwi nie ułatwią w przyszłości rozpoznawania raków żołądka — przyszłość pokaże.

Promienie Rentgena często oddają w tych razach nieocenioną usługę.

Co się tyczy leczenia raków, nie podlegających już operacyi, to, niestety, do dziś dnia nie posiadamy środka specyficznego przeciwko tej chorobie. Kankroina ADAMKIEWICZA i surowica DOYENA nie okazały się skutecznymi.

Leczenie radem i promieniami Rentgena również dotąd pewnych wyników nie dało. To samo można powiedzieć o metodzie fulguracyi KEATING—HARTA.

Tak więc pozostaje tylko leczenie objawowe, uregulowanie diety odpowiednio do sprawności mechanicznej żołądka, CONDURANGO, kwas solny i t. d. Przeciwko wymiotom — lód, wino szampańskie, woda kwaso-węgłowa (0,25—0,50 3 razy dziennie), kokaina, chloroform (2—5 kropel na lodzie), morfina, wreszcie przepłukiwania żołądka, jeśli przyczyną wymiotów jest zastój pokarmów w żołądku. Do przepłukiwań można dodać kwasu bornego (2—3%), rezorcyny (1—2%), kwasu salicylowego (2%) i t. d.

Przy wymiotach krawa wyc należy położyć pęcherz z lodem na okolicę żołądka, nie wprowadzać żadnego pożywienia *per os*, polecić ławatywy odżywcze, wreszcie iniekcye morfiny lub czopki z makowca.

W celu zwalczania zaparcia stolcanależy podawać lekkie środki czyszczące (rabarbar, kaskarę i t. p.) — soli czyszczących należy unikać.

(Deut. Med. Woch. 1909. 2).

W. Róbin.

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

Medycyna wewnętrzna

41. Cheinisse. Leczenie duru brzuszego za pomocą zewnętrznego użycia wysokoku.

Wychodząc z punktu widzenia, że zdarzają się ciężkie przypadki duru brzuszego, w których z tego lub owego powodu kąpiele są przeciwskazane, autor od kilku lat w przypadkach tych stosował zewnętrzną wysokok.

Środek ten, jak wiadomo, zachwalany przed 15 laty przez SALZWEDLA w zapaleniu tkanki łącznej podskórnej i w stanach pokrewnych, był następnie z dobrym skutkiem stosowany w sprawach zapalnych jamy brzusznej (SEHRWALD), w gruźliczym zapaleniu otrzewny (MEYER), w zapaleniu wyrostka robaczkowego (FILATOW). Wobec pomyślnych wyników, osiągniętych w licznych tego rodzaju przypadkach, a dających się objaśnić nie tylko przeciwzapalnym miejscowym działaniem, lecz wpływem, jaki wysokok, wessany przez skórę, wywiera na stan ogólny, a szczególnie na czynność serca, autor sądzi, że lek ten powinien okazać się skutecznym i w durze brzuszonym.

Autor stosował wysokok w postaci okładów w następujący sposób: warstwę waty lub kompres z gazy, we czworo złożony i dosyć szeroki dla przykrycia całej powierzchni brzucha, macza w wysokoku 90°. Po wyjęciu kompresu przykładą go na brzuch i pokrywa drugim kompresem, namoczonym w zimnej wodzie, i na wierzch przykładą ceratkę nieprzemakalną i umocowuje pasem flanelowym. Kompres wierzchni, maczany w wodzie i przeznaczony do zmniejszenia drażniącego działania wysokoku na skórę, zmienia się co godzinę, kompres zaś wysokokowy co 2 godziny. U dzieci autor używał wysokoku 85°.

Postępując w ten sposób, autor ani razu nie widział poważnych zmian na skórze, co najwyżej, niekiedy lekkie podrażnienie skóry; dla możności dalszego stosowania wysokoku wystarcza posmarowanie brzucha lanoliną.

W 12 przypadkach duru brzuszego, le-

czonych w powyżej opisanym sposobie, skutek był nadzwyczaj pomyślny, a jakkolwiek liczba przypadków nie wystarcza do wydania ostatecznego sądu o wartości środka, wszelako ze względu na to, że były to wszystko przypadki ciężkie, należy w analogicznych przypadkach próbować leczenia za pomocą wysokoku.

Przy stosowaniu wysokoku nie zauważył autor wybitnego działania na krzywą ciepłoty, co zresztą często również zdarza się w leczeniu zimną wodą, szczególnie u dzieci. Za to wpływ na stan ogólny chorych jest bardzo wyraźny, a dalszy przebieg i rozwój choroby jest bardziej prawidłowy i spokojniejszy.

Sposób leczenia, powyżej podany, wydał się autorowi szczególnie wskazanym u dzieci, u których leczenie kąpielowe nie zawsze daje się z łatwością i bez pewnych niedogodności przeprowadzić, na co szczególną zwrócili uwagę MERY, VARIOT, NETTER, BARBIER i inni, którzy ze względu na częste powikłania ze strony serca przy leczeniu kąpielowym zarzucili zupełnie tę metodę leczniczą w durze brzuszonym u dzieci.

(Semaine medicale 1909 r. Nr. 46).

F. Ar.

Choroby dzieci.

42. Czerny. Skaza wysiękowa, zółty a gruźlica.

Gdy CZERNY ogłosił pod wspólną nazwą skazy wysiękowej cały zbiór objawów, skądinąd dobrze znanych i zdawien dawna opisywanych pod różnymi nazwami, spotkał go zarzut, że tworzy jeno nowe wyrazy dla pokrycia starej treści. Ani czas obserwacji, ani obfitość materiału nie usprawiedliwiają, zdaniem CZERNEGO, podobnego zarzutu. Tam, gdzie poglądom panującym brak ścisłych podstaw naukowych, lekarze z jednej ostateczności wpadają w drugą, jak nprz. w sprawie odżywiania dziecka. W przeciągu ostatnich

15 lat utrzymywano, że najwłaściwszym pokarmem dla dzieci, zarówno młodszych, jak i starszych, jest mleko i jaja. Imię ojca duchowego tego poglądu przypadło dla potomności bez wieści, natomiast pogląd sam ostał się na skutek mniemania, że zołży i krzywica są następstwem odżywiania pokarmami, nie obfitującymi w białko. Poważne szczyrby porobiło w zaśniedziałych poglądach badanie anomalii ustroju noworodków. Zdanie ogólnikowe, jakoby jedynym najwłaściwszym pokarmem dla niemowląt było mleko kobiece, ulega pewnym zastrzeżeniom przy badaniu losu pojedynczych dzieci, chowanych w jednakowych warunkach. Z dotychczasowych spostrzeżeń można tylko stwierdzić, że śmiertelność wśród dzieci, żywionych pierśią kobiecą, jest najniższa, natomiast zaprzeczyć niepodobna, że sporo ssawców nie znosi mleka kobiecego i zdradza szereg objawów chorobowych, zależnych jedynie od tego pożywienia. Na tem tle powstają różne anomalie ustrojowe.

