

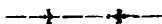
GAZETA LEKARSKA

I. NOWY POMYSŁ LECZENIA ECTOPIAE VESICAE URINARIAE.

Podał

Prof. L. Rydygier.

[Według odczytu, wygłoszonego na XII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie].



Nie będę się szeroko rozwodził nad rozmaitymi sposobami operowania *ectopiae vesicae urinariae*. Kilka lat temu właśnie na tych tu Zjazdach o tem dokładniej mówiłem, opisując wtenczas nowy sposób, zapomocą którego przez przesunięcie dolnych przyczepów mięśni prostych brzusznych razem z odpowiednim kawałkiem poziomej gałęzi kości łonowej ku środkowi ma się zamknąć ubytek. Ten sam sposób postępowania, później SCHLANGE po mnie zalecał. Jest on lepszy od dawniejszych, ma jednak swoje niedogodności. Przedewszystkiem oddłutowane kawałki kości dają się tylko z wielką trudnością utrzymać *au niveau* poziomej gałęzi kości łonowej—mięśnie brzucha proste pociągają je za każdym skurczem ku górze—, a powtórę, szew nadzwyczaj często się rozchodzi.

Najważniejszym zadaniem przy operacji tej wady rozwojowej jest bez wątpienia uzyskanie kontynencji. Z dotychczasowych sposobów jedynie TRENDLENBURG'a czyni temu zadaniu zadość, jest jednak zbyt niebezpiecznym zabiegiem, wymagającym nadto bardzo zmuśnego i troskliwego leczenia następowego—wada, którą dzieli prawie z wszystkimi innymi sposobami. Świeżo przeze mnie proponowany sposób jest prawdziwie tylko modyfikacją mego dawniejszego. Przekonałem się bowiem przy stosowaniu tamtego sposobu, że szew, łączący odpreparowane brzegi pęcherza, nadzwyczaj rzadko i trudno się udaje; a nie udaje się dlatego, że założony jest w mniej lub więcej zbliżowaciałych brzegach pęcherza, bo niechcąc otworzyć jamy otrzewnowej, trudno brzegi tak daleko okrwawić, żeby wcale bliźnowatej tkanki przy nich nie pozostało. Z drugiej zaś strony, brzegi te, połączone przez pozostawioną otrzewną z brzegami mięśni prostych, przy każdym ich skurczu bywają rozciągane i szarpane, co naturalnie przeszkadza ich zrośnięciu. Korzystając ponadto ze swego doświadczenia, że szew pęcherza, tak jak jelitowy, daleko pewniej trzyma tam, gdzie zajmuje zarazem

otrzewną, niż założony na części ściany niepokryte otrzewną, ośmielam się zaproponować, żeby przy okrwawianiu brzegów naumyślnie otworzyć jamę otrzewną, tem samem uruchomić sobie doskonale brzegi do okrwawienia i rzeczywiście dokładnie je w zdrowej tkance okrwawić. Następnie należy połączyć tak okrwawione brzegi dwupiętrowym szwem ciągłym, sposobem Czerny'ego, nie zajmując błony śluzowej. Czy następnie zapuścić od razu tak zeszyty pęcherz i nad nim zaszyć powłoki brzuszne po uruchomieniu ich brzegów sposobem dawniej przeze mnie podanym, o tem rozstrzygnie późniejsze doświadczenie. Zaszycie bezpośrednie powłok ułatwiałoby zagojenie rany pęcherza, skracałoby i uprościło niezmiernie leczenie następowe; w razie nieudania jednak zagraża niechybnie życiu wskutek *peritonitis*. Może więc na drodze pośredniej osiągnie się najlepsze i najpewniejsze wyniki: po oddzieleniu otrzewnej w potrzebnej mierze od wewnętrznej strony mięśni prostych może uda się ją tak dalece uruchomić, że będzie ją można przyszyć naokoło szwu pęcherza do ścian jego i w ten sposób oddzielić całą tę niebezpieczną przestrzeń od jamy otrzewnej. Następnie możnaby albo zaraz, albo dopiero po kilku dniach nad szwem pęcherza połączyć mięśnie proste i skórę.

II. Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

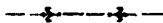
O LECZENIU PŁONICY (SCARLATINA) SUROWICĄ SWOISTĄ.

Podał

Alfons Malinowski,

starszy ordynator tegoż szpitala.

Praca, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego d. 17-go listopada r. b.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49].

3. Janina P., lat 6. Zachorowała d. 11. VI., dostała bólu gardła i wymiotów przy podniesionej ciepłocie; dnia 12. VI. pojawiła się na ciele wysypka. W dniu 13. VI. przybyła do szpitala w stanie następującym:

13. VI. Ciepłota 39.9°, tętno 140, słabe i drobne, senność i osłabienie; na całym ciele wysypka punkcikowata rozlana, sinawa w niektórych miejscach, łącznice przekrwione.

Gardło silnie przekrwione, na obu migdałach szarawy nalot, brzegi nozdrzy owrzodzone, z nosa wypływa ciecz śluzowo-ropna, gruczoły chłonne przyuszne obrzmiałe. Wstrzyknięto chorej 40 ctm. sz. surowicy, do wewnątrz dano saturację z piżmem. Przestrzykiwanie gardła. Wieczorem ciepłota 39,8°.

14. VI. Ciepłota zrana 37.2°, tętno silniejsze, 120, stan ogólny lepszy, chora przytomna; wysypka na całym ciele silniej kwitnie, naloty w gardle mniejsze. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 37.8°.

15. VI. Ciepłota zrana 37.1°, tętno silniejsze, 120. Stan ogólny dobry, wysypka znacznie bledsza. Naloty w gardle bez zmiany. Ciepłota wieczorem 37.8°. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy.

16. VI. Ciepłota zrana 37.1°, tętno 120, wysypka znikła, zaczyna się łuszczenie naskórka. Naloty w gardle, na prawym migdale i na tylnej części gardzieli jeszcze widoczne. Stan ogólny dobry.

17. VI. Ciepłota 37° zrana i wieczorem. Naloty w gardle znikły.

18. VI. Stan bezgorączkowy dobry. Wypływ z nosa mniejszy.

19. VI. Ciepłota zrana i wieczorem 38°. Przekrwienie lewego płuca, oddech zaostrozony; pod lewą łopatką lekkie stępienie odgłosu opukowego; kaszel suchy.

20. VI. Stan bezgorączkowy, w płucach trochę wilgotnych rzeżeń. Chorą wypisano na żądanie matki w stanie względnie dobrym. W przypadku powyższym chorej na trzeci dzień choroby przy ciepłocie 39.9° zastrzyknięto surowicy № 2 40 ctm. sz. Działanie surowicy wyraziło się poprawą stanu ogólnego, silniejszą czynnością serca, a jednocześnie obniżeniem ciepłoty ciała po 24-ch godzinach do 37.2°, t. j. o 2½°. Ponieważ jednak naloty w gardle nie zmniejszały się, 5-go dnia choroby zastrzyknąłem jeszcze 20 ctm. sz. surowicy, poczem stan ogólny i miejscowy szybko zaczął się poprawiać.

4. Zofia K., lat 5. Zachorowała 16-go czerwca, przybyła do szpitala 19. VI. z gorączką 39° i wysypką punkcikowatą, zlewającą się na całym ciele.

20. VI. Ciepłota zrana 38.4°, tętno dosyć silne, 120, chora przytomna; na całym ciele wysypka silna, różowa; gardło przekrwione, na prawym migdale szary nalot; ciepłota wieczorem 39.7°.

21. VI. Ciepłota zrana 39°, tętno 120, słabe, chora jest apatyczna i osłabiona, język podsychający, czerwony; wysypka cokolwiek bledsza. Ciepłota wieczorem 39.5. Zalecono środki podniecające i przestrzykiwanie gardła.

22. VI. Ciepłota zrana 39°, tętno słabe, 120, naloty w gardle powiększyły się, gruczoły chłonne opuchnięte.

Wieczorem ciepłota 39.5°.

23. VI. Ciepłota zrana 38.9°, tętno słabe, 120, chora senna i apatyczna, język podsycha, głos cokolwiek ochrypnięty, wysypka jeszcze widoczna, w gardle naloty, wypływ ropiasty z nosa. Wstrzyknięto chorej 40 ctm. sz. surowicy seryi 2-jej. Ciepłota wieczorem 38.9°. Był to już dzień 8-y choroby.

24. VI. Ciepłota 38.2°, tętno cokolwiek silniejsze, 124, stan ogólny lepszy, senność i apatya ustąpiły; głos czystszy, naloty w gardle i wypływ z nosa bez zmiany. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 39°.

25. VI. Ciepłota zrana 37.5°. Wysypka zbladła, stan ogólny lepszy, tętno silniejsze, 120, gardło bez zmiany, głos jeszcze ochrypnięty. Ciepłota wieczorna 39.7°.

26. VI. Ciepłota zrana 38°, tętno słabe, 120, naloty w gardle zmniejszają się, wypływ z nosa mniejszy, lecz gruczoły chłonne z prawej strony szyi po-

większone. Ciepłota wieczorna 37.8°. Białkomoczu niema. W hodowlach z nalotów znaleziono *str. conglomeratus*. Odtąd stopniowe polepszenie stanu ogólnego następowało powoli, przy ciepłocie 37°—37.7°. Naloty w gardle znikły i wypływ z nosa ustał 2-go lipca. Gruczoły chłonne jednak powiększały się i w dniu 9. VII. przy ciepłocie 38.2° wystąpiło chęłbotanie. Ropień przecięto, poczem ciepłota spadła do 37.5°.

14-go lipca zaczęły puchnąć gruczoły ze strony lewej przy podwyższeniu ciepłoty do 38°. 16-go lipca pojawiło się chęłbotanie, ropień przecięto i nałożono opatrunek. Chora wypisaną została 14-go sierpnia w stanie dobrym. W przypadku tym chora przybyła do szpitala 4-go dnia choroby dnia 19. VI. Od 19 do 23 tegoż miesiąca stan chorej pogarszał się codziennie, ciepłota stała się 39.5°, tętno stało się słabe, naloty w gardle rozszerzały się, gruczoły szyjowe powiększały się. Chora stała się apatyczną i traciła chwilami przytomność. Wobec takiego pogorszenia zastrzyknąłem 40 ctm. sz. surowicy seryi 2-iej, a działanie jej po 24-ch godzinach wyraziło się poprawą stanu ogólnego, silniejszym tętnem i powrotem przytomności. W dniu 24. VI. Ciepłota zrana była 38.2°, wieczorem 39°.

25. VI. zrana 37.5° wieczorem jeszcze 39.7°.

26. VI. zrana 38° wieczorem tylko 37.8°.

W dalszym przebiegu przy poprawie stanu ogólnego były jeszcze wahania gorączkowe przez dni kilka, zależały one jednak od ropienia w gruczołach i po przecięciu ropni chora przestała gorączkować.

5. Sabina K., lat 8, przybyła do szpitala 21. VI. Zachorowała dnia poprzedniego, miała wymioty i przy podwyższonej ciepłocie pojawiła się na piersiach punkcikowata rozlana wysypka. Chora przytomna, język obłożony, na brzegach czerwony, twarz zaczerwieniona, ciepłota 40°, tętno 120, dosyć silne, na całym ciele wysypka punkcikowata zlewająca się dosyć silnie. Chora ma skłonność do wymiotów i nudności. Gardło czerwone. Zalecono: *Saturation. Natr. bicarb. c. Tr. Moschi.*

22. VI. Ciepłota zrana 39.3°, tętno 140, słabe, chora senna, lecz przytomna. Wysypka na całym ciele ciemnoczerwona, skóra obrzmiała, język podsyca, gardło silnie przekrwione i pokryte powierzchownymi nalotami. Mocz w małej ilości, nasycony, białka nie zawiera. Wieczorem ciepłota 40°.

23. VI. Ciepłota 40.5°, tętno słabe, 150. Chora nieprzytomna; wysypka bez zmiany na całym ciele. Język suchy, obłożony, połykanie trudne, na migdałach naloty powiększyły się. Gruczoły chłonne na szyi obrzmiały. Z a s t r z y k n ą ł e m 40 ctm. sz. surowicy seryi 1-iej. Ciepłota wieczorem 39.9°. Wewnętrznie dalej *Tr. Moschi.*

24. VI. Ciepłota 39.8°, tętno słabe i drobne, 130, stan ogólny cokolwiek lepszy, chora napół przytomna, senna, lecz odpowiada na pytanie. Wysypka silna bez zmiany. Naloty na migdałach widoczne, język suchy. Białka w moczu niema. Z a s t r z y k n i ę t o 50 ctm. sz. surowicy seryi 2-iej. Ciepłota wieczorem 39.6°, tętno słabe, 130.

