

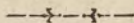
GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK GASTROENTEROSTOMII SPOSOBEM PODRES'A.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

[Wykład, wygłoszony na Zjeździe chirurgów polskich].



Wiadomo, że chirurg niejednokrotnie musi przystąpić do wykonania gastroenterostomii u osób nader wynędzniałych i kachektycznych. W takich przypadkach czas trwania operacyi nie jest wcale obojętny, choć niebezpieczeństwa uspienia nauczyliśmy się unikać dzięki genialnemu sposobowi znieczulenia miejscowego, podanemu przez SCHLEICH'a. W tych warunkach musimy z radością powitać każdą zmianę, mającą na celu skrócenie czasu trwania operacyi, o ile okaże się odpowiednią w praktyce. Gdy w roku zeszłym czytałem w „*Centralblatt für Chirurgie*“ referat o gastroenterostomii według PODRES'a ¹⁾, sposób ten, wskutek nadzwyczajnej prostoty techniki, wydawał mi się godnym próby. Polega on, jak wiadomo, na tem, iż przykłada się jelito do żołądka, poczem zakłada się dwa krzyżujące się szwy z mocnego jedwabiu przez wszystkie warstwy i mocno się je ściągają. Tkanka, ujęta szwami, ma ulegać obumarciu, a przez to ma powstać połączenie między żołądkiem a jeli-tem. Jakkolwiek już sam miałem pewne wątpliwości co do tego, czy działanie uciskowe szwów będzie trwało i nadal po przecięciu błony śluzowej, jednakże zniewolony gorącą zachętą autora, ośmieliłem się na próbę. Do niej nadawać się mógł, mem zdaniem, przypadek daleko posuniętego raka odźwiernika. Gdybym był znał późniejsze rewelacye WARNECK'a i KISELEFF'a, jakoteż SOKOLOFF'a ²⁾, byłbym próby zaniechał, nawet gdyby miano, w myśl propozycyi MODLIŃSKIEGO, zastosować szwy elastyczne. Przypadek zrzucił iż niedługo czekałem na sposobność wypróbowania tej metody. Nader odpowiednim do niej wydał mi się 48-letni bardzo wynędzniały pacjent, który zgłosił się z powodu raka odźwiernikowego, wielkości jaja kurzego, sprawiającego wybitne

¹⁾ Str. 981.

²⁾ Centralblatt für Chirurgie 1899 str. 590.

objawy zwięzienia. Założyłem dwa szwy prostopadłe do osi jelita, oddalone od siebie prawie na 2 ctm. i trzeci, krzyżujący się z nimi. Operacja była jednak bezskuteczną i pacjent umarł po 14-tu dniach wśród wzmagających się objawów zwięzienia. Przy sekcji znaleźliśmy, ku naszemu wielkiemu zdziwieniu, że szwy przecięły jedynie błonę śluzową, natomiast pozostałe warstwy zostały nie-
tknięte. Niepomyślny rezultat w moim przypadku przemawia, wraz z doświad-
czeniami innych chirurgów, przeciwko tej metodzie operacyjnej, jako w naj-
wyższym stopniu niepewnej i co do wyniku nieobliczalnej.

II. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST I ROZSZERZENIE).

STUDIUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkranc.

— 2 — 2 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 34].

Przemoga cielesna nie u wszystkich z jednakową łatwością wywołuje cierpienia serca. Odgrywa tu wybitną rolę osobnicza sprawność mięśnia sercowego. Prócz tego w grę wchodzi cały szereg przyczyn pomocniczych, usposabiających, jak wzmiankowane już otłuszczenie serca, poprzednie choroby zakaźne, zmiany degeneracyjno-zapalne mięśnia sercowego, czynnościowe osłabienie nerwowo-mięśniowego aparatu serca wskutek ogólnej nerwowości, niedokrwistości, nadużycia wyskoku, tytoniu i t. d., zmiany sklerotyczne w naczyniach wieńcowych serca, wrodzone zwięzienie aorty (*angustia aortae*) i t. d. Ważnym jest także wpływ wieku: o wiele łatwiej powstaje rozszerzenie w wieku starszym, niż u ludzi młodych. Usposabiające działanie wzmiankowanych czynników tłómaczy nam tę okoliczność, że rozszerzenie serca rozwija się niekiedy po nieznacznym stesunkowo wysiłku, o czem pamiętać należy przy rozpoznawaniu czynnościowych cierpień serca, przy którym nie należy kierować się wielkością wysiłku.

Czy powstające w następstwie pracy fizycznej i w obecności wspomnianych przyczyn usposabiających rozszerzenie serca można zaliczyć do cierpień idiopatycznych? Odpowiedź na to pytanie musi wypaść rozmaicie, zależnie od tego, jak się określa pojęcie samoistnych cierpień serca. Naszem zdaniem, najpraktyczniwszem będzie rozróżniać przypadki czyste i powikłane.

Z postawionem dopiero co pytaniem wiąże się drugie: czy nadmierny wysiłek cielesny może wywołać rozszerzenie (rozciągnięcie) zupełnie przedtem zdrowego serca? Kwestya ta wielokrotnie była poddawana dyskusyi. Zdaniem SCHROETER'a (7), z którym zapoznaliśmy się już wyżej, nienormalne tylko serca nie są w stanie znieść wzmożonego wysiłku i w następstwie tegoż ulegają rozszerzeniu. To samo zdanie podzielają FRAENTZEL, THURN, SPILL-

MANN, BERNHEIM, a z nowszych autorów RIEDER, ROSENBACH i inni. I w istocie, przeglądając przytoczone u wielu autorów historyje choroby, spostrzegamy, że bardzo często, prócz przemogi mechanicznej, zaznaczone są jeszcze inne szkodliwości, jak nadużycie napojów wysokowych, tytoniu (bardzo często spotykane u żołnierzy, robotników i t. d.), wpływy psychiczne i t. d. Wielu autorów wyraźnie zaznacza, że objawy zmniejszonej sprawności serca podczas wysiłków (duszność, bicie serca . . .) istniały jeszcze przed katastrofą. Lecz z drugiej strony nie brak w literaturze przypadków, w których krótkotrwała przemoga fizyczna wywołała objawy ostrej niedomogi serca u ludzi dotąd zupełnie zdrowych i silnych, u których dawniej nie występowały żadne dolegliwości ze strony serca nawet przy najcięższej pracy mięśniowej. Należą tu także moje własne 2 spostrzeżenia, które niżej przytaczam ¹⁾. Przyjmować, jak to niektórzy [np. ROSENBACH (17)] czynią, że we wszystkich przypadkach przemogi serca, w których nie udało się, przy najdokładniejszym nawet badaniu, odnaleźć jakichkolwiek warunków, sprzyjających powstawaniu rozszerzenia serca, istniała jakaś szczególna skłonność, słabość mięśnia sercowego, połączona ze znaczną wyczerpalnością układu nerwowego, albo też jakieś wadliwe urządzenie wyrównawcze w całym układzie krążenia, którego wpływ nagle występuje dopiero po działaniu jakiejś wybitnie silnej szkodliwości — znaczy to z góry zaciemnić kwestyę i sprowadzić ją na drogę zupełnie bezowocnych dyskusyi. Uważać możliwość ostrego powstawania znużenia zdrowego dotąd serca w następstwie nadmiernego wysiłku cielesnego za przypuszczenie „antyzjologiczne“ (SPILLMANN, BERNHEIM) na tej podstawie, że serce normalne bije bez wypoczynku przez szereg dziesiątków lat, nie ulegając przytem znużeniu — znaczy to nie uwzględniać jednej okoliczności, mianowicie, że zupełnie co innego jest dla serca pracować w warunkach normalnych, a co innego pracować ze znacznym wyczerpaniem, z olbrzymim nakładem energii zapasowej. A zresztą liczyć się należy także z wynikami poszukiwań doświadczalnych FRIEDRICH'a i TAUSZK'a, KLUG'a, SCHOTT'a ²⁾, jakoteż z niżej przytoczonymi badaniami ZUNTZ'a, które dowodnie przekonywają o możliwości występowania, w następstwie przeciążenia pracą fizyczną, ostrego rozszerzenia w zdrowym i sprawnym przedtem sercu. Na mocy wszystkich powyższych danych przychodzimy do następującego wniosku: niewątpliwie najłatwiej, a więc i najczęściej, rozszerzenie serca rozwija się przy zmienionym już poprzednio mięśniu sercowym, atoli spostrzeżenia kliniczne, jakoteż poszukiwania doświadczalne zniewalają do przyjęcia możliwości występowania ostrego rozszerzenia w sercu pod wszelkimi względami normalnem.

Jaki jest mechanizm powstawania rozszerzenia i przerostu serca w następstwie przemogi cielesnej? Już TRAUBE wykazał, a rozmaici badacze następnie wielokrotnie to potwierdzili, że praca mięśniowa wywołuje wzrost ciśnienia krwi w tętnicach. Jest to fakt ustalony. Różnica zdań występuje tylko

¹⁾ Patrz: Symptomatologia.