Skaza wysiękowa objawia się całym szeregiem zmian patologicznych na skórze i śluzówkach, które dawnymi czasy jednocześnie pod ogólną nazwą skrofulozy wraz z innymi zmianami, nprz. natury gruźliczej. Jeden z objawów, ognipiór, stale uzależniano od pokarmu matki w przypuszczeniu, że jest on wadliwy wogóle albo zawiera zbyt wiele tłuszczu. Bliższe badanie wykazało, że jest on następstwem niewłaściwego dla danego osobnika pożywienia, naturalnego czy sztucznego, wskutek czego wyzwalają się objawy skazy wysiękowej, dotąd ukrytej.

Pojęcie o skazie wysiękowej, jako nie poddające się ścisłej definicyi, ma pewne braki, które ustąpią, gdy się zbada podstawy materialne tej skazy u dzieci w pierwszym roku życia. U noworodka niepodobna rozpoznać tej diatezy, natomiast można wnioskować o niej już w pierwszych tygodniach lub miesiącach życia dziecka na zasadzie wpływu pewnego określonego odżywiania. Wiadomo, że dziecko najbujniej rośnie w początkach życia, to też krzywa wzrasta, wznosi się początkowo stromo, a tylko pod koniec roku wznosi się pod znacznie niższym kątem. Pomimo niezwykle szybkiego wzrostu dziecko wyma-

ga pierwotnie pożywienia, któreby mu, pomimo ciepłaka, dostarczało niezbędnej ilości wody, później zaś — takiego pokarmu, któryby starczył na równomierną odbudowę wszystkich tkanek ciała. Noworodek przynosi ze sobą na świat taki zapas substancji cielesnych, że, pomimo ubogie w materiał budowlany mleko kobiece lub jego surogat, może czerpać z niego do jakiegoś 9 miesiąca życia, jedynie tylko anormalnie usposobione dziecko zdradza wrodzone niedobory w zapasach ciała, które wcześniej, czy później, pomimo pozornie racjonalnego pożywienia (nprz. mlekiem kobiecym), powodują różne szkody. Zależnie od rodzaju defektów w w zapasach występują i następstwa szkodliwego odżywiania w postaci krzywicy, małokrwistości, stanu limfatycznego, nadwrażliwości układu nerwowego i t. p. Swoisty zaś szkodnik wywołuje usposobienie do skazy wysiękowej. Dla wyzwolenia się tej czy owej skazy ze stanu utajenia są najważniejsze pierwsze dwa lata życia. Pokarm sam ma znaczenie bezpośredniego impulsu. Obserwacja kliniczna daje nam możność regulować swoje postępowanie. Lecz niestety, mało w tym kierunku dotąd zrobiono, natomiast nie jesteśmy jeszcze w stanie pochwycić tych zaburzeń, pod wpływem których wyzwalają się objawy skazy wysiękowej. Wedle autora zaburzenia te dotyczą przeważnie przemiany tłuszczowej, gdyż stale spostrzega się objawy tej skazy u dzieci, które jeno w ograniczonej mierze znoszą tłuszcz. Podobne dzieci ujemnie reagują na wszelkie próby tuczenia ich.

Grupę objawów skazy wysiękowej przypisywano uprzednio zołzom, co było zgodne z ówczesnem pojęciem o żywieniu dzieci. Zołży uzależniano od niedostatecznej ilości białka w pokarmie. Jeszcze i obecnie wielu lekarzy zabrania dzieciom jeść chleb i kartofle, natomiast gorąco zaleca jaja i mleko. O żywieniu węglowodanami możemy obecnie powiedzieć to samo, co o każdym innym: jest ono szkodliwe, o ile wywołuje nagromadzenie tłuszczów w ciele albo powoduje szkody, zależne od tej formy pożywienia, o ile zaś nie odbija się ono ujemnie na stanie organizmu, nic mu zarzucić nie można.

Inną grupę objawów skazy wysiękowej przypisywano gruźlicy i odpowiednio regulowano dyetę. Następstwem tego było to, że dzieci przekarmiano, i że, o ile uprzednio zolży były rozpowszechnione wśród dzieci proletaryatu, o tyle obecnie skaza wysiękowa trapi przeważnie dzieci klas uprzewilejowanych.

Do szeregu objawów, znamionujących skazę wysiękową, należą *seborrhoea capillitii*, *strophulus*, język geograficzny, nieżyt nosa, przełyku, oskrzeli. Niektóre z tych objawów występują tak wcześnie, że możliwym jest, że skaza wysiękowa bywa wrodzona. Dla odróżnienia od gruźlicy ważnym jest, że występuje ona o wiele wcześniej. Dzięki metodzie PIRQUETA można się naocznie przekonać, że te dwie choroby nie mają nic wspólnego. Uparte podejrywanie gruźlicy u dzieci ze skazą wysiękową pochodzi ztąd, że wśród dzieci gruźliczych spostrzega się bardzo wybitne objawy skazy. Nie należy jednak zapominać, że utajoną skazę wysiękową wyzwalają, oprócz szkodliwego systemu odżywiania, wszelkie infekcje, zwłaszcza odra i gruźlica, a nawet szczepienie ospy, skutkiem czego autor radzi u takich dzieci szczepić ospę możliwie późno, o ile niema epidemii ospy naturalnej. Wreszcie i wyniki leczenia wskazują, że mamy tu dwie odmienne sprawy chorobowe, gdyż przy odpowiednim żywieniu objawy skazy mijają, a objawy gruźlicy mogą trwać nadal.

Skaza wysiękowa jest dziedziczna, objawia się we wczesnym dzieciństwie, w okresie dojrzewania znika, u dorosłych nie bywa, jestto cierpienie swoiste, polega na anomalii ustrojowej, a nie na osłabieniu cielesnym, spotykanem u dzieci rodziców chorych na przymiot, gruźlicę, neuropsychopatwę, cukrzycę i t. p. Jest ono bardzo rozpowszechnione, bodaj tyleż, co krzywica. W ciężkich formach skazy wysiękowej mamy do czynienia ze stanem, znanym pod nazwą *status lymphaticus*, który liczni lekarze usiłowali wyosobnić w odrębną jednostkę nozologiczną, inni zaś — przyłączyć do zolżów. Dodatni wpływ umiejętnie skierowanej diety rozstrzyga przynależność jego do skazy wysiękowej.

Leczenie jest czysto dyetetyczne. Empirya uczy, że wszelkie przekarmianie, zwłasz-

cza jajami i mlekiem, wyzwała ze stanu utajenia objawy skazy wysiękowej. To samo daje tuczenie dziecka węglowodanami. Należy się wystrzegać jednego i drugiego. Skaza omawiana polega prawdopodobnie na wrodzonym defekcie w chemizmie ciała. Defekt ten dotyczy zapewne tych substancji, które warunkują duże wahania w zawartości wody w ustroju. Im większa jest zawartość wody, tem widoczniejsza jest skaza. Dlatego też skaza zanika z wiekiem, i przy odpowiednim normowaniu wody za pomocą odżywiania otrzymujemy polepszenie.