25. VI. Ciepłota zrana 38°, tętno silniejsze, 120. Wysypka bledsza, zaczyna się łuszczenie naskórka. Chora przytomna, lecz osłabiona. Naloty na

migdałach i obrzmienie gruczołów bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39.3, tętno 120.

26. VI. Ciepłota zrana 38°, tętno silniejsze, 120, stan ogólny znacznie lepszy, przytomność zupełna, język wilgotny, naloty na migdałach zmniejszyły się, połykanie łatwiejsze. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 39°, tętno 130.

27. VI. Ciepłota 38°, tętno 120, wysypka zbladła, naskórek łuszczy się, stan ogólny dobry, naloty w gardle bez zmiany, z nosa wydziela się ciecz śluzowo-ropna. Wieczorem ciepłota 39°, tętno 130. Badanie bakteriologiczne hodowli z nalotów wykazało obecność *str. conglomeratus*.

28. VI. Ciepłota zrana 38°, tętno dosyć silne, 120. Stan ogólny chorej dobry, połykanie łatwe, naloty na migdałach mniejsze, obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych znikło. Naskórek obficie się łuszczy pomimo, że wysypka miejscami jeszcze jest widoczna. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorna 39°, tętno 120.

29. VI. Ciepłota zrana 38°, tętno 120, wieczorem 39°, stan dobry.

30. VI. Ciepłota zrana 37.7°, naloty w gardle znikły, stan ogólny dobry język wilgotny. Wieczorem 38.7°.

1. VII. Ciepłota 37.5°, tętno 100, dosyć silne, stan dobry. Wieczorem 38°.

2. VII. Ciepłota 37.8°, tętno 100, wieczorem 38°. Stan ogólny dobry.

3. VII. Ciepłota 37.7°, tętno 100, wieczorem 39.3°

4. VII. " 38° " 120 " 39.2°

5. VII. " 38° " " " 40°

6. VII. " 38° " " " 39.3°

7. VII. " 39° " " " 38.7°

8. VII. " 37.9° " " " 39°

9. VII. " 37° " " " 39.3°

10. VII. " 38.9° " 120 " 37.2°

11. VII. " 37° " " 37°

12. VII. " 37°. Stan w ciągu dnia dobry, wieczorem ciepłota podniosła się do 40°, a jednocześnie na tułowiu i kończynach pojawiła się różowa drobna punkcikowata wysypka.

13. VII. Ciepłota 39°, tętno 120, wysypka sinawa na całym ciele, stan ogólny dobry, wieczorem ciepłota 40°.

14. VII. Ciepłota 38.2, tętno słabsze, 120, wysypka sinawa jeszcze widoczna, gardło przekrwione, suche, kaszel suchy, w płucach oddech normalny. Zalecono kamforę w ciągu dnia. Ciepłota wieczorem 39°.

15. VII. Ciepłota zrana 38°, tętno 120, silniejsze, stan ogólny lepszy, wysypka znikła, język wilgotny. Wieczorem 37.2°.

Odtąd stan bezgorączkowy, białkomoczu nie było w ciągu całego przebiegu. Stopniowe polepszenie. Wypisana 1. VIII. 1903. W przypadku tym chora przybyła do szpitala w stanie dosyć ciężkim, stan jej pogorszył się bardzo czwartego dnia choroby i wtedy zastrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy seryi 2-ej, a gdy następnego dnia wyraźnego polepszenia nie zauważyłem, zastrzyknięto powtórnie 50 ctm. sz. surowicy tejże seryi. Wywołało to stopniową poprawę

stanu ogólnego, bez obniżenia ciepłoty do normy; przeciwnie, następuje długi okres gorączki ciąglej lub przepuszczającej nieregularnego typu, zależny prawdopodobnie od sprawy dyfteroidalnej w gardle i w gruczołach.

Na początku czwartego tygodnia chora przy ciepłocie 40° ulega nawrotowi płonicy i dopiero 27-go dnia, licząc od początku choroby, wchodzi w okres bezgorączkowy.

6. Jan O., lat 5. Zachorował d. 1-go sierpnia, przybył do szpitala 5-go tegoż miesiąca z wysypką płoniczą, ciepłota ciała 39.4° .

6. VIII. Ciepłota zrana 39° , tętno słabe, 140, na całym ciele silna wysypka punkcikowata, zlewająca się. Chory senny, na pół przytomny, język suchy, oddech smrodliwy, gardło silnie przekrwione, na obu migdałach szary nalot. Gruczoły podszczękowe z obu stron znacznie powiększone. **Z a s t r z y k n i ę t o** 40 ctm. sz. surowicy i dano do wewnątrz kamforę z kofeiną. Ciepłota wieczorna 38.2° .

7. VIII. Ciepłota 38° , tętno słabe, 120, wysypka bez zmiany, język suchy, senność, gruczoły podszczękowe i szyjowe opuchnięte; naloty na migdałach bez zmiany. Ciepłota wieczorem 38.2° .

8. VIII. Ciepłota 38.1° , tętno silniejsze, 120, stan ogólny nieco lepszy, chory przytomny, język wilgotny, wysypka blednie, gardło oczyszcza się, białkomoczu niema. Ciepłota wieczorem 38° .

9. VIII. Ciepłota zrana 37.8° , tętno silniejsze, 120, wysypka znacznie bledsza; naloty na migdałach zmniejszyły się, stan ogólny dobry, język wilgotny. Ciepłota wieczorem 39° .

10. VIII. Ciepłota zrana 38.9° , tętno 120. Stan bez zmiany tylko gruczoły szyjowe po stronie lewej większe i bolesne. Białkomoczu niema. Ciepłota wieczorna 39.8° .

11. VIII. Ciepłota zrana 38.2° , wieczorem 39.2° . Naskórek łuszczy się, w gruczołach wyczuwa się chęłbotanie.

12. VIII. Ciepłota zrana 38° , wieczorem 39° . Ropień przecięto i nałożono opatrunek.

13. VIII. Ciepłota zrana 38° wieczorem 38.4°

14. VIII. " 38° " 37.4°

15. VIII. " 37.4° " 37.9°

16. VIII. " 37.9° " 39° chory skarża się na ból

w uszach.

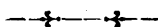
Następnego dnia przy ciepłocie 39.4° pojawił się wypływ ropiasty z obu uszów, poczem gorączka tylko wieczorami sięgała 38° do dnia 30. VIII. Z poprawą stanu uszów ciepłota utrzymywała się w granicach normalnych, stan ogólny poprawił się. Dnia 6. IX. wypisano chłopca zdrowego. W przypadku tym surowicę zastrzyknięto 6-go dnia choroby w ilości 40 ctm. sz. Po 24-ch godzinach ciepłota spadła o 1° do 38° ; polepszenie stanu ogólnego i wzmocnienie czynności serca zauważyć można było dopiero po 48-iu godzinach, jednocześnie

wysypka zaczęła blednąć. W dalszym przebiegu gorączka podtrzymywana była przez ropienie w gruczołach i przez zapalenie ucha zewnętrznego; stan ogólny chorego pomimo to poprawiał się. [C. d. n.].

III. MATERIAŁY DO NAUKI O STWARDNIENIU TĘTNIC.

Podał

Dr Teodor Dunin.



[Dokończenie — Patrz Nr. 49].

III. Przypadki o wysokiem ciśnieniu (nadciśnieniu).

Daleko liczniejsza jest druga kategoria chorych, u których mianowicie ciśnienie jest wzmożone. Zaliczam tu wszystkie te przypadki, w których ciśnienie było wyższe, niż 150 mm. Razem przypadków tych badałem 300, t. j. 80% wszystkich badanych przypadków.

Przypadki te rozdzieliły na następujące grupy. Przedewszystkiem grupa chorych, którzy, pomimo wysokiego ciśnienia, nie doznawali żadnych subiektywnych objawów. Należy tu 90 przypadków, t. j. 30% wszystkich przypadków tej kategorii. Wszyscy ci chorzy zgłaszali się do mnie z zupełnie innemi cierpieniami, nie mającemi żadnego związku ze stwardnieniem tętnic. Najczęstszą przyczyną, dla której się do mnie zgłaszali, były rozmaite przypadłości nerwowe, dalej nadmierna tusza, często kamica nerkowa, a niekiedy żółciowa. O stosunku tuszy do ciśnienia krwi będę mówił jeszcze niżej, tu tylko nadmienię, że nie mogła ona być pierwotną przyczyną podniesienia ciśnienia, wielu bowiem chorych tej grupy było zupełnie szczupłych. Ciśnienie często dochodziło od 240 do 290 mm., a więc do najwyższych cyfr, do jakich wogóle dochodzi. Pomimo tego chorzy nie skarżyli się na żadne dolegliwości ze strony serca, żadnej duszności, nawet wtedy gdy wyraźnie na to kładłem nacisk, czyli, że pomimo wysokiego ciśnienia, chorzy nawet lata całe mogą subiektywnie być zupełnie zdrowi. Musimy przyjąć, że w tych razach serce było zdrowe i przewyciężało dokładnie przeszkody, istniejące w małych tętnicach. Z pomiędzy 90 chorych tej grupy 50, t. j. przeszło połowa, nie przedstawiała żadnych innych oznak cierpienia układu krwionośnego. Wzmożenie 2-go tonu aorty, jakie znajdowałem, jest bezpośredniem następstwem nadciśnienia, nie mogę go więc od niego odłączać. W 40 przypadkach istniał nadto mniej lub więcej wyraźny systoliczny szmer u aorty lub na rękomości mostka. W wielu wypadkach wskazywał on na cierpienie łuku aorty [mianowicie jej rozszerzenie wskutek sprawy ateromatycznej], czy jednak zawsze miał on to znaczenie, czy nie może on powstawać bez wszelkich zmian anatomicznych w aorcie, tak jak to widzimy w in-

nych okolicznościach [blednica, niedostateczność zastawek aorty], tego rozstrzygnąć nie mogą. Ta druga grupa dowodzi, że i zmiany na aorcie mogą nie stanowić dla serca zbyt ważnej przeszkody, byleby mięsień jego był w zdrowym stanie; w istocie widzimy ludzi, będących lata całe zdrowymi, pomimo zmian w aorcie i wysokiego ciśnienia.

Grupa powyższa odpowiada do pewnego stopnia temu, co v. BASCH nazywa skrytem stwardnieniem naczyń (*latente Angiosclerose*). Termin ten można zostawić dla łatwiejszego oryentowania się w znaczeniu pojedynczych wypadków, jednak poważniejszego znaczenia przyznać mu nie mogą. Co więcej, nie mogą dobrze zrozumieć, jakie cechy, zdaniem v. BASCH'a, mają odróżniać tę formę od t. zw. postaci jawnej (*manifeste Angiosclerose*).

O ile mogą sądzić, v. BASCH przyjmuje w formie skrytej istnienie zmian w sprężystości samych tętniczek, jednak bez wyraźnych zmian anatomicznych (*Structurveränderung*), gdy w formie jawnej istnieją zmiany anatomiczne, których najniewątpliwszą cechą jest udział nerek w sprawie chorobowej [obecność białka i t. p.]. Muszę wszakże powiedzieć, że i ten podział jest czysto hipotetyczny, czyż bowiem jesteśmy w stanie powiedzieć, że zmiany w naczyniach polegają tylko na utracie sprężystości bez zmian w utkanii (*Structurveränderung*)? Czyż nie można i nie zdarza się, że sprawa chorobowa zajmuje wiele obszarów naczyń a omija właśnie nerki? Wreszcie sama podstawa formy skrytej, t. j. zmiany sprężystości tętniczek bez zmian w utkanii jest tylko hipotezą, a nie faktem wykazanym przez badanie. Dodać przytem muszę, że do formy skrytej v. BASCH zalicza często przypadki bardzo ciężkie z osłabieniem mięśnia sercowego, niedostatecznością względną zastawek dwudzielnych. Nie mogę zaprzeczyć, że, jak to v. BASCH bardzo logicznie wnioskuje, wszystkie te objawy mogą być następstwem li tylko wzmożonego ciśnienia w tętniczkach bez zmian w utkanii, ale nie odpowiada to bynajmniej temu, co widzimy przy sekcyach, gdzie w przypadkach tak daleko posuniętych znajdujemy zawsze obszerne zmiany, a mianowicie stwardnienie tętnic oraz podobne zmiany w sercu.

