



№ 21.

Warszawa, d. 24 Maja 1919.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.
Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracji — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2730.

MAGISTRAT m. PABJANIC

ogłasza niniejszym

konkurs na posadę lekarza miejskiego z pensją Mk. 1000 miesięcznie

z prawem praktyki prywatnej, lecz bez prawa zajmowania stałych posad. Szczegółowe oferty z podaniem do-
tychczasowej praktyki nadsyłać do Magistratu m. Pabjanic. Termin do 15 czerwca 1919 r.

MAGISTRAT.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp.
lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



Lipojodyna „Ciba”



(Ester diiodbrasydyn-etylowy, zawierający 41% jodu).

Przetwórz jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologii i kliniki doświadczalnej.
Nie drażni przewodu pokarmowego. W dawkach leczniczych nie powoduje jodizacji.

Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabletek dziennie po obiedzie i kolacji.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabletek LIPOJODYNY, które zalecamy żuć starannie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego w Pabianicach,
ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franco.



www.dlibra.wum.edu.pl

W CIECHOCINKU

dworci „Belle-vue“.

ordynuje od 20 maja b. r.

Dr med. P. Rudzki

KRYNICA

D^r DEBICKI

ordynuje w chorobach kobiecych i wewnętrznych.

IWONICZ.

Lekarz zakładowy Dr Józef Jasieński

ordynuje, jak lat ubiegłych, od 15 maja.

KRYNICA

„JAGIELONKA“ i dépendance „GRUNWALD“

Drowej JANOWEJ FRĄCZKIEWICZOWEJ
pierwszorządny pensjonat.



ASTHMIN-MOTOR

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR“
Zapisać w aptekach i składach aptecznych.



GONDOREIN-MOTOR

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubebaurum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor“
Marszałkowska 23.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).
(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

FABRYKA CHEMICZNA ZAKŁADÓW GAZOWYCH w Warszawie.

POLECA

ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE

Kwas karbolowy surowy
Krezol 95/100% ciemny
„ „ jasny

Krezolan sodu (25% roztwór)
Lizol i
Kreoline

Zamówienia przyjmują przedstawiciele:

na Łódź, ziemię Piotrkowską i Kaliską
p. ALBERT SCHUELDE, Łódź
Południowa 63.

na Warszawę i pozostałe ziemie Polskie
p. DANIEL KRAUSHAR, Warszawa
Żórawia 22.



WIZYB LSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
Dzień

Warszawa, d. 24 maja 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2790

Parę uwag o zgłębnikowaniu dwunastnicy i o zawartości dwunastniczej u człowieka.

podali

Anastazy Landau i Adolf Rząśnicki.

Badania Pawłowa i jego szkoły, które w fizjologii trawienia stworzyły całą epokę i które zapoczątkowały doświadczenia na zwierzętach wieloprzetokowych, dały możność mniej lub więcej całkowitego wyodrębnienia poszczególnych narządów trawiennych oraz dokładnego odtworzenia ich czynności w czasie. Klinika narządów trawienia, wzorując się na zdobyczach fizjologii doświadczalnej, stwarza sobie cały szereg nowych metod, do których należy również zgłębnikowanie dwunastnicy. Zabieg ten został wprowadzony do kliniki przez Einhorna (1) i przez nas w jednej z poprzednich prac opisany (2)¹⁾ Technikę zgłębnikowania dwunastnicy, jako metody względnie nowej, pozwalamy sobie tutaj w paru słowach powtórzyć.

Koniec metalowy zgłębnika Einhorna, mający kształt przedziurawionej na wzór sita oliwki i umieszczony na nasadzie lub koniuszku języka, osoba badana kilkoma energicznymi ruchami polykowymi przesuwając do przełyku, a następnie zapomocą polykania oraz łagodnego posuwania ręką rurką gumową pogrąża się aż do podziałki 45 cm.; innymi słowy, dolny koniec zgłębnika minął okolicę wpustu. Kładziemy chorego na prawym boku, dajemy mu do popijania szklankę herbaty i dzięki

ruchom robaczkowym żołądka zgłębnik sam przez się pogrąża się coraz głębiej; na niezwiniełym zgłębniku odległość odzwierniaka od siekaczy wynosi około 56 — 60 cm. i zwykle oznaczona jest kreską. Ruchy robaczkowe jamy odzwiernikowej, wtłaczając zgłębnik do dwunastnicy, pociągają go coraz głębiej, a na odległości 80 cm. od siekaczy, również oznaczonej kreską, można zacząć aspirować szprycą 10-cio gramową. Wygląd zawartości żółciowej, jej odczyn zasadowy (papierek lakmusowy), zarówno jak próby mleczna i inne, opisane przez nas poprzednio, pozwalają oryentować się, skąd pochodzi zawartość, z dwunastnicy czy też jeszcze z żołądka.

Gross (4) podał inny model zgłębnika, którego koniec metalowy nie wisi swobodnie, jak u Einhorna, lecz wklejony jest w gumę i waży nie 2.5 gm., lecz 10 gm.; zgłębnik ten ma podobno te zalety, iż po drodze do dwunastnicy mniej się zwinia i łatwiej przenika do dwunastnicy. Zdaniem Grossa, cała procedura z jego zgłębnikiem trwa nie więcej, niż pół godziny, a nieraz skraca się nawet do kilku minut, gdy, manipulując rurką Einhorna, czekać musimy rzadko mniej, niż godzinę, a czasem i parę godzin. Zgłębnik Einhorna ma długości 1 metr; Gross, posilkując się dłuższą rurką, w którą, niestety, nie mogliśmy się zaopatrzyć z powodu czasu wojennego, przenika do jelit aż na głębokość 250 cm. od siekaczy i wydobywa zawartość

¹⁾ U nas kol. Róbin i Przywieczerski (3) na jednym z posiedzeń sekcji gsatrologicznej w r. 1913 demonstrowali chorego z wprowadzonym zgłębnikiem dwunastniczym.

z różnych odcinków cienkich kiszek. Zdaniem tego autora, przy tak głębokiem zgłębnikowaniu rurka poza odźwiernikiem napotyka tylko jedną przeszkodę, a mianowicie w okolicy obrączki dwunastniczej.

Co się tyczy sposobu wydobywania zawartości dwunastniczej, to myśmy zwyczajnie aspirowali 10-cio gramową szprycą Rekorda, łącząc jej koniec z sondą; niektórzy posiłkują się nieprzerwaną aspiracją za pomocą pompy wodnej z manometrem, przed czem, jako przed zabiegiem niezawsze bezpiecznym, przestrzega Gross. Najprostsza bodaj jest metoda Bondiego (5), który zupełnie nie aspiruje, lecz przez opuszczenie zewnętrznego końca zgłębnika poniżej dwunastnicy dostaje jej zawartość przez samoistne skapywanie i co najwyżej pomaga sobie, wstrzykując do zgłębnika szprycą 10-cio gramową parę ctm. sz. wody w celu wytworzenia lewara.

Na pół godziny przed zgłębnikowaniem chorzy nasi ¹⁾ dostawali kubek przecedzonego kleiku, a podczas zabiegu, jak już wspominaliśmy, szklankę herbaty słodzonej; Bondi daje tylko szklankę wody, utrzymuje bowiem, iż sama obecność zgłębnika w żołądku i dwunastnicy jest dostatecznem podrażnieniem dla gruczołów trawiennych. W niektórych z naszych przypadków pomimo wszelkich usiłowań nie zdołaliśmy zgłębnikiem dotrzeć do dwunastnicy, wciąż bowiem otrzymywaliśmy przy aspiracji ciecz bez zabarwienia żółciowego, o odczynie kwaśnym i z wolnym kwasem solnym (papierek Kongo). Byli to poważnie chorzy z kliniczmem rozpoznaniem wrzodu żołądka, u których niemożność przedostania się poza odźwiernik zależała prawdopodobnie od jego stanów kurczowych (pylorospasmus).

Ilość zawartości dwunastniczej, otrzymywanej przez nas, była różna, od kilku do 60 ctm. sz. Nieraz jej wygląd zewnętrzny był tak charakterystyczny, iż starczyło jednego rzutu oka, by odróżnić ją od żółdkowej; w niektórych zaś przypadkach dopiero badanie na odczyn, *resp.* na wolny kwas solny oraz na obecność zaczynów swoistych rozstrzyga kwestyę, gdzie znajduje się wewnętrzny koniec zgłębnika, w dwunastnicy czy też w żołądku. Na oko zawartość dwuna-

stnicza może być przezroczysta lub mętna, barwy żółtoszarawej, złocistożółtej lub zielonkawej z różnymi odcieniami, z mniejszą lub większą domieszką śluzu, odczynu kwaśnego, obojętnego lub słabozasadowego. Zdarza się, iż podczas jednego doświadczenia wydobywa się zawartość o różnych cechach makroskopowych i odczynie: aspiracja w okresie zamknięcia odźwiernika może dać płyn zasadowy, a po chwili fala kwaśnej miazgi żółdkowej, która przedostała się do dwunastnicy, zmienia odrazu ciecz przezroczystą na mętną, albowiem kwas solny strąca kwasy żółciowe wraz z pepsyną, a z węglanów tworzy się wolny CO₂; po chwili warunki znów zmienić się mogą, tak że zamiast cieczy mętnej i słabokwaśnej aspirujemy znów zawartość przezroczystą i zasadową. Również waha się odcień zabarwienia żółciowego, a mianowicie zależnie od tego, czy przez przewód żółciowy wspólny wlewa się do dwunastnicy rzadka żółć z przewodu wątrobowego czy też gęsta z pęcherzyka żółciowego.

Na 26 badań zawartość dwunastnicza 15 razy była przezroczysta, 5 razy odczynu kwaśnego; w przyp. № 15, powikłanym krwawieniami z jamy nosowogardłowej, zawartość była rdzawa. Co się tyczy zaczynów, to badaliśmy na obecność trypsyny, diastazy i lipazy. Trypsyna była oznaczana metodą Fuld-Grossa (6): do szeregu probówek z 2 ctm. sz. 1% obojętnego roztworu kazeiny dodawaliśmy 2,0—1,0—0,5—0,2—0,1—0,05—0,02—0,01 zawartości dwunastniczej, która w razie odczynu kwaśnego była alkalizowana uprzednio 5% roztworem węglanu sodu; po godzinnem staniu w cieplarni do każdej probówki dolewano po 6 kropel 1% roztworu kwasu octowego w 50% alkoholu, który strącał niestrawioną kazeinę. Jeżeli np. kazeina uległa całkowitemu strawieniu w probówce, do której dodano 0,05 zawartości dwunastniczej, a w probówce z 0,02 otrzymywano męt, to ilość jednostek trypsynowych obliczano według formuły $\frac{1}{0,05} \times 2 = 40$.

Diastazę oznaczaliśmy metodą Wohlge-mutha (7): do szeregu probówek z 5 ctm sz. 1% roztworu *amylum solubile Kahlbaum* dodawaliśmy zawartość dwunastniczą, jak poprzednio; po godzinnem staniu w cieplarni do każdej probówki dolewano po kropli $\frac{1}{10}$ N roztworu jodu w jodku potasu; niestrawiony krochmal barwił się na niebiesko. Za jednostkę diastazy przyjęto najmniejszą ilość zaczynu, która w 5 ctm. sz. krochmalu nie dawała zabarwienia z jodem.

Lipazę oznaczaliśmy w sposób następu-

¹⁾ Do naszych celów oddał nam uprzejmie do rozporządzenia swój materiał szpitalny dr. Skłodowski; badania, o jakich mowa poniżej, zostały przeprowadzone w zimie 1913/1914 r. w klin. pryw. Grosslika, Hertza i Landaua.

jący: do dwu probówek odmierzano po 5 ctm. sz. czystej oliwy i tyleż wody przekroplonej; do jednej z nich dodawano 2 ctm. sz. zawartości dwunastniczej, do drugiej tyleż zawartości, uprzednio zagotowanej. Po godzinnem staniu w cieplarni określaliśmy, ile potrzeba ctm. sz. $\frac{1}{10}$ N ługu sodowego dla zobojętnienia oliwy w każdej probówce (wskaźnikiem była fenolftaleina). Odjawszy od większej liczby mniejszą, otrzymamy zawartość lipazy, obliczoną w ctm. sz. $\frac{1}{10}$ N ługu sodowego.