(Jahrb. f. Kind. zesz. 5 z r. 1909).

M. Kraushar.

Choroby układu nerwowego.

43 M. Mauclair. Przypadek padaczki Jacksona.

Praca niniejsza, jako napisana przez chirurga i omawiająca padaczkę JACKSONA ze względu na zabiegi operacyjne, budzi nie małe zainteresowanie.

Uwagi swoje o chirurgii padaczki autor poprzedza opisem następującego przypadku. Chory, lat 42, poczuł nagle osłabienie w prawej kończynie dolnej; po upływie miesiąca nastąpił napad: drgawki zaczęły się od prawej kończyny górnej, przeszły na twarz, poczem objęły odpowiednią kończynę dolną. Brak takich objawów, jak krzyk, poprzedzający napad, kąsanie języka, piana z ust, nietrzymanie moczu, nie mówiąc już o późnym wieku, w którym zaczęło się cierpienie, oraz o typie drgawek, ułatwia tu rozpoznanie.

Po miesiącu powstało porażenie połowiczne bez udziału n. twarzowego, które po 8 dniach zaczęło powoli przemijać. Po upływie nowego miesiąca wystąpiła afazya, lecz ta ostatnia znikła po kilku dniach. W przerwach pomiędzy napadami stwierdzić można niedowład prawostronny. Zaburzeń czucia brak. W okresie, poprzedzającym operację, napady zdarzały się co tydzień. Przedsięwzięte przekłucie łądźwiowe nie wykazało zwiększenia elementów komórkowych; badanie dna lewego oka wykazało przekrwienie oraz brodawkę zastoinową. Po zastosowaniu leczenia przeciwprzymiotowego, które nie

odniosło żadnego skutku, rozpoznanie przy czynowe poczęło się wahać pomiędzy guzem mózgu a zrostami opony.

Przystąpiono do operacji według metody HORSLEYA, która polega na tem, że w celu uniknięcia wstrząsu zabieg dokonywa się w dwóch terminach. Za pierwszym razem dokonano wycięcia kwadratowej blaszki kostnej szerokości dłoni, zbadano, czy niema na wewnętrznej jej powierzchni wyrostów kostnych lub śladu zrostów z oponą twardą. Gdy oględziny dały wynik ujemny, postanowiono dać choremu kilkodniowy odpoczynek. Nawiasem mówiąc, badanie dna ocznego po 2 dniach stwierdziło osłabienie objawów zastoinowych, będące w związku ze zmniejszeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Po upływie tygodnia przystąpiono do drugiej części operacji.

Przecięcie opony twardej nie wykazało zrostów tej ostatniej z powierzchnią mózgu, w okolicy brzozy ROLANDA żadnych uchyień od normy; również przekłucie istoty mózgu, dokonane w różnych kierunkach, nie wyświetliło sprawy, co już z góry niejako można było przypuszczać, gdyż rzadko się zdarza, aby głębiej położone guzy wywoływały padaczkę JACKSONA.

A zatem podkładu anatomopatologicznego w danym przypadku nie znaleziono.

Wogóle, co się tyczy przyczyn padaczki JACKSONA, to w 13% — 26% przypadków, to jest względnie najczęściej, zależy ona od urazu czaszki. Następnie miewają tu miejsce nowotwory kostny, które mogą mieć za punkt wyjścia nie tylko stronę wewnętrzną czaszki, lecz również wytwarzać się z okostny lub opony twardej. Ciała, jak np. kula rewolwerowa, mogą być również przyczyną padaczki JACKSONA. Niezbyt rzadko spotykać można tu guzy mózgu, jak torbiele, ogniska wynaczynieniowe, ściśle zależne od urazu, stwierdzono również mięsaki, których punktem wyjścia była dokołonaczyniowa tkanka łączna, glejaki, syfilomaty i t. d. Wreszcie wspomnieć należy o tych rzadkich przypadkach, gdy przyczyną cierpienia są zaburzenia w innych okolicach

ciała, jak np. blizna, uciskająca nerw obwodowy.

Z opisu powyższego widać, że o wiele trudniejsze jest rozpoznanie przy czynowe, niż kliniczne. Dowodem tego jest choćby okoliczność, że autor z 4 przypadków, skierowanych do niego przez neuropatologów z rozpoznanem padaczki JACKSONA, w żadnym nie znalazł guza, czy to z przyczyny, że ten ostatni nie istniał wcale, czy że był umiejscowiony gdzieindziej, niż należało przypuszczać. Pomimo tych trudności rozpoznawczych. NEISSER i OPPENHEIM nie wahali się przekłuwać mózgu przez czaszkę; w ten sposób OPPENHEIMOWI udało się odnajdywać torbiele mózgu i jednocześnie je opróżniać. Inni autorzy, jak KRAUSE (z Berlina), nie są tak odważni i zadawalają się cięciem próbnym. Przekłucie łądźwiowe nie daje żadnego wyniku w kierunku rozpoznawczym, nie pomaga ono nawet do zróżniczkowania przymiotu od gruźlicy. Wątpić należy, czy opukiwanie czaszki, stosowane przez KNAPPA w celu stwierdzenia różnicy pomiędzy rozmaitemi częściami czaszki, posiada jakiegokolwiek znaczenie. Próbowano również stosowania stroika (KNAPPA) w tem przekonaniu, że w miejscu sąsiadującym z guzem, słabnie percepcya dźwięków. Znacznie większe usługi w rozpoznawaniu guzów oddaje bez wątpienia rentgenizacya, która coraz bardziej się udoskonala.

Nie od rzeczy będzie nadmienić o pewnym wybitnym szczególe, dotyczącym operacji: Otóż HORSLEY nie waha się w tych przypadkach, gdzie niema żadnego widocznego uchylenia od normy w obrazie anatomopatologicznym, odnajdywać za pomocą prądu elektrycznego ośrodek, odpowiadający typowi drgawek, i wycinać go w postaci sześcianu istoty mózgowej.

Wyniki tej operacji dzielić można na bezpośrednie i późniejsze.

Co się tyczy wyników bezpośrednich, to w samej rzeczy większość chorych doznaje poprawy, z drugiej zaś strony, przy ulepszonej technice chirurgicznej odsetek zejść śmiertelnych spada do 6-ciu. Jednakże wyni-

ki późniejsze są mało pocieszające. RAYMOND na 31 operowanych przypadków, zaliczonych do łagodnych (pód względem chirurgicznym łatwych), po upływie lat 3 zaledwie 3 mógł uważać za uleczone.

Być może, wcześniejsze przystępowanie do operacji zgotuje chorym lepszą przyszłość. (Gazette des hopitaux. 23 Grudnia 1909 r.).