²⁾ O poszukiwaniach tych autorów, zwłaszcza zaś o doświadczeniach SCHOTT'a, przy których autor ten posługiwał się röntgenografią, patrz: Rys historyczny.

w kwestyi, co wywołuje to wzmoczenie ciśnienia. Przypisywać to, ostatnie nagromadzeniu we krwi bezwodnika węglanego (TRAUBE i inni), który wywołuje skurcz naczyń, a przez to i wzrost ciśnienia, jest, wobec wyników badań fizyologicznych, rzeczą bardzo ryzykowną. Znaczenie tego gazu, jako czynnika, drażniącego ośrodek naczynioruchowy i wywołującego tą drogą zwiększenie ciśnienia wewnątrz-naczyniowego, jest obecnie mocno wątpliwem. Gaz ten, o ile wiadomo, jest przeważnie czynnikiem porażającym. ZUNTZ wykazał u konia, że przy pracy wielkość cyrkulacyjna, t. j. ilość krwi, przepływająca w jednostce czasu przez cięcie poprzeczne aorty, zwiększyć się może do 10 kroć, przyczem nie dochodzi do zmniejszenia zawartości tlenu, lub nagromadzenia CO₂ we krwi. JACOB szeregiem doświadczeń na królikach dowiódł, że przy pracy następuje zwiększenie ilości i wielkości skurczów serca i że zwiększenie ilości CO₂ z tem nic wspólnego nie ma ¹⁾. Na mocy swych doświadczeń JACOB przychodzi do wniosku, że przy pracy mięśniowej ma się raczej do czynienia z pobudzeniem czuciowych nerwów mięśniowych, że pobudzenie to na drodze odruchowej przez rdzeń kręgowy i *n. accelerans* doprowadzone zostaje do serca i wywołuje burzliwą jego pracę. Jednocześnie z pobudzeniem tych włókien następuje na tej samej drodze, t. j. przez podrażnienie czuciowych włókien nerwowych mięśni, pobudzenie wazomotoryjnego aparatu nerwowo-mięśniowego i wskutek tego wzmoczone napięcie ścian tętnicznych. To ostatnie przy bardzo wzmoczonej pracy mięśniowej stać się może tak wysokiem, że mięsień lewego serca nie jest już w stanie pokonać przeszkody, nie może się już skurczyć do najmniejszej objętości i wyrzucać całej swej zawartości do aorty, wskutek czego następuje rozszerzenie serca. Nie brak i innych tłumaczeń wzmoczonego ciśnienia krwi w następstwie pracy mięśniowej. Według dawniej już wypowiedzianego poglądu STRICKER'a, wraz z bodźcami dowolnymi, dążącymi do poprzecznie-prążkowanej masy muskulatury, idą jednocześnie bodźce od ośrodka naczynioruchowego do gładkiej muskulatury naczyń (rodzaj współruchów, *Mitbewegungen*). Możliwem jest dalej, że powstające przy pracy mięśniowej kwaśne produkty przemiany materii ²⁾ (GEPPERT i ZUNTZ) drażnią ośrodki wazomotoryjne i przyczyniają się przez to do podniesienia ciśnienia krwi.

¹⁾ Że nagromadzenie CO₂ we krwi nie ma nic wspólnego z podniesieniem ciśnienia wewnątrz - naczyniowego, spowodowanem przez pracę mięśniową, wynika ztąd, że skurcze mięśnia, które wywołujemy, po przecięciu ruchowych, a więc i czuciowych włókien (gdyż oba rodzaje włókien, połączone w jednym pniu, wstępują do mięśnia), przez drażnienie elektryczne obwodowego odcinka nerwu, nie powodują ani podniesienia ciśnienia, ani przyśpieszenia tętna, lecz tylko niski spadek ciśnienia krwi międzytętniczego (zależnie od rozszerzenia tętnic w pracującym mięśniu); przeciwnie zaś, podniesienie ciśnienia (z dużemi i licznemi falami tętna lub małym i częstym tętnem) występuje przy elektrycznem drażnieniu ośrodkowego odcinka przeciętego nerwu, t. j. czuciowych włókien nerwowych mięśnia, przy zupełnem wyłączeniu wszelkiego współdziałania mięśni, a więc wyłączeniu wszelkiego zwiększenia produkcji CO₂, resp. zużycia O w godnych uwagi ilościach. Przytoczone tu doświadczenia JACOB'a ogłoszone zostały w Arch. f. Anat. u. Physiol. 1893 r.

²⁾ Że przy pracy mięśniowej rzeczywiście wytwarzają się produkty trujące, działające na ośrodki (krażenia i oddechania) w rdzeniu przedłużonym, dowodzą między innymi doświadczenia włoskiego fizjologa Mosso. Patrz: A. Mosso. Znużenie. Tłóm. polskie M. FLAUMA. 1892.

Jakakolwiek przyczynę uważać będziemy za słuszną lub główną, czy przyjmiemy jedną z nich lub wszystkie, faktem pozostaje, że ciśnienie krwi w następstwie pracy fizycznej podnosi się. A ta okoliczność objaśnia nam poniekąd powstawanie rozszerzenia i przerostu serca. Zastosować tu można znane prawo fizyologiczne WEBER'a, dotyczące mięśni szkieletu i orzekające, że największa ilość pracy wykonywaną bywa przy pewnym tylko stopniu obciążenia mięśnia, podczas gdy przekroczenie tego stopnia wywołuje rozciągnięcie zarówno rozkurzonego, jak i skurzonego mięśnia. Rolę czynnika obciążającego gra tu ciśnienie krwi, działające na ścianę serca ¹⁾.

Wzmoczenie ciśnienia śródnaczyniowego (nawet o 20 mm. i więcej), wywołane przez pracę mięśniową, nie daje nam jednak nawet przybliżonego wyobrażenia o rzeczywistym, często nadzwyczajnie wielkim, wzmożeniu pracy serca. Zdarza się nieraz, że przy faktycznie zwiększonej pracy serca nie spostrzega się wcale podniesienia ciśnienia. Dalej wiadomo, że przy tem samym, a nawet niższym ciśnieniu krwi w naczyniach serce wykonywać może większą pracę, jak to bywa np. przy zaburzeniach kompensaty. Jaśniejsze o wiele i dokładniejsze pojęcie o wielkości pracy serca dają nam wyniki poszukiwań ZUNTZ'a (40). Badacz ten, posługując się bardzo ściśle metodą (określenie ilości tlenu we krwi żyłnej i tętniczej), obliczył, że ilość krwi, wyrzucana z komory przy każdym skurczu (przy 70 uderzeniach na minutę), wynosi około 60 cm. sześcienn ²⁾. Przy wysiłkach cielesnych praca serca może, jak to wynika z obliczeń ZUNTZ'a, zwiększyć się 6—8 razy i więcej, a ilość krwi, wyrzucana przy każdym skurczu z komory, może się podwoić i potroić, t. j. wynosić 120—180 cm. sz.

O takim olbrzymim powiększeniu pracy serca przy wysiłkach cielesnych nie miano dotychczas należytego wyobrażenia. Jeśli zatem już fizyologicznie możliwe jest tak znaczne (2—3-krotne) rozciągnięcie serca, to mamy tu wyłómaczenie mechanizmu powstawania patologicznego rozszerzenia serca. Przy długotrwałych nadmiernych wysiłkach, wskutek długotrwałego lub często powtarzającego się rozciągania mięśnia sercowego, następuje utrata napięcia włókien mięsnych, i dochodzi do trwałego rozszerzenia ³⁾. Nie trudno zrozumieć to nadmierne rozciągnięcie i po krótkotrwałym, lecz ogromnym wysiłku cielesnym. W pojedynczych przypadkach podniesienie ciśnienia krwi w tętni-

¹⁾ ADAMI (1896 r.) wywoływał silniejsze obciążenie mięśnia sercowego, wzmagając ciśnienie krwi przez sztuczne zwięźenie aorty brzusznej lub zwiększenie ogólnej masy krwi, i stwierdził, że występowało przytem rozciągnięcie serca w rozkurczu i niedostateczne ściąganie podczas skurczu.

²⁾ W największej części podręczników podaje się niesłusznie, zdaniem ZUNTZ'a, liczbę 3 razy większą. Dzienna praca serca wynosi nie 70,000, lecz 20,000 kgm.; stanowi to $\frac{1}{15}$ część dziennej pracy całej męskulatury. Przyjmowane w podręcznikach fizjologii jeszcze z przed kilku lat ciśnienie krwi w aorcie (240 mm.) jest bardzo przesadzone. W istocie wynosi ono średnio 166 mm.