Z 26-iu badań tylko w 5-ciu otrzymaliśmy spore ilości diastazy, wahające się w granicach 50 — 200 jednostek, w pozostałych ilość tego zaczynu wahała się od śladów do 10-ciu jednostek. Wynik podobny napozór mógł by się wydać dziwnym, albowiem wiadomo, iż do dwunastnicy wraz z sokiem trzustkowym normalnie dostają się znaczne ilości zaczynu, trawiącego krochmal. Skąpą zawartość diastazy w niektórych przypadkach można by sobie tłumaczyć działaniem kwaśnego soku żołądkowego na trzustkowy. W pracy naszej „Badania kliniczne nad sprawnością trzustki. Doniesienie II” (8) wykazaliśmy, jak nadzwyczajnie czuła w stosunku do kwasu solnego jest diastaza; widocznie wysokość 80 ctm. sz., na jakiej nieraz aspirowaliśmy, jest niedostateczna dla otrzymywania znaczniejszych ilości tego zaczynu, albowiem zostaje on unieruchomiony przez raz poraz wtłaczaną do dwunastnicy kwaśną miazgę żołądkową.

W 11-tu przypadkach badaliśmy zawartość dwunastniczą na lipazę, której ilość w przyjętych przez nas jednostkach wahała się w granicach 1,1 — 20,1. Działanie steapsyny jest ściśle związane z żółcią, która z jednej strony uruchamia zaczyn tłuszczowy, zawarty w soku trzustkowym w stanie nieczynnym, z drugiej zaś — wzmaga znacznie działanie zaczynu czynnego (Babkin) (9). Nie możemy w tej chwili zastanawiać się nad kwestią, w jakim stopniu niejednakowe ilościowo działanie lipolityczne zawartości dwunastniczej zależało od wahań w czynności trzustki i w jakim — od wpływu żółci na sok trzustkowy.

Najwymowniejsze liczby otrzymaliśmy odnośnie do trypsyny. Z 26-ciu badań w 14-u otrzymaliśmy duże jej ilości, bo 200 jednostek i więcej, w 3-ch—40, a w pozostałych liczby w granicach 0 — 10. O przypadkach z małą zawartością trypsyny nie możemy powtórzyć tego, cośmy powiedzieli o diastazie, a mianowicie, iż zależne to jest od kwaśnego odczynu. Jakkolwiek kwas solny z pepsyną hamuje działanie trypsyny, to jednak słabo-

kwaśny odczyn zawartości dwunastniczej w przyp. № 9, 18, 19, 21 i 26 nie był w stanie jej zniszczyć: po zalkalizowaniu zawartości dwunastniczej prawie we wszystkich przypadkach stwierdzaliśmy 200 i więcej jednostek trypsynowych.

Jaki pożytek w rozpoznawaniu klinicznym oddać może zgłębnikowanie dwunastnicy? Rozumując teoretycznie, spodziewać się go możemy w trzech kategoriach schorzeń: 1) we wrzodzie dwunastnicy, 2) w chorobach dróg żółciowych i 3) w chorobach trzustki. Na wartość zgłębnikowania we wrzodzie dwunastnicy dawniej już zwrócił uwagę Einhorn, który dla tych celów wprowadził pierwotnie t. zw. próbę nitkową; u nas na rzecz tę zwrócił uwagę Skłodowski (10). Krew w zawartości dwunastniczej przemawia za wrzodem, umiejscowionym poniżej odźwiernika wówczas, gdy wyłączyć jesteśmy w stanie krwawienie żołądkowe lub połykanie krwi z górnego odcinka dróg pokarmowych lub oddechowych. Ta ostatnia okoliczność miała miejsce w naszym przyp. № 15.

W stanach żółtaczkowych zgłębnikowanie dwunastnicy może dokładniej, aniżeli inne metody badania, orzec o zatanku wspólnego przewodu żółciowego i o jego stopniu, a mianowicie, czy jest ono całkowite czy też niepełne. W przypadkach, kiedy z wspólnego przewodu żółciowego spływa do dwunastnicy tylko bardzo skąpa ilość żółci, rurka Einchora, o ile można ją choremu wprowadzić, ma pod względem ścisłości niewątpliwą wyższość nad zwykle stosowanym w takich razach badaniem kału na barwniki żółciowe i ich pochodne, albowiem bardzo nieznaczna ich zawartość w kale może ująć uwagi. W naszym materiale mamy 3 przypadki żółtaczkowe, z których dwa klinicznie należały do typu żółtaczki kataralnej. W obu zawartość dwunastnicza odznaczała się wyraźnem zabarwieniem żółciowem, co dowodzi, iż zatkanie wspólnego przewodu żółciowego było niecałkowite.

Zgłębnikowanie dwunastnicy oddać może największe usługi w rozpoznawaniu schorzeń trzustki. Stwierdzanie dostatecznej ilości swoistych zaczynów trzustkowych w wydobytej miazdze dwunastniczej jest najwymowniejszym dowodem, iż wydzielanie zewnętrzne tego gruczołu trawiennego jest sprawne; przeciwnie brak ich każe przypuszczać, iż albo przewód trzustkowy jest zatankany od wewnątrz lub uciśnięty od zewnątrz, albo też że mięsz trzustkowy przestał pracować prawidłowo (*achylia, resp. hypachylia pancreatica*). Wniośki podobne należy wyprowadzać ostrożnie,

z uwzględnieniem całego obrazu klinicznego, albowiem do światła dwunastnicy prócz soku trzustkowego wlewa się jeszcze żółć oraz sok dwunastniczy, których działanie i oddziaływanie wzajemne możemy wyodrębnić w doświadczeniu fizyologicznem na zwierzętach, ale nie w klinicznem — na człowieku. Najle-

pszem potwierdzeniem słów naszych jest przyp. № 1—4, który opisaliśmy w pracy naszej „Studia kliniczne nad sprawnością trzustki. Do- nies. I“ (2), jako przypadek zaburzonego wy- dzielania zewnętrznego trzustki z zachowaniem wydzielaniem wewnętrznem. Na tab. I przyto- czyliśmy wyniki czterokrotnego zgłębnikowa-

№	Nazwisko	ROZPOZNANIE	ZAWARTOŚĆ DWUNASTNICZA						ZAWART. ŻOŁĄDKOWA			
			Ilość w ctm. sz.	Barwa	Odczyn	Trypsyna	Diastaza	Lipaza	Ilość w ctm. sz.	Wolny HCl.	Kwasota ogólna	Pepsyna
1	Jack.	Gastr. anacida c. hypochyl pancreat.	8	żółciowa	alkal.	0	5	—	—	alkal.	—	20
2	"	"	6	"	"	0	5	—	—	—	—	—
3	"	"	25	"	"	1	—	2,9	—	—	—	—
4	"	"	8	"	"	2	—	—	—	—	—	—
5	Kor.	Gastr. mucosa anacida	6	—	"	2	śląd	8,5	250	alkal.	—	0
6	Szab.	Ulcus ventr.?	10	żółta	"	1	50	—	—	—	—	—
7	Gog.	Tumor in regione pancreatis	17	żółciowa	"	4	10	24	80	23	45	200
8	Grab.	Periduodenitis post ulc.?	10	"	"	10	śląd	—	—	40	62	—
9	Kul.	Icterus haemol. c. splenomeg.	12	żółta	{ kwaśny na lakm. HCl=O	40	"	1,1	—	31	43	40
10	Kłos.	Icterus catarrh.	10	żółciowa	alkal.	>40	6,2	—	—	32	50	40
11	Łaj.	Hyperaciditas. ulcus ventr.?	28	"	"	>40	śląd	5,1	105	48	72	—
12	Szab.	Ten sam co № 6.	34	żółto- złocista	"	40	<2,5	—	230	25	41	40
13	Now.	Gastritis hypacida	15	żółciowa	"	200	200	2,1	180	14	32	200
14	Kond.	Icterus catarrh.	32	"	"	200	100	9,5	—	alkal.	—	—
15	Ziel.	{ Icterus catarrh. Epistaxis	9	rdzawa	"	200	100	—	—	—	—	—
16	Tel.	Ulcus ventr.?	14	żółciowa	"	200	100	2,8	85	17	53	—
17	Woj.	Hypothyreoid.	60	"	"	200	śląd	20,1	—	—	—	—
18	Lik.	Glycosuria	10	"	kwaśny	200	10	6,8	—	—	—	—
19	N.	"	20	"	ślabo kwaśny	200	śląd	—	—	8	20	10
20	Os.	Hyperacid.	20	"	alkal	200	"	—	—	—	—	—
21	"	"	15	"	{ kwaśny na lakm. HCl=O	200	"	—	—	45	110	—
22	Maj.	"	14	"	alkal.	200	"	4,1	—	—	—	—
23	Stęp.	Ulcus ventr.	7	"	"	200	2,5	—	—	—	—	—
24	Fijał.	Hyperacid.	10	"	"	>200	śląd	—	100	50	75	40
25	Sok.	Taenia	9	"	"	200	2,5	—	148	34	51	40
26	Urb.	"	12	żółta	kwaśny	>200	śląd	—	—	—	—	—

nia tego przypadku. Dwukrotne badanie na diastazę stwierdziło 5 jednostek tego zaczynu, tylko że w danym razie może on być pochodzenia wcale nie trzustkowego, lecz ślinowego. Chory, o jakim mowa, dotknięty był bezkwasem żołądkowym (*anaciditas*), skutkiem czego mogła przenikać do dwunastnicy w sta-

nie niezmienionym diastaza ślinowa. Badając zawartość dwunastniczą na lipazę raz jeden stwierdziliśmy jej obecność (№ 3 — 2,9 jed.), nie można jednak być pewnym, czy małe jej ilości nie pochodzą z soku dwunastniczego, który również posiada zaczyn, rozszczepiający tłuszcze. Czterokrotne badanie

na trypsynę dwa razy dało wynik całkiem ujemny, a zaś dwa razy otrzymaliśmy ślady trawienia kazeiny. Ściśle rzecz biorąc, nie możemy z całą stanowczością twierdzić, iż zjawisko powyższe u naszego chorego zależało od trypsyny trzustkowej, a nie od zawartej w soku dwunastniczym erepsyny, która trawi nie tylko peptony, lecz i kazeinę. Słowem, stwierdzone w zawartości dwunastniczej małe ilości zaczynów, trawiących kazeinę, tłuszcze i krochmal i uważanych za swoiste dla soku trzustkowego, mogą być pochodzenia pozatrzustkowego. Bądź co bądź jednak w przypadku omawianym mamy do czynienia jeżeli nie z zupełnym bezsokiem trzustkowym (*achylia pancreatica*), to w każdym razie ze znacznym upośledzeniem wydzielania zewnętrznego trzustki (*hypochylia pancreatica*). Zboczenie powyższe tembardziej zasługuje na uwagę, że idzie ono w parze ze sprawnym wydzielaniem wewnętrznym: 150 gramów cukru gronowego, wprowadzonych choremu naczecz, nie wywołały cukromoczu pokarmowego. Niedostateczne wydzielanie zewnętrzne trzustki stwierdziliśmy również w przypadku № 5, w którym zgłębnikowaliśmy dwunastnicę, niestety, tylko raz jeden. Podkreślić należy okoliczność, iż w obu przypadkach niedomogi wydzielniczej trzustki w żołądku po probnem

śniadaniu nie znajdowaliśmy kwasu solnego, a w przypadku № 5 brak było i pepsyny. Czy niedomoga wydzielnicza żołądka i trzustki zespolone są nawzajem w jeden związek przyczynowy, czy też oba zboczenia są jednoczesnym wynikiem jakiejś ogólniejszej przyczyny, trudno nam w tej chwili rozstrzygać. Mimowoli jednak przychodzi na myśl fakt, iż jednym z najsilniejszych bodźców fizjologicznych, pobudzających trzustkę do wydzielania zewnętrznego, jest kwas solny, z którego zetknięcia się ze śluzówką dwunastnicy tworzy się sekretyna.