Henryk Jakubowicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 grudnia 1909 roku.

BORSUK i KOZERSKI przedstawiają chorego chłopca z mięsakiem złośliwym dolnej szczęki, leczonego naświetlaniem promieniami Röntgena. KOZERSKI demonstruje fotografię chłopca z przed pół roku, t. j. w chwili, kiedy BORSUK skierował chłopca do naświetlań. Poprawa widoczna, i są wszelkie szanse, że tą samą drogą udą się przeprowadzić kurację pomyślnie do samego końca.

MALINOWSKI Feliks przedstawia chorą z guzami na kończynach górnych. Guzy te umiejscowione są wzdłuż nerwów i przy ruchach są bolesne. MALINOWSKI rozpoznaje tu chorobę RECKLINGHAUSENA.

MUTERMILCH Stanisław wygłosił rzecz pod tytułem:

„O stosowaniu w odczynie WASSERMANNOWEGO antygeny nieswoistego”. Omówiwszy podstawy teoretyczne metody BORDET-GENGOU odchylenia komplementu oraz odczynu WASSERMANNOWEGO, prelegent przedstawia własne badania, które przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej w 150 przypadkach.

Na 36 przypadków kiły 27 dotyczyło kiły w okresie drugorzędnej, i liczba dodatnich wyników wynosiła 25 t. j. 93%. 9 przypadków dotyczyło cierpień parazyfilitycznych: wynik dodatni otrzymano 8 razy (z płynami mózgowymi).

Na 17 przypadków podejrzanych otrzymano 2 razy wynik dodatni, raz wątpliwy, 14 ujemny.

Reszta t. j. 91 surowic dotyczyła rozmaitych chorób skórnych, nerwowych i wewnętrznych. W powyższych przypadkach otrzymano wynik dodatni 4 razy. Z tych jednak 4 przypadków jeden dotyczył chorego,

który się przyznał, że miał wrzód twardy, drugi dotyczył chorego, co do którego wywiady rzucały podejrzenie w kierunku przebytej kiły, trzeci — chorej, która kilkakrotnie ronila. Prelegent, omówiwszy stronę teoretyczną odczynu WASSERMANNOWEGO, dochodzi do wniosku, że nie może tu być mowy o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na kiłę, lecz w ogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipidami a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi.

W dyskusji WOJCIECHOWSKI zaznacza, iż kiedy BAUER ogłosił modyfikację próby WASSERMANNOWEGO, zaraz zaczął używać jako antygeny wyciągu alkoholowego z serca świnki morskiej. Kiedy później otrzymał wątrobę syfilityczną, zaczął przerabiać doświadczenia kontrolne. Wynik był zawsze jednakowy. Co się tyczy szkarlatyny, to reakcja WASSERMANNOWEGO występuje w niej tylko wtedy, kiedy trwają jeszcze objawy chorobowe, później zaś odczyn ten nie występuje. Dalej WOJCIECHOWSKI zaznacza, że dla uniknięcia błędów należy zawsze przerabiać odczyn WASSERMANNOWEGO z surowicą syfilityczną. ŻURAKOWSKI zapytuje prelegenta, czy nie próbował badać chemicznie owego wyciągu alkoholowego z serca świnki morskiej.

MUTERMILCH odpowiada, że rozpoczął był badania nad tem, jakie części składowe wyciągu dają odczyn WASSERMANNOWEGO, zaniechał ich jednakże wobec tego, że surowice kiłowe odchylają komplement nawet z czystymi związkami chemicznymi.

Tadeusz WRĘTOWSKI wygłosił rzecz pod tytułem:

„W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery z demonstracją przecin-

kowców swoistych świeżo wyodrębnionych (z przypadku pozamiejscowego)". Prelegent, opisawszy na własnym przypadku klasyczną metodę wyodrębniania przecinkowców cholery z kału, zatrzymuje się dłużej na pożywce prof. DIEUDONNÉ, w skład której wchodzi na 7 części agaru 3 części odwłknięj krwi baraniej, zmieszanej w równej ilości z normalnym ługiem. Pożywka ta według niego nie może być wystarczająca zarówno dla celów różniczkowych, jak i dla wyodrębniania przecinkowców cholery, jednak może być nieraz bardzo pomocna.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 grudnia 1909 roku.

Jan KOELICHEN wygłosił rzecz pod tytułem: „O surowiczem zapaleniu opon mózgowych i pierwotnem nabytem wodogłowiu”.

Prelegent przedstawił na wstępie zarys historycznego rozwoju wiadomości o surowiczem zapaleniu opon mózgowych i wodogłowiu nabytem, zaznaczając, że w ostatnich czasach, dzięki zastosowaniu zabiegów chirurgicznych w leczeniu nowotworów mózgu, odróżnienie we wczesnych okresach cierpienia nowotworu mózgu od surowiczego zapalenia opon nabrało praktycznego znaczenia. Następnie prelegent przeszedł do omówienia anatomopatologicznego obrazu surowiczego zapalenia opon mózgowych i dochodzi do wniosku, że cierpienie to można określić jako cierpienie, wywołane przez mechaniczne zmiany w zawartości jamy czaszkowej, w którym zmiany strukturalne w tkance mózgu i jego opon albo wcale nie występują, albo też bywają tak nieznaczne, że nie wywołują żadnych objawów klinicznych. Podstawę anatomiczną tego cierpienia stanowi wzmożone wytwarzanie się płynu mózgodzeniowego i wzmożone ciśnienie tego płynu na tkankę mózgową. Wzmożona produkcja płynu stanowi właściwą reakcję *plexus chorioidei* i komór na różne bodźce zewnętrzne i wewnętrzne.

Etiologia surowiczego zapalenia opon jest bardzo rozmaita. Jako bezpośrednia przyczyna najczęściej wymieniany bywa uraz fizyczny lub psychiczny, zaziębienie, zatrucie alkoholem, lub szereg spraw zakaźnych miejscowych lub ogólnych. Nowsze spostrzeże-

nia dowodzą, że wybitną rolę odgrywa wrodzona wrażliwość całego układu naczynioruchowego, przejawiająca się skłonnością do umiejscowionych przekrwień i obrzęków. QUINCKE w ostatniej pracy uzależnia cierpienie to od syfilisu. Ze względu na przebieg rozróżniamy dwie postacie zapalenia opon: postać ostrą i przewlekłą. Postać ostra zdarza się najczęściej u dzieci i pod względem klinicznym jest zupełnie podobna do ropnego lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Szczególnie trudne bywa odróżnienie od gruźliczego zapalenia opon, gdyż i w tym przypadku przebieg cierpienia ulega znacznym i częstym wahaniom, a płyn mózgodzeniowy może być również klarowny.