³⁾ Analogię z tem upatrywać można, według LEYDEN'a, z pośród mięśni pustych, jedynie tylko w pęcherzu moczowym. Znane są przypadki, w których pęcherz wskutek zbyt długotrwałego wstrzymania moczu, nawet gdy to tylko raz jeden się zdarzyło, nie tylko został rozciągnięty, lecz na stałe utracił zdolność do zupełnego ściągania się i opróżniania swej zawartości.

cach, wywołane takim wysiłkiem (przy wstrzymaniu oddechu, ścisaniu klatki piersiowej i uciśnięciu znacznej części tętnic obwodowych wskutek skurczu dużej ilości mięśni), może być, jak to wykazują spostrzeżenia ¹⁾ tak znaczne, że dyastoliczny odpływ krwi w kierunku do zastawek może te ostatnie rozedrzeć. W innych przypadkach może ciśnienie w układzie aorty nagle tak podskoczyć, że lewa komora nie jest w stanie przemódt go, kurczy się wprawdzie, lecz niedostatecznie: mięsień serca jest zanadto obciążony, skutkiem czego, w myśl zasady WEBER'a, następuje wydłużenie włókien mięsnych, t. j. rozszerzenie serca.

Różnica między fizyologicznym rozciągnięciem a patologicznym rozszerzeniem polega tylko na tem, że to ostatnie dosięga często wyższego stopnia i trwa zazwyczaj przez czas dłuższy.

Bardzo szkodliwą dla mięśnia sercowego jest praca cielesna w połączeniu z obciążeniem ciała lub utrudnieniem oddechania. Doświadczenia ZUNTZ'a i SCHUMBERG'a (25) dowiodły, że silne obciążenie w znacznej mierze sprzyja powstawaniu rozszerzenia serca. Lekarze wojskowi dobrze wiedzą, że w tych pułkach, gdzie uniform nie krępuje zbyt sztywno, mniej żołnierzy przy tych samych wysiłkach ginie, niż w innych pułkach. Tańce przy ściśniętej klatce piersiowej działają zgubnie na serce, niekiedy nawet następuje nagle śmierć. Fakty te tłumaczą się wybitną rolą, jaką odgrywa w sprawie regulacji krążenia, *resp.* ciśnienia krwi, narząd oddechowy. Według SOMMERBRODT'a (41 i 42), tylko głębokie oddechanie wywołuje na drodze odruchowej ²⁾ rozkurcz naczyń obwodowych i obniżenie ciśnienia krwi. Ztąd zrozumiałem się staję, że wszędzie, gdzie utrudnione jest oddechanie, lub gdzie naczynia utraciły elastyczność (miażdżyca tętnic), serce przy pracy fizycznej najwięcej cierpi.

Co się tyczy przerostu mięśnia sercowego przy nadmiernej pracy cielesnej, to jest on następstwem wzmoczonego odżywiania istoty mięśniowej serca, jakie stale towarzyszy wzmoczonej pracy.

Znaczną liczbę samoistnych cierpień serca przypisuje się stałemu i nadmiernemu dowozowi pokarmów i napojów. I rzeczywiście, jest to fakt klinicznie stwierdzony i najmniejszej nie ulegający wątpliwości, że ludzie dużo jedzący i pijący, częste okazują powiększenie (przerost) serca. Specjalnie zwrócił na to uwagę TRAUBE, a po nim kwestyą tą zajmowało się wielu autorów (FRAENTZEL, LEYDEN, BAUER, BOLLINGER, OERTEL i inni), tak, że literatura tego przedmiotu przedstawia się nader bogato. Należące tu osobniki pochodzą przeważnie z warstw zamożniejszych, choć także i ludzie z klasy robotniczej, zwłaszcza silnie zbudowani, ulegają temu cierpieniu, gdy nadużywają napojów

¹⁾ Wyżej przytoczone.

²⁾ Głębokie i przyspieszone oddechanie, w myśl teorii SOMMERBRODT'a, powiększa ciśnienie wewnątrz oskrzeli, co wywołuje podrażnienie czuciowych nerwów płuc, działające odruchowo na naczynia w sposób rozkurczający. OERTEL, który powtórzył doświadczenia SOMMERBRODT'a, znalazł także dość znaczne zmniejszenie napięcia tętnic przy wzmocnionym oddechaniu, lecz sposób powstawania tegoż inaczej sobie tłumaczy, niż SOMMERBRODT.

wysokowych, szczególniej piwa ¹⁾. Co się tyczy tego ostatniego, to, prócz wysokości, odgrywają tu rolę i inne własności piwa, a przede wszystkim wysoka wartość odżywcza (wodany węgla), obecność soli potasowych i t. d. (15). Zdania co do wpływu wielkich ilości wody nie są zgodne, lecz na mocy spostrzeżeń klinicznych (częsty brak przerostu przy cierpieniach, połączonych z nadmiernym pićm wody, np. przy moczówce), jakoteż wyników poszukiwań doświadczalnych [MAXIMOWITSCH i RIEDER (16)] przyjąć można, że udział nadmiernych ilości wody w rozwoju przerostu serca jest bardzo mały ²⁾.

Jaki jest mechanizm powstawania przerostu serca w następstwie stałego i nadmiernego dowozu pokarmów i napojów. TRAUBE początkowo był zdania, że istniejąca często u podobnych osobników miażdżyca tętnic jest przyczyną przerostu serca. Później zaś, znajdując niejednokrotnie przerost serca bez zmian w naczyniach i odwrotnie, wybitną miażdżycę tętnic bez przerostu serca, zmienił swój pogląd i uznał, że obie te sprawy są spólrzędne, zależne od jednej i tej samej przyczyny, mianowicie nienormalnego napięcia w układzie naczyniowym. Poglądowi temu hołduje i FRAENTZEL i wielu innych autorów. Lecz czy istotnie uważać tu można nadmierne wzmoczenie ciśnienia za przyczynę przerostu serca? Spostrzega się wprawdzie w okresie trawienia podniesienie ciśnienia krwi, lecz jest ono, jak wiadomo, nieznaczne. Z drugiej zaś strony osobniki omawianej kategorii używają zazwyczaj mało ruchu, co powinno działać w kierunku przeciwnym, zmniejszając pracę serca. Słuszniejszym, zdaje się, jest pogląd tych autorów, którzy dla objaśnienia powstawania przerostu serca wprowadzają jeszcze jeden czynnik, mianowicie pełnokrwistość (*plethora vera, polyaemia*). Większość klinicystów spółczesnych odrzuca tę nazwę wraz z oznaczanym przez nią stanem chorobowym, lecz są i tacy (RECKLINGHAUSEN, BOLLINGER, OERTEL, HIRSCHFELD ...), którzy stan ten przyjmują. Dowieść niezbicie, że taki stan istnieje, w braku odpowiedniej metody, jak dotąd, nie można; lecz zewnętrzny *habitus* tego rodzaju osobników (przekrwienie skóry, wybitna szerokość wielu naczyń, skłonność do napływów krwi i krwawień...) bardzo za nim przemawiają. Że anomalia w krwiobiegu u tego rodzaju chorych tkwi w nadmiernej ilości krwi, za tem przemawia także wynik leczenia, mianowicie ograniczenie dowozu pokarmów i napojów usuwa szybko dolegliwości ³⁾.

Zwiększenie ogólnej masy krwi samo przez się, przy spokoju fizycznym, nie wywołuje jeszcze wzmoczonego ciśnienia krwi. Występowanie tego ostat-

¹⁾ Że nadużycie i innych napojów wysokowych, np. wina, wywołać może przerost serca, żadnej nie ulega wątpliwości.

²⁾ W zgodzie z tem pozostają także wyniki doświadczeń SMITH'a (43), według których przy idyopatycznych cierpieniach serca chodzi głównie o działanie wysokości, podczas gdy duże ilości płynu mają tylko bardzo małe znaczenie.

³⁾ Przy ograniczeniu pożywienia ustrój traci, podług poszukiwań HIRSCHFELD'a (38), w ciągu 1-szego tygodnia do 1000 grm. zawierającej białko tkanki, przy utracie na wadze od 2 do 3 kilogr. Jeśli już przez to, mówi HIRSCHFELD, często ciśnienie krwi w tętnicach obniża się i występuje polepszenie w stanie chorych, to i ztąd już można wyciągnąć wniosek, że w krwiobiegu istniała nienormalnie duża ilość krwi.

niego zostaje wyrównane przez zmniejszenie napięcia ścian naczyńowych, jak to widać z doświadczeń na zwierzętach, u których do układu naczyniowego zostały wprowadzone duże ilości krwi. Pomimo to ze zwiększeniem ilości krwi praca serca wzmaga się. Zależy to od 2 okoliczności: 1) serce poruszać musi większy ciężar, 2) zwiększenie ciśnienia, jakie wogóle zachodzi przy pracy mięśniowej, w tych warunkach (t. j. przy wzroście ogólnej masy krwi) jeszcze się znacznie potęguje. Do zwiększenia pracy serca, a zatem i do przerostu tegoż, przyczyniają się u pełnokrwistych ludzi także inne momenty: zmniejszenie sprężystości tętnic, oraz miażdżyca ich, skupienie znacznej ilości krwi w naczyniach brzusznych, jako następstwo niedostatecznego ruchu i t. d.

Że nadużycie piwa i wogóle napojów wysokokowych łącznie z ciężką pracą fizyczną tem łatwiej wywołać może przerost serca, jest rzeczą zupełnie jasną ¹⁾. Lecz i znaczna konsumpcja piwa sama przez się, bez żadnych większych wysiłków cielesnych, prowadzić może do przerostu serca. Wynika to z licznych prac autorów monachijskich ²⁾.