Pomijając cele dyagnostyczne, niektórzy autorowie posiłkują się zgłębnikowaniem dwunastnicy, jako zabiegiem leczniczym. Eichhorn (11) i Lazarus (12) z powodzeniem przeprowadzali dłuższe karmienie przez zgłębnik we wrzodzie żołądka, w uporczywych wymiotach u ciężarnych i wogóle w przypadkach, w których wskazane jest wyłączenie na pewien czas żołądka z przewodu pokarmowego. Gross (4) wspomina o przeplukiwaniach dwunastnicy fizjologicznym roztworem soli kuchennej lub rozcieńczoną półnapół wodą karlsbadzką w przypadkach nieżyty dwunastnicy z zatknięciem wspólnego przewodu żółciowego.

PIŚMIENNICTWO.

1. Eichhorn. u. Rosenblum. Intern. Beitr. zur Pat. Ernährungs. Tom. II. 2) Landau i Rząśnicki. Med. i Kron. Lek. 1913. (Zeitschr. f. klin. Med. T. 80). 3) Róbin i Przywieczerski. Med. i Kron. Lek. 1913. 4) Gross. Arch. f. Verdauungskrank. Tom 20 (str. 338), Münch. med. Woch. 1910. № 22 i Berl. klin. Woch. 1911. № 29. 5) Bondi. Arch. f. Verdauungskrank. Tom 19 (str. 692). 6) Neuberg. D. Harn. Tom II. str.

1103. 7) Neuberg. D. Harn. Tom II. str. 1082. 8) Landau i Rząśnicki. Med. i Kron. Lek. 1913 (Zeit. f. klin. Med. T. 80). 9) Babkin. D. äussere Sekret. d. Verdauungsdrüsen. Berlin. 1914. str. 243 i następne. 10) Skłodowski. Gaz. Lek. 1913. str. 817. 11) Eichhorn. Berl. klin. Woch. 1912. str. 1419; 1913. № 37. D. med. Woch. 1913. № 29. 12) Lazarus. Berl. klin. Woch. 1913. № 30.

Znaczenie krzywej żyłnej miarowej oraz zupełnie niemiarowej (arrythmia completa) w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zastawki trójdzielnej).

Podał

Władysław Janowski.

(Dokończenie—patrz № 19).

Dlatego też o udziale prawej komory w powstaniu omawianej tu wady czynnościowej przy tętnie zupełnie niemiarowej możemy mówić nie na zasadzie samego tylko stwierdzenia, że tego rodzaju niemiarowość istnieje,

lecz na zasadzie *ev.* towarzyszących temu tętnu innych danych klinicznych, któremi są wyniki badania opukowego i wysłuchowego serca oraz rozpatrzenie bliższych szczegółów krzywej żyłnej zupełnie niemiarowej. Jeżeli,

mianowicie, stwierdzamy umiarkowane rozszerzenie serca i słyszymy w tego rodzaju przypadku szmer końca skurczu, czyli telesystoliczny (p. mą pracę o szmerach sercowych, 32 rozdział I), a bliższe rozpatrzenie zupełnie niemiarowej krzywej żylniej wykazuje na niej jeszcze zazębienie *sa*, zaznaczone, choć słabe; wgłębienie *i* oraz wyraźne wgłębienie *tc*, czyli jej typ przedsionkowokomorowy, wtedy możemy twierdzić, że, obok niedoskurczu przedsionka, mamy do czynienia z umiarkowanym stopniem niedoskurczu prawej komory. Gdy zaś, przy takich samych cechach krzywej żylniej, wynik opukiwania serca wskazuje bardzo znaczne jego rozszerzenie w stronę prawą lub w obie strony, a jego wysłuchiwanie wskazuje we właściwym miejscu już nie szmer telesystoliczny, lecz całkowicie skurczowy, czyli holosystoliczny (p. § 11 powyższej pracy o szmerach sercowych), możemy wtedy twierdzić, że do umiarkowanego stopnia niedoskurczu przedsionka dołączył się już znaczny stopień niedoskurczu komory. Jest to skojarzenie, które zdarza się stosunkowo rzadko, miewa jednak niewątpliwie miejsce w klinice.

Typowi komorowemu krzywej żylniej zupełnie niemiarowej również odpowiadać może różny stopień niedoskurczu prawej komory. Jeżeli, mianowicie, zupełnie niemiarowa krzywa żylna wykazuje powszechnie znany typ siodełkowaty lub szkopkowaty krzywej żylniej, zwany przezemnie typem *sa+otr* krzywej żylniej, (rys IV), a wysłuchiwanie serca wykrywa we właściwym miejscu tylko szmer telesystoliczny obok wyraźnej resztki I-go tonu, w takim razie możemy twierdzić, że mamy do czynienia tylko w wysokim stopniem niedoskurczu prawego przedsionka, podczas gdy wtórne osłabienie czynności komory nie doszło jeszcze do najwyższego stopnia. Podobne skojarzenie faktów nie zdarza się, nawiąsem mówiąc, przy tętnie żylnem komorowem miarowem. Wtórne dołączenie się najwyższych stopni niedoskurczu prawej komory rozpoznać możemy jedynie wtedy, gdy zupełnie niemiarowa krzywa żylna nie ma już kształtu siodełka, lecz zamiast typu *sa + otr*, wykazuje już falę o typie *sa + otr + tsr*.

Z powyższego widać, iż zachodzi zupełnie zasadnicza różnica między znaczeniem rozpoznawczem krzywej żylniej miarowej oraz zupełnie niemiarowej. Jak widzieliśmy powyżej, krzywa żylna miarowa jest tylko ważnym poparciem stwierdzonego, na zasadzie innych danych klinicznych, rozpoznania nie-

dostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej pochodzenia komorowego i służy tylko do wysubtelnienia rozpoznania, pomagając, mianowicie, do orzeczenia, czy i w jakim stopniu nastąpiło już dołączenie się wtórne niedostatecznej pracy przedsionka. Przeciwnie, stwierdzenie zupełnej niemiarowości krzywej żylniej wystarcza samo przez się, nawet w braku innych objawów klinicznych, do rozpoznania, że mamy do czynienia z niedostatecznością czynnościową zastawki trójdzielnej pochodzenia przedsionkowego, przyczem dalsze wysubtelnienie tego rozpoznania co do *ev.* wtórnego udziału prawej komory w powstaniu tej wady wogóle oraz co do stopnia tego udziału możliwem jest dopiero po zbadaniu serca zapomocą zwykłych sposobów klinicznych oraz rozpatrzeniu innych szczegółów wyglądu krzywej żylniej w danym przypadku. Z powyższego wynika też i zasadnicza różnica między wartością rokującą obu tych grup klinicznych. Przypadki niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej z tętnem żylnem miarowem prawidłowem oraz typu przedsionkowokomorowego mogą stosunkowo łatwo ulegać trwałej poprawie, jeżeli uda się przyjąć w porę z pomocą pracy komór sercowych. Przeciwnie, przypadki onawianej tu wady z tętnem zupełnie niemiarowem nawet typu przedsionkowokomorowego, jako zależne od stałych lub przemijających zmian anatomicznych w zatoce żylniej lub w przedsionkach, ulegają poprawie znacznie wolniej i tylko w pewnej części przypadków, przyczem łatwo występować mogą nawroty. Dlatego Hering sądził pierwotnie, że tętno zupełnie niemiarowe, skoro się tylko rozwinie, pozostaje już zjawiskiem stałem. Stąd też pierwotna nazwa tego zjawiska *pulsus irregularis perpetuus*, którą zastąpiono przez obecną (*arrythmia completa*) nazwę (jako ściśle odzwierciadlającą stan tętna, a nie co do trwałości tego zjawiska nie przesądzającą) dopiero gdy szereg spostrzeżeń klinicznych wykazał, że tętno zupełnie niemiarowe uleść też może w niektórych przypadkach mniej lub więcej trwałemu wyrównaniu. Dopiero w przypadkach z daleko posuniętem tętnem żylnem t. zw. komorowem, zwłaszcza przy jednolitej fali typu *sa+otr+tsr*, różnica między wartością rokującą tętna miarowego i zupełnie niemiarowego ulega zatarciu, gdyż rokowanie staje się tu i tam niepomyślnem. I tu może jednak zachodzić między nimi znaczna różnica: przy tętnie miarowem wymieniony typ krzywej żylniej może jeszcze być zjawiskiem przemijającym,

odpowiadającym najwyższym stopniom chwilowo wyczerpanej pracy serca, podczas, gdy przy tętnie zupełnie niemiarowym nastąpienie podobnego stopnia wyczerpania pracy komór sercowych zwiastuje już szybką śmierć niechybnie.

b) O ile, jak powyżej wykazaliśmy, samo stwierdzenie krzywej żyłnej zupełnie niemiarowej, nie powikłanej przez skurcze dodatkowe, jest równoznaczne z rozpoznaniem niedostateczności zastawki trójdzielnej pochodzenia przedsionkowego, o tyle postawienie ostateczne tego rozpoznania nie jest bynajmniej możliwym, jeżeli stwierdzamy na krzywej żyłnej zupełnie niemiarowej istnienie skurczów dodatkowych. Cały bowiem szereg badań, nagromadzonych w ciągu lat kilku, dowodzi, że tętno, zarówno tętnicze, jak i żyłne, może sprawiać wrażenie zupełnie niemiarowego wskutek występowania na niem w różnych odstępach czasu skurczów dodatkowych pochodzenia przedsionkowego lub komorowego. Występując często, lub będąc wtrąconymi (*interpoliert*), takie skurcze dodatkowe, których całe mnóstwo powstać może nawet w przypadkach przedenerwowania lub przemijającego przemęczenia serca, (Fahrenkamp) nie dają na krzywej żyłnej charakterystycznego dla skurczów dodatkowych powiększenia fali SA (= Heringa), pozwalającego od razu na ich rozpoznanie. Przeciwnie, powstając nieprawidłowo w różnych miejscach przedsionka (a więc pozamiejscowo, *heterotop*), takie skurcze dodatkowe mogą dawać na krzywej żyłnej zaledwie szczątkowe wzniesienia *sa*, a więc i minimalne wgłębienia *i* w różnych odstępach czasu. Powstając zaś w różnych miejscach komór podobne skurcze dodatkowe mogą dawać na krzywej żyłnej szereg fal wtórnych bez śladu zazębienia *sa* oraz wgłębienia *i*. Może to uprawniać do mylnego twierdzenia, że mamy do czynienia z zupełną niemiarowością tętna, czyli, w myśl powyższych wywodów, i z niedostatecznością czynnościową zastawki trójdzielnej pochodzenia pierwotnie przedsionkowego. Dla rozstrzygnięcia podobnej wątpliwości niezbędnym jest badanie pomocnicze zapomocą EKG. Potwierdza ono to ostateczne rozpoznanie, o ile wykrywa trzepotanie przedsionków.

III. Wnioski:

1. Normalny wygląd krzywej żyłnej nie zaprzecza rozpoznaniu nieznacznego stopnia niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej, stwierdzonej zapomocą innych objawów klinicznych, i udokładnia je przez wyja-

śnienie, że niedoskurcz prawego przedsionka nie bierze jeszcze w danym przypadku udziału w wytworzeniu tej wady.

2. Tak zwany typ przedsionkowokomorowy krzywej żyłnej potwierdza rozpoznanie kliniczne znaczniejszych stopni niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej oraz dowodzi, że niedoskurcz prawego przedsionka w powstaniu tego cierpienia udziału jeszcze nie bierze.

3. Sam brak wgłębienia *i* na krzywej żyłnej miarowej jest cechą patognomiczną wysokich stopni niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej pochodzenia komorowego, do którego dołączyło się wtórnie osłabienie prawego przedsionka. Daje to na początku krzywej żyłnej jednolitą falę *sa+otr*, oznaczaną dotąd przez innych autorów jako *c*, a patognomiczną dla t. zw. typu komorowego krzywej żyłnej.