W przewlekłej postaci surowiczego zapalenia opon mózgowych cierpienie to przedstawiać się może bardzo rozmaicie. Często spotykamy się z przebiegiem tak łagodnym i powolnym, że na zasadzie skarg chorego można przypuszczać nerwicę. Chorzy tacy od szeregu lat cierpią na napadowe bóle głowy i zawroty z wymiotami, pozatem czują się względnie znośnie, i jedynie skargi ich na stopniowe osłabienie wzroku skierowują przypuszczenia na właściwą drogę, a badanie dna oczów i stwierdzenie brodawki zastoinowej wyjaśnia nam z czem mamy do czynienia. Po za temi łagodnymi postaciami najczęściej spotykają się takie, w których obraz cierpienia przypomina zupełnie obraz nowotworu w tylnej jamie czaszkowej. SCHULTZE nazwał wodogłowiem nabyte płynnym nowotworem, i w określeniu tem zawiera się doskonała charakterystyka tych trudności, jakie się spotykają przy rozpoznaniu różniczkowem między nowotworem mózgu i surowiczem zapaleniem opon. Często jedynie długotrwała obserwacja może wyjaśnić sprawę i ułatwić rozpoznanie.

Następnie prelegent omówił jeszcze dwie sprawy chorobowe, które mają związek z surowiczem zapaleniem opon mózgowych, a mianowicie tak zwane wodogłowiem jednostronne (*hydrocephalus unilateralis*) i umiejscowione surowicze zapalenie opon mózgu i rdzenia (*Meningitis serosa circumscripta*).

W dyskusyi Stanisław KOPCZYŃSKI podaje opis własnych trzech przypadków, z któ-

MUIRACITHIN

Wybitnie skuteczny środek przeciwko impotencji i wszystkim cierpieniom neurastenicznym, następnie w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku, libido, dyspareunii, amenorrhoe w hypoplazii wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przygnębienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.**

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

NORIDAL

Nadzwyczaj skuteczne i prawie we wszystkich przypadkach absolutnie pewne czopki przy wszelkich **CIERPIENIACH HEMOROIDALNYCH** do racjonalnego i pewnego usuwania wewnętrznych i zewnętrznych hemoroidów, **DO TAMOWANIA KRWOTOKÓW** (nawet w przypadkach zadawnionych) wybornie działające **ADSTRINGENS KISKOWE** i **ANTISEPTICUM**. Czopki Noridalowe odpowiadają wczesnym wymaganiom leczenia hemoroidów i zawierają następujące skuteczne składniki: Calcii chlorat 0,05. Calcii jodat 0,01, Paranephrin 0,0001, Balsam. peruv. 0,1.

Literatura: Prof. Boas—Berlin, Kehr—Halberstadt, Pickard—Berlin, Sandberg—Berlin, Zibell—Moenachium, Wright—Londyn, Silvestri—Rzym, Dawson—Londyn.

Literatura i próby gratis i franko.

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

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

Prawdziwy „MUIRACITHIN“ i „NORIDAL“ tylko w rosyjskiem opakowaniu zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb. Chinin. mur. Jod. Ichthyol. Lecithin,
Natr. cinnamyl, Extr. Rhei.

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

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu,

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy
Nowo-karlsbadzkie kryształy
Dr. Brackebuscha

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

Wylączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptecce E. TREUTLERA

Nowy-Świat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci 1 two rozpuszczalnej sole, wykazane w surowicy krwi ludzkiej. S le te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji.

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzacej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczauów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

**POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,
PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,
ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,
WZMAGA DIUREZĘ**

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

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Niedorozwinięte i w naukach cofnięte dzieci mogą otrzymać wykształcenie elementarne podług metod specjalnych, a także przygotowanie do zawodowej pracy

w Instytucie

Wychowawczo-Naukowym

dla dzieci

MAŁOZDOLNYCH

Oboźna Nr. 4.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs. dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacya. Elektryczne oświetlenie.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

D-r M. Springer

dokonywa próby Wassermann'a,
Marszałkowska 142 telef. 179.53.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto, i Romano-skopia
przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

rych pierwszy dowodzi roli przymiotu w etiologii zapalenia surowiczego komórek mózgowych, drugi długotrwałości przebiegu pod postacią nowotworu mózgu, trzeci roli urazu, jako momentu przyczynowego.

HIGIERO patroluje analogię między formę fruste ostrego surowiczego zapalenia opon a ostrym obrzękiem angioneurotycznym QUINCKEGO (*Oedema angioneuroticum cutis*). Miałoby się tu do czynienia z angioneurotycznym podrażnieniem *plexus choroidei*. Wpływ urazu i zwodniczość remisji najlepiej się wydatniły w przypadku niedawno demostrowanym przez HIGIERA, w którym u chłopca po urazie głowy rozwinął się typowy obraz mózdzkowego nowotworu, który znikł na kilka miesięcy bez śladu, by później powrócić i zakończyć się nagłą śmiercią. Autopsya stwierdziła *meningitis serosa*.

BORNSTEIN Maurycy zwraca uwagę na bardzo częste następowanie porażenia nerwu obwodowego oka (*n. abducentis*) w surowiczem zapaleniu opon mózgowych.

Podkreśla związek pomiędzy *meningitis serosa* i objawami naczynioruchowymi, jak

przemijające obrzęki kończyn i migrena. Rzętkowski Kazimierz zaznacza, że przed laty z górą 10 pierwszy z autorów polskich opisał przypadek typowej *meningitis serosae acutae*, obserwowanej w oddziale DUNINA. Jest zdania, że i obecnie za wcześnie jeszcze na wypowiedzanie przypuszczeń co do patogeny cierpienia. Stawianie tak odległych analogii, jak *meningitis serosa* — a *oedema acutum circumscriptum* uważa za ryzykowne.

KARWACKI w imieniu swoim i SZOKALSKIEGO wygłosił odczyt o hodowaniu krętków gorączki powrotnej w pijawkach. Doświadczenia były przeprowadzone na 31 pijawkach. Przy ciepłocie 10° — 13° udaje się utrzymać krętki w pijawkach do 102 dni. Przeciętą otrzymana ze wszystkich pijawek wynosi 44 dni. Niweczniki swoiste, wprowadzone razem z krętkami do przewodu pokarmowego pijawek, nie wpływają wcale na żywotność krętków. W czasie pobytu w pijawkach krętki rozmnażają się. Hodowla krętków w pijawce nadaje się do badań serodyagnostycznych w gorączce powrotnej.

Tadeusz Wilczyński.

BIBLIOGRAFIA

O nowszych podręcznikach historii medycyny.