Następną grupę stanowią przypadki, w których chorzy doświadczali subiektywnych zaburzeń ze strony serca, czasami bardzo nieznacznych, czasami w wysokim stopniu. Odnoszę tu 137 przypadków, które, podobnie jak powyższe, mógłbym podzielić na takie, w których nie było żadnych objawów ze strony dużych pni tętniczych [aorty] i takie, które przedstawiały zmiany, o jakich mowa. Jak wyżej, tak i tu należy powiedzieć, że obecność lub nieobecność zmian w aorcie nie wpływa wcale na obraz chorobowy. Co jednak grupę tę cechuje, to wybitny udział w chorobie nerek, czego nie spotykamy ani w całej kategorii o niskiem ciśnieniu, ani w grupie przypadków o wysokiem ciśnieniu, lecz bez zmian subiektywnych [forma skryta]. Niestety, co do udziału nerek, mogę zużytkować tylko część mojego materiału, a mianowicie 104 przypadki, w pozostałych bowiem mocz nie mógł być badany; tłumaczy się to warunkami praktyki prywatnej w dużem mieście.

Z tych 104 przypadków wypada 24 na kategorie o małym ciśnieniu, a z nich tylko w dwóch nerki były zajęte, t. j. 4%. Natomiast z 80 przypad-

ków o wysokiem ciśnieniu nerki cierpiały 28 razy, t. j. w 35%. Jeżeli w tej kategorii odliczę przypadki dusznicy bolesnej [na 11 przypadków 3 razy *nephritis*], to staną naprzeciw siebie dwie grupy: angioskleroza skryta: 23 przypadki, 2 razy *nephritis*; oraz *angiosclerosis* jawna: 46 przypadków, z których w 23 *nephritis*, czyli że w formie jawnej nerki w połowie przypadków ulegają cierpieniu. Prawdopodobnie ten to właśnie udział nerek wpływa na ciężkość pojedynczych przypadków. Materiał mój staje się w miarę dalszego podziału coraz mniejszym, a więc coraz mniej upoważnia do wniosków, mogą wszakże zauważyć, że w tej postaci nadciśnienia, w której cierpi i aorta, udział nerek zdarza się o wiele rzadziej.

Zachodzi teraz pytanie, czy ciśnienie krwi daje nam jakie wskazówki co do udziału serca w sprawie chorobowej. Na to muszę odpowiedzieć, że wskazówki te muszą być tylko bardzo pośrednie. Wogóle nie wydaje mi się jeszcze zupełnie wyjaśnionem, w jakim stosunku serce bierze udział w ogólnem stwardnieniu tętnic. HUCHARD, o ile mogę wnioskować, nie oddziela serca od cierpienia naczyń i przyjmuje, że we wszystkich przypadkach anatomicznego cierpienia naczyń i tętnice wieńcowe, *resp.* serce cierpi, a symptomatologia obu tych cierpień zlewa się dla niego w jedno. Że w ostatnich okresach choroby tak w istocie się dzieje, a przynajmniej działa może, to jest niewątpliwe, ale nie jest to rzeczą konieczną. Jedyne cyfry, któremi się tu posiłkować mogę, są te, które znajdują u EDGREN'a; na 32 przypadki sekcji, jakie ten autor przytacza w swem dziele, w 24 znajdują wzmiankę, iż tętnice wieńcowe serca były zajęte, a tylko w 15 zanotowano blizny w sercu. Do tego ostatniego nie przywiązuję absolutnego znaczenia, albowiem serce nie było badane drobnowidzowo, biorąc jednak za wskaźnik cierpienia serca stan tętnic wieńcowych serca, musimy powiedzieć, że aczkolwiek serce bardzo często bierze udział w ogólnem stwardnieniu tętnic, to jednak w 25% może być zupełnie zdrowe. We wcześniejszych okresach musi się to zdarzać o wiele częściej. Jak to bardzo słusznie dowodzi v. BASCH, w każdym przypadku nadciśnienia w układzie tętniczym, o ile tylko ono jest stałem, serce musi ulegać przerostowi, wszystko jedno, czy możemy to wykazać naszymi metodami badania, czy nie. Tego wszakże za cierpienie serca uważać nie można, jest to bowiem przerost kompensacyjny, że tak powiem, bez którego krążenie nie mogłoby się odbywać prawidłowo. Przerost taki ma to samo znaczenie, co przerost przy wadach zastawkowych i istnieć może bez wszelkich zmian prawdziwie patologicznych [zmiany w tętnicach, blizny]; nawet do samej śmierci zmian tych może nie być, a ostatni obraz t. zw. zaburzeń w wyrównaniu może być następstwem jedynie wyczerpania siły mięśniowej.

W grupie przypadków t. zw. stwardnienia utajonego prawdopodobnie mamy do czynienia jedynie z przerostem serca, bez zmian w utkaniu, inaczej trudnoby było przyjąć, aby chore serce mogło przewyciężyć przez czas długi tak ogromne przeszkody, np. 240 mm. Oczywiście, stanowczo tego w każdym pojedynczym przypadku powiedzieć nie można, albowiem nie mamy niewątpliwych cech, po których moglibyśmy wnioskować, czy serce jest już zajęte, czy nie. Gdybyśmy przyjęli za taką wskazówkę — pomijam tu tymczasem zupełnie chorych, dotkniętych dusznicą bolesną — stałą arytmję, co do pewnego stopnia jest

ślusznem, to okazałoby się, że na 90 przypadków ukrytego stwardnienia tylko 4 przedstawiały stałą i wybitną arytmję, gdy na 137 przypadków jawnego stwardnienia wypada 24 przypadki arytmii.

Przechodzę obecnie do całej grupy, wymagającej szczególnego omówienia, mianowicie dusznicy bolesnej, choroby bardzo częstej, jak widać z tego, że na 380 przypadków niewątpliwego stwardnienia tętnic [zarówno o wysokiem, jak i nizkiem ciśnieniu tętnic] spotkałem ją 96 razy t. j. w 25%. Do dusznicy bolesnej zaliczałem tylko przypadki typowe, które, sądzę, mam prawo uważać jako powstałe wskutek zmian organicznych, gdzie nie było zasady przypuszczać jakichś objawów nerwowych, symulujących *anginam pectoris*. Z pomiędzy nich w 54 ciśnienie było podniesione, w 36 normalne lub obniżone; oczywiście zdarzały się rzadkie przypadki, w których ciśnienie ulegało takim wahaniom, że ten sam przypadek należał zarówno do jednej, jak i drugiej kategorii. Jeżeli oznaczymy stosunek procentowy, to okaże się, że na 80 przypadków o nizkiem ciśnieniu było 36 dusznicy bolesnej, t. j. 45%, zaś na 300 z wysokiem ciśnieniem tylko 54 t. j. 18%. Pod względem symptomatologii nie jestem w stanie przeprowadzić pomiędzy przypadkami o nizkiem i wysokiem ciśnieniu żadnej różnicy; toż samo mogę powiedzieć o rokowaniu: tak w jednej jak i drugiej grupie zdarzały się poprawy, jak i wypadki śmierci, najczęściej nagłej. Tak jedne, jak i drugie przechodziły wreszcie w okres zaburzonego wyrównania [stała duszność, obrzęki i t. d.] I pod względem udziału aorty w cierpieniu różnice były niewielkie, albowiem na 54 przypadki o wysokiem ciśnieniu aorta była zajęta 15 razy, na 36 o-małem—8. To też, mojem zdaniem, niema zasady odróżniać te grupy od siebie i przyjąć należy, że tak w jednej jak i drugiej podstawą choroby było stwardnienie i zwężenie tętnic wieńcowych serca. W dziełach przedmiotowi temu poświęconych nie znajduję o ciśnieniu krwi w dusznicy bolesnej wzmianek tak szczegółowych, jakby tego oczekiwać należało. EDGREN nie mówi nic o ciśnieniu w dusznicy bolesnej. HUCHARD wspomina, że ciśnienie może być i podniesione i nizkie, ale mówi to bardzo ogólnikowo, nie wchodzi w rozpatrzenie, dlaczego tak bywa. Jeden tylko BASCH przytacza własne duże pod tym względem doświadczenie, aczkolwiek na jego zapatrywania się na dusznicę, ani ja, ani też na pewno nikt się nie zgodzi. BASCH, opierając się przeważnie na tem, że w dusznicy bolesnej ciśnienie może być obniżone, uważa tę chorobę, jako nie mającą nic wspólnego ze stwardnieniem tętnic i wyraża się, iż jest ona wprawdzie nieprzyjemnym, ale nie niebezpiecznym objawem. Trudno chyba na to się zgodzić wobec tak częstych przypadków nagłej śmierci w napadzie dusznicy bolesnej. Jak już powiedziałem, ani symptomatologia, ani zejście nie pozwala na odróżnienie, jedynie tylko na zasadzie różnicy w ciśnieniu, dwóch rodzajów dusznicy bolesnej. Z drugiej strony wiemy już, że niewątpliwie zmiany sklerotyczne, mianowicie umiejscowione w dużych tętnicach, mogą przebiegać o nizkiem ciśnieniu; niema więc nic dziwnego w tem, że i zmiany, umiejscowione w tętnicach wieńcowych serca, mogą przebiegać o małym ciśnieniu. Mamy tu zupełnie to samo, co w stwardnieniu innych dużych pui naczyńniowych, gdzie już nie może być mowy o innem tłumaczeniu choroby, a mianowicie: w stwardnieniu tętnic na konczyźnie dolnej przy kuleniu przestankowem. Widzieliśmy już, że istnieją

przypadki tej choroby, w których ciśnienie bywa obniżone, zobaczymy wkrótce, że są inne, które przebiegają o wysokiem ciśnieniu. Zarówno w jednej jak i drugiej chorobie należy, zdaniem mojem, przyjąć, że w przypadkach o nizkiem ciśnieniu stwardnienie jest czysto miejscowe, t. j. zajmuje wyłącznie czy to tętnice wieńcowe serca, czy tętnicę pierszelową, co najwyżej z udziałem aorty, co jak widzieliśmy, na ciśnienie nie wpływa. W drugiej grupie przypadków przyjąć musimy, że stwardnienie tętnic jest ogólne i zajmuje cały lub znaczną część układu drobnych tętniczek, a cierpienie tętnic wieńcowych serca lub tętnicy pierszelowej jest tylko jednym jego wyrazem.

Co się tyczy wpływu, jaki sam atak wywiera na ciśnienie, to zbyt mało mam pod tym względem danych; w kilku przypadkach, w których mogłem asystować przy napadzie, ciśnienie w ataku się obniżało o 25—30 mm.

Wogóle biorąc, badanie ciśnienia dowodzi, że zmiany w tętnicach wieńcowych serca wpływają niekorzystnie na czynność serca; mówię to na tej zasadzie, że wogóle nie spotykałem nigdy tak niskich ciśnień, jak w dusznicy bolesnej. Spotykamy tu cyfry takie, jak 100, 90, a nawet 65 mm.! Tego w innych warunkach nie spotykamy wcale, chyba u chorych w upadku sił (*collapsus*) będących. Być może, że w niektórych przypadkach o nizkiem ciśnieniu, pierwotkowo ciśnienie było wyższe, a może nawet podniesione i dopiero z przejściem choroby na tętnice wieńcowe serca ciśnienie się obniżyło. Rozstrzygnąćby to mogły tylko liczne poszukiwania, z jednej strony rozciągające się na lata, a z drugiej—badania pośmiertne, gdyby te wykazały, że pomimo ogólnego stwardnienia tętnic, ciśnienie może być małe, jeżeli do choroby dołącza się zajęcie pni tętnic wieńcowych. Z drugiej strony wszakże muszę powiedzieć, że zdarzają się przypadki *ang. pect.*, w których ciśnienie dochodzi i do najwyższych stopni, np. 250 mm. i na tej cyfrze utrzymuje się stale przez długi czas.

Wahania w ciśnieniu w przebiegu *ang. pect.* zdarzają się wogóle nie często i pomiędzy nimi a poprawami stanu chorych bardzo ścisłego związku nie zauważyłem. Wogóle u chorych o nizkiem ciśnieniu, jeżeli następuje poprawa, ciśnienie się podnosi. Tak np. u chorego Ł. ciśnienie w miarę poprawy z 65 mm. podniosło się do 112,5 mm. choć później obniżyło się do 100 mm. Jeszcze jaskrawiej to wystąpiło u p. P., u którego ciśnienie przez długi czas utrzymywało się w granicach 110—120 mm., gdy tymczasem z nadejściem poprawy, po upływie roku, ciśnienie się podniosło najpierw do 152,5, a po upływie drugiego roku do 172, aż wreszcie do 180 mm.