4. W miarę jeszcze większego niedoskurczu komory, znika też na krzywej żyłnej zagłębienie *tc* i zostaje zastąpione przez odpowiednią linię, biegnącą pochyło ku górze. Wskutek tego, ze zlania się trzech zazębień krzywej żyłnej powstaje druga odmiana jej typu komorowego w kształcie jednolitej fali *sa+otr+tsv*. Cechuje ona najwyższe stopnie niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej pochodzenia pierwotnie komorowego, z wtórnym dołączeniem się niedoskurczu prawego przedsionka.

5. Przypadki niedostateczności zastawki trójdzielnej pochodzenia pierwotnie komorowego cechują się tętnem miarowym nawet w razach wtórnego ich powikłania przez dołączenie się niedoskurczu prawego przedsionka.

6. Krzywa żylna zupełnie niemiarowa jest zawsze patognomiczną dla niedostateczności czynnościowej zastawki trójdzielnej pochodzenia pierwotnie przedsionkowego, jeżeli nie jest powikłana przez skurcze dodatkowe. Dalsze szczegóły jej wyglądu zależą od stopnia wtórnego udziału komór w wytwarzaniu tej wady. Zorientowanie się w jego stopniu jest możliwe dopiero po rozpatrzeniu tych szczegółów i ich zestawieniu z wynikiem badania wysłuchowego i opukowego serca.

7. W razie obecności na krzywej żyłnej skurczów dodatkowych ostateczne rozpoznanie tętna zupełnie niemiarowego nie jest możliwe na zasadzie samej tylko krzywej żyłnej, lecz wymaga stwierdzenia zapomocą EKG trzepotania przedsionków.

22 listopad 1917 r.

PIŚMIENNICTWO.

Część jego, dotyczącą krzywej żylnej miarowej, znajdzie czytelnik w mej pracy, cytowanej w niniejszym spisie pod № 31-m. Poniżej przytoczam więc tylko piśmiennictwo, dotyczące zupełnej niemiarowości tętna. Jest ono pełne do lipca r. 1914; część zaś po tej dacie, z powodu wojny, zawiera niewątpliwie braki w stosunku do autorów francuskich i angielskich.

1) Arndt. J. Z. f. kl. Med. 1913. Bd. 78, p. 526. 2) Balint R. i Engel K. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 65. H. 3—4, p. 283, 1908. 3) Bard. Sem. méd. 1909, 3. II. 4) Berger. D. Arch. f. kl. Med. 1913, Bd. 112, p. 287. 5) Cade L. Presse méd. 1911, str. 870. 6) Castellino H. Tommasi. 1908, 10 novembre. 7) Cohn i Heart. Arch. of. int. med. 1913, № 11, h. 630. 8) Cushny A. R. The Journ. of Exp. Med. vol. XXI p. 213 — 230. 1897. 9) Emanuel. Brit. med. Journ. 1912, p. 263. 10) Fahrenkamp f. D. A. f. kl. Med. 1913, Bd. 112, p. 302. 11) Tenże. D. A. f. kl. Med. 1916, Bd. 86. 12) Frédéricq. Arch. int. de Phys. 1905, vol. II, p. 281. 13) Freund. D. Arch. f. kl. Med. 1912, Bd. 106, p. 1. 14) Gallavardin i Dumas. Lyon. Méd. 1913, № 7. 15) Gillet H. Soc. d. méd. de Paris. 1909. 27. XI., № 16. 16) Gossage A. Lancet 1909, 17. IV. 17) Grassman. Münch. med. W. 1913, p. 1597. 18) Hegler. D. med. W. 1912. № 38, p. 530. 19) Hering E. Prag. med. W. 1903. Jahrg. 28, Juli. 20) Hering E. Pflüger's Arch. Bd. 82, p. 1. 21) Tenże. Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1906. Bd. 23, p. 138. 22) Tenże. D. Arch. f. klin. Med. 1908. Bd. 94. H. 1 — 2, p. 185. 23) Tenże. D. Arch. f. klin. Med. 1908. Bd. 94. H. 1 — 2, p. 638. 24) Tenże. Prag. med. Woch 1913, № 38. 25) Hertz. Arch. d. mal. du cœur. 1914. № 2, p. 116. 26) Hirschfelder A. D. Bull. of Johns Hopkins Hosp. 1908. XI. 27) Hoffmann. Die paroxysmale Tachykardie. 1900. Wiesbaden. 28) Hornung. D. Arch. f. kl. Med. 1907. Bd. 91. H. 5—6, p. 469. 29) Janowski Wł. Metody badania serca. Warszawa 1910. 30) Tenże. Niemiarowość serca. Gaz. Lek. 1911. № 44—49. 31) Tenże. Prawidłowa nazwa i tłumaczenie części składowych normalnej krzywej żylnej. Gaz. Lek. 1918. 32) Tenże. Prawidłowa nazwa tonów i szmerów serca. Odczyty Kliniczne 1918, zeszyty 7, 8, 9 i 10. 33) Tenże. Przyczyny powstawa-

nia różnych typów zaburzeń w czynności serca. Now. Lek. 1919. 34) Jarisch. D. Arch. f. kl. Med. 1914. Bd. 115, p. 331. 35) Kaufmann u. Popper. D. A. f. klin. Med. 1912, Bd. 108. 36) Koch. D. med. W. 1909. № 10, p. 429. 37) Kure. D. Arch. f. kl. Med. 1912. Bd. 106, p. 33. 38) Laslett E. E. Heart. 1912, p. 265. 39) Tenże. Journ. of. exp. Med. 1912. Bd. 16, p. 395. 40) Leuret E. Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux. 11 déc. 1910. 41) Lewis Th. Heart. 1909, vol. I. № 1, p. 43. 42) Tenże. Heart. 1909, vol. I. № 2, p. 98. 43) Tenże. Heart. 1910, vol. I. № 3, p. 262. 44) Tenże. Heart. 1910, vol. I. № 4, p. 306. 45) Tenże. Journ. of. Med. 1911, № 5. 46) Tenże. Heart. 1912. v. 3, p. 161. 47) Lubieniecki. R. Wracz. 1912, № 49. 48) Mackenzie J. Journ. of. Path. 1894, v. 2. 49) Tenże. Die Lehre vom Puls. Frankf. a. M. 1904, p. 306. 50) Magnus-Alsleben E. D. A. f. kl. Med. 1909. Bd. 96. H. 3—4, p. 346. 51) Tenże. Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1911. Bd. 9, p. 212. 52) Maixner E. Sbor. Klin. 1902, v. III (Zentralbl. f. inn. Med. 1902, p. 958). 53) Nadel. Wien. klin. Rundschau 1914, № 1. 54) Neuman. D. A. f. kl. Med. 1914. Bd. 114, p. 484. 55) Pezzi i Clerc. Soc. de biol. 1913, 25. I. 56) Putzig. Z. f. exp. Path. u. Ther. 1914, Bd. 15, p. 115. 57) Reckzetz. Arch. Med. 1913, № III, p. 147. 58) Rihl J. Prager Med. W. 1906. 13 i Z. f. exp. Path. u. Ther. 1906. Bd. III. 2. p. 274. 59) Tenże. Z. f. exp. Path. u. Ther. 1913, Bd. XII. 303. 60) Z. f. exp. Path. u. Ther. 1913. Bd. XIII. 461. 61) Ritschie. Quart. Journ. of med. 1912, v. 6, p. 47. 62) Romeis D. Arch. Med. 1914. Bd. 114, p. 580. 63) Rose U. Berl. klin. Wochenschr. 1901, № 27 — 28. 64) Rothberger C. J. i H. Winterberg. Wien kl. W. 1909. № 24, p. 839. 65) Schmoll. Amer. Journ. of the Med. Sc. XI. 1908. 66) Schönberg S. Ueber Veränderung im Sinusgebiet des Herzens bei chron. Arrhythmie. Inaug. Diss. Wiesbaden. 1908 i Frankf. Z. f. Path. 1908. Bd. II. H. I. 67) Tenże. Frankf. Z. f. Path. 1909. Bd. II. H. 4. 68) Sovini. Arch. des maladies du cœur. 1912. № 11—12. 69) Simonowicz. Russkij Wracz. 1914, № 13, str. 512. 70) Stuart. Heart. 1912 r. IV. p. 128. 71) Vaquez H. Arch. f. Anat. u. Phys. 1903.

O D C I N E K.

Jak się rozwijało mianownictwo lekarskie polskie.

Podał

Fr. Giedroyc.

(Dokończenie—patrz № 19).

Gustaw Fritsche (Medycyna, 1881), mówiąc o słownictwie t. zw. krakowskim, zadaje sobie dwa pytania i na oba odpowiada prze-

czając: „1) Czy wogóle jest możliwem usunięcie z naszego języka wszystkich wyrazów, zdradzających obce pochodzenie i 2) Czy ta-

ka puryfikacja jest potrzebna i co właściwie na tem zyskamy"? A dalej twierdzi, że chociażbyśmy najdłużej używali przez siebie „ukutych” wyrazów, nie wejdą one nigdy do literatury ogólnej. Markiewicz jeszcze przedtem (Medycyna, 1873, str. 665) wystąpił przeciwko „ultra — swojszczyźnie” krakowskiej i wiele mian przez nią wprowadzonych nazwał „cudactwami”. Przewidywania Fritschego niezupełnie się sprawdziły, sporo zaś „dziwactw”, wytkniętych przez Markiewicza, dziś jest w powszechnem użyciu.

Protesty przeciwko „nowinkom krakowskim” uzasadnione rzeczowo i poparte przykładami dobrymi powściągały jednostronne zapędy. Natomiast pozostawały płonnymi zarzuty takich przeciwników, jak np. Rosé, który używał wyrażen: „skoro tylko skończyła się *systola*”, „w czasie *diastoli*” — i to w tej samej pracy¹⁾, w której na wstępie nie omieszczał zastrzeżeń przeciwko „zbyt niemu puryzmowi”. Używanie *systoli* i *diastoli* mogło zniechęć raczej do języka autora, niż do puryzmu.

Liczni jeszcze autorowie poruszali przy sposobności sprawę mianownictwa. Nie będziemy wszakże przytaczać wszystkich głosów. Wystarczy zaznaczyć, że lekarze warszawscy bądź za pośrednictwem swego Towarzystwa, bądź pojedynczo wypowiadali się przeważnie jako przeciwnicy „przesadnej” polonizacji słownictwa lekarskiego.

Powszechnym niemal motywem było zdanie Jana Śniadeckiego, że „lepszy jest rzadko użyty ale harmoniczny i powszechnie zrozumiały obcy wyraz, niż niedorzeczna polszczyzna”. Niektóre zresztą nazwy obce z biegiem czasu tak dalece wsiąkły w mowę rodzimą, że wypadałoby je usunąć chyba tylko wtedy, gdyby na ich miejsce znalazły się niewątpliwie lepsze czy to wśród nazw swojskich zapomnianych, czy wśród nowoutworzonych. Ten sam przywilej należy przyznać wyrazom, wspólnym dziś całemu światu wykształconemu, zrodzonym w kulturze chrześcijańskiej lub humanizmie. Inaczej się rzecz ma z naleciałościami świeżej daty, albo w razie potrzeby nadania miana wynikom nowych odkryć lub zasadniczych zmian w pojęciach naukowych. Trzeba jednak stale przestrzegać zasady, że nowa nazwa powinna być nie poznaczona, ale na prawdę polska, bo nie godzi się przecież, wpleniając stare chwasty, zasiewać nowe, bodaj że gorsze.