Historia medycyny nie jest bynajmniej przedmiotem ogólnie znanym i popularnym wśród lekarzy praktyków. Wykładana w uniwersytetach, jako przedmiot nadobowiązkowy, wobec ogromu przedmiotów, wymaganych przy egzaminach, nie budzi wśród studentów większego zainteresowania. Lekarze zaś praktycy przyzwyczaili się traktować wiedzę lekarską z punktu widzenia utylitarne; co więc nie przedstawia bezpośrednio i widocznej korzyści w praktyce, jest uważane przez nich za przedmiot zbyteczny. Do podręczników historii medycyny zaglądają tylko i to rzadko autorowie rozpraw, o ile treść tego wymaga; systematyczne zaś studia nad tym przedmiotem podejmują chyba wy-

jątkowi miłośnicy dziejów, którzy potrafią w tych studyach odnaleźć pewien urok. Dzieje się tak niewątpliwie ze szkodą dla ogólnego wykształcenia lekarskiego. Historia medycyny jest niezbędna dla krytycznego poglądu na całość obecnej wiedzy lekarskiej, która przecież nie powstała odrazu i wiąże się genetycznie z pracą poprzedzających pokoleń. Nie możemy więc zrozumieć dokładnie obecnych kierunków medycyny, jeżeli nie znamy wszystkich pierwiastków, które się na nie złożyły. Nadto dzieje medycyny nauczyć nas mogą, co jest w niej trwałe, a co zmienne, co należy uważać za prawdę, a co za błąd lub przesąd. Błędy bowiem wynikają przeważnie z naszej przyrodzonej organizacji psychicznej lub z samych warunków badania i dlatego powtarzają się często od wieków w tej samej nieraz postaci. Błąd taki staje się dopiero widocznym, gdy poznamy jego poprzedników,

w przeciwnym razie nosi na sobie wszystkie pozory prawdy.

A zatem dla krytycznego lekarza studia historyczne są niezbędne, rozszerzają jego widnokrąg myśli i dają mu poważną podstawę dla oceny obecnej wiedzy lekarskiej. Rzecz prosta, nie mówimy tu o studiach źródłowych, o wertowaniu starych rozpraw i podręczników lekarskich, takie bowiem studia, jako specjalne, są możliwe tylko dla lekarza, który cały swój czas poświęca wyłącznie badaniom historycznym. Studya, o jakich tutaj mówimy i jakie polecamy każdemu lekarzowi, polegają na uważnem odczytywaniu materiału już gotowego w postaci rozpraw i dzieł, traktujących o historii medycyny. Na pierwszym planie stoją tu podręczniki.

Napisanie dobrego podręcznika historii medycyny stanowi zadanie bardzo trudne, bez porównania trudniejsze, aniżeli napisanie podręcznika w jakiegokolwiek innej gałęzi naszej nauki. Trzeba bowiem pamiętać, że sam przedmiot dziejów medycyny jest wprost ogromny, biorąc choćby pod uwagę olbrzymią literaturę lekarską, obejmującą okres prawie 2,500 lat. Historyk musi cały ten potwornie wielki materiał przesiać, że tak powiem, przez przetak krytyki, uwzględniając tylko prace ważniejsze, które wywarły wyraźny wpływ na rozwój nauki i sztuki lekarskiej. Zachowanie odpowiedniej miary jest tutaj konieczne, w przeciwnym bowiem razie podręcznik przygniatać będzie ogromem bibliografii i nie spełni właściwego swego zadania. Następnie i to jeszcze przyjąć musimy pod uwagę, że medycyna jest powiązana tysiącami niemi najpierw z ogólnymi prądami myśli ludzkiej, wyrażającymi się w rozmaitych kierunkach i systematach filozoficznych, a następnie z postępem i rozwojem innych nauk oraz odkryć i wynalazków. Historia medycyny jest tylko specjalnym rozdziałem ogólnej historii kultury. Kto tej zależności nie uwzględni, nie zrozumie nigdy prądów, nurtujących w historycznym rozwoju naszej nauki.

Stawiając takie wymagania od podręcznika historii medycyny, musimy przyznać, że trudno nam będzie znaleźć dzieło, czyniące im

w zupełności zadość. W naszej literaturze mamy już tłumaczenie obszernego dzieła HAE-SERA, które p. t. Lehrbuch der Geschichte der Medizin wychodziło zeszytami pomiędzy latami 1876 — 1881. Tłumaczenie ukazało się prawie równocześnie z oryginałem niemieckim także zeszytami, a właściwie arkuszami w „Bibliotece umiejętności lekarskich” GIBSZTOWTA. Z powodu śmierci prof. GIBSZTOWTA i przejścia wydawnictwa w inne ręce druk tłumaczenia został przerwany w 1879 r. i dopiero w 1886 r. dokończono wydania dzięki środkom, udzielonym przez kasę imienia Mianowskiego. Dzieło to, obejmujące dwa duże tomy, prawie po 1,000 stronic druku, stanowiło niewątpliwie na swój czas bodaj najlepszy podręcznik dziejów medycyny. Ma ono jednak pewne poważne wady: jest zbyt przeładowane bibliografią, a następnie mało uwzględnia związek medycyny z ogólnym ruchem kulturalnym. Tłumaczenie polskie, dokonane przez ŁUCZKIEWICZA, jest dobre, korekta tylko, zwłaszcza w tomie pierwszym, pozostawia wiele do życzenia. Dziś dzieło to jest już wyczerpane, a z powodu niefortunnego sposobu wydawania arkuszami i przerwy w wydawnictwie kompletu nawet w antykwariach dostać nie można.

Wobec tego powstaje potrzeba rozejrzenia się w obecnych literaturach za podręcznikiem, odpowiednim do tłumaczenia na język polski, i ta właśnie okoliczność skłoniła mnie do skreślenia kilku uwag w tej sprawie. Zapewne, byłoby może najlepiej, gdyby się znalazł autor, któryby się podjął napisania dzieła oryginalnego, ale sądzę, że na razie nie da się to uskuteczyć. Nie brak nam wprawdzie zamiłowanych i sumiennych badaczy historii w zakresie medycyny, że tu wspomnę nazwiska BIELINSKIEGO, PESZKEGO, GIEDROYCIA, SZUMOWSKIEGO, LACHSA, ale studia nad historią powszechną medycyny wymagają tyle mrówczej, wyłącznej pracy i odpowiednich warsztatów w postaci zasobnych bibliotek, że w obecnych naszych warunkach na dzieło historyczne oryginalne, obejmujące cały zakres medycyny, zdobyć się chyba nie będziemy mogli. Pozostaje więc zadowolić się tymczasem tłumaczeniem.