Czasami jednak poprawa bywa bardzo znaczna, pomimo iż różnica w ciśnieniu bywa niewielka, np. u p. S. w 1900 r. ciśnienie 100 mm. Stopniowa poprawa, tak że w 1903 r. bólów wcale nie bywa, a ciśnienie tylko 112,50 mm.

Widziałem i takie przypadki, w których ciśnienie się podnosiło bez żadnej zmiany w stanie chorego; tak np. u p. S. w początku 1902 r. ciśnienie 130 mm., potem stale się podnosiło i doszło w grudniu t. r. do 170 mm., a jednak żadnej ulgi w cierpieniu nie było.

W przypadkach o nadciśnieniu poprawa następowała niekiedy przy znacznym spadku ciśnienia. Szczególniej widocznem było to w następującym

przypadku: P. K., l. 45, pali bardzo dużo, do 40 papierosów dziennie i więcej, skarży się na ból w piersi, idące w kierunku prawego ramienia i przychodzące głównie przy ruchu. W sercu żadnych zmian. Ciśnienie 167,5. Chory przestał palić i po 6 tygodniach zgłosił się do mnie prawie zdrowy. Ból prawie wcale nie przychodzi; może swobodnie chodzić. Ciśnienie 135 mm. W innym przypadku ciśnienie z 200 mm. w miarę poprawy spadło do 170 mm. W tych przypadkach, a szczególnie w pierwszym, należałoby przyjąć, że podniesienie ciśnienia w układzie tętniczym zależało nie tyle od stwardnienia, ile od skurczu drobnych naczyń, który po zaprzestaniu palenia znikł.

Wogóle muszę powiedzieć, że poprawy w dusznicy bolesnej zdarzają się częściej i są widoczniejsze w przypadkach o niskim ciśnieniu, aniżeli tam, gdzie ono jest podniesione.

Ostatnia grupa, a jakiej mam w tej kategorii mówić, obejmuje 5 przypadków kulenia przestankowego (*claudicatio intermittens*). Obok braku tętna w zajętych tętnicach (*pedica, tib. postica*) ciśnienie było podniesione. O tych przypadkach już mówiłem z racji dusznicy bolesnej.

Obecnie chcę parę słów powiedzieć o stosunku otyłości do ciśnienia tętniczego. Wogóle na 380 przypadków stwardnienia tętnic mam zanotowanych 136 przypadków jednoczesnej otyłości, t. j. 35,7%, a mianowicie w pierwszej kategorii [o małym ciśnieniu] w 23,5%, w drugiej zaś [o wysokim ciśnieniu] w 39%. Cyfry te byłyby o wiele większe, gdybym tu zaliczył i średnie stopnie otyłości, ja jednak zaliczałem tu jedynie przypadki znacznej otyłości. Oprócz tego mam zanotowanych 23 przypadki otyłości czystej bez jakichkolwiek objawów ze strony układu naczyniowego. W połowie przypadków tej ostatniej kategorii chorzy nie doświadczali żadnych subiektywnych dolegliwości, albo skarżyli się z powodu zupełnie innych cierpień. Ciśnienie u tych chorych było niskie, często bardzo niskie; tak np. przy wadze 250 funtów ciśnienie było 130 mm. Stąd widzimy, że otyłość sama przez się nie wpływa na podniesienie ciśnienia. U tych chorych utrata wagi nie wpływała też wcale na stan ciśnienia. Toż samo mogę powiedzieć i o tych przypadkach otyłości, w których były zmiany na aorcie przy małym ciśnieniu.

Inaczej się ma z przypadkami otyłości o wysokim ciśnieniu. Tutaj zmniejszenie otyłości wywiera niewątpliwy wpływ na ciśnienie krwi, a mianowicie obniża go wyraźnie, czasami bardzo znacznie. Przytaczam poniżej dane w tym względzie odnoszące się do 23 przypadków: [Patrz tabl. na str. nast.].

Z tablicy powyższej widać, jak wyraźny wpływ wywiera leczenie odtłuszczające na ciśnienie krwi. Z wyjątkiem 4 przypadków skutek był bardzo widoczny, a aczkolwiek po większej części ciśnienie nawet po skończonej kuracji było jeszcze podniesione, co dowodzi dużych zmian w tętnicach, to jednak w trzech przypadkach spadło ono tak nisko, iż należy przypuścić, że mieliśmy do czynienia nie z anatomicznym stwardnieniem, lecz z t. zw. nadciśnieniem funkcjonalnym. Jaki zachodzi stosunek pomiędzy ubytkiem wagi i obniżaniem się ciśnienia krwi? Można by tu postawić 2 przypuszczenia, a mianowicie: 1-o przyczyną obniżenia ciśnienia był tu nie ubytek wagi chorego, lecz dyeta, a mianowicie usunięcie z pożywienia ciał drażniących ścianki naczyń i wywo-

Rozpoznanie	Ciśnienie początkowe	Ciśnienie po leczeniu	Ubyło kilo
<i>Art. scl. latens</i>	205	177,5	4,0
"	260	190	?
<i>Art. scl. maniŕesta</i>	165	145	2,0
"	240	210	4,0
"	190	190	3,5
"	165	123	6,0
"	210	160	8,0
"	150	130	?
"	225	177,5	2,5 ¹⁾
"	182,5	175,0	3,0
"	125	155 ¹⁾	14,0 ¹⁾
"	210	180	6,0
"	210	165 ²⁾	?
<i>Art. scl. + nephrit.</i>	190	110	10,0
"	260	150	4,0
"	260	230	10,0
"	26 ¹⁾	240	4,5
"	170	170	4,0
"	260	190	?
"	245	200	20,0
<i>Angin. pect.</i>	22 ¹⁾	190	?
"	260	260	?
"	255	190	?

lujących ich skurcz. Wtedy zaliczyćby należało nasze przypadki do tej grupy, którą HUCHARD nazywa *hypertension toxi-alimentaire*; lub 2-o można przyjąć, że ogromna tusza [nadmiar często od 10 do 20 kilo] wywiera ten sam skutek przy każdym ruchu, co ciężka fizyczna praca. W istocie bowiem człowiek otyły wykonywa tę pracę, co zwyczajny człowiek, obciążony stałe ciężarem 4—20 kilo. Że zaś, jak to bardzo liczne doświadczenia wykazały, ciężka praca fizyczna wpływa na podniesienie ciśnienia w tętnicach, musimy więc przyjąć, że i tusza to czyni. W stanie zupełnego zdrowia ten nadmiar pracy nie jest tak wielki, aby wywołać stałe podniesienie ciśnienia, jeżeli jednak serce już pracuje pod zwiększonym ciśnieniem, wtedy każde obciążenie wpływa tem bardziej i stałe w tym samym kierunku.

Co do mnie, to uważam tylko to drugie przypuszczenie za racjonalne, albowiem opadnięcie ciśnienia stoi w związku ze schudnięciem chorego, a nie z rozdajem pożywienia. Gdyby ciśnienie opadało wskutek pewnego rodzaju pożywienia, np. diety mlecznej, tobyśmy musieli to samo widywać we wszystkich

¹⁾ po dalszem schudnięciu razem do 5,5 ciśnienie się podniosło do 192,5.

²⁾ potem podniosło się do 205.

przypadkach, bez względu czy dotyczą chorych otyłych, czy szczupłych. Otóż ciśnienie opada przy dyecie mlecznej tylko wtedy, jeżeli chory chudnie, inaczej nie wywiera ono bynajmniej tego wpływu. Na dowód tego przytoczę choćby następujące spostrzeżenie: p. S. radzi się mnie z powodu dusznicy bolesnej. Ciśnienie 185. Po tygodniu ściśle mlecznej kuracji stan subiektywny lepszy, ale ciśnienie 190.

W związku z powyższem rodzi się pytanie, o ile podwyższone ciśnienie może spadać do normalnych granic, czyli o ile możemy mówić o nadciśnieniu przejściowem, czynnościowem.

Wiadomo powszechnie, jak ważną rolę przypisuje HUCHARD temu właśnie nadciśnieniu czynnościowemu w etyologii stwardnienia tętnia. Jego zdaniem, istnieje długi okres stałego nadciśnienia, w którym drobne tętnice nie ulegają jeszcze wcale zmianom anatomicznym, lecz jedynie skutek działania na naczynia szkodliwego wpływu krążących we krwi trucizn [przeważnie pochodzenia pokarmowego], ulegają skurczowi, co, jak wiadomo z doświadczeń, wpływa na podniesienie ciśnienia w całym układzie tętnicznym. Dopiero stałe dłuższy czas istniejące nadciśnienie doprowadza do zmian anatomicznych. W zasadzie zarówno ze stanowiska patologii ogólnej, jak i analogii klinicznej, nie można temu twierdzeniu, mianowicie też pierwszej jego części, odmówić słuszności. Z jednej bowiem strony fakt eksperymentalny, na który się powołuje HUCHARD nie może ulegać wątpliwości, z drugiej znowu—znamy stany patologiczne, w których nadciśnienie powstaje niewątpliwie jedynie na drodze czynnościowej. Przytoczę tu dwa z nich, być może że znalazłoby się ich więcej. I tak w chorobie BASEDOW'a ciśnienie często bywa podniesione [do 190 mm.], a z przejściem choroby wraca do prawidłowego stanu. Dalej, w ostrem zapaleniu nerek, mianowicie też jeżeli występują objawy mocznicy, mamy stałe podniesione ciśnienie, które z przejściem choroby zupełnie znika. Analogia więc kliniczna nie przemawia przeciw poglądom HUCHARD'a. Ale z drugiej strony, gdzie mamy kryterium, że dany wypadek należy odnieść do nadciśnienia czynnościowego, a nie do zmian organicznych w drobnych tętnicach, mianowicie też trzewowych, których zmiany jak z jednej strony są najważniejsze dla ciśnienia, tak z drugiej—są niedostępne dla badania, jeżeli mianowicie nerki nie są zajęte. W tych razach nie rozstrzyga zresztą nawet przebieg choroby, albowiem poprawy stanu zdrowia zdarzały się bardzo często, pomimo iż ciśnienie nie tylko się nie zmniejsza, ale nawet podnosi. Tymczasem poprawa stanu zdrowia, o ile się zdaje, była dla HUCHARD'a głównem kryterium, że dany przypadek odnieść należy do nadciśnienia czynnościowego; wprawdzie przytacza on i dane sfigmomanometryczne, ale z nich widać, że ciśnienie wprawdzie spadało, ale nigdy nie dochodziło do stanu prawidłowego. Aby mieć prawo mówić o nadciśnieniu czynnościowem, należałoby, aby w danym przypadku mózł wykluczyć wszelkie organiczne cierpienie, a z drugiej strony, aby ciśnienie powróciło do normalnych granic na stałe. Powiadam na stałe, albowiem chwilowe obniżenie osiągnąć można w każdym, nawet daleko posuniętym przypadku stwardnienia tętnic, np. zapomocą wdychania amylinitrytu. W ten sam sposób postępuje v. BASCH, mówiąc o swej *pseudo-angio-sclerosis*.

Pomiędzy całym mym materiałem znalazłem, oprócz wyżej przytoczonych z racyi otyłości, zaledwie kilka, w których ciśnienie spadło prawdziwie do normalnych granic. Jeden z nich już wyżej przytoczyłem, mówiąc o dusznicy bolesnej. Drugi bardzo charakterystyczny: p. R., l. 56, pije i pali bardzo dużo, skarży się na odbijania, zgagę, ranne wymioty. Tętno przyspieszone. Ciśnienie 260 mm. Po miesiącu kuracyi przeważnie mlecznej, odstawieniu trunków i tytoniu, subiektywny stan bardzo dobry, ciśnienie 150. Albo następujący: p. A. od kilku miesięcy doznaje ucisku w okolicy serca; dużo pracuje umysłowo, mało chodzi; chory mocno otyły, serce cokolwiek na prawo rozszerzone, u aorty szmer systoliczny, tętno wolne, ciśnienie 150. Po kilku tygodniach chory czuje się zupełnie dobrze, ciśnienie 95 mm., które po kilku miesiącach podniosło się do 115 i na tej cyfrze się utrzymuje. Systoliczny szmer u aorty o wiele słabszy.