Nie bacząc na opór niechętnych, lekarze krakowscy stale i niezachwianie kroczyli po drodze, przez Majera i Skobla wskazanej, i bądź w organie swoim „Przeglądzie lekarskim”, bądź też w książkach utrwalali nazwy nowe. Tej właśnie wytrwałości i wogóle pieczy o język lekarski polski zawdzięczamy, że mianownictwo nasze stopniowo opuszczało bezdroża, na których się znalazło z chwilą wyrzeczenia się łaciny. Oczywiście i Kraków musiał niekiedy ustąpić, i Warszawa uznała,

że należy zaniechać „popierania powodzi obcych wyrazów, zalewających pisma nakszalt licznymi wyrobami zagranicznymi, zalegającymi nasze rynki”. (Matlakowski). Słowem, doszło do porozumienia. Zdarzają się jeszcze w dalszym ciągu różnice, zależne od dobrej lub złej woli jednostek, ale już nie tak rażące, ostatni zaś słownik krakowski (1905 r.) stał się doskonałym przewodnikiem dla obu dotychczas zwalczających się obozów.

Jeszcze raz „Przegląd lekarski” (1897 r., str. 554) wypowiedział zwięzłe i trafne zdanie swoje o nowych nazwach: „Często słyszą się skargi — pisał — na zbytnią, niepożyteczną a nawet szkodliwą gorliwość w tworzeniu naukowych wyrazów polskich, w czem piśmiennictwo lekarskie ma rzekomo przewodniczyć... Nie zamierzamy ze stanowiska zasadniczego rozprawiać o tej rzeczy: język siłą swych praw organicznych rozwija się, doskonalą i dojrzewa; wcieli on w siebie tylko te wyrazy, które odpowiadają jego duchowej przyrodzie pod względem etymologicznym, fonetycznym i logicznym, wszystkie zaś obce jego duchowi wydali i pozbędzie się... Nie twórzmy więc dziwologów językowych, nie usiłujmy robieniem wyrazownictwem wyprzedzać za każdą cenę postępowy rozwój ducha narodu, bo język z umysłowością rozwija się równolegle w miarowym stosunku; ale nie występujemy z zasady przeciw nowym wyrazom, gdy są dobre, chociaż nowe, gdyż swojska myśl wymaga i swojskiego kształtu”.

Główne prace około zaprowadzenia ładu i jedności w mianownictwie lekarskiem polskim były prowadzone zbiorowo. Nie zbywało atoli na usiłowaniach pojedynczych pisarzy, biorących się do tworzenia nazw szczególnych. Ci przygodni współpracownicy stawiali się częstokroć „współprzeszkodnikami¹⁾” i zamiast pomocy, przysparzali zamęt. A co dziwniejsza, pomiędzy nimi znajdowali się tacy, którzy wzywali do utrzymania stanu rzeczy i głosowali przeciwko wprowadzaniu nazw nowych. W „komitecie terminologicznym” warszawskim, członek jego, Ludwik Natanson nosił żartobliwe miano „kowała komitetu”, dane mu za jego popęd do „kucia” nazw nowych. Gdyby nawet akta komitetu nie przechowały nam tej wskazówki, łatwo byłoby dostrzedz dążności nowatorskie Natansona w pismach, zarówno jego własnych, jak przez niego redagowanych. Napotykalmy w nich nazwy, których w aktach komitetu brak, a więc które nie były tam rozpatrywane, albo były odrzucone. Antoni Kryszka, lubo także nieprzyjaciel nowości, miewał również pomysły własne, ale przynajmniej starał się je usprawiedliwić, kiedy inni niewiedomo, czem się kierowali. Niekiedy wszakże można wskazać, w jaki sposób schodzono na manowce. Oto kilka przykładów.

Trudno winić pisarzy polskich za dzi-

¹⁾ Józef Konstanty Rosé. Diagnostyka fizyczna chorób płuc i serca. Warszawa, 1860.

¹⁾ Przeszkodnikami nazywali dawniej bracia cechowi rzemieślników niecechowych, złe robotę wykonujących i niestusznie ściągających na cech wyrzekania.

waczone nazwy w rodzaju: *piękne mięso, drzewo życia, pyszczek lina, grzebień kogucia*¹⁾ i wiele innych. Są to dosłowne przekłady nazw dawnych, przeważnie średniowiecznych, już w oryginale niedorzecznych. Bywało gorzej, kiedy zamiast wnikać w istotę pojęcia, niewolniczo tłómaczyli nazwę obcą. Przez czas długi, jeszcze do niedawna, pokutował w piśmiennictwie polskim: *szmer djabli* lub *szmer mniszek*²⁾. Pierwsza nazwa jest żywcem wzięta z języka francuskiego, druga — z niemieckiego, ale we Francji i w Niemczech nie mają one nic wspólnego z djabłem i mniszkami, tylko oznaczają zabawkę dzieciinną (frygę, baka), która, puszczona w ruch, wydaje odgłos buczenia. Podobnież bezimienny autor, pisząc³⁾ o bólach, doznawanych niekiedy przez dzieci w okresie wzrastania, a zwanych po niemiecku „Wachsveh“, przezwiał je niby po polsku — *woskoból*. Nazwa i nie polska, i niedorzeczna.

Jędrzej Krupiński chciał spolszczyć łacińskie *mediastinum*. Przypomniałszy sobie czy też wyczytawszy w słowniku: *mediastinus* = sługa, stróż domowy, nazwał międzykrocze *parobkiem*. Michał Zieleniewski,⁴⁾ wyliczając rodzaje chorób, widzianych przez siebie w r. 1871 w Krynicy, chciał *syphilis* nazwać po polsku, a że snadź ani warszawski *przymiot*, ani krakowska *kila* nie zadowalały go, zajrzał do słownika, znalazł tam: *kila* = *ruptura* i, nie zastanawiając się dłużej, wpadł w łatwą w tym razie do uniknięcia pomyłkę, pisał bowiem o rupturze drugorzędnej, trzeciorzędnej (*syphilis secundaria, tertiaria*). H. Pacanowski⁵⁾ tłumaczy nazwę niemiecką *Platzfurcht* przez *obawę miejsca*, chociaż „Platz“ nie oznacza tu „miejsce“, czego powinien był domyślić się z przytoczonej przez siebie nazwy greckiej (*agoraphobia*), gdyby nawet nie wiedział, na czym polega choroba.

Powszechnie mówią o *kolce wątrobowej*,⁶⁾ *kolce macicznej*, chociaż *kolka* (*colica*), pochodzi od кишки, *colon* zwanej, i oznacza ból w niej. Autor bezimienny pamiętał, że *pokrątki*⁷⁾ mają coś wspólnego z nerkami, a że z samej nazwy wynika coś krętego, więc łacińskie *tubuli contorti* (*renum*) przezwiał *pokrątkami*. W r. 1863 spotykam: *po-*

krątek = glomerulus, a u St. Janikowskiego (w słowniku): *pokrątkowy* = contortus. Podobieństwo dźwiękowe zrodziło jeszcze jedną nazwę dziwaczną: *wiewiór* z wiewiórką, chociaż brzmią bardzo podobnie, nie mają z sobą nic wspólnego, a przecież w „Nowinach lekarskich“ (1893) zjawily się *dwoinki wiewiórkowe* (Neissera). Ten sam *wiewiór* (miano wogóle niezbyt udatne¹⁾ stał się powodem innego błędu. Piszący pamiętali, że nazwa ta służy jakiemuś cierpieniu wenerycznemu, ale nie zbadawszy którego, przezywali *wiewiorem* wrzód weneryczny, owrzedzenie pierwotne przymiotowe, przymiot, wreszcie rzeżączkę. Dwie nazwy: *zalupek* i *niezalupek* mają wprost sobie przeciwne znaczenie, a jednak równie pierwsza, jak druga bywają używane jako *phimosi*, to znowu jako *paraphimosi*.

Najliczniejszą może grupę nazw błędnych, szpecących mianownictwo nasze, stanowią zlepki pozornie polskie. Spodobał się niektórym lekarzom niemiecki, zaiste prosty sposób tworzenia nazw w rodzaju *Buchstabenzusammenfügungszentrum* i przenieśli go do języka polskiego, nie licząc się z jego duchem. I oto mamy: *żółdkosokotok, znaczek* (ma być *recepta*, t. j. kartka znacząca czyli przeznaczająca leki), a nawet *kuchniopiec* (w jednym z roczników „Zdrowia“). Ludwik Natanson poszedł jeszcze dalej, bo łączył dwa wyrazy bez żadnej zmiany i pisał np. *krwikrążki, płuczapalenie*.

Chcąc, aby ich pomysły były zrozumiałe, twórcy nazw nowych musieli oczywiście dołączać do nich objaśnienia, najczęściej nazwę obcą w nawiasie lub odsyłaczu. Sposób ten, doprowadzony do przesady, przeistoczył się, rzecz można, w jakąś manję: nawiasy z objaśnieniem już nie tylko nazw nowych, lecz starych, zrozumiałych, pstrzął całe stronicę²⁾ np.: *zaparcie stolca* (obstipatio), *pokrzywka* (urticaria), *tętnica* (arteria), *środki domowe* (Hausmittel). Winc. Szczucki), *naczynia rozszerzone* (ektatyczne! Medycyna, 1899).

Zakochani we własnych lub upodobałych nazwach, nie cieszących się uznaniem ogółu, w obronie ich wymagali od redaktorów i wydawców poszanowania dla mianownictwa autorów. I oto widzimy nie tylko mianownictwa lekarskie różnych miast Polski, ale różnych redakcyi, ba! nawet, różnych pisarzy.

Przykładu mianownictwa dzielnicowego dostarcza Oskar Widmann, który we wstępie do „Chorób serca i większych pni naczyniowych“ (Warszawa, 1894) mówi: „Dla autora, piszącego dzieło w języku polskim, jest rzeczą bardzo przykrą, że terminologia i ponieważ pisownia nie jest jednolitą. Jestem wychowancem Szkoły Krakowskiej i trudno mi

¹⁾ Nazwy z anatomii ciała ludzkiego.

²⁾ Nazwę „bruit de diable“ wprowadził Bouillaud. „Nonnengeräusch“—Skoda dla oznaczenia szmeru, dającego się słyszeć w żylach szyi u niedokrwi-
stych. Nasi tłómacze objaśniali drugą nazwę tem, że mniszki zebrane na wspólną modlitwę cichą, szeptem swoim sprawiają szmer, przypominający buczenie choro-
bliwe w żylach; inni zaś utrzymywali, że mniszki, skutkiem zamkniętego i surowego życia, zapadają czę-
sto na niedokrwiistość. Z „djabłem“ była trudniejsza
sprawa, więc go nie ruszano i przyjęto nazwę w do-
brej wierze, że ten, kto ją wymyślił, miał snadź do
tego podstawę.

³⁾ Przegląd postępu nauk lekarskich. Rok szó-
sty, str. 586

⁴⁾ Gazeta lekarska, t. XIII, str. 448.

⁵⁾ Kronika lekarska, 1886, str. 577.

⁶⁾ Popelniając przytem błąd podwójny, bo właści-
wiej byłoby powiedzieć: wątrobiania.

⁷⁾ Pokrątki = nerki.

¹⁾ Poeta z w. XVII, Wacław Potocki *wiewiorem* z-
wie samca wiewiórki. Należy przyznać, że w żarcie
lepiej utrafił, niż lekarze.

²⁾ Dla przykładu p. Girsztowta: chirurgija ogół-
na i szczególowa (1870), odczyty i spostrzeżenia chi-
rurgiczne (1869).

było, muszę to wyznać, zgodzić się w całości na pisownię i terminologię warszawską; ponieważ jednak dzieło w Warszawie się wydaje, przeto zgodziłem się na to".—Mianownictwo redakcyjne posiadało prawie każde czasopismo lekarskie. Na protest Kremera przeciwko zmianom, dokonany w jego artykule, wydrukowanym w „Tygodniku lekarskim”, redaktor Natanson odpowiedział, że „Tygodnik” przeprowadza stale mianownictwo własne. Redakcja „Nowin lekarskich” (1895, str. 48), nie zmieniając w artykule nazwy *bielica*, użytej przez autora, dodała w przypisku: „Leucaemia w słownictwie Nowin lekarskich wyraża się przez *białaczka*".—Na zarzuty, skierowane do „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego”, Chałubiński odpowiedział, że „cytaty nie mogą być co do nomenklatury zmieniane, bo nomenklatura, będąc własnością osobistą autorów, naruszoną być nie powinna”. „Medycyna” (1873, str. 693), drukując artykuł Stanisława Markiewicza, zaznaczyła w odsyłacz: „Na żądanie autora słownictwo *jego* pozostawiamy bez zmiany”. Takich przykładów możnaby zebrać bez liku.