W ostatniem dziesięcioleciu ukazały się

w literaturze niemieckiej dwa dzieła obszerniejsze, traktujące o historii medycyny. Jedno z nich wydane zostało zbiorowemi siłami p. t. Handbuch der Geschichte der Medizin w trzech wielkich (po 1,000 str. druku) tomach. Sposób wydawania podręczników zbiorowemi siłami przyjął się już dziś ogólnie i to nie tylko w niemieckiej literaturze. Ma to swoje dobre i złe strony. Przez taki sposób opracowania dzieło zyskuje na gruntowności, gdyż rozmaite jego działy są wyłożone przez autorów specjalistów, którzy swój przedmiot znają dokładnie. Ale niewątpliwie traci na tem jednolitość i całość dzieła; każdy dział jego ma odrębną metodę wykładu, odrębny poniekąd układ i styl. Wady te może nie mają wielkiego znaczenia w dziełach, traktujących o fizjologii, patologii lub terapii, co innego jednak z historią medycyny. Tu chodzi o ciągłość wykładu, o wzajemne powiązanie zdarzeń historycznych, czego nie można osiągnąć przy monograficznym opracowaniu pojedynczych rozdziałów przez oddzielnych autorów. To też wzmiankowany powyżej podręcznik zawiódł pokładane w nim nadzieje. Plan podręcznika opracował PUSCHMAN: pierwszy tom zawiera dzieje medycyny starożytnej i średniowiecznej, drugi i trzeci obejmuje monografie, traktujące o rozwoju historycznym anatomii, fizjologii, farmakologii, anatomii patologicznej, chirurgii i t. p. W tem rozczłonkowaniu na działy specjalne posunięto się tak daleko, że opisano oddzielnie historię patologii chorób płuc, chorób serca, narządów trawienia, a nawet oddzielnie historię perkusyi i auskultacyi, co wywołało pewien chaos w układzie i ciągle powtarzanie raz już wypowiedzianego. Autor monografii o historii anatomii musiał sięgnąć do początków tej nauki w medycynie greckiej, co już było opisane w tomie pierwszym. Autor monografii o chemii fizjologicznej mimowoli wkraczał w dziedzinę fizjologii i musiał powtarzać fakty, podane już przez autora monografii o historii fizjologii i t. d. Uderza przytem nieunikniona przy takim sposobie opracowania niejednolitość wykładu, mianowicie jedne działy są opracowane obszerniej, inne zaś pobieżnie. Słowem, podręcznik, pomimo

pewnych rozdziałów, dobrze i dokładnie opracowanych, w całości jest dziełem niedanem.

Na wyróżnienie w całym tym podręczniku zasługuje wstęp do tomu drugiego, skreślony piórem NEUBURGERA, jednego ze współredaktorów. Wstęp ten obejmuje ogólny rzut oka na rozwój nowej medycyny od epoki odrodzenia nauk. Rzecz napisana doskonale; na 150 stronicach autor skreślił zwięzłe ogólny bieg zdarzeń w rozwoju medycyny, powiązał jej rozwój z prądami i kierunkami w filozofii i nauce i dał tym sposobem znakomity szkic, z którego się więcej nauczyć można, aniżeli z całego szeregu dalszych monografii, obejmujących dwa grube tomy.

Widocznie wady zbiorowego podręcznika, założonego przez PUSCHMANA, a redagowanego po jego śmierci przez NEUBURGERA i PAGELA, musiały być wyraźne, jeżeli zaraz po wydaniu 3-go tomu jeden z redaktorów NEUBURGER, obecnie prof. historii medycyny w Wiedniu, przystąpił do ogłoszenia własnego podręcznika p. t. Geschichte der Medizin. Pierwszy tom tego dzieła wyszedł w 1906 r., od tego czasu ukazała się jeszcze pierwsza część tomu drugiego. Dzieło więc jest dotychczas nieukończone, całość bowiem ma objąć dwa tomy. Sądząc z tego, co dotychczas wyszło, musimy przyznać tej pracy wielką wartość. Autor traktuje swój przedmiot szeroko, w związku z ogólną historią nauk i filozofii, uwzględnia wszystkie najnowsze badania, zwłaszcza co do medycyny starożytnych Egipcyan i Assyryjczyków, i przez to rzuca wiele światła na pierwsze początki medycyny greckiej. Umie przytem zachować w wykładzie odpowiednią miarę, obszernie np. omawia *Corpus hippocraticum* i pisma Galena, które miały w historii naszej nauki epokowe znaczenie, inne zaś szkoły w medycynie greckiej traktuje więcej ogólnikowo. Dzięki takiemu układowi rozmiary podręcznika są skromniejsze, i całość dwutomowa nie przekroczy prawdopodobnie 1000 — 1200 stronic dość ścisłego druku. Pomimo tych skromniejszych rozmiarów przedmiot jest traktowany jasno i wyczerpująco. Jeżeli do tego do-

damy bardzo piękny styl, to musimy przyznać, że podręcznik NEUBURGERA pod każdym względem zasługuje na wyróżnienie. Szczególnie go też polecić możemy do tłumaczenia na

język polski, nadmienając, że druga, ostatnia część tomu drugiego ma się ukazać z końcem bieżącego roku.

Władysław Biegański.

Wiadomości bieżące.

— W wydziale zdrojowisk i uzdrowisk w dniu 11 b. m. kol. B. Malewski wypowiedział odczyt: „O dyetetycznym leczeniu chorych w zakładzie w Grodzisku”.

W celu zastosowania zasady racjonalnego żywienia chorych w Grodzisku postanowił M. nie przenosić wzorów zagranicznych, których zresztą niema, tylko przystosować do wskazań dyetetyki zwykłą naszą kuchnię, wychodząc z założenia, że w zakładach nie tylko należy racjonalnie żywić chorych, ale również uczyć ich racjonalnego żywienia się w domu. Na zasadzie tablicy składu odżywczego rozmaitych produktów, ułożonych podług dzieł Königa, Jaworskiego, Leydena i innych źródeł, określał M. w ciągu kilku miesięcy wartość odżywczą podawanych w zakładzie potraw. Chcąc usunąć wadliwości kuchni polskiej—nadmiar mięsa i tłuszczu—wyp próbował cały szereg potraw jarskich, wziętych z rozmaitych ksiąg kucharskich, wybrał kilkadziesiąt smacznych i odpowiednich co do składu swego. W ten sposób ma on już obecnie stokilkadziesiąt potraw określonych, z których układa odpowiednie diety. Dieta zwykła, obliczona dla większości chorych zakładowych—neuro-artryków z lichem odżywianiem i leniwem trawieniem — składa się z 4 jedzeń dziennie (mięso raz dziennie), zawiera mało białka purynowego, dużo drzewnika i sporo tłuszczu (w postaci masła przeważnie), ma 100—110 gr. białka, 160—180 gr. tłuszczu i około 400 gr. węglowodanów—3800 kaloryi.

Dyeta ta bywa modyfikowana u anemicznych, u osób z rozszerzonym żołądkiem. Poza tem stosuje się również diety — tuczącą, ochudzającą, mało solną, suchą, lekkostrawną i bezwęglowodanową. Ostatnie dwie diety są ściśle indywidualizowane i zmieniane.

Pracownia mikroskopowo-chemiczna przeciętnego typu szpitalnego pozwala na dokładne analizy moczu. Tablice i wzory dyet będą ogłoszone razem z odczytem w „Zdrowiu”.

Następnie kol. J. Jaworski przedstawił projekt ministra skarbu austriackiego opodatkowania wód mineralnych nielecniczych. Prawo to dotknąć ma i wody polskie, mianowicie: Szczawnickie, wodę z Krościenka i z Wysowy, oprócz innych mniej znanych.