W innych przypadkach ciśnienie opadało, ale nie do normalnego stanu. Muszę przytem zauważyć, że i tu chorzy, choć nie zaliczyłem ich do otyłych, pod wpływem higienicznego sposobu życia zawsze tracili na wadze. Dodam wszakże, że aczkolwiek często razem ze zmniejszeniem się ciśnienia, subiektywny stan chorego się poprawiał, jednak stałego stosunku pomiędzy temi rzeczami niema. Tak np. P. Z. bardzo nerwowo skarży się na ból w prawem kolanie. Bardzo silna arytmia, drugi ton aorty wzmocniony, ciśnienie 200. W 5 miesięcy potem skarży się na silne bicie serca, duszność. Serce rozszerzone, ciśnienie 190. W miesiąc potem stan subiektywny coraz gorszy, ciśnienie 160 mm.

Przeciwnie P. S., l. 46. Skarży się w 1900 r. na ciężki oddech oraz nerwoból międzyżebrowy. U aorty słaby systoliczny szmer. Ciśnienie 170 mm. W 1901 r. stan lepszy, ciśnienie 165 mm. W końcu 1902 roku stan lepszy. Ciśnienie 220 mm. W połowie 1903 roku stan jeszcze lepszy, ciśnienie 180 mm.

Na zasadzie powyższego nie mogę zaprzeczać istnienia t. zw. ciśnienia czynnościowego, muszę jednak powiedzieć, że zdarza się ono rzadko, o wiele rzadziej, aniżeli to przypuszcza HUCHARD. Wogóle powiedzieć mogę, że naszym zabiegom leczniczym rzadko tylko udaje się obniżyć ciśnienie u chorych ze stwardnieniem tętnic; ze wszystkich metod leczenia, jedynie tylko leczenie odłuszczonej daje nam niewątpliwe w tym względzie dodatnie wyniki. Skuteczność innych w tym względzie stosowanych środków, mianowicie też jodu, jest więcej niż wątpliwa. Z tego nie wynika bynajmniej, aby leczenie nasze było zupełnie w stwardnieniu tętnic bezskutecznem. Przeciwnie, osiągamy tu nieraz bardzo piękne wyniki, ale dzieje się to, pomimo iż ciśnienie nie ulega zmniejszeniu. Zabiegi nasze w stwardnieniu tętnic winny mieć na względzie, obok uregulowania sposobu życia, poprawę stanu nerwowego, a przede wszystkim czuwanie nad mięśniem sercowym. Serce wyrównywa szkody w krążeniu powstałe przez nadciśnienie; dopóki serce jest zdrowe i energicznie pracuje, może ono zaburzenia, powstałe wskutek zmian w tętnicach, wyrównać, tak, iż choroba wcale lub mało choremu daje się uczuwać.

Poruszę wreszcie dodatkowo parę pytań, co do których znajduję odpowiedzi w mym materyale. I tak, przedewszystkiem o stosunku drugiego tonu aorty do ciśnienia krwi. Już wyżej mówiłem, że HUCHARD uważa wzmocnienie drugiego tonu aorty za najważniejszy dowód, czy ciśnienie jest podniesione, lub nie; na zasadzie tego objawu, powiada on, można się obejść bez wszelkich przyrządów, służących do zmierzenia ciśnienia. Już BASCH podał w wątpliwość to twierdzenie i wykazał, że pomimo istnienia nadciśnienia, drugi ton aorty może nie być wzmocniony. Ja muszę w zupełności potwierdzić to zdanie, przejrzawszy bowiem mój materyał, przekonałem się, że zaledwie w połowie przypadków (136 tak, na 139 nie) drugi ton był wzmocniony. Z tego, jak to już wyżej mówiłem, nie wypada, aby on w istocie nie był wzmocniony, ale do ucha naszego dochodzi on bez żadnego wzmoczenia, często nawet wyraźnie osłabiony, tak, iż niejednokrotnie zmuszony byłem go oznaczać, jako głuchy. W samej rzeczy, drugi ton aorty jest ściśle zależny od ciśnienia, gdzie to jest podniesione, tam i zastawki aorty muszą z większą siłą się zamykać, ale muszą zachodzić pewne, bardzo częste okoliczności, która w przejściu od ścian aorty do klatki piersiowej osłabiają powstały stąd dźwięk. Ostatecznie brak tego objawu nie jest bynajmniej wskazówką, iż ciśnienie nie jest wzmożone. Mamy tu to samo, co BASCH bardzo słusznie powiedział o przeroście lewej komory, W każdym przypadku dłużej trwającego nadciśnienia lewa komora musi ulegać przerostowi, albowiem dzieje się to zawsze, kiedy serce ma do przdzwyciężenia niezwykle przeszkody, a jednak naszymi metodami fizykalnego badania niezawsze jesteśmy w stanie przerost ów wykazać. W tym razie mierzenie ciśnienia daje nam niewątpliwie ważniejsze wskazówki o wielkości serca, niż perkusya i t. p.

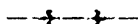
Drugi punkt, na który chciałem zwrócić uwagę, jest stosunek częstości tętna do ciśnienia krwi. Już wyżej mówiłem, że prawo MAREY'a, według którego tętno tem jest wolniejsze im ciśnienie jest wyższe, nawet w fizyologii nie jest zupełnie stałem, a tem bardziej do patologii zastosować się nie daje. Kładzie na to ważny nacisk HUCHARD, a i POTAIN w swych badaniach nad zdrowymi żołnierzami, uległymi zmęczeniu fizycznemu, doszedł do wniosku, że pomiędzy częstością tętna a ciśnieniem niema stałego stosunku. Co do mnie, to na 136 przypadków nadciśnienia, które w tym celu przejrzałem, znalazłem nie mniej, jak 40 razy, tętno przyspieszone, często bardzo wyraźnie. Tak np. u p. G. tętno 200, ciśnienie 240. U p. S. tętno 120, ciśnienie 250 mm. Na to przyspieszenie wpływa przedewszystkiem stan nerwowy; przeszło czwarta część tych chorych, obok cierpienia serca, chorowała na neurastenię. Dalej przyspieszenie tętna, przy jednoczesnem nadciśnieniu, wzbudza zawsze obawę zbliżającego się zaburzenia w wyrównaniu. Serce już nie jest w stanie przezwyciężyć przeszkód, więc zamiast np. 60-iu silnych uderzeń robi 100 słabszych, aby tylko potrzebną ilość krwi przepchać.

IV. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Podali

Wł. Starkiewicz i T. Gryglewicz.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Gruźlica na wsi mogłaby stanowić także wdzięczne zadanie dla Sekcyi przeciwgruźliczej. Z góry możnaby oczekiwać mniejszego rozpowszechnienia gruźlicy wśród włościan, a może zato złośliwszego przebiegu.

Dotychczas cyfrowych danych dla kwestyi powyższej piśmiennictwo nasze prawie nie posiada. Z lekarzy prowincjonalnych jedynie kol. KLARNER [17] z Lubelskiego zajmował się tą kwestyą i ogłaszał wyniki swoich wspomnianych już spostrzeżeń. Wśród chorych żydów, radzących się u KLARNERA, odsetka suchotników wynosiła 3,2%, wśród włościan 1,9%, wreszcie wśród mieszczan 3%.

Przy tem gruźlica u żydów podług KLARNERA częściej napastuje dzieci, niż wśród mieszczan i włościan: podczas gdy stosunek suchotników dorosłych do dzieci wynosi u żydów 73 : 27, u mieszczan równa się 90 : 10, u włościan zaś 96 : 4. Statystyka szpitali wiejskich jest również bardzo uboga. Obszerniejsze sprawozdania za dłuższy okres czasu znaleźliśmy tylko ze szpitala Wilanowskiego i ze szpitala w Sterdyni.

Ułożonej przeze mnie tablicy ilości i śmiertelności suchotników w szpitalach wiejskich—Wilanowskim [ŁUCZKIEWICZ [22], ŚCIBOROWKI [23] w latach od 1856 do 1863 włącznie i w Sterdyńskim [ROSICKI [24], JAROSIŃSKI [25] nie przytaczam tutaj nawet, jako opartej na danych zbyt już dawnych.

Odsetkę suchotników liczono tam na 2½ do 3%, śmiertelność ich na 28,5%, do 61,5%.

Powikłania suchot.

Wielokrotnie zwracano uwagę, że suchotnicy mało są skłonni do zapadania na choroby zakaźne. U nas bardzo ostro w tym względzie wypowiedział się CHEŁMOŃSKI [26], a to na mocy nie tylko spostrzeżeń klinicznych, ale i danych z ksiąg prosektoryjnych. I na naszym oddziale panuje to samo przekonanie. Co prawda, datuje ono jeszcze z dawniejszych stosunków szpitalnych, kiedy oddziały wewnętrzne przepełnione były chorymi z tyfusem brzuszny i wysypkowym, kiedy chorzy, dotknięci innemi chorobami, zapadali na sali wcale nierzadko na tyfus, a bardzo często na różę. Otóż z czasów tych pozo-

stało wspomnienie, że żaden suchotnik nie zapadł na tyfus lub różę, a co ważniejszą, że żaden chory, przybywający z tyfusem lub różą, nie okazywał jednocześnie suchot¹⁾.

Co się tyczy chorób zakaźnych u suchotników w ciągu ubiegłych lat ośmiu, to zaznaczyć muszę, co następuje:

Influenza u suchotników zdarzała się wcale nie rzadko. 5 razy notowaliśmy u suchotników typową krwawą biegunkę, stwierdzoną parę razy na sekcji, gdzie wrzody dyzenteryczne wyraźnie różniły się od gruźliczych. Raz dyzenterya taka miała nawet charakter dyfterytyczny. Powodem tego stosunkowo częstego powikłania był opłakany stan ustępów w starym szpitalu Dziec. Jezus. Na krwawą biegunkę zapadali tam oczywiście nierzadko i inni chorzy.

Z innych powikłań chorobami zakaźnymi wymienię zapalenie płuc zrazowe, które widuje się u suchotników i w prywatnej praktyce i na oddziale zdarzyło się parę razy. Takie zapalenie płuc ostre zrazowe u suchotnika powinno mieć przebieg cykliczny i zniknąć bez śladu, aby mogło uchodzić za prawdziwe zapalenie płuc włóknikowe. Częściej bywa inaczej: owo zapalenie płuc trwa długo i dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach rozchodzi się i to niezupełnie. Przypomina to raczej zapalenie płuc nieżytowe, albo te zapalenia, które widywano po wstrzykiwaniach tuberkuliny. I takich przypadków kilka mieliśmy na oddziale. O zapaleniu płuc serowatym mówiłem już na innym miejscu. W jednym przypadku widzieliśmy dość ostrą gruźlicę płuc i błon surowiczych wkrótce po wyzdrowieniu z zapalenia płuc włóknikowego.

W każdym razie wobec niezmiernej częstości obu tych chorób (suchot płucnych i zapalenia płuc) widocznie suchotnicy mało są skłonni do zapalenia płuc włóknikowego, skoro zbieg tych chorób tak rzadko się zdarza.

Rzadkość zapalenia płuc schyłkowego (*pneumonia cachecticorum*) u suchotników zasługuje na podkreślenie. Przecież na 229 zmarłych czy to z chorób sercowych, czy mózgowych, czy nerkowych powikłanie to znaleźlibyśmy kilkadziesiąt razy; — między naszymi suchotnikami były tylko dwa takie przypadki.

Wśród naszych suchotników były dwa niewątpliwe powikłania ostrego reumatyzmem stawowym. U jednego z tych chorych reumatyzm ustąpił wkrótce, u drugiego reumatyzm zjawiał się bezpośrednio po krwotoku płucnym i wracał kilkakrotnie w ciągu siedmiu tygodni.

Powikłania nerkowe.

Jeżeli pominiemy 11 przypadków gruźlicy nerek [nie liczę tu gruźlicy prosówkowej], oraz 9 przypadków zwyrodnienia skrobiowatego, to na sek-

¹⁾ W roku bieżącym, już po ukończeniu niniejszego sprawozdania, zdarzył się na naszym oddziale przypadek tyfusu brzuszego u suchotnika, nie rozpoznany za życia, a stwierdzony badaniem pośmiertnem.

cyach naszych suchotników jeszcze w 22-ch przypadkach na 229 znaleziono mniejsze lub większe zmiany zapalne w nerkach, [*nephritis mixta* to z przeważnem zajęciem miąższu nerek, to tkanki śródmiąższowej]. I z tych chorych, którzy się wypisali, taka sama prawie odsetka [26 : 268] okazywała zmiany w moczu właściwe zapaleniu nerek: białkomocz, wałeczki.