Mówiliśmy dotąd o tworzeniu lub wprowadzaniu pewnych nazw do mianownictwa, ale zdarzały się także żądania wręcz przeciwnie, wypływające z błędnych, nawet śmiesznych pobudek. Autor „*Compendii medici aucti*” (1715, str. 15) wypowiada w słowniczku zdanie, że „*priapismus, satyriasis* są choroby, których nie należy po polsku wyłożyć”, kieruje się więc względami moralności. E. S. Kortowicz (nie lekarz)¹⁾ twierdzi że „lepiej mówić *lecznik*, aniżeli *lekarz*, ponieważ wyraz *lekarz*, wymówiony w obecności Niemców, jest obrzydły i nieobyczajny”. Powinienby był postarać się również o usunięcie ze słownictwa innych narodów tych wyrazów, które, wymówione wobec Polaków, „są obrzydłe i nieobyczajne”. Kto inny znowu radzi wyrzec się *jagodówki*, ponieważ może nasuwać myśl o nalewce jagodowej. Czytaliśmy wreszcie protest przeciwko jakiejś nazwie z tego powodu, że używają jej w swoim rzemiośle rzeźnicy. Osobliwy arystokratyzm zawodowy, nieznany dawnym pisarzom! Już Ursinus łacińskie *tarsus* nazwał z szewcka *przyszwą*, od szewców również mamy w anatomii *podeszwę*, a dalej idąc: przedsionek, komora, beleczka, kolumna, klatka, sieć, most, rów, deska, namiot, trąba, bębenek, siodło, zraz, grasica, sprycha, wędzidło, kowadło, wrzeczono i wiele innych. Jaka tu różnorodność zawodów i rzemiosł! Jeżeli wyraz jest dobry i trafnie myśl oddaje, to cóż szkodzi, że go wcześniej użył Bartek z Wólki, rzeźnik w jatce, lub szewc w swoim warsztacie?

* * *

Tak oto w krótkim zarysie wyglądają zabiegi około wprowadzenia mianownictwa

swojskiego do nauki a zarazem do piśmienictwa lekarskiego polskiego.

Potrzebę wyzwolenia się z pęt łaciny uznawano nie tylko u nas. Prąd narodowy, który zapanował w polityce wszystkich krajów cywilizowanych, ogarnął również słownictwo naukowe. Nie wszędzie jednak równie łatwo poważna, ale już niewygodna, toga rzymska dawała się zastąpić strojem narodowym. W językach romańskich, spokrewnionych z łaciną, niekiedy drobne zmiany wystarczały już do nadania nazwie cech swojskości. Języki słowiańskie i germańskie miały zaćkanie trudniejsze. Próbowaly i one pomienionego sposobu, ale z pod swojskiej maski zbyt jaskrawo wyzierała cudzoziemszczyzna. Niemcy, którzy może najwięcej zajmowali się mianownictwem lekarskim, a szczególnie oczyszczeniem go z naleciałości obcych, do dziś dnia trzymają się najłatwiejszego sposobu, jakóż język ich lekarski roi się od greki i łaciny o końcówkach niemieckich.

Jakimi drogami myśmy dążyli ku zamierzonemu celowi, widać z powyższego rysu. Czy osiągnęliśmy ów cel, czy posiadamy już mianownictwo swojskie pod względem językowym, a przytem dla wszystkich lekarzy zrozumiałe i przez wszystkich przyjęte, słowem, odpowiadające swojemu przeznaczeniu? Niestety! nie. Zachodzi tedy potrzeba dalszej w tym celu pracy. Słownik języka wogóle, jak i jego gałęzi, nigdy nie może być uważany za skończony, wciąż bowiem przybywają nowe wyrazy, a stare zmieniają znaczenie. Tembardziej zaś nie możemy po czytywać słownictwa lekarskiego polskiego za dzieło skończone i doskonałe, skoro dotychczas jeszcze lekarz, piszący po polsku, aby być zrozumianym przez czytelnika polaka, uznaje za konieczne, obok nazw polskich, dawać w nawiasie cudzoziemskie. Dowodzi to, że ustalonego mianownictwa jeszcze nie mamy i że opracowanie jego stanowi zadanie przyszłości.

Jakież są wady naszego obecnego słownictwa lekarskiego, stojące na przeszkodzie przyjęciu przez wszystkich piszących po polsku?

Przedewszystkiem brak nam poprostu wielu nazw i trzeba je zastępować omówieniami. Już Syreński się skarżył: „Arteryi, to jest żyła pulsowej utworzonej, Grekowie *aneurisma* zowią, my tego jednym słowem wyrzec nie możemy”. Cóżby napisał dziś, kiedy np. zamiast krótko *atticoantrotomia* musimy mówić: otworzenie jamy wyrostka sutkowego i uchylka jamy bębenkowej, albo zamiast *hypopyon* — „zebranie się ropy w przedniej komórce oka”? Wprawdzie takiemu uproszczeniu i skróceniu nazw zawadzają często właściwości naszego języka, ale i w tym zakresie coś niecoś już zrobiono, lub się robi¹⁾. Czy zawsze szczęśliwie, to rzecz inna.

¹⁾ E. S. Kortowicz. Oczyszciciel mowy polskiej czyli słownik obcośłów. Poznań, 1891. Sam nagłówek dostatecznie określa dziwaczną treść broszury.

¹⁾ Np. A. Czyżewicz. (Przegląd lek. 1893, str. 565) zamiast powiedzieć: „po przecięciu pępowiny”, „po rozłączeniu noworodka od matki, od łożyska”, mówi wprost: p o d p ę p n i e n i u.

Posiadamy szereg mian, nawet nowych, które niedokładnie, nieściśle, a nawet błędnie określają rzecz, której mają służyć, albo też wcale i to w niczym nie charakteryzują jej i mogłyby być z równą słuszością przeniesione na rzecz inną. Angielski filozof Mill powiedział: „Wartość systemu nazw polega na tem, że udzielają jaknajwięcej informacji temu, który z rzeczami już oznajomiony, pomagają przywołać do pamięci jaknajwiększą część jego wiedzy, podczas gdy ten, który nie zna przedmiotu, przez samo wymówienie nazwy dowiaduje się tyle o rzeczy, ile dany przypadek na to pozwala”¹⁾. Jest to żądanie słuszne, ale też nieraz bardzo ciężkie do przeprowadzenia, zwłaszcza w mianownictwie zawodowym, od którego trudno wymagać, żeby każda nazwa nawet niewtajemniczonemu dawała chociażby zasadnicze pojęcie o rzeczy; wystarczy, jeżeli uwydatni chociaż jedną z cech najwybitniejszych.

Do tego szeregu należą także miana, nadawane od nazwisk uczonych. Rzecz to chwalebna oddawać cześć zasłużonym, byleby bez szkody dla mianownictwa; a właśnie nadmiar nazw takich wyrządza mu krzywdę. Jest to zresztą wspólna wada powszechnego, nie tylko polskiego, mianownictwa.

Drugą wadą wspólną jest obecność mian, które Zygmunt Kramsztyk sprawiedliwie przeważał „falszywemi”, jak np. *żółta plamka*, która nie jest ani plamką, ani żółtą.

Nie każdego jednak rażą nawet takie niedorzeczności. Teodor Dunin w toku sporu o pewną nazwę powiedział²⁾, że „wogóle nie wielką do nazw przywiązuje wagę”. Józef Frank³⁾ używa nazwy *koklusz*, ponieważ „ten, nic zgola nie oznaczając, nie ciągnie żadnego za sobą mylnego o rzeczy wyobrażenia”. „I cóż, pytam — pisze — zyskaliby chorzy, gdybym wyraz *koklusz* zamienił na inny jakikolwiek?”. „Zaiste — twierdzi Jan Rompalski⁴⁾ — zmiana nazwy chorób nie wpływa wcale na postęp nauki, ani też do trafniejszego leczenia klucza nie podaje”. Tegoż zdania jest Józef Konstanty Rosé⁵⁾: „Jaka etymologia — pisze — jakie znaczenie wyrazu *krup*, niewiadomo, ale mniejsza też i o to. Im mniej nazwisko przesądza o istocie przedmiotów, które ma oznaczać, tem jest lepszym, a z tego powodu policzyć należy *krup* do rzędu nazw najwłaściwszych i najlepszych”.

Widzimy dalej, że niektóre nazwy są przestarzałe. Były one może dobre, kiedy je tworzono, dziś wszakże, wobec zmiany pojęć, przestały być odpowiedniami⁶⁾. Trzeba,

jak powiedział ktoś, z naszego mianownictwa „wymieść śmiecie, wyrzucić rupiecie”. Wypadałoby jednak dokonać tego oględnie, a nawet przywrócić ze czcią niektóre nazwy stare, lepsze niekiedy od nowoutworzonych.

Niektóre rzeczy lub zjawiska noszą zbyt dużo nazw. Dowodzi to bogactwa mianownictwa, urozmaica styl i ułatwia pisanie. Nie podzielimy przeto zdania tych, którzy żądają, aby każdej rzeczy przysługiwała wyłącznie jedna nazwa. Należałoby tylko z szeregu równoznaczników wybrać i pozostawić odpowiadające warunkom dobrego miana, resztę zaś przekazać historii.

Istnieje następnie szereg nazw o znaczeniu nieustalonym, skutkiem czego, gdy jeden piszący oznacza niemi jakąś rzecz, inny źle go rozumie, bo sam nadaje tę nazwę czemu innemu. Wogóle byłoby pożądanem, aby pewna nazwa służyła wyłącznie jednej rzeczy¹⁾.

Wreszcie za dużo mamy nazw obcych. Trudno nie powtórzyć tutaj, co Aleksander Brückner pisze²⁾ o mowie polskiej wogóle, a co z większą jeszcze słuszością da się odnieść do mianownictwa lekarskiego. „Z rzeczami obcemi i nowemi — mówi on — przywłaszczamy sobie bezkarnie i nazwy ich obce i niewiele temu można zarzucić — do pewnej jednak granicy. Należy baczyć, aby tego towaru przywoźnego nie było zanadto, aby nie cierpiało przytem słownictwo własne, aby go nie zagłuszały czy nie zatłumiały słowa obce. Tej granicy myśmy, niestety, nigdy nie przestrzegali, a skutek tego ten, że miewamy dla najprostszych rzeczy ze cztery wyrazy, coż z tego, kiedy wszystkie obce... Myśmy wrota językowe na zachód i wschód gościnnie otworzyli i przybłędów zewsząd, Niemców, Romanów, Czechów, Rusinów, Tatarów, z najdotkliwszym własnym uszczerbkiem gościnie przyjęli; dla nich wydziedziczyliśmy i wyrzuciliśmy, co było nasze, nieraz o wiele piękniejsze i lepsze; bez żalu i wstydu o niem zapomnieliśmy doszczetnie, zastąpiwszy je bez myśli i potrzeby wyrazami postronnymi tylko dlatego, że był na nie jakby popyt jakiś”. A przecież jeszcze Andrzej Maksymilian Fredro pouczał, że działa się to i dzieje bez potrzeby, bo „Weź jeno trochę namysłu przed się nieznający dobra twego, Polaku, a poradź się z uwagą, nie tylkoć dostarczy, ale zbywać nadto będzie słów polskich i wyboru”, Sien-
nik zaś tę samą myśl wyraził, mając na względzie głównie naukę lekarską: „Mowa polska rzecz każdą umie mianować bez pomocy sąsieckiej, i rychlej ona rady doda sąsiadom, niż jej od nich potrzebować będzie”.