Omówione dotychczas czynniki [nadmierna praca mięśniowa, oraz stały nadmierny dowóz pokarmów i napojów] stanowią najważniejsze momenty etyologiczne czynnościowych [t. zw. samoistnych] cierpień serca. Musimy jeszcze wspomnieć o wpływie czynników nerwowych, oraz często powtarzających się wzruszeń moralnych na rozwój idyopatycznego przerostu i rozszerzenia serca. Mówiliśmy już wyżej, że wpływ tych czynników bywa w ostatnich czasach często niedoceniany. Mamy w literaturze długi szereg przypadków, gdzie przerost rozwinął się po uprzednim długotrwałem kołataniu serca. Bardzo liczne są także przypadki rozszerzenia i przerostu serca w następstwie *tachycardiae paroxysmalis* ³⁾. Zaliczyć tu także należy przerost serca w chorobie BASEDOW'a, jakkolwiek trudno jest rozstrzygnąć, czy nie stanowi on tu następstwa wpływów toksycznych [hypersekrecja gruczołu tarczowego]. Autorzy dawniejsi [CORVISART, BOULLAUD . . .] i niektórzy nowsi [LEYDEN, ROSENBACH, LAACHE . . .] kładą silny nacisk na wpływ wzruszeń psychicznych [troski, smutek, gniew, przerażenie . . .]. Rzecz się ma tu zwykle tak, że po długo trwających wzruszeniach nagle, w następstwie jakiejś silniejszej emocji występuje ostra niedomoga i rozszerzenie serca, jakkolwiek to ostatnie nigdy nie dosięga takiego stopnia, jak przy przemodze cielesnej [ROSENBACH (17)]. Wielkie znaczenie przy powstawaniu samoistnych cierpień serca mają także nadużycia płciowe, onanizm . . . ⁴⁾.

O specjalnej postaci rozszerzenia serca, opisanej parę lat temu (1895 r.) przez JACOB'a („*angiospastische Herzerweiterung*“) mówiliśmy już wyżej. Do wpływów nerwowych zaliczyć należy także działanie wysokoku, tytoniu, kawy,

1) Patrz także doświadczenia RIEDER'a i MAXIMOWITSCH'a (16).

2) BAUER i BOLLINGER (15) uważają „serce monachijskie“ za przerost toksyczno-czynnościowy, uwarunkowany nawykowem nadmiernem nżywaniem piwa (*Bierpotatorium*), oraz jednocześnie istniejącą pełnokrwistością.

3) Gdzie nawet chciano [MARTIUS] upatrywać w rozszerzeniu jam serca sprawę pierwotną, a w tachykardji sprawę następczą, wyrównawczą [patrz wyżej].

4) Porównaj BACHUS (28).

herbaty . . ., wzmagających ciśnienie krwi [MAXIMOWITSCH [i RIEDER (16)]. Zdaje się, że w sprawie wywoływania przerostu serca ważniejszym, niż ta ostatnia okoliczność, jest toksyczne działanie wymienionych substancji na aparat nerwowo-mięśniowy serca.

Od czynników toksycznych prawdopodobnie zależnym jest także przerost serca, rozwijający się w przebiegu t. zw. dyatez: artrytyzmu, moczówki, cukrowej i t. d., jakkolwiek nie należy tu zapominać o wpływie towarzyszącej im często pełnokrwistości i otyłości. Do rozwoju przerostu przyczyniają się tu także napotykanie nierzadko zmiany w narządzie cyrkulacyjnym, jak np. miażdżyca tętnic, choć zmiany te również zależą od tych samych przyczyn [bodźców chemicznych i fizycznych], które wywołują przerost serca. Dla cukrzycy O. ISRAEL (5) znalazł, że przerost serca występuje u 10% dyabetyków, przy braku innych przyczyn dla takiego przerostu, np. cierpienia nerek. Odsetka ta później podniesioną została przez innych autorów do 13%.

[C. d. n.].

Z Oddziału III-go Chorób Wewnętrznych i z Zakładu Uniwersyteckiego
Anatomii Patologicznej.

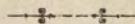
III. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podał

D-r J. Fajersztajn

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.



[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 34].

Że w przypadku naszym nie dostrzeżono żadnych wykwitów skórnych, to również nie może obalić rozpoznania. Przedewszystkiem, lżejsze objawy skórne mogły być łatwo w początkach cierpienia przez chorego przeoczone, a następnie znane są typowe przypadki mnogiej *myositis*, w których objawy te, przynajmniej w pewnych okresach choroby, usuwały się na dalszy plan, albo też zupełnie znikaly. Uwagi, wypowiedane niejednokrotnie na poprzedzających kartkach, jakoteż doświadczenie, nabyte w I-ym naszym przypadku, dowodzą dostatecznie, że obrzęki skóry [na kończynach i tułowi] nie stanowią nieodzownej części obrazu mnogiej *myositis*—i z tej więc strony rozpoznanie nasze nie pozostaje w spójności z poznanymi dotąd właściwościami rzeczony choroby.

Choroba serca nie stoi, według wszelkiego prawdopodobieństwa, w żadnym związku z cierpieniem mięśniowym. Wywiady nie zdołały wprawdzie wyjaśnić kiedy i wśród jakich warunków powstała choroba sercowa i co było powodem przesunięcia się serca na prawo [zrosty?]; pewnem jest jednak, że mieliśmy do czynienia z dawno nabytem zapaleniem wsierdza i osierdza.

W okresie obserwacyjnym nie dostrzeżono żadnych zaburzeń kompensacji; obrzęk powiek nie mógł przeto zależeć od zmian w czynności serca. Przypominamy tu, że kończyny stale były wolne od obrzęku, jakoteż, że mocz badany kilkakrotnie, nie zawierał białka.

Jak się zdaje, chory nasz nie przebywał nigdy gościca stawowego, okoliczność, którą tu podnieść należy ze względu na chorobę serca, jakoteż na odległe podobieństwo obrazu klinicznego do gościcowych postaci zapaleń mięśni.

Co się tyczy przebiegu klinicznego, przypadek nasz przybrał na się po części cechy podostrego, po części przewlekłego typu mnogiej *myositis*: po ostrym początku z rychłem przejściem w stan znacznego polepszenia, nastął okres przewlekły, potem jednak wystąpił nawrót najgroźniejszych objawów— podobnie jak to się nieraz dzieje w przypadkach podostrych.

Również pod względem objawowym posiada przypadek nasz wiele podobieństwa do przewlekłej postaci mnogiej *myositis*, jeżeli wolno wogóle powoływać się na postać, której przedstawicielem jest, jak dotychczas, właściwie jeden tylko przypadek SCHULZE'go. Obok niego należy umieścić III-e nasze spostrzeżenie, którym się niebawem zajmiemy.

Nieco obszerniejsze przytoczenie spostrzeżeń i uwag SCHULTZE'go jest niezbędne, posiadają one bowiem doniosłe znaczenie w rozpatrywanej tu sprawie.

Przypadek SCHULTZE'go. 3-letni chłopiec. Zachorował przed 6-ciu miesiącami. Powolny przebieg choroby. Niemożność utrzymania się na nogach. Osłabienie górnych kończyn. Upośledzenie ruchów tułowia. Obrzmienie twarzy i stóp. Swędząca wysypka na górnych i dolnych kończynach. Badanie stwierdza stan następujący:

Cała muskulatura znajduje się w stanie zaniku. Na całej skórze łuszczący się, suchy wyprysk (*eczema desquamativum*). Obrzęków niema. Stan prawidłowy narządów wewnętrznych. Chory nie może unieść się w łóżku. Ruchy dolnych i górnych kończyn możliwe; przykurczenia w stawie kolanowym i skokowym; wydatniejsze ruchy bierne sprawiają ból. Po upływie tygodnia wyprysk wzmaga się; obok tego pojawiają się obrzęki na twarzy, rękach i stopach. Skóra na twarzy jest zgrubiała, lśniąca, zbita.

Wyprysk ustępuje po 5-iu tygodniach, okazuje jednak pewną skłonność do nawrotów; po upływie 6-iu miesięcy obrzmienie twarzy zmniejsza się nieznacznie, obrzęki rąk i stóp znikają. Stopniowo występuje poprawa: ruchy głowy powracają, ruchy kończyn górnych nabierają energii, również ruchy kręgosłupa. Lekkie przykurczenie w kolanach; chory nie może stać o własnych siłach. Z powodu bólów ruchy wielu mięśni ograniczone. Obniżenie pobudliwości faradycznej mięśni i nerwów kończyn dolnych; mięśnie twarzy zachowują się prawidłowo; z mięśni górnych kończyn obniżenie pobudliwości okazują tylko: *mm deltoideus* i *supinator longus*. Pobudliwość galwaniczna zachowana; leniwych skurczów nie dostrzeżono. Zanik mięśni nie ustępuje w ciągu 4-miesięcznego pobytu na klinice. Przebieg bezgorączkowy. Prze-

mijająco *bronchitis*. Wszelkie odruchy zachowane. Inteligencya dziecka nie doznała uszczerbku.