Z tej dość znacznej w każdym razie liczby spostrzeżeń wyprowadziłbym ten wniosek, że zapalenie nerek, wikkłające suchoty płucne, nie wpływa prawie na ich przebieg, bo zazwyczaj nie dosięga wysokiego natężenia: białka zwykle znajdujemy w moczu zaledwie ślady, rzadko odsetka białka dochodzi do 1‰; obrzęków bardzo często niema wcale, a tam, gdzie są, mogłyby po części zależeć i od głównej choroby; objawów mocznicowych nie bywa prawie nigdy.

Co do tych ostatnich, zapewne mógłby kto uludzi ciężko chorych, na krótko przed śmiercią doszukiwać się charakteru mocznicowego w takich objawach jak np. większa duszność, zamglenie świadomości, biegunka. Bezstronny jednak rozbiór spostrzeżeń wykaże, że najzwyczajniejszych objawów mocznicowych [bólów głowy, wymiotów, drgawek] próżnobyśmy szukali u suchotników. Z naszych przypadków w 3-ch tylko można było mówić o lekkiej mocnicy ze względu właśnie na bóle głowy, wymioty, zaburzenia świadomości; żaden z nich nie zakończył się śmiercią. W jednym z tych przypadków bardzo dawne i niewielkie zmiany w płucach grały całkiem podrzędną rolę przy głównej chorobie — arteriosklerozie ogólnej i nerek w szczególności.

Niezuaczną ilość białka przy zapaleniu nerek u suchotników powtarzała się tak stale, a tam, gdzie białka było dużo [10, 15 nawet 20‰] sekcyja tak stale wykazywała zwyrodnienie skrobiowate nerek, że skłonny byłbym podejrzynwać zawsze u suchotnika to zwyrodnienie, ilekroć znajdą się u niego większe ilości białka w moczu. W kilku przypadkach, mimo stwierdzonych sekcyją zmian w nerkach, za życia białka nie było wcale. Zmiany pośmieradne wogóle nie były wybitne [o ile wyłączyć zwyrodnienie skrobiowate].

Wobec tego, co powiedziano, zasługiwałoby może na uwagę, że w suchotach płucnych, o ile nerki często i łatwo ulegają wysokim stopniom zwyrodnienia skrobiowatego, o tyle mało są skłonne do wyższych stopni zapalenia chronicznego.

A l k o h o l i z m. O ile nie tak dawno jeszcze zarówno w sanatoryach, jak w praktyce prywatnej, nadmiernie szafowano alkoholem u suchotników, uważając go za środek leczniczy dużej wartości, o tyle dzisiaj pod wpływem ogólnej reakcyi antyalkoholowej oceniają wpływ jego na rozwój i przebieg gruźlicy zbyt może pesymistycznie.

Zdaniem naszym, należałoby porozumieć się przedewszystkiem, co należy uważać za alkoholizm. Zdaje się, że w naszych szpitalach może zbyt pochopnie notuje się nieraz alkoholizm u ludzi, którzy pijali 1—2 kiliszki dziennie. Po drugie, oceniając odsetkę alkoholików pomiędzy suchotnikami jako dużą lub małą, należałoby brać pod uwagę takąż odsetkę pośród chorych szpitalnych innych kategorii.

Na 497-iu suchotników naliczyliśmy 31 wyraźnych alkoholików, czyli 6,23%. Odsetka zmarłych między tymi chorymi była znacznie większa od przeciętnej, bo wynosiła 60% zamiast 42%. Czas trwania choroby aż do śmierci był krótszy: u 7-iu wynosił mniej niż rok, u 7-iu od 1 roku do 2 lat, u 4-ch tylko dłużej niż 2 lata. Dość liczne były przypadki z ostrzejszym przebiegiem, bo 4 na 31; w tem 2 przypadki gruźlicy prosówkowej. Zaznaczę wreszcie dość liczne biegunki: *enteritis tbc.* znaleziono u 12-tu na 18-tu zmarłych czyli w 66,6%. W związku z tą ostatnią kwestyą wspomnę, że niektórzy autorowie francuscy w *gastritis alcoholica* i w zależnym od tegoż braku kwasu solnego szukali przyczyny mniejszej odporności przewodu pokarmowego na działanie laseczników gruźliczych.

Wzajemne wyłączenie się suchot płuc z jednej strony, a rozedmy, skrzywienie kręgosłupa, wad serca, [aorty, zastawki dwudzielnej] raka z drugiej strony—omawiano już tyle razy, że szerzej się nad tem rozwodzić nie będę. Nasz materiał szpitalny wykazuje także przykłady, że choroby te mogą istnieć obok siebie. W każdym jednak razie materiały nasz świadczyłyby, że słabsze usposobienie wspomnianych chorych do gruźlicy istnieje istotnie. Co do wad sercowych jest to zresztą pewnie mniemanie ogólne. Z naszych suchotników zaledwie jeden miał wadę zastawki dwudzielnej. U garbatych należałoby brać pod uwagę, że ludzie ci najczęściej przebyli już sprawę gruźliczą kręgosłupa, a więc suchoty płucne powinnyby powtarzać się u nich nader często.

Co do rakowych, trzeba by uwzględnić, że są to chorzy wyniszczeni w najwyższym stopniu, leżą długo w szpitalu, sposobności do zarażenia się mają bardzo dużo. Pomimo tego gruźlicę płuc znajdujemy u nich wcale nie częściej, niż u innych chorych, a nader często gruźlica ta bywa włóknistą lub nawet wyleczoną.

Rozedmy płuc naliczyłem 40 przypadków wśród 497 suchotników. Zbieg tych dwóch chorób nastręcza wielkie trudności przy rozpoznaniu i przy ocenianiu. Co do rozpoznawania, szczerze wyznać muszę, że rozpoznanie suchot u rozedmowego lub stanowcze ich wyłączenie uważam za rzecz często bardzo trudną. Trafienie na laseczники w bardzo obfitej płwocinie kataralnej często będzie kwestyą szczęśliwego przypadku. Badanie fizykalne wobec możliwości pewnych różnic opukowych [zatkanie oskrzela, nierównomierny stopień rozedmy], małej ruchomości granic płucnych, oddechu często bardzo zaostzonego właśnie nad górnymi częściami płuc,—wobec tego wszystkiego często nie daje wyników zupełnie stanowczych. Rozpoznając lub wyłączając suchoty u rozedmowego, często kierujemy się raczej wywiadami, wyglądem chorego, jego temperaturą, aniżeli wynikami badania fizykalnego. Orzeczenie, czy w danym przypadku do rozedmy przyłączyły się suchoty płucne, czy też rozedma powstała następczo wskutek ciągłego kaszlu u suchotnika, dotkniętego od bardzo dawna włóknistą postacią gruźlicy, może także często nastręczać niepokonane trudności i za życia i na stole sekcyjnym.

Pomyłki rozpoznawcze. Doświadczenie naszego oddziału wykazuje, że objawy fizykalne bynajmniej niezawsze dają miarę rozległości sprawy gruźliczej w płucach. Ciężki stan chorego, zwłaszcza starszego i na krótko przed śmiercią, sprzyja przeoczeniu nawet daleko posuniętych zmian w płucach. Mamy doskonale w pamięci cały szereg przypadków, w których za życia chorego dokładne badanie fizykalne nie wykrywało wcale lub tylko niewielkie zmiany w płucach, podczas gdy badanie pośmiertne wykazywało rozległe zmiany rozpadowe. Fakty podobne trudno sobie tłumaczyć inaczej, jak tylko tem, że przy niezmiernie powierzchownem oddychaniu takich osób powietrze nie dochodzi wcale do chorych odcinków płuc, przez co zarówno rżenia, jak oddech oskrzelowy uchodzą uwagi badającego. Dalej przy jednoczesnem a równomiernem zajęciu obu szczytów płucnych nieraz trudno bywa określić stanowczo stłumienie opukowe dla braku punktu porównania. Do tego przyłącza się trudność porozumienia się z blizkim śmierci chorym, trudność osiągnięcia tego, by go równo usadzić, by na żądanie odetchnął lub kaszlnął silniej, zupełny nieraz brak płwociny a nawet i kaszlu przed śmiercią ¹⁾, a nieraz i prawidłowa lub niższa od prawidłowej ciepłota.

Kończąc na tem uwagi o gruźlicy płuc, oparte na doświadczeniu naszego oddziału, uważamy za swój obowiązek złożyć tutaj serdeczne podziękowanie kierownikowi naszego oddziału drowi K. CHEŁCHOWSKIEMU za życzliwe wskazówki, których nam nie szczędził wciągu tej pracy.

L I T E R A T U R A.

1) PONIKŁO. Przegląd Lekarski. 1880. XIX, Nr. 1, 3.—2) DĄBROWSKI WITOSŁAW. Zdrowie. 1902. II, str. 121. — 3) KIJEWSKI. Gaz. Lek. 1885. V. str. 536. — 4) KROKIEWICZ. Przegl. Lek. 1897. Nr. 44, 45, 46.—5) SĘDZIAK. Gaz. Lek. 1888 str. 132.—6) BORZĘCKI. Kron. Lek. 1902 str 251.—7) Cytowany u CORNET'a w Handbuch der speciellen Pathologie NOTHNAGEL'a. Die Miliartuberculose. XIV, cz. IV, str. 15.—8) LEBRUN. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. VII 157, X 195, XII 3, XIV 3, XVI 165, XVIII 171, XXIV 1, XXVII 136, XXXVII 151. Sprawozdanie lekarskie o czynności szpitala Dzieciątka Jezus, w latach 1841—1856.—9) KRAJEWSKI. Pam. Tow. Lek. War. 1886. LXXXII str. 171.—10) GARBOWSKI i 11) POLAK. Medicinsko-statysticzeskij otczot po bolnice Mład. Isusa za 1884, 1885, 1886, 1887.—12) SOKOŁOWSKI. Zdrowie. 1886. Nr. 7, 12.—13) ZALESKI. Zdrowie. 1886. Nr. 18, 19.—14) SZUMLAŃSKI. Zdrowie. 1888 str. 210 i 1890 str. 157.—15) CORNET. Nothnagels Handbuch. der speciellen Pathologie. Die Tuberculose. — 16) SZNABL. Med. 1892. Nr. 4. — 17) KLARNER. Zdrowie. 1892 str. 426. — 18) ROSENTHAL. Pam. Tow. Lek. War. 1859 XVI. 158. — 19) LE BRUN. Pam. Tow. Lek. War. 1859. XVI.—20) STERLING. Prace sekcji gruźliczej IX Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w r. 1900. — 21) HIRSCH. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. — 22) ŁUCZKIEWICZ. Tyg. Lek. 1856. X 169,

¹⁾ Zupełny brak kaszlu przez cały czas trwania suchot stwierdziliśmy stanowczo, rozpyłując troskliwie po sekcji sąsiadów chorego, posługaczów i siostrę miłosierdzia, u kilku chorych, z ciężkiem schorzeniem mózgu lub rdzenia kręgowego, u paru starców, wreszcie w gruźlicy prośkowej.

Mówiąc o najczęstszym objawie suchot—kaszlu, w paru słowach dotknę i krwioplucia. Na 229-iu zmarłych suchotników nie pluło krwią nigdy 64-ch, czyli 27,94%. Za początek swej choroby podawało krwioplucie 31 chorych, czyli 6,24%.

1857. XI. 97. — 23) ŚCIBOROWSKI. Tyg. Lek. 1858 — 1866. XII—XX. — 24) ROSICKI. Tyg. Lek. 1860—1862 str. 223, 53, 393. — 25) KWIATKOWSKI. Przegl. Lek. 1900. Nr. 1. — 26) CHEŁMOŃSKI. Gaz. Lek. 1891 str. 77. — 27) FRAENKEL i TROJE. Zeitschrift f. klinische Medizin. 1894. T. 24. 28) EICHHORST. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dnia 3. XI b. r.