Nakoniec w mianownictwie naszym znajduje się sporo nazw, które na pozór brzmią swojsko, w istocie zaś nie odpowiadają duchowi języka, nie zgadzają się z jego prawami budowy wyrazów, a nieraz i z zasadami gramatyki.

¹⁾ W przekładzie Adolfa Dygasińskiego.

²⁾ Medycyna, VI, str. 431.

³⁾ Dziennik medycyny, chirurgii i farmacji. Wilno, t. I, str. 374.

⁴⁾ Tygodnik lekarski, 1849, str. 62.

⁵⁾ Wykład patologii i terapii narzędzi oddechowych. Warszawa, 1868, część I.

⁶⁾ Zarzut ten oczywiście może obciążać tylko takie miana, które zawierają w sobie jakieś dalsze lub ściślejsze określenie istoty przedmiotu lub sprawy, którym służą.

¹⁾ Oczywiście niepodobna stosować tej zasady do całego języka; chodzi tylko o mianownictwo zawodowe.

²⁾ „Walka o język”. Lwów, r. 1917.

Słownictwo, czy to ogólne, czy też zawodowe wymaga co czas jakiś uzupełnień, język bowiem musi tworzyć do nowych rzeczy nowe nazwy. Przedewszystkiem atoli trzeba poprawić, co już istnieje. Wypadnie więc wziąć się jeszcze do surowej oceny całego zasobu obecnego, łącznie z nowymi pomysła-

mi, i do ułożenia takiego mianownictwa, któreby czyniło zadość wymaganiom czystej polszczyzny, a zarazem ścisłości naukowej. Dopiero takie mianownictwo można będzie narzucić ogółowi, czyli żądać, przynajmniej od piszących, aby tego, nie zaś innego słownictwa używali.

Dział sprawozdawczy.

10. J. Babiński i J. Froment. Zaburzenia fizyopatyczne przyrody odruchowej — skojarzenie z histerią i postępowanie wojskowelekarskie.

Autorowie powołują się na książkę, wydaną przez nich przed kilku miesiącami (*Hystérie, Pitiathisme et troubles nerveux d'ordre reflexe en neurologie de guerre*), gdzie wykazali, że wśród czynnościowych zaburzeń, będących następstwem urazów wojennych, rozróżniać należy 2 grupy: pierwsza obejmuje zaburzenia natury „pitiatycznej” z objawami, dającymi się odtworzyć zapomocą woli, druga zaburzenia o charakterze przedmiotowym, od woli niezależne.

Opierając się na dopiero co wspomnianych zapatrywaniach, zebranie przedstawicieli „centrów neurologicznych”, odbyte w kwietniu i grudniu 1916 r., wyniosły prawie jednomyślne rezolucye w tym sensie, że zaburzenia nerwowe, kwalifikowane wprawdzie jako czynnościowe, lecz łączące się z objawami fizyopatycznymi, w pewnych przypadkach stanowić mogą powód dostateczny do wydania urlopu lub uwolnienia na czas pewien od służby wojskowej. Otóż uchwały owe stały się niestety punktem wyjścia różnych nieporozumień, dzięki którym niektórzy lekarze wojskowi uwalniają żołnierzy, dotkniętych ruchowymi zaburzeniami urazowymi, o charakterze przeważnie lub wyłącznie pitiatycznym, dającymi się uleczyć w jaknajkrótszym czasie zapomocą psychoterapii lub psychofizjoterapii. Wobec tego autorowie raz jeszcze przypominają objawy fizyopatyczne, na które wola chorego bezpośredniego wpływu nie wywiera. Są to: zaniki mięśniowe, hypotonia, zaburzenia naczynioworuchowe, wzmożona mechaniczna pobudliwość mięśni, z powolnemi drganiami, hyperhydroza, wzmożona pobudliwość ścięgien, nieraz w połączeniu z przykurczeniami włókien i ścięgien z obrzękiem stawów, zwłaszcza w palcach, oraz z odwapnieniem kości. Wszystko to zdaje się pozostawać w pewnym pokrewieństwie z zanikami mięśniowymi, występującymi po obrażeniach kości i stawów, opisywanymi przez Charcota i Vulpiana i nazwanymi przez nich zaburzeniami odruchowymi. Ci sami autorowie wyrazili przypuszczenie, że zdarzające się zwykle w takich stanach zaburzenia ruchowe noszą przynajmniej w znacznej części podobny charakter. Jednakże w sprawie tej nie osiągnięto jeszcze zupełnej jednomyślności i są

neurologrzy, widzący w nich objawy historyczne, uważający zaś zboczenia fizyopatyczne poprostu tylko za następstwo unieruchomienia. Ze to ostatnie nie zawsze jest tu winne, o tem dobrze już przecież wiedział Charcot, który widywał rozwijanie się amyotrofii przy obrażeniach stawowych po immobilizacji za ledwie parodniowej, a zwracali też na to uwagę Souques i Clovis Vincent, którzy obserwowali dalszy rozwój zaników mięśniowych i zboczeń naczynioruchowych w podobnych okolicznościach, pomimo czynnej i długotrwałej mobilizacji. Podobnie autorowie przekonali się, że niektóre przykurczenia czynnościowe wiotczą dopiero w głębokiem uśpieniu chloroformowem, trwając jeszcze w okresie, w którym już niema spojówkowych odruchów i w którym uklucie żadnego odczynu nie wywołuje, oraz wracając mniej więcej z odruchami ścięgowymi na 20 — 25 minut przed pierwszymi oznakami świadomości. Tak więc za objaw historyczny wszystkiego tego uważać nie można, z czego przecież wcale nie wynika, żeby zboczenia tego rzędu miały być koniecznie nieuleczalne. Często zresztą miewamy tu do czynienia z kombinacją zaburzeń historycznych i fizyopatycznych. Co się tyczy mechanizmu, dzięki któremu wytwarzają się owe kombinacje, to autorowie zdają się przychylić do zdania, wypowiedzianego przez Claude'a z racji przykurczeń, a mianowicie, że początkowo podobne zboczenia posiadają charakter odruchu, wywołanego przez obrażenie nerwu lub chęć pacjenta przybrania ustawienia obronnego (*attitude de défense*) które to ustawienie ustala się następnie za pośrednictwem psychologicznego mechanizmu o charakterze historycznym. Trwanie okresu, w którym przykurczenie posiada właśnie ów odruchowy, niezależny od woli, charakter bywa niekiedy długie: rok i więcej. Jednakże przypadki takie zdają się zdarzać nieczęsto, a wóczas nawet możliwe jeszcze bywa przejście objawu fizyopatycznego w objaw historyczny, dający się usunąć drogą właściwej psychoterapii.

Z tego wynika, że rannych, dotkniętych podobnemi zaburzeniami czynnościowemi, przed powzięciem jakiegokolwiek decyzji co do ich dalszego losu, należy poddać dokładnemu i przez czas dłuższy trwającemu badaniu w jednym z neurologicznych centrów, próbując jednocześnie psychoterapii i odpowiednich metod fizyoterapeutycznych. W ten

sposób dobre wyniki otrzymywali w Salins Roussy Boisseau i d'Olesnitz, stosując metodę psychoterapeutyczną t. n. przynaglona (*brusquée*), z drugiej strony zaś metody reedukacyjne i trenowanie.

(*Presse Méd.* 1917. № 38, 1917) ¹⁾.

S. T.

11. Charles Cameron. Nerwowy niepokój osesków jako przeszkoda do karmienia piersią.

Główną przyczyną nieudawania się karmienia piersią ze strony matki bywa nieodpowiedni rozwój brodawki sutkowej, często jednak przyczyny niepowodzenia szukać należy nie w osobie karmiącej, lecz w samym osesku. Prócz znanych już i wielokrotnie opisywanych przyczyn tej kategorii, a więc niezytu nosa, wyrośli adenoidalnych, dziedzicznego przymiotu, zapalenia oskrzeli rozszczepienia podniebienia i t. p. uwzględnić należy także nerwowy niepokój dziecka, będący wynikiem nadmiernej jego emocjonalności. Osesek poprostu nie może się zdobyć na tyle cierpliwości, ile potrzeba do wyssania pierwszej porcji mleka, wypuszczając brodawkę i zaczynając odruchowo krzyczeć i przeżywać, zanim to nastąpi. Po całym szeregu prób nieudanych, denerwujących matkę i dziecko, często w podobnych razach przechodzi się do karmienia smoczką, które się zwykle udaje dzięki temu, że przy niem potrzebny znacznie mniejszy wysiłek ze strony oseska. U podobnych dzieci też łatwo rozwija się nerwowa niestrawność, zaznaczająca się nadmierną ilością skąpych stolców. Otóż w niektórych razach walczyć można z takimi stanami, próbując przystawiać dzieci do piersi wtedy, kiedy się jeszcze nie przebudziły zupełnie, co się daje wykonać, o ile postępujemy z należytą ostrożnością. Dziecko wtedy, znajdując się między snem a czuwaniem, wciąga pierwszą porcję pokarmu, a potem już nawet po przebudzeniu ssie automatycznie dalej. Jeśli to nie pomoże, to autor radzi dać dziecku na 20 minut przed przystawieniem do piersi 1 gran (0,06) wodnika chlorału rozpuszczonego w łyżeczce wody z syropem pomarańczowym. Trzyrazowe podanie tej dawki w ciągu doby zwykle wystarcza do tego, aby obniżyć nadmierną odruchowość dziecka, a jednocześnie z niepokojem nerwowym regulują się wypróżnienia.

(*The Lancet.* 1917, I. IX.) S. T.

12. M. Oehmé. Przyczynek do teorii moczówki prostej.

Wobec pewnego związku, który, jak wiadomo, zachodzi między przysadką mózgową a moczówką prostą, autorowie, chcąc wyjaśnić tę kwestję, przeprowadzili cały szereg doświadczeń nad wpływem pituitryny na diurezę. Według niektórych autorów (Aschner) przysadka mózgowa działa w ten sposób, że

wydziela swój hormon do III-ej komory mózgowej, skąd jej impuls idzie już drogą nerwową do poszczególnych narządów — w danym przypadku do nerek. Inni zaś twierdzą, że wydzielina przysadki dostaje się przez krew do nerek, t. j. działa na nie bezpośrednio. Na zasadzie badań swych aut. przychylają się do ostatniego przypuszczenia. Zauważyli oni co prawda, że plyn rdzeniowy zdrowego człowieka tak samo na naczynia działa jak 1 : 10000 do 1 : 20000 roztwór pituitryny, lecz niewiadomo, czy ciało to działające jak pituitryna, jest nią istotnie.

Wpływ pituitryny daje się ujawnić i na nerkach, pozbawionych nerwów, jest on dwójaki: z początku pituitryna działa moczopędnie, później zaś wywołuje zmniejszenie ilości moczu. Wydzielanie soli kuchennej idzie w pierwszym okresie równoległe z ilością moczu, w okresie zaś zmniejszenia diurezy ilość soli nie zmniejsza się, czyli że w okresie drugim stężenie solne moczu wzrasta. Przy dowolnym dożylnym wlewaniu pituitryny zwiększenie ilości moczu nie następuje, jednakże po pewnym czasie daje się zauważyć przy tym zmniejszeniu ilości moczu. Ani moczopędny, ani tamujący diurezę wpływ pituitryny nie idą równoległe z wpływem jej naczynioruchowym. Podczas hamującego diurezę okresu działania pituitryny, sztucznie wywołana hydremia nie działa moczopędnie, jak to czynią teocyna i chlorek sodu. Nie może być więc, zdaniem autorów, mowy o tem aby moczówka prosta była skutkiem zwiększonej czynności przysadki mózgowej. Więcej możliwym wydaje się, że pewna niedostateczność czynności przysadki może powodować moczówkę prostą, ale zaprzecza temu zdaniem autorów fakt, iż teocyna usuwa hamujący wpływ pituitryny. W każdym razie doświadczenia te dowodzą, że moczówka prosta powstaje nie wskutek niezdolności nerek do wydzielania stężonych roztworów soli, lecz wskutek niezczulenia tkanek nerkowych, wydzielających wodę.