Po upływie roku jeszcze znaczniejsze wychudnienie mięśniowe. Obrzęki znikły; na policzkach skóra jest jeszcze twardawa. Lekkie łuszczenie się naskórka na wyprostnych powierzchniach przedramion i w okolicy otworów nosowych. Ogólne obniżenie siły mięśniowej. Przykurczenia w stawach: skokowym, kolanowym i biodrowym [odprowadzanie]. Próby przewyciężenia przykurczeń sprawiają ból. Odruchy kolanowe zachowane. Pobudliwość elektryczna prawidłowa [nieznaczne obniżenie?].

SCHULTZE zwraca uwagę na trudności dyagnostyczne. Podczas gdy *poliomyelitis anterior* daje się z łatwością wyłączyć, trzeba uwzględnić przewlekłe zaniki rdzeniowe, jakoteż dystrofię ERB'a. Przeciwko pierwszemu przemawia wynik badania elektrycznego, zachowanie odruchów kolanowych, brak drgań włókienkowych. Przeciwko drugiej — szybkie postępy choroby, brak przerostu [istotnego, czy rzekomego] mięśni łydkowych i łopatkowych w tak wczesnym okresie cierpienia; do obrazu dystrofii brakuje również swoistych zбочzeń kręgosłupa, charakterystycznego wspinania się po samym sobie; ustąpienie pewnej części objawów mięśniowych nie zgadza się również z rozpoznaniem dystrofii. Wobec zachowanych odruchów i wyniku badania elektrycznego, należy również wyłączyć mnogą *neuritis*.

Wyjaśnienie prawdziwego stanu rzeczy zostało osiągnięte po zbadaniu wyciętego kawałka mięśnia łydkowego. Wynik badania polegał na stwierdzeniu śródmiąższowego bujania komórkowego i nieznacznego ścięczenia włókien; mięsz mięśniowy przedstawiał się niemal zupełnie prawidłowo: nieliczne wakuole, skąpa ilość ziarnistych włókien, miejscami bujanie jąder mięśniowych. Obraz mikroskopowy był zupełnie różny od tego, co się widuje w zanikach rdzeniowych, myopatycznych i neuryticznych; przypominał on raczej zmiany, znalezione w *dermatomyositis UNVERRICHT'a* — w rzeczywistości też właściwość obrazu klinicznego polegała na skojarzeniu objawów mięśniowych z wypryskiem i zbitym obrzękiem skóry [na twarzy]. W konkluzji dochodzi SCHULTZE do rozpoznania: *dermatomyositis chronica* z przejściem w zanik mięśniowy.

Spostrzeżenie III.

Marya J..., lat 14, córka włościanina z Putiatycz, pow. grodeckiego. Wstąpiła do szpitala d. 25-go czerwca 1895 roku.

Rodzice chorej żyją, bracia i siostry cieszą się zupełnem zdrowiem. Dotychczas jeszcze nie miesiączkowała. Do niedawna miała się zupełnie dobrze i nie wie, czy w dziecinnych latach przechodziła jakie choroby.

Obecne cierpienie rozwinęło się z górą dwa miesiące temu; pierwszym jego objawem były bóle w przedramionach, skutkiem których ruchy kończyn górnych były mocno upośledzone. Mniej więcej w 3 tygodnie potem wystąpiły podobne bóle w okolicy kolan, przyczem „nogi skuliły się tak, że się wyprostować nie mogła“. Po kilku dniach przyłączyła się do tych dolegliwości tru-

dność połykania i poruszania głową. Kilka dni temu pojawiło się zaczerwienienie na szyi, na rękach i na stopach.

Od mało inteligentnej chorej nie sposób wydobyć żadnych bliższych szczegółów [ciepłota ciała, poty, wygląd kończyn, (obrzęki)?]. Objawów żołądkowo-kiszczkowych nie było.

Rozległe przykurczenia, o których niżej, były powodem niewłaściwego przydzielenia chorej nad oddział chirurgiczny. Kol. NIEMCZYNOWSKI, badając chorą d. 26. VI., stwierdził między innymi rozlane zaczerwienienie skóry, najwybitniejsze na szyi, dłoniach i stopach przy ciepłocie ciała 38°. Nazajutrz badałem chorą wspólnie z kol. NIEMCZYNOWSKIM i kol. ARNOLDEM, kierownikiem oddziału chorób zakaźnych. Prócz objawów mięśniowych stwierdziliśmy podówczas: ciepłota 38°; skóra cienka, sucha, łuszcząca się, pokryta tu i owdzie większymi płateczkami złuszczonego naskórka; na dłoniach i stopach wyraźne rozlane zaczerwienienie.

Z rozpoznaniem: *suspectio quoad scarlatinam*, chora została przeniesiona do pawilonu zakaźnego. Krok ten okazał się zupełnie zbytecznym, ponieważ po 2-ch dniach ciepłota ciała powróciła do stanu prawidłowego, a zaczerwienienie znikło bez śladu. Dnia 2-go lipca przyjęto chorą na oddział wewnętrzny III-ci¹⁾.

Dnia 3. VII. 1895. Licho odżywiana dziewczynka. Skóra na twarzy nieco sinawa, zgrubiała, jakby obrzękła; uciskanie palcem nie pozostawia żadnego zagłębienia. Na nozdrzach łuszczenie się naskórka. Podobne łuszcze nie się, choć w znacznie słabszym stopniu, na całej skórze, zwłaszcza zaś na podudziach i przedramionach. Znaczny zanik *en masse* mięśni całego ciała, rozłożony równomiernie na wszystkie części kończyn [jedne tylko mięśnie rąk są stosunkowo lepiej zachowane]. Górne i dolne kończyny są we wszystkich stawach pod kątem rozwartym przykurczone. Usiłowania, zmierzające do nadania kończynom prawidłowego położenia, sprawiają chorej znaczny ból w okolicy napinających się bardzo mocno ścięgien zginaczy. Pomimo zaniku niektóre mięśnie zarysowują się nader wyraźnie pod skórą [mięśnie mostko-sutko-obojęzyczne, dwugłowe, zginacze podudzi i stóp]. Na dotyk odznaczają się wszystkie mięśnie [z wyjątkiem mięśni twarzowych, mięśni rąk i języka] niezwykłą zbitością; brzuce mocniej zarysowanych mięśni posiadają wprost żylastą twardość. Obmacywanie mięśni sprawia względnie dosyć żywy ból.

Wszelkie ruchy kończyn zachowane, lecz znacznie osłabione i w wysokim stopniu ograniczone. Najswobodniej i najwydatniej poruszają się ręce i palce, jakoteż i stopy. Ruchy tułowia mocno upośledzone. Ruchy czynne głowy tylko w bardzo nieznacznych rozmiarach możliwe; największą trudność sprawia opuszczanie głowy. Ruchy bierne głowy znacznie ograniczone: we wszystkich kierunkach napotyka się opór, nie dający się przewyciężyć przy użyciu własnej siły; bardziej forsowne ruchy wywołują oznaki silnego bólu. Żucie

¹⁾ Na oddziale tym powierzone mi zostało podówczas zastępstwo bawiącego na urlopie prymaryusza D-ra SAWICKIEGO.

odbywa się łatwo; usta ostwierają się dosyć szeroko. Mięśnie gałki ocznej, powiek, jakoteż mięśnie mimiczne działają prawidłowo. Język mięsisty, nie drży. Połykanie znacznie utrudnione. Głos słaby, przyciszony, lecz czysty. Języczek flakowaty, porusza się dosyć wydatnie podczas fonacji; odruch gardzielowy zachowany. Odruchy ścięgniste zniesione, skórne zachowane. Zmian czuciowych niema. Narządy wewnętrzne znajdują się w stanie prawidłowym. Śledziona nie powiększona. Gorączki niema. Mocz nie zawiera żadnych składników nieprawidłowych. Badanie elektro-dyagnostyczne stwierdza nieznaczne obniżenie pobudliwości [bezpośrednio] na obydwaj rodzaje prądów.

W ciągu lipca stan chorej nie uległ żadnej wybitniejszej zmianie. Łuszczenie się naskórka nie ustępowało. Skóra na twarzy była stale zgrubiała i zbita, odznaczała się przytem lekko-sinawym odcieniem. Skóra na tułowiu, ramionach i udach była cienka, wiotka i dawała się łatwo ujmować w fałdy; tylko na dolnych częściach przedramion i podudzi wydawała się nieco zgrubiałą i fałdowała się o wiele trudniej—pomimo bardzo nikłej podściółki tłuszczowej. Mięśnie odznaczały się wciąż niezwykle zbitością; twardość mięśni sutko-mostko-obojezykowych, dwugłowych i kilku innych nie przestawała budzić wielkiego zajęcia w gronie kolegów, którzy się interesowali przebiegiem choroby. Stan stale bezgorączkowy. Zacerwienie skóry nie ponawiało się. Nadmiernego pocenia się nie dostrzeżono.