1. BORNSTEIN przedstawił chorego [18 l. chłopca] z niezwykle kombinacją objawów podrażnienia ruchowego, mianowicie chory ten wykonywa mnóstwo ruchów bezładnych, choreatycznych, obok tego ruchy rytmiczne głową i rękami i ręką prawą ruchy charakterystyczne dla choroby PARKINSON'a [jak przy kręceniu pigulek]. Stan ten powstał 1½ roku temu nagle po przestraszu. U tegoż chorego istnieje lewostronne porażenie bez wzmoczonego napięcia mięśniowego i bez wzmoczonych odruchów ścięgnistych z hypotonią mięśni. B. stan ten określa jako chorea—(*chorea minor, mollis*). W dyskusyi DUNIN zapytuje, czy w danym przypadku można z pewnością wyłączyć histeryę, na co BORNSTEIN odpowiada, iż oprócz ruchów rytmicznych brak wszelkich stygmatów histerycznych u chorego.

2. KOZERSKI przedstawił przypadek choroby RAYNAUD'a w połączeniu ze świeżym przymiotem u chorej lat 48. Przypadek ten przytacza K. ze względu na samą chorobę RAYNAUD'a, która tu występowała w postaci dość dyskretnej—na twarzy i dłoniach istniały telangiektaze, skóra palców rąk zmieniona, zaburzenia w krążeniu, kilkakrotnie występowała zgorzeł powierzchownych, warstw skóry brzośców palców u rąk. Przymiot wystąpił tu już później, fakt ciekawy ze względu iż niektórzy autorzy upatrują w przymocie moment etyologiczny choroby RAYNAUD'a.

3. BREGMAN przedstawił chorą 19 l. z hematomyelią. Porażenie kończyn dolnych typu BROWN-SÉQUARD'a. B. podnosi w swoim przypadku a) zaburzenie czucia mięśniowego po stronie porażonej, objaw, który znajdujemy w opisie BROWN-SÉQUARD'a, a który jednak przez późniejszych spostrzegaczy mało bywał uwzględniany, b) zanik porażonej kończyny dolnej, c) reakcja paradoksalna wyprostnych palców—przy uderzeniu silnem lub kilkakrotnem ścięgna Achillesa występuje bezpośrednio po skurczu *m. gastrocnemii* wyprostowanie palucha i innych palców. Pod względem patogenetycznym ciekawym jest w danym przypadku brak wszelkich danych etyologicznych. Najwięcej prawdopodobieństwa ma, zdaniem B., przypuszczenie, że w rdzeniu oddawna rozwijała się skrycie przebiegająca gliozą, która ujawniła się dopiero przez wylew krwi, i choroba wystąpiła nagle.

4. Wł. ŚTANKIEWICZ przedstawił preparat mięśniaków macicy, które usunął chorej lat 44. Guz zaczął się rozwijać 6 lat temu, stale się powiększał, wywołując bóle i ogromne wychudzenie. Przy badaniu znaleziono guz wypełniający całą jamę brzuszną, nierówny, badanie przez pochwę wykazuje niewielką szyjkę maciczną a macicę zlaną z otaczającą masą guzów. Dokonano operacji wyluszczenia guza. Guz 30 f. wagi, składa się z kilkunastu guzów różnej wielkości, od orzecha włoskiego do główki nowonarodzonego dziecka, największy guz zły

jest z tylną ścianą macicy. Guzy mają charakter włókniaków, w niektórych większych zwyrodnienie śluzowe. Stan chorej zadowalający.

5. Wł. STERLING przedstawił dziecko 4 letnie, które 14 miesięcy temu zachorowało przy objawach wskazujących na sprawę nowotworową w mózgu w obrębie prawego *pedunculi cerebri* najprawdopodobniej *tubercul. solitar*). Przypadek ten przedstawia S. ze względu na znaczne polepszenie. Dziecko od miesiąca już przestało cierpieć na bóle głowy, duszność znikła, dziecko raźniejsze; oftalmoskopowa tarcza zastoinowa znikła zupełnie, widać tylko nieznaczne zatarcie granic. Takie polepszenie przy *tbc. solit.* jest rzeczą rzadką, ale możliwą. (OPPENHEIM, CIAGLIŃSKI i in.).

W dyskusji FLATAU podkreśla znaczenie tego przypadku. F. widział dziecko w lutym i stwierdził wtedy objawy *hemiplegiae alternantis* [porażenie prawego nerwu okoruchowego, lewostronne porażenie kończyn], tarczę zastoinową, senność.

DUNIN uważa przypuszczanie jedynie *tbc. solit.* w demonstrowanym przypadku wobec ustąpienia objawów za mniej uzasadnione, przypuszczałby raczej należało, iż obok tego była to sprawa wysiękowa *ependymitis ventric.* D. zapytuje, czy były robione nakłucia łądźwiowe i czy badano płyn na łaseczniki gruźlicze.

FLATAU odpowiada DUNINOWI co do przypuszczenia *hydroceph. idiopath.* iż istniałyby w takim razie obok objawów ogólnych objawy miejscowe charakterystyczne, jak osłabienie kończyn i *hemianopsia bitemporalis*; objawów tych nie było. F. w przypadku tym rozpoznaje również *tbc. solitare*.

CIAGLIŃSKI potwierdza na zasadzie spostrzeżeń własnych fakt ustępowania objawów przy *tbc. solit.* i wspomina o dodatnim wpływie w takich przypadkach podawania jodoformu. W tym samym sensie przemawia BIRO.

BRUDZIŃSKI zapytuje, czy w danym przypadku można z pewnością wyłączyć przymiot wrodzony, spostrzegał bowiem przypadek z objawami mózgowymi, gdzie ojciec przed 17-tu laty przechodził przymiot, leczyl się gruntownie, starsze dzieci były zupełnie zdrowe, a jednak u dziewczynki 7-letn. objawy mózgowe (przynębienie, *ptosis*) ustąpiły po kuracji specyficznej.

STERLING odpowiada, iż objawów przymiotu na pewno nie było; nie wskazywały na to również i wywiady.

6. FLATAU i KOELICHEN przedstawili rdzeń 42 l. chorej, która zmarła wskutek nowotworu śródpiersia. Za życia ze strony systemu nerwowego stwierdzono bezwład kończyn dolnych, odruchy kolanowe żywe, ze ścięgna Achillesa zniesione, później wystąpił objaw paluchowy BABIŃSKIEGO. Zaburzenia czucia bólowego i ciepłego — w dolnej połowie ciała. Rozpoznano *myelitis transversa* z umiejscowieniem w 4-ym odcinku rdzenia grzbietowego. Na uwagę zasługuje w tym przypadku brak odruchów ze ścięgna Achillesa, żywe odruchy kolanowe wobec umiejscowienia ogniska w górnej części rdzenia grzbietowego. K. wypowiada przypuszczenie, iż tylne korzenie, stanowiące część łuku odruchowego dla ścięgna Achillesa, znajdowały się w innych warunkach ciśnienia, niż tylne korzenie, stanowiące część łuku odruchowego ze ścięgna *m. recti femor.*

FLATAU podał wyniki badania pośmiertnego. Stwierdzono w śródpiersiu wypełniający je prawie nowotwór o charakterze limfosarcomatu. Na ciałach kilku kręgów grzbietowych z lewej strony szereg nowotworów, które obejmując ciała kręgów drażyły do kanału kręgowego. Po otwarciu kanału stwierdzono obecność guza na oponie twardej rdzenia.

7. PALMIRSKI i ŻEBROWSKI. O płonicy pod względem bakteriologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej. Po przytoczeniu odnośnych badań co do etyologii płonicy, z których się okazuje, iż badacze dzielą się na dwa obozy, potężniejszy, który w paciorkowcach widzi moment etyologiczny ważny, ale drugorzędny, i dru-

gi, który uważa paciorkowce za czynnik swoisty dla szkarlatyny, prelegenci dłużej zatrzymują się nad badaniami MOSER'a. MOSER opierając się na badaniach BEHRING'a i MARMORKA, postanowił szukać wyjaśnienia roli paciorkowców na drodze uodporniania paciorkowcami. Tą drogą M. otrzymał surowicę, która okazała własności lecznicze. W sprawie specyficzności streptokoków MOSER na zasadzie swych badań stanowczej odpowiedzi nie daje, zaznacza jednak odrębność streptokoków szkarlatynowych.

Badania nad paciorkowcami w celu otrzymania surowicy leczniczej rozpoczęto w instytucie dra PALMIRSKIEGO jeszcze w r. 1898. Otrzymano surowicę leczniczą, lecz tylko względem streptokoka, którym koń był uodporniony. Zaczęto więc uodporniać mieszaniną streptokoków dla otrzymania surowicy *polyvalens*. Zachęciły do dalszego prowadzenia tych badań wieści o wynikach pomyślnych leczenia szkarlatyny surowicą MOSER'a. Badania swe rozpoczęli prel. od badania trupów dzieci, zmarłych na szkarlatynę, pod względem bakteriologicznym. Z badania 5-in przypadków otrzymywali stale ze krwi i narządów *strept. conglomer.* Hodowlami tych paciorkowców prelegenci uodporniali konie. Do doświadczeń użyto 3 konie. Surowica, otrzymana od tych koni, okazała własności lecznicze. Działanie surowicy zaznacza się poprawą stanu ogólnego, występującą na drugi dzień. Objawy ze strony systemu nerwowego ustępują, ciepłota ciała obniża się, lecz niejednakowo u różnych chorych, tętno się poprawia. Ujemnego działania prel. nie widzieli. Jak dotąd, w żadnym przypadku leczonym surowicą nie wystąpiło powikłanie ze strony nerek. Surowicę zastrzykiwano dzieciom w szpitaliku na Aleksandryi na oddziale dra MALINOWSKIEGO z początku w ilości 20 ctm., później 50 ctm. Dalsze doświadczenie wykaże, czy dawka ta okaże się odpowiednią. W kwestyi roli streptokoków w szkarlatynie prel. mają nadzieję wykazania, iż *strep. conglomer.* jest zarazkiem swoistym dla szkarlatyny. Badania są w toku.

W dyskusyi RZETKOWSKI podnosi ważność omawianej kwestyi i zaznacza, iż dla rozstrzygnięcia zasadniczej kwestyi istotnej swoistości streptokoków należałoby przeprowadzić odnośnie badania na koniach, wobec tego iż one jedynie reagują skoro się je uodporni surowicą i zastrzyknie im duże dawki hodowli. R. zapytuje o badania nad aglutynacją z surowicą PALMIRSKIEGO.

DĄBROWSKI zaznacza, iż specyficzność *strept. conglomer.* dla szkarlatyny podlega poważnym wątpliwościom. Przypadki szczepienia na ludziach dawały obraz zupełnie odmienny od szkarlatyny—niezmiernie złośliwą sprawę ropną tkanki podskórnej z wysoką ciepłotą ciała. Z ropni D. wyhodował streptokoki o właściwościach identycznych z *strept. conglomer.*)

DUNIN zapytuje, jak rozumie prel. specyficzność *strep. conglomer.* Wobec faktu, iż używał do uodpornienia mieszaniny streptokoków, niezrozumiałem jest również podtrzymywanie żywotności streptokoków zapomocą przeprowadzania przez króliki, wobec twierdzeń prel., że króliki nie są na streptokoki wrażliwe.

BRUDZIŃSKI podnosi, iż specyficzność streptokoków dla szkarlatyny z badań dotychczasowych nie wypływa, faktem jest jednak, iż istnieje biologiczny dość ścisły stosunek streptokoków do organizmu chorych szkarlatynowych; dowodem tego są dodatnie wyniki badań nad aglutynacją—surowica chorych na szkarlatynę aglutynuje streptokoki, wyhodowane z przypadków szkarlatyny, nie aglutynuje streptokoków, otrzymanych z przypadków innych infekcyi streptokokowych. W tym kierunku należałoby przeprowadzić badania i z surowicą kol. PALMIRSKIEGO. Odpowiada PALMIRSKI, zwracając uwagę iż etyologią szkarlatyny zajmie się obszernie w odczycie późniejszym.