(*Deutsch. Arch. Klin. Med.* Bd. 127. 3 — 4).
Marceli Landsberg.

13. G. Katsch. Alkapton a aceton.

Podług nowszych badaczy alkaptonurya jest skutkiem zboczenia przemiany aromatycznych ciał, wchodzących w skład drobin białkowej, szczególnie fenilalaniny i tyrozyny. Zboczenie to, zdaniem Aboderhalden'a, Falta'y i innych, jest całkowite, t. j. cierpiący na alkaptonurę wydziela w moczu wszystkie aromatyczne części składowe białka jako kwas homogentyzynowy. Badania autora nad 3¹/₂ rocznym dzieckiem, dotkniętym alkaptonurą, wykazują, że złozenie to nie jest całkowite, że tylko pewna część aromatycznych kwasów aminowych (tyrozyny), tworzy kwas homogentyzynowy, reszta zaś prawdopodobnie zamienia się w aceton. Stosuje się to tylko do danego wypadku. Podczas głodu absolutnego, lub tylko białkowego ilość kwasu homoglutyzynowego gwałtownie spada, zjawia się natomiast w moczu aceton. Daje się zau-

¹⁾ Patrz Mies. № 5 — 6, str. 341. Ref. z pracy Mirallié: Bezwładny odruchowy.

ważyć pewna proporcjonalność: im więcej kwasu homogentyzynowego, tem mniej acetonu i przeciwnie. Autor przypuszcza, że u normalnego człowieka aromatyczne kwasy aminowe mogą być źródłem ciał ketonowych,

jak to zresztą wiadomo z badań Embdena, Baera i Bluma.

(*Deut. Arch. f. Klin. Medizin. Bd. 127. 3—4.*)

Marceli Landsberg.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26 listopada 1918 r.

I. Janowski Wł. wygłosił rzecz p. t. „W sprawie prawidłowego objaśnienia i nazwy części składowych krzywej żylnej i wynikające stąd wnioski dla kliniki“.

Artykuł drukowany w Gaz. Lek.

II. Żebrowski A. wygłosił rzecz p. t. „W sprawie statystyki twardzieli w Królestwie Polskim“.

Statystyka prelegenta oparta jest na 26 spostrzeżeniach własnych oraz na 42 przypadkach, zebranych drogą ankiety; nie obejmuje ona większości lekko chorych, którzy nie zasięgają porady lekarskiej. Twardziel jest chorobą endemiczną w lubelskiem i siedleckiem, posuwa się ku zachodowi i północy. Co do płci uderza wybitna przewaga kobiet — 50 na 68 przypadków, głównie w wieku 20 — 30 lat. Osoby wyznania mojżeszowego zapadają tylko wypadkowo. Uświadczenie chorych o niebezpieczeństwie, jakim zagrażają otoczeniu, jest, zdaniem Z., jedynym radykalnym środkiem zapobiegawczym. Prelegent demonstruje szereg fotografii przypadków twardzieli, w tem dwie fotografie odlewów gipsowych z muzeum Bierkowskiego.

W dyskusyi Sokołowski A. zaznacza, że spostrzega przypadki twardzieli stale od szeregu lat przeważnie z Lubelskiego i Chełmszczyzny. W razie zajęcia krtani w znacznym stopniu S. zaleca zabieg radykalny.

Posiedzenie kliniczne dn. 3 grudnia 1918 r.

Janowski Czesław wygłosił rzecz p. t. „Postępowanie operacyjne w nowotworach złośliwych krtani“.

J. podkreśla na wstępie, że wskutek różno-

rodnych przyczyn zasady postępowania operacyjnego w guzach złośliwych krtani rozwijały się znacznie wolniej, niż w nowotworach narządów innych. Omawia wyniki badań nad układem chłonnym tchawicy i krtani. Umiejscowiony często przez czas dłuższy rak krtani pozwala na postępowanie zachowawcze (rozszczerzenie krtani i usunięcie guza w tkankach zdrowych); J. operował w ten sposób sześć przypadków z wynikiem pomyślnym, o wznowie wie w 1 przypadku. W guzach zewnątrzkrtańowych uważa za najodpowiedniejsze operowanie drogą cięcia gardła podgnykowego (1 przyp. własny; wynik pomyślny). Połowiczne wycięcie krtani posiada, zdaniem J., wiele wad i jest niebezpieczne. Całkowite wycięcie krtani z powodu raka wykonał J. 11 razy; omawia szczegółowo stosowane przez siebie postępowanie operacyjne w takich razach. W następstwie zabiegu nie utracił żadnego chorego po wycięciu zwykłym, dwóch po wycięciu powikłanem.

W dyskusyi Krauze zaznacza, że zabiegi tego rodzaju wykonywuje pod znieczuleniem miejscowym; operacyę Glucka uważa za zabieg ciężki. K. zastanawia się nad tem, czy sposób zaszywania rany, stosowany przez prelegenta, nie powoduje zżerzenia.

Żebrowski operował 20 przypadków raka krtani; wyniki są dobre tylko we wczesnych okresach choroby. W klinice wiedeńskiej stosują rad i promienie X w przypadkach, nie nadających się już do zabiegu; wyniki otrzymują dobre.

Janowski odpowiada, że operuje w znieczuleniu ogólnem ze względów psychicznych, szyje ścianę gardzieli w kierunku podłużnym, zwiężeń nie spostrzegał. Ze stosowaniem leczniczem radu i promieni X w przypadkach raka krtani nie jest obznajmiony, gdyż przebywał lat kilka w Rosyi.

Wiadomości bieżące.

— Prof. dr Stanisław Ciechanowski, jak się dowiadujemy, obejmuje faktycznie katedrę anatomii patologicznej po prof. Browiczu, który przechodzi na emeryturę. Jest to właściwie tylko ciąg dalszy kariery naukowej prof. S. Ciechanowskiego, który już od lat wielu wykłada i prowadzi badania naukowe w umiłowanej przez siebie gałęzi wiedzy. W każdym razie z powodu nowej nominacyi składamy prof. S. Ciechanowskiemu ser-

deczne życzenia dalszej, równie owocnej pracy naukowej, jak dotychczasowa.

— Dekretami Naczelnika Państwa zostali mianowani na Wydziale lekarskim Uniwersytetu warszawskiego: profesorem honorowym dr Alfred Sokołowski (medycyna wewn.), profesorami zwyczajnymi: prof. dr Stanisław Bądryński ze Lwowa (chemia fizyologiczna), prof. inż. Szymon Dzierżowski z Petersburga (higiena), prof. dr Antoni

Gluziński ze Lwowa (patologia i terapia szczególów chorób wewnętrznych), prof. dr Józef Hornowski ze Lwowa (anatomia i histologia patologiczna), doc. dr Tadeusz Koźniewski z Krakowa (chemia farmaceutyczna), prof. dr Leon Kryński z Warszawy (chirurgia operacyjna i anatomia topograficzna), prof. dr Jan Mazurkiewicz z Krakowa (psychiatria), prof. dr Władysław Mazurkiewicz z Warszawy (poprzednio we Lwowie—farmakognozja), prof. dr Jerzy Modrakowski z Warszawy (poprzednio we Lwowie—farmakologia), dr Kazimierz Rzętkowski z Warszawy (dyagnostyka i terapia ogólna chorób wewnętrznych), a profesorami nadzwyczajnymi doc. dr Franciszek Czubalski z Warszawy (poprzednio w Krakowie—fiziologia) i doc. dr Mieczysław Konopacki z Warszawy (poprzednio we Lwowie—histologia i embryologia).

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od 11. V. do 17. V. 1919 r. było zachorowań: na ospę 4 (w 5 okręgu 2, w 14 i 15 po jednym), na odrę 10, na szkarlatynę 8, dur plamisty 154 (w tem 86 mężczyzn i 68 kobiet, 121 chrześcian i 33 żydów), dur brzuszny 2, dyzenteryę 0, dyfteryt 0, dżętwicę karku 7 (w tem 2 mężczyzn i 5 kobiet, 2 chrze-

ścian i 5 żydów). Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 26 okręgu (powązkowskim) — 27, w 14 — 14, w 6 — 12, w 7 i 15 — po 10, w 4—9, w 1—7, w 18 i 25—7, w 5, 8, w 16 i 20 i 21 (jeden okręg) i 23—po 6, w innych cyfry pomniejsze.

NEKROLOGIA.

Dr Tadeusz Karpowicz, lekarz z Kępna w ks. Poznańskim zginął w d. 15 b. m. śmiercią tragiczną w wieku lat 50. Przybył on na kursy dla lekarzy powiatowych, zorganizowane przez Wydział Lekarski Najwyższej Rady Lekarskiej Poznańskiej. Na 3 dni przed egzaminem, podczas dokonywania badania zwłok dr T. Karpowicz skaleczył się w palec. Wkrótce wystąpiły objawy zakażenia i dr T. K. zmarł po upływie 2 dni od wypadku. Na trumnie wśród wieńców złożony został wieniec od Ministerium Zdrowia Publicznego.

Dr Kazimierz Podoski, lekarz powiatu łukowskiego, zmarł w Łukowie na tyfus plamisty d. 16 maja r. b., przeżywszy lat 55.

OD WYDAWCY.

Po wydaniu №№ 19, 20 i 21 w zwiększonej objętości (po 16 kolumn), numer następny wydamy jako podwójny № 22 i 23 z kilkodniowym opóźnieniem. Pomieścimy w nim ocenę działalności naukowej prof. Napoleona Cybulskiego pióra prof. Becka i prof. Czubalskiego.

TREŚĆ NUMERU.

Str.		Str.
	Anastazy Landau i Adolf Rząśnicki. Parę uwag o zgłębnikowaniu dwunastnicy i o zawartości dwunastniczej u człowieka	247
	Władysław Janowski. Znaczenie krzywej żyłnej miarowej oraz zupełnie niemiarowej (arrythmia completa) w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zostawki trójdzielnej) (dok.)	251
	Odcinek. Fr. Giedroyc. Jak się rozwijało mianownictwo lekarskie polskie (dok.)	254
	Dział sprawozdawczy. 10. J. Babiński i J. Froment. Zaburzenia fizyopatyczne przyrody odruchowej—skojarzenie z histerią i postępowanie wojskolekarskie	259
	11. Charles Cameron. Nerwy niepokoju osesków jako przeszkoda do karmienia piersią	260
	12. C. i M. Oelime. Przyczynek do teorii moczówki prostej	260
	13. G. Katsch. Alkapton i aceton	260
	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia kliniczne d. 26 listopada i 3 grudnia 1918 r.	261
	Wiadomości bieżące	261
	Nekrologia. Tadeusz Karpowicz i Kazimierz Podoski	262

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej M. 2 25, na ostatniej M. 2, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁA Z DRUKU CZĘŚĆ II DZIEŁA:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

obejmująca:

Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie

(zawierająca 75 rysunków w tekście i dodatek: „Plan badania klinicznego“).

Podręcznik dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

starszy ordynator Szpitala Wojskowego w Warszawie.

Cena mk. 40.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgowordzeniowych nagminne. Tężec. Żółtyca. Zakażenie wąglikowe. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21,25; z przesyłką 23,75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12,50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Zjednoczone firmy DROBNER-KRAKÓW

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Dział medyczny. — Telefon 415 — Adres telegr.: Drobneruniwers

poleca

Instrumenty chirurgiczne.

Meble operacyjne.

Kompletne urządzenia lekarskie.

Kosztorysy na żądanie.

Kosztorysy na żądanie.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

ul. Kredytowa 4.

5-ta Loterya klasyczna R. G. O. na I półrocze 1919 roku.

50000 numerów, 25000 wygranych i 51 premii.

! Wygrywa WIĘCEJ niż co drugi numer !

SUMA
WYGRANYCH

8 milionów 211 tysięcy mar. pol.

Wielka wygrana: 750000 marek pol.

Ciągnięcie 5 klasy od 2 do 25 czerwca 1919 r.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.