Projekt ten, jako zmierzający do opodatkowania niby zdrowia ogółu, zarówno ze względów etycznych, jak i na zdrowie ludności, zasługuje na potępienie. W myśl uchwały zebranych wydział nasz opinię w tym duchu przesłał komisjom przemysłowo-lekarskim w Galicyi.

— Otrzymujemy następującą odezwę: Pierwszy zjazd tow. okulistów polskich w Krakowie. Zawiązane w lipcu w r. 1907 Tow. okulistów polskich we Lwowie uchwaliło odbyć pierwsze zebranie w Krakowie, pozostawiając niżej współpodpisanemu Prezesowi Komitetu wybór terminu.

Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w r. 1903, kongresy: międzynarodowy okulistyczny w Neapolu, a później lekarski w Budapeszcie w roku minionym stały na przeszkodzie zwołaniu zjazdu. A i sprawa pory roku najdogodniejsza dla naszych kongresów — niestety — nie rozstrzygnięta dotychczas. Urządzona przez nas w tym celu na początku roku ankietą nie doprowadziła do wyniku pożądanego przede wszystkim dlatego, że niewielu Kolegów raczyło odpowiedzi nadesłać, nadesłane zaś odpowiedzi rzecz pozostawiały nierozstrzygniętą, gdyż jedni Koledzy za grudniem, inni za styczniem, jeszcze inni za Zielonemi Świątkami lub za lipcem się oświadczyli. Z rozmowy z Kolegami odnieśliśmy

jednak wrażenie, że lipiec dla większości byłby najdogodniejszą porą, zwłaszcza dla Kolegów z zaboru rosyjskiego. To też na razie ten właśnie miesiąc wybieramy na nasz pierwszy zjazd.

Oznaczenie zaś ściślejszej daty odkładamy na później, pragnąc rzecz tak poprowadzić, by zjazd nasz złączyć z uroczystościami czy obchodami, które w tym właśnie czasie niejednemu z Kolegów do Krakowa może przyciągnąć zdolają. Będziemy więc starali się połączyć *utile dulci*.

Na razie podajemy tylko do wiadomości, że zjazd pragniemy w tym roku — i to na lipiec — przygotować.

Prosimy szan. Kolegów o podanie nam co rychlej tematów, czy to referatu ogólnego, czy też odczytów z zakresu okulistyki, jakie wygłosić pragną.

W następnych numerach Postępu okulistycznego i tygodnikach lekarskich będziemy podawali nazwiska zgłaszających się Kolegów i brzmienie zapowiedzianego, ściśle określonego tematu czy demonstracji, informując czytelników o postępie przygotowań dla zjazdu. Komitet I. zjazdu Tow. okulistów polskich: R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, Kraków, Prof. Dr. Em. Machek, Lwów, Prof. Dr. Bednarski Adam, Lwów, R. ces. Dr. Ballaban, Lwów, Prof. Dr. K. W. Majewski Kraków.

Komitet miejscowy: Prof. Wicherkiewicz, przewodniczący. Prof. K. W. Majewski, sekretarz. Dr. Winc. Witaliński, skarbnik. Dr. Ed. Rosenhauch, kierownik biura. Dr. T. Kleczkowski, kierownik wystawy. Dr. M. Szafnicki, kierownik gospodarczy. Biuro zjazdu: Klinika okulistyczna, ul. Kopernika w Krakowie.

— Jak wiadomo, ostatni zjazd psychiatrów, neurologów i psychologów w Warszawie zalecił możliwie najszybsze założenie pracowni psychologicznej. Przypominając tę uchwałę, organizatorzy zjazdu nawołują do składania na ten cel funduszy do Banku Handlowego w Warszawie.

— Nadesłano nam prospekt wydawnictwa „Medycyna współczesna”, numer ma opuścić prasę 1 kwietnia. Wydawcą jest kol.

Odp red. Sz. Koledze Rembielińskiemu — Przyznając słuszość Sz. Koledze, zaznaczyć musimy, iż ustęp wzmiankowany został umieszczony skutkiem omyłki zecera.

Fruchtman, prospekt przewiduje tłumaczenia z różnych dziedzin naszej wiedzy.

— Wszechnica New Yorku otrzymała od nieznanego ofiarodawcy 20,000 f. szter. (około 200000 rb.) na nadrodę za zupełnie pewny sposób leczenia gruźlicy. O nagrodę ubiegać się mogą wszyscy.

— Jak wiadomo, podczas strajku jeneralnego zabroniono w Szwajcaryi sprzedaży napojów wysokokowych. Obecnie towarzystwa trzeźwości, chcąc przeprowadzić prawo stałe o wzbronieniu sprzedaży napojów wysokokowych, zarządziły ankietę: na 68000 głosów 50000 oświadczyło się za wzbronieniem sprzedaży, 3000 przeciw i 15000 wstrzymało się od głosowania.

— 9 zjazd międzynarodowy dla walki z gruźlicą odbędzie się 8 października w Brukselli; jako tematy ogólne wybrano: 1) o zarażeniu gruźlicą przy poczęciu, 2) o miejscowościach sprzyjających rozwojowi gruźlicy, 3) ochrona dzieci przed gruźlicą, 4) gruźlica a szkoła i 5) walka z gruźlicą u kobiet.

— Na 27 zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbaden (18 -- 21 kwietnia r. b.) Schütz i Penzold zreferują „Rozpoznanie, swiste i leczenie gruźlicy”, a Gerhard „Pochodzenie i leczenie małopokrwistości wtórnej.

Zmarli: w Warszawie: Aleksy Nowakowski w wieku lat 31; zmarły kolega był współwłaścicielem i współpracownikiem pisma naszego. Zaczny, cichy pozostał wśród kolegów żal nieklamany, iż w zaraniu życia opuścił świat.

W Petersburgu: Ziemowit Sabiński w wieku lat 75

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, że termin ostateczny do składania prac na konkurs imienia d-ra Józefa Wszeborą oznaczony został na rok bieżący do dnia 31 marca włącznie. Dane o warunkach konkursu ogłoszone były w pismach lekarskich w miesiącach lipcu i sierpniu roku zeszłego.

p. o. Sekretarza Stałego

J. Winiarski.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Pewny środek wzmacniający
w przypadkach:
Nerastenii, Anemii,
Przepracowania,
Wyczerpania po chorobach.

Ovo - Lécithine Billon

natywać można we wszystkich aptekach pod postacią pigułek à 0,05.
Przepisuje się dorosłym: 4 — 6 pigułek dziennie, dzieciom 2 — 3 pigułek
dziennie.

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Jeneralny przedstawiciel Adolf Weinstein
w Warszawie — Nowo-Jasna 6.

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

Ovomaltine

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

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

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

Glicerofosfat ziarnisty Magistra Klawe.
Glicerofosf. ziarn. z żelazem Magistra Klawe.