Rozpoznanie nie należało do łatwych. Polegając głównie na stwardnieniu mięśni, bolesności i przykurczeniach, przypuszczałem, że anatomiczna podstawa choroby polega na zapaleniu masy mięśniowej (*polymyositis*). Stawiałem jednak podobne rozpoznanie z pewną obawą, ponieważ nia znalazłem z literatury [r. 1895] analogicznych spostrzeżeń; zwłaszcza uogólniony zanik mięśni nawoływał do ostrożności.

Spodziewając się, że tenotomia zginaczy uwolni chorą od bardzo dokuczliwych przykurceń i ułatwi jej tem samem ruchy członków, prosiłem kol. NIEMCZYNOWSKIEGO ¹⁾ o wykonanie tego prostego zabiegu. Sądziłem, że przypuszczalna sprawa zapalna, tocząca się w mięśniach, nie powinna stanowić przeciwwskazania, przebiegała ona bowiem w sposób bardziej przewlekły, bez burzliwych objawów i polegała, jak się zdawało, przeważnie na bujaniu tkanki łącznej z następczą marskością mięśni. Utwierdziłem się w tem przekonaniu, spostrzegłszy, że w głębokim uśpieniu chloroformowem przykurczenia nie się zmniejszyły. Tenotomia [podskórne przecięcie zginaczy przedramion i podudzi] zmieniła odrazu postać rzeczy; po wykonaniu jej udało się z całą łatwością nadać przedramionom i podudziom wyprostne położenie. Opatrunek ustalający.

Do badania drobnowidzowego wycięto cząstkę prawego mięśnia łydkowego.

¹⁾ Poczynam się do miłego obowiązku wypowiedzenia kol. NIEMCZYNOWSKIEMU głębokiej podziękującej za uprzedzającą jego życzliwość i przyjacielską pomoc.

W końcu sierpnia można się było przekonać, że tenotomia nie była pozbawiona pewnego dodatniego skutku: chora leżała o wiele wygodniej i swobodniej nieco wykonywała ruchy. Stan ogólny uległ jednakowoż znacznemu pogorszeniu; zanik mięśni wzmógł się wybitnie, polykanie stawało się coraz to trudniejszym; przykurczenia zginaczy poczęły się ponownie wytwarzać, a obok tego rozwijała się pomału także retrakcja mięśni wyprostnych (*triceps*, *quadriceps*), skutkiem czego ruchy bierne uległy w obu kierunkach dosyć dużemu ograniczeniu. W ostatnich dniach sierpnia i początkowych września ciepłota ciała dochodziła wieczorami do 38°.

Badanie drobnowidzowe wyciętego kawałka mięśnia potwierdziło najzupełniej domysł o zapalnym charakterze sprawy chorobowej.

Zmiany anatomiczne składały się na obraz śródmięszkowego zapalenia (*myositis interstitialis*); zmiany mięszkowe były bardzo nieznaczne. Na skrawkach można było z łatwością stwierdzić wybitne bujanie komórkowe w beleczkach tkanki łącznej, odgraniczającej pęczki włókien; przechodziło ono miejscami na tkankę łączną, otaczającą pojedyncze włókna. Ściany naczyń były przeważnie zgrubiałe i bardzo zasobne w jądra; w związku z zewnętrzną osłonką naczyniową (*adventitia*) pozostawały w wielu miejscach większe skupienia stałych komórek łączno-tkankowych, jakoteż ogniskowe zbiorowiska okrągłych komórek. Tu i owdzie napotymano włosate wybroczynki. Włókna mięśniowe przeważnie szczupłych wymiarów [20 — 45 μ .] posiadały dobrze zachowane prążkowanie poprzeczne; zmętniałe włókna, o zatartem zupełnie albo też mocno niewyraźnym prążkowaniu poprzecznym, występowały w bardzo skąpej ilości. Częściej już napotymano blade włókna o bardzo ostro zarysowanych prążkach podłużnych i cieniutkich, nader delikatnych prążkach poprzecznych. Miejscami można było dostrzedz dosyć znaczne bujanie jąder mięśniowych, zwłaszcza przybrzeżnych, a w kilku pęczkach występowały bardzo cienkie [zaniżone] włókna, pozbawione zupełnie prążkowania i gęsto usiane jądrami.

Dnia 15. IX. 1895. Wygląd charłaczy. Podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła. Skóra na twarzy zgrubiała; blada z odcieniem sinawym; również skóra, pokrywająca przedramiona i podudzia, wydaje się grubszą i twardawą. Na powłokach całego ciała łuszczenie się naskórka; występuje ono najwybitniej na czole, górnej lewej powiece, lewym policzku, za uszami, w okolicy nadobojezykowej, na przedramionach i na podudziach.

Czoło marszczy się dobrze. Lekkie drżenie gałek [w skrajnych położeniach]; pozatem mięśnie gałki i powiek zachowują się zupełnie prawidłowo. Mięśnie policzków i warg działają z należytą siłą. Wargi dosyć jędrne. Okolica żwaczy i mięśni skroniowych nieco zapadła, szczęki zwierają się jednak dosyć mocno. Żucie nie sprawia trudności. Rozwieranie ust może cokolwiek ograniczone [chora twierdzi, że poprzednio umiała daleko szerzej otwierać usta, obecnie czuje zawadę w okolicy stawu żuchwowego]. Język mięsisty, gładki, porusza się z łatwością we wszelkich kierunkach. Języczek flakowaty; przy fonacji ruchy języczka i łuków podniebiennych są dosyć wydatne. Odruch gardzielowy słaby. Polykanie mocno utrudnione; niedostatecznie rozdrobnione pokarmy zatrzymują się w gardzieli i wywołują krztuszenie

się. Chora pije powoli, drobnymi łykami, część płynów wylewa się przez otwory nosowe. Głos mało dźwięczny, słaby. Ruchy głowy bardzo osłabione. Chora nie może unieść głowy z poduszki; w pionowym położeniu tułowia głowa okazuje dążność do opadania w tył. Bierne ruchy głowy wyraźnie ograniczone, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż to było poprzednio. Mięśnie karku, mięśnie kapturowe, mięśnie sutko-mostko-obojęzykowe mocno zanikłe, na dotyk twarde i żylaste; zdaje się jednak, że poprzednio zbitość wymienionych mięśni, zwłaszcza mięśni sutko-mostko-obojęzykowych, była jeszcze większa. Mięśnie barków znajdują się w stanie nader znacznego zaniku. Ruchy czynne w stawie barkowym o wiele słabsze, niż to było do niedawna. Ruchy bierne tak dalece ograniczone, że przy unoszeniu ramion nie można przekroczyć kąta 45° , a przy odprowadzaniu ich—kąta 60° . Mięsień piersiowy wielki i mięsień najszerszy grzbietu są mocno zanikłe, brzegi ich—cienkie i twarde, ścięgnię zaś napinają się wybitnie przy unoszeniu i odprowadzaniu ramion. Mięśnie ramion zanikłe i twarde; i tu jednak zbitość zmniejszyła się nieco w porównaniu ze stanem dawniejszym. Ruchy czynne w stawach łokciowych bardzo nieznaczne. Bierne wyprostowanie przedramion daje się doprowadzić tylko do kąta 90° ; objawu tego, zależnego najwidoczniej od retrakcyi mięśni trójgłowych, w początkowych okresach choroby stanowczo nie było. Muskulatura przedramion bardzo nikła, przytem wyraźnie twardawa. Ruchy czynne rąk w wysokim stopniu osłabione, bierne zaś we wszelkich kierunkach znacznie ograniczone. Palce są we wszystkich stawach lekko zgięte, nie dają się biernie wyprostować, a przy zginaniu grzbietowem rąk przykurczenie palców wzmaga się bardzo znacznie. Gra palców stosunkowo dobrze zachowana, uścisk ręki wprawdzie słaby, lecz w porównaniu z siłą innych mięśni, wcale zadawalniający. Przestrzenie międzykostne nie zapadłe; *thenar* i *hypothenar* wprawdzie szczupłe, lecz nie okazują spłaszczenia. Paluch może być tylko z opuszką 3-go palca zetknięty; układanie palców w t. zw. figę daje się łatwo wykonać.

Przestrzenie międzyżebrowe zapadłe. Znaczny zanik mięśni łopatek i mięśni grzbietu. Masy mięśniowe wzdłuż kręgosłupa wyraźnie stwardniałe, choć bardzo cienkie; ruchy kręgosłupa [bierne], zarówno w tył, jak ku przodowi, bardzo ograniczone. Mięśnie proste brzucha odznaczają się dosyć znaczną zbitością. Chora leży w łóżku zupełnie nieruchomo, nie mogąc ani unieść się, ani też obrócić się na bok.

Mocno zanikła muskulatura kończyn dolnych odznacza się znaczną zbitością, jednakowoż odnosi się tu, podobnie jak na górnych kończynach, wrażenie, że do niedawna jeszcze mięśnie były o wiele twardsze. Ruchy czynne we wszystkich częściach kończyn dolnych zachowane, ale tylko w bardzo skromnych rozmiarach; co do ilości zachowanej siły mięśniowej, panują tu te same stosunki, co w górnych kończynach. Bierne ruchy w stawie biodrowym mocno ograniczone, zwłaszcza ruchy wyprostne. Podudzia znajdują się stale w lekko zgiętym położeniu [po tenotomi!]; zginanie [bierne] w stawach kolanowych poza kąt 90° niemożliwe [retrakcyja mięśni wyprostnych]. Stopy zachowują stale lekkie zgięcie podeszwowe; pełne zginanie stóp, zarówno podeszwowe,

jak grzbietowe, napotyka w skróceniu antagonistycznych mięśni opór nie do przewyciężenia.