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



74. Kurt Brandenburg. O działaniu żółci na serce i tętno.

Wiadomo, że w przebiegu żółtaczki pochodzenia wątrobowego występuje niekiedy zmniejszenie częstości tętna (*bradycardia*). Nie ulega wątpliwości, że przyczyną tego jest oddziaływanie wessanej do krwi żółci na układ krwionośny. Dotychczas nie ustaliły się poglądy co do sposobu, w jaki sprawa ta powstaje, oraz co do tego, które części narządu krążenia ulegają najszybciej trującemu działaniu żółci. Doświadczenia, czynione w tym względzie na psach przez FRERICH'a, nie wyjaśniły dokładnie tej sprawy. ROEHRIG, LANDOIS, TRAUBE, FELTZ, RITTER, LEYDEN, STEINER, WICKHAM-LEGG, ostatnio zaś BRAUN i MEYER na mocy swych badań przyszli do wniosku, że żółć działa hamująco na ruchy serca nawet wtedy, kiedy jest ono pozbawione wpływu ośrodkowego układu nerwowego [np. po przecięciu nerwu błędnego], a więc że przyczyną tego zjawiska należy upatrywać w samym sercu; czy jednak szkodliwe oddziaływanie żółci dotyczy mięśnia, czy też nerwów serca, co do tego zdania pozostały podzielone. Z drugiej strony LOEWIT, BIEDL i KRAUS dowiedli, że trujący wpływ żółci przenosi się również na ośrodki nerwowe znajdujące się w mózgu i że tą drogą bardzo łatwo powstawać mogą zaburzenia co do siły i częstości skurczów serca [w zależności od podrażnienia nerwu błędnego].

W celu przekonania się, w jaki sposób żółć oddziaływa na serce i tętno, K. BRANDENBURG wykonał szereg doświadczeń na żabach, psach, królikach, wprowadzając roztwory żółci [żabiej, wołowej] różnego stężenia do poszczególnych jam serca. Dla kontrolowania zmian, jakim te ostatnie uległy wówczas, autor posługiwał się „zawieszaniem serca“, według metody ENGELMAN'a; następnie części serca, poddawane badaniu, połączył z przyrządem piszącym, na którym odwzorowywały się ruchy tychże.

Doświadczenia swe podzielił autor na dwie grupy. W pierwszej grupie badań usuwał wpływ ośrodkowego układu nerwowego na serce; zapomocą zastrzykiwań atropiny i kurare. W drugiej grupie zastrzykiwał tylko zwierzętom małą dawkę kurare—wpływ więc ośrodków nerwowych na narząd krążenia pozostawał tu w swej mocy. Przy wykonywaniu doświadczeń pierwszej grupy, mających na celu określenie wpływu żółci na samo serce, trzeba było zaprowadzić pewne zmiany w badaniu. Zastrzykiwanie żółci do poszczególnych części serca w celu otrzymania rezultatów z każdej części oddzielnie chybiałoby celu w tym razie, gdyby krążenie krwi było zachowane, ponieważ żółć, rozpuszczając się we krwi działałaby wtedy na wszystkie części serca prawie jednocześnie. Dla zachowania więc ścisłości wyników, należało pewną część badań wykonywać po uprzednim przerwaniu krwiotoku.

Wyniki doświadczeń BRANDENBURG'a były następujące: W przypadkach, w których serce pozbawione było wpływu ośrodków nerwowych, a krążenie krwi było zatrzymane, działanie żółci przedstawiało się różnem, stosownie do tego, do jakiej części serca ją wprowadzano. Po wprowadzeniu jej do przedsionków lub do komory występowało tylko osłabienie skurczów tychże, bez zmiany ich częstości. Inaczej rzecz się miała, jeśli roztwory żółci wprowadzono do wpustu żylnego (*sinus venosus*), wówczas następowało niezwłocznie wybitne zwolnienie skurczów serca, kończące się przy dłuższem działaniu żółci ustaniem jego działalności. Jeżeli zaś wpływ żółci dotyczył tylko pewnej części wpustu żylnego lub ujścia żyły próżnej dolnej, to częstość tętna nie ulegała żadnej zmia-

nie. Doświadczenia, w których krążenie krwi nie ulegało przerwie, dały wyniki nieco odmienne. Działanie żółci na komory i przedsionki nie powodowało tu znacniejszego osłabienia ich skurczów, [jak to miało miejsce przy doświadczeniach poprzedniej grupy], lecz spowodowało stale zwolnienie ruchów serca. Ten wpływ żółci uwydatniał się słabiej na komorach niż na przedsionkach. Co się zaś tyczy tych ostatnich, to był on tem wyraźniejszym, im miejsce poddane działaniu żółci znajdowało się bliżej wpustu żylnego. Najszybciej i najwyraźniej spostrzegano zwolnienie ruchów serca po zastrzyknięciu żółci do samego wpustu żylnego.

Z powyższych doświadczeń wynika, że żółć jest trucizną upośledzającą sprawność fizyologiczną włókien mięsnych serca i osłabiającą przez to ich skurcze. Na szczególną uwagę zasługuje wpływ jej na okolice wpustu żylnego. Ta ostatnia, jak wiadomo z fizyologii, posiada własność samoistnego kurczenia się, niezależnie od reszty serca, przyczem wywiera wpływ na regulowanie ogólnego tempa krwiotoku. Tem się też tłumaczy, dlaczego upośledzenie sprawności części serca prowadzi bardzo szybko do zwolnienia tętna.

W drugiej seryi doświadczeń [przy której wpływ ośrodków nerwowych na krwiotok pozostawał w swej mocy] po zastrzyknięciu roztworu żółci do jam serca, lub żył, spostrzegano objawy, świadczące o podrażnieniu nerwu błędnego. Przedewszystkiem skurcze przedsionka straciły na swej sile, poczem zwolna częstość zmniejszała się. Okolica wpustu żylnego nie wyróżniała się w tym względzie w porównaniu z innemi częściami serca.

Doświadczenia BRANDENBURG'a tyczyły się przeważnie zab; jednak i u ciepłokrwistych stosował autor metodę „zawieszania“, chociaż warunki dla badań były tutaj wogóle mniej pomyślne. U większości [z wyjątkiem królików] po obnażeniu serca zjawiała się odma piersiowa, wskutek czego należało stosować sztuczne oddechanie. Badanie wpływu żółci na serce i tętno u ciepłokrwistych doprowadziło do następujących wniosków: U królików zastrzykiwanie do żył większych ilości żółci nie wywołuje zmian w częstości skurczów serca. Dopiero po stosowaniu trujących dawek zjawiało się zwolnienie tętna na parę minut zaledwie przed ustaniem bicia serca. Psy wcale nie oddziaływały na dość duże dawki żółci, jeżeli przy doświadczeniach pobudliwość zwrotna serca była zniesiona [narkoza chloroformowo-alkoholowa, wstrzykiwanie kurare]. W przeciwnym razie, t. j. przy zachowaniu odruchowych własności serca, zastrzykiwanie żółci do żył spowodowało u nich również zwolnienie ruchów serca w połączeniu z osłabieniem kurczliwości przedsionków.

Wyniki badań BRANDENBURG'a w zastosowaniu do patologii człowieka pozwalają wnosić co następuje:

1) Nawet małe ilości żółci, skoro dostaną się do krwiotoku, drogą zwrotną przez nerwy czuciowe serca oddziałują na nerw błędny, stąd: osłabienie skurczów przedsionków, oraz zmniejszenie częstości tętna.

2. Większe ilości żółci, zatrzymując się we krwi przez czas dłuższy, wywierają wpływ trujący na włókna mięsne serca, a zwłaszcza na włókna wpustu żylnego. Skutkiem tego bywa również zmniejszenie częstości tętna, tem więcej, że okolice wpustu żylnego po zatruciu żółcią stają się znacznie wrażliwsze na hamujące działanie nerwu błędnego.

W końcu swej pracy autor zaznacza, że według istniejących teorii wpływ żółci na serce polega na trującym działaniu soli kwasów żółciowych. Przy dłuższem trwaniu żółtaczkii wyróbka tych soli znacznie się zmniejsza. Tem też należy tłumaczyć fakt, że w przewlekłych formach żółtaczkii często zwolnienia tętna nie bywa. (*Berliner klin. Woch. N. 38. 1903*). Z. Adelt.

Wiadomości bieżące.

— W końcu listopada r. b. otwarto w Warszawie [ulica Boduena 5] zakład chirurgiczno-ginekologiczny z oddziałem dla położnic. Właścicielami jego są koledzy: ANTECKI, CYKOWSKI, KOSSOBUDZKI, LASKOWSKI, LEŚNIEWSKI, RYŁKO, SZAWIŃSKI i W. ŻURAWSKI.

— Wartość nieruchomości, należących do zakładów dobroczynnych i szpitali cywilnych warszawskich, będących w zawiadywaniu Warszawskiej Rady Miejskiej dobroczynności publicznej, wynosi — wedle wiadomości, podanych przez czasopisma codzienne — 12668802 rb.

— Wyszedł z druku kalendarz lekarski dra POLAKA na r. 1904. Prócz działu adresowo-informacyjnego pomieszczono w nim dużo wiadomości z farmakologii, toksykologii i higieny. Pominięto i słusznie patologię i terapię różnych chorób. Ujemną stroną kalendarza, dla lekarza a nie dla wydawcy, jest obfitość ogłoszeń, przez co kalendarz stał się zbyt grubym i niedogodnym do noszenia w kieszeni a przecież taki był cel dołączenia na trzy miesiące papieru do notowania wizyt.

— Redaktorem organu warszawskiego towarzystwa opieki nad zwierzętami „Przyjaciel zwierząt” mianowany został kol. RAUM.

--- Z powodu 10-lecia odkrycia promieni ROENTGEN’owskich w r. 1905 razem z kongresem chirurgów niemieckich odbędzie się i kongres ROENTGEN’owski i wystawa ROENTGEN’owska.

— I Kongres francuski klimatoterapii i higieny miast odbędzie się w Nicei między 4—9 kwietnia 1904 pod prezydencją honorową ks. Monaco.

— Zawiązało się „Réunion des gynécologistes et accoucheurs de la Suisse romande”, które będzie odbywało posiedzenia na przemian w Genewie i Lozannie.

— Statystyka wykazuje, iż corocznie umiera na świecie 33 miliony osób, co wynosi średnio dziennie 91534, na godzinę 3730, a na minutę 62. Średnio życie ludzkie trwa 38 lat; czwarta część ludności umiera przed 7-ym rokiem życia, a połowa przed 17-ym rokiem. Na 100000 osób tylko jedna dochodzi 100 lat. Na 1000 osób, które żyją 70 lat, wypada: 43 księży i polityków, 40 rolników, 33 robotników, 32 żołnierzy, 29 adwokatów i inżynierów, 26 profesorów, a tylko 24 lekarzy.

— Zmarli: Proust prof. higieny w Paryżu, CZERWIŃSKI, b. właściciel zakładu leczniczego w Steinerhof.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł” księgarni E. Wende i S-ka za m. listopad 1903 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 28 Нояб. 1903 Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.

Magistra A. Bukowskiego

APTEKA I PRACOWNIA CHEMICZNA

Marszałkowska 54. Telefon 1319.

POLECA:

Sirupus Thymii cps. Stosowany zamiast Pertussiny niemieckiej.
Flakon 60 kop.

Sirupus jodo-tannicus phosphoricus (Jecorol),

Stosowany w pediatrii zamiast szybko jęczącego tranu i we wszystkich wypadkach gdzie wskazane są jod, wapień i fosfor.

Zawiera 0,2% jodu, chemicznie związanego z garbnikami, 0,4% tlenku wapnia, 0,04% fosforu. Dawka od kilkunastu kropel do łyżeczki. Sprzedaż tylko w oryginalnych flakonach z marką ochronną, zatw. przez Min. Finan. za № 16230

Ferratol (Sir. ferratini cps.)—bez smaku żelaza; zawiera w łyżeczce 0,02 żelaza.

Sol. Adrenalini hydrochl. glicerinata

1‰ w ampułkach po 4 i 6 sztuk w pudełku.

50—17



VITTEL

52—18

GRANDE SOURCE

PODAGRA KAMIENIE ARTRETYZM

Sezon od **21 Maja** do **25 Września**.

VITTEL-PALACE, Hotel urządzony z wielkim komfortem.

Liczne hotele i wille.

Kasyno—Klub—Teatr—Hydroterapia

Gener. Reprezentant: Henryk Mendelssohn, w Warszawie, Leszno 13

Nowa kanka do pochwy macicznej o podwójnym prądzie

opatentowana

ułatwia szprycowanie po położach lub operacjach pochwy macicznej, zastępując używanie miednicy. Niezbędna przy obmywaniach autyseptycznych. Wielce pożyteczna dla pp. lekarzy i akuszerów. Bardzo wygodna dla dam w podróży.

A. Bognier et G. Burnet. 125 Rue Vieille du Temple, Paryż.

Wyroby kauczukowe. Instrumenty chirurgiczne
26—17 Przyrządy farmaceutyczne.