Wrażliwość mięśni na ucisk jest obecnie o wiele mniejsza, aniżeli w początku; stosunkowo największą tkliwością na ucisk odznaczają się mięśnie sutko-mostko-obojezykowe, dwugłowe i łydkowe. Mniej obszerne ruchy czynne i bierne odbywają się bez bólu; natomiast przy usiłowaniach, zmierzających do przewyciężenia przykurceń powstaje gwałtowny ból, umiejscowiony w okolicy ścięgien skróconych mięśni.

Nie można nigdzie wykazać bolesności pni nerwowych, miejscami jednak (*n. radialis, ischiadicus, tibialis post.*) wynik badania wypada dosyć dwuznacznie.

Odruchy kołanowe i stopowe zniesione. Czucie skórne zupełnie prawidłowe. Odruchów brzusznych niema,—podeszwowe słabe. Parestezyi niema.

Bezpośrednie oddziaływanie mięśni na prąd stały jest w wysokim stopniu obniżone. Ślad skurczu występuje w muskulaturze kończyn górnych dopiero powyżej 15 MA, w muskulaturze dolnych—powyżej 20 MA. Badanie sprawia znaczny ból. W mięśniach mostko-sutko-obojezykowych, mięśniach trójkątnych, mięśniach wyprostnych podudzi, jakoteż w mięśniach lewej kończyny nie można wcale wywołać skurczu. KaZSk wszędzie 7 AnZSk; przebieg skurczu błyskawiczny.

Drobne mięśnie rąk oddziałują o wiele lepiej. Mięśnie twarzy kurczą się prawidłowo przy użyciu prądu o miernem natężeniu.

Podobne obniżenie pobudliwości bezpośredniej mięśni kończyn i szyi stwierdzić można również przy stosowaniu prądu przerywanego; mięśnie sutko-mostko-obojezykowe, trójkątne, trójgłowe, wyprostne podudzi i łydkowe nie odpowiadają wcale na maksymalne podniety.

O wiele lepiej zachowaną jest pobudliwość przy pośrednim drażnieniu [prądem stałym i przerywanym]; otrzymane w ten sposób skurcze są wprawdzie słabe, nieraz zaledwie dostrzegalne [jak np. w mięśniu trójkątnym—z punktu Erb'a], występują one jednak już przy użyciu niezbyt silnych prądów. Wyjątek stanowią niepobudliwe zupełnie: *nn. peronei, n. tibialis post. sinister, m. accessorii* [kurczą się tylko mięśnie kapturowe, podczas gdy mięśnie sutko-mostko-obojezykowe nie oddziałują przy drażnieniu nerwu dodatkowego nawet bardzo mocnymi prądami].

Oddawanie moczu i stolca odbywa się prawidłowo. Mocz nie zawiera białka. Ciepłota ciała utrzymuje się już od dłuższego czasu w prawidłowych granicach. Kilkodniowy stan gorączkowy [w końcu sierpnia i pierwszych dniach września] przypisać należy najprawdopodobniej niezytowi oskrzeli, na który chora zapada nader często.

Wyksztuszenie śluzu połączone jest z wielkimi trudnościami; chora bardzo rzadko pokaszluje i to cicho i bezdźwięcznie.

W dalszym przebiegu choroba czyniła powolne lecz bezustanne postępy. Zanik mięśni wzrastał się coraz bardziej; siła mięśniowa podupadała z dnia na dzień. Obszar ruchów biernych również nie przestawał się zmniejszać, choć mięśnie traciły powoli początkową zbitość. Żyłasta twardość wielu mięśni

ustąpiła bez śladu; przy obmacywaniu mięśni doznawało się raczej wrażenia, że znajdują się one w stałym napięciu tonicznym. Naskórek nie przestawał się łuszczyć, to w tem, to w owem miejscu. Stan był stale bezgorączkowy. Nadmiernego pocenia się nie dostrzeżono ani razu. Muskulatura gałek, powiek, twarzy i języka nie traciła siły; podobnież siła mięśni palców nie doznała większego uszczerbku. Ekspektoracya stawała się coraz to słabszą, polykanie było stale utrudnione, ztąd też należyte odżywianie chorej wymagało wielkiej pieczołowitości.

Kilkakrotnie ponawiane badania elektro - dyagnostyczne stwierdzały zawsze ilościowe obniżenie, względnie wygaśnięcie pobudliwości. Jakościowych zmian nie można było wykryć. Mięśnie twarzowe oddziaływały zupełnie prawidłowo; w drobnych mięśniach rąk stwierdzono tylko nieznaczne obniżenie pobudliwości.

Podobny stan trwał do końca lutego 1896 roku, w którym to czasie chora poczęła się skarżyć na bóle brzucha. Ciepłota ciała podniosła się, wieczorami dochodziła do 38—38,5°; ranne spadki wahały się pomiędzy 36,0—37,5°. Dreszczów, ani też potów nie było. Brzuch wzdęty, bardzo tkliwy na ucisk Stolce sformowane, bezbolesne. Na lewem podudziu wytwarzał się powoli ciastowaty obrzęk. Dnia 15. III. 1896. bolesność brzucha wzmogła się znacznie; jednocześnie wystąpiły objawy ogniskowego zapalenia w dolnych płatach obydwu płuc. Na łopatkach poczęły się tworzyć odleżyny.

Wśród wzmagającego się coraz bardziej upadku sił chora zakończyła życie dnia 23. III. 1896 roku. Choroba trwała ogółem 11 miesięcy.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

6. Leczenie błonicy surowicą swoistą.

[Ciąg dalszy. Patr: № 10 Gaz. Lek. z r. 1898].

Stosując w dalszym ciągu przy błonicy surowicę swoistą, otrzymałem w roku ubiegłym, 1898-ym, następujące rezultaty:

Przypadków leczonych było 73; wśród nich *anginae*—30, *laryngitidis* — 11 i *anginae c. laryngit.* — 32. Zejść śmiertelnych było 6, co stanowi 8% ogólnej liczby; wszystkie one należały do rzędu przypadków krtaniowych, których ogółem było 43, czyli 59%, dały one zatem 14% śmiertelności.

Mniejszą odsetkę śmiertelności wraz z mniejszą ilością przypadków krtaniowych, jaką miałem w roku ubiegłym, przypisuję temu, że obecnie już ludzie są wogóle nieco więcej obyci z nową metodą kuracyjną, skutkiem czego starają się, ile możności, wcześniej zgłaszać o pomoc, zaraz po dostrzeżeniu płam w gardle, nie czekając zjawienia się objawów krtaniowych, czyli tak zwanej „chrypy“, lub też zaraz po zjawieniu się kaszlu szczekającego, choćby nawet płam w gardle nie było.

Wśród przypadków tych jeden zasługuje na nieco obszerniejszą wzmiankę. Dotyczy on dziewczynki trzyletniej, która, będąc w kuracyi z powodu rozległych oparzeń drugiego stopnia, przeszła szkarlatynę z dyfterytem, po

czem już w okresie zupełnego zdrowienia podległa powtórnie już samemu dyfterytowi o formie septycznej z kolosalnem stwardnieniem i powiększeniem gruczołów okołoszczękowych wobec niewielkich zmian miejscowych w gardzieli. Będąc zawezwanym do chorej w okresie wywiązujących się objawów krtaniowych przy bezwzględnych objawach ogólnego zakażenia błonicowego, zastosowałem w ciągu 12 godzin cztery flakony surowicy warszawskiej po 1000 jednostek każdy. Skutek był zdumiewająco szybki, tak że już na trzeci dzień dziecko, przedtem prawie konające, bawiło się spokojnie w łóżeczku. Białkomocz, który w dzień wstrzykiwania surowicy dochodził do 0,8 według albuminometru ESBACH'a, znikł zupełnie po upływie 36 godzin.

Próby na białko, robione przezemnie potem co drugi lub trzeci dzień, w okresie dwutygodniowym, ani razu nie wykryły nawet śladu obecności tegoż. Na ósmy i dziewiąty dzień po wstrzykiwaniu zjawiały się gdzie niegdzie na ciele oddzielne pokrzywkowate plamki, mało swędzące i znikające same przez się, bez żadnej kuracyi, po upływie kilku godzin. Przypadek ten uważam za jeden z najwięcej efektywnych wśród spostrzeganych przezemnie, ze względu na idealną szybkość ustąpienia wszystkich groźnych objawów chorobowych i niezwykle szybkiego zdrowienia pomimo fatalnych warunków, w jakich znalazł się organizm dziecka, po przebyciu w krótkim czasie, bo w przeciągu trzech tygodni, kilku ciężkich chorób, jak rozległe oparzenia drugiego stopnia, szkarlatyna z błonicą, oraz błonica samodzielna o formie złośliwej, septycznej.

Jednocześnie z przypadkiem, powyżej opisanym, spostrzegałem sześć innych przypadków szkarlatyny, powikłanej błonicą gardzieli, o bardziej ciężkiej formie, w których była zastosowana surowica swoista w ilości od jednego do trzech flakonów, po 1000 jednostek każdy. Przypadki te, jako szkarlatynowe, zostały wyłączone z ogólnej liczby spostrzeganych. Zastosowana surowica przeciwbłonicza w przypadkach tych pozostała bez wpływu na objawy miejscowe w gardzieli oraz na stan gruczołów okołoszczękowych. Czworo dzieci wyzdrowiało, przyczem zdrowienie niczem nie różniło się od zdrowienia w tych przypadkach, w których surowica zastosowana nie była; pozostałych dwoje zmarło na trzeci i piąty dzień po wstrzyknięciu kilku flakonów (2 i 3) przy objawach upadku sił, przy współistniejącem silnem stwardnieniu i powiększeniu gruczołów podszczękowych oraz przy występujących objawach krupowych. Co do objawów szkarlatynowych skórnych, to zdaje mi się, co zresztą spostrzegali i inni koledzy, że na drugi lub trzeci dzień po wstrzykiwaniu szkarłat skóry przyjmował barwę żywszą, jakby zaogniał się, przy jednoczesnem niewielkiem nasileniu ciepłoty całego organizmu. Sądzę, iż stosowanie surowicy przeciwbłoniczej przy błonicy szkarlatynowej miałoby raczej bytu jedynie w tych przypadkach, w których dla jakiegobądź powodów można by przypuszczać zakażenie mieszane, t. j. szkarlatynowe i samodzielnie współistniejące błonicze (LOEFFLER'owskie).

W roku ubiegłym miałem również sześć przypadków niewątpliwiej błonicy, leczonych dla różnych powodów sposobem zwykłym. Wśród nich dwa przypadki lżejszego zapalenia gardła były przez trzy doby leczone za pomocą pędzłowań roztworem sublimatu w glicerynie 1 : 2500 oraz płukaniem gardła 5% roztworem kwasu bornego; oba zakończyły się pomyślnie, choć jeden z nich był na trzecią dobę powikłany przez objawy krtaniowe, które ustąpiły po upływie 48 godzin pod wpływem inhalacyj z *ol. terebinth. c. tra Rusci ät* po 20 — 30 kropel na kieliszek inhalacyjny—4 razy na dobę. Trzeci przypadek, który również zaczął się jako bardzo lekkie zapalenie gardła, na drugą dobę po zniknięciu objawów miejscowych przeszedł w typowy krup i zakończył się po upływie 36 godzin śmiercią. Trzy pozostałe zakończyły się śmiercią przy objawach postępującego krupu po upływie dwóch do czterech dni.

Zestawiając dane z roku ubiegłego z liczbami z lat poprzednich [patrz Gaz. Lek. № 10 z r. 1898], otrzymamy:

Rok.	Liczba ogół. przypadków.	Licz. przyp. śmierteln.	Dto. w %	Licz. przyp. krztan.	Dto. w %	Śmierteln. ich w %	Uwagi.
1898.	6	4	66	5	83	80	} Leczenie zwykłe.
90.—d. I. VII. 95.	510	303	59	396	77	83	
d. I. VII. 95. — 98.	36	22	61	29	80	76	
1890—1898.	546	325	60	425	78	77	} Leczenie surowicą.
1898.	73	6	8	43	59	14	
d. I. VII. 95—98.	217	20	9	138	63	14	

Wincenty Puławski [Radziejów].

ODCINEK.

O POMOCY AKUSZERYJNEJ W KRÓLESTWIE.

[Z referatu, czytanego w Warsz. Tow. Hyg. na posiedzeniu Wydziału higieny ludowej].

Podał

Klemens Łazarowicz.

Wadliwość terażniejszej organizacyi pomocy lekarskiej dla rodzących i położnic zależy od następujących przyczyn: 1° od niedostatecznej liczby akuszerki i babek wiejskich ¹⁾, 2° od braku przytułków dla rodzących na prowincyi, 3° od kosztu pomocy lekarskiej dla biednych i 4° od ciemnoty naszego ludu.

Rozpatrzmy po kolei każdą z tych przyczyn.

W całym Królestwie jest tylko jedna jedyna szkoła akuszerki i babek wiejskich przy klinice akuszeryjnej Uniwersytetu Warszawskiego, rozporzą-

¹⁾ Dane o pomocy akuszeryjnej w Królestwie są wogóle niedostateczne. Naprz. nie mamy wcale danych, przy ilu porodach asystowały akuszerki lub babki, a ile porodów odbyło się bez umiejętnej pomocy, dlatego też możemy wytworzyć sobie w tej kwestyi tylko przybliżone pojęcie, kombinując znaną nam liczbę praktykujących akuszerki i babek z liczbą porodów. Dr WALTER [„Zdrowie“ 1888 r.] oblicza, że 76% porodów odbywa się bez umiejętnej pomocy, dr JAWORSKI [„Kronika Lekarska“ 1895 r.] przypuszcza, że takie porody stanowią 80%.

Również nie posiadamy ścisłych danych co do liczby przypadków gorączki połogowej, która jest napewno bardzo znaczna, wiemy natomiast, że wśród naszych włościanek mnóstwo cierpi na choroby kobiece i prawie zawsze chore twierdzą, że ich choroba datuje się od porogu.

Liczba dzieci martwo urodzonych jest na prowincyi również bardzo znaczna, możemy o tem sądzić z następujących faktów: w powiecie pułuskim i ostrowskim martwo urodzone dzieci stanowią 2,9%, podczas gdy w zakładach położniczych gub. warszawskiej martwo urodzone stanowią tylko 1,7% [referat d-ra STĘPNICKIEGO].

dzająca 17 łózkami dla rodzących. Jest to stanowczo zamało. Toć jeszcze w zeszłym stuleciu uznawano potrzebę paru szkół akuszerskich i w 1793 roku prusacy projektowali otworzenie szkół takich w Piotrkowie, Kaliszu, Płocku oraz w innych miastach. Wiek cały minął od tego czasu, ludność Królestwa zwiększyła się w czwórnasób, a my wciąż mamy jedną tylko szkołę akuszerską, założoną jeszcze w zeszłym stuleciu.

Przyjrzyjmy się tej jedynej szkole akuszerskiej w Warszawie. Przy Instytucie Położniczym istnieją obecnie dwa jej oddziały: 1^o szkoła akuserek z kursem dwuletnim; do szkoły tej są przyjmowane kobiety, które ukończyły przynajmniej 4 klasy gimnazjum, 2^o szkoła babek wiejskich z kursem czteromiesięcznym; kandydatki do tej szkoły powinny umieć czytać i pisać po polsku. Akuszerki mieszkają poza instytutem i przychodzą tylko na wykłady i dyżury, babki zaś wiejskie, płacąc 30 rubli za cały kurs, otrzymują bezpłatnie stół i mieszkanie w instytucie. Wykłady dla akuserek odbywają się w języku rosyjskim, dla babek wiejskich po polsku.

Dziwnem się wydaje, że kobiety nasze, które w ostatnich czasach masami cisną się do wszelkich zawodów i ciężko pracują za nadzwyczaj nędzne w większości przypadków wynagrodzenie, tak starannie omijają zawód akuszerki. Każdej inteligentnej kobiecie, któraby skończyła szkołę akuszerską,

Teraz zobaczymy jaka jest w Królestwie liczba babek wiejskich i akuserek w stosunku do ludności.

W 1857 roku na 4734000 ludności było 201000 porodów, akuserek zaś było 698 [dr STĘPNICKI].

W 1885 roku na 7409475 ludności było akuserek 750, babek wiejskich 329, porodów zaś 275437. Licząc już razem akuszerki i babki wiejskie, w Warszawie jedna akuszerka wypadała na 716 kobiet, w miastach gubernialnych 1 na 3000 kobiet, po wsiach i osadach 1 akuszerka na 300000 [dr. WALTER].

W 1890 r. na 4173656 kobiet było porodów 347345, akuserek zaś 726 i babek wiejskich 153.

W Warszawie jedna akuszerka wypada na 950 kobiet, na kraj zaś cały oprócz Warszawy wypadało 627 akuserek i 153 babki [dr. JAWORSKI].

W 1892 roku na 9325000 ludności i 340800 porodów było 901 akuserek i babek, z tej liczby w Warszawie 272, w miastach gubernialnych 347, w powiatowych 230, w osadach i wsiach 327 [dr STĘPNICKI].

W 1898 roku w gub. kaliskiej było 55 akuserek i 40 babek, z tej liczby w Kaliszu 11 akuserek, w miastach pow. i osadach fabrycznych 32 akuszerki i babki, pozostałe 52 akuszerki i babki mieszkaly po wsiach i osadach [dane d-ra STĘPNICKIEGO]. Według danych, zebranych przez d-ra WALTERA gub. kaliska przedstawia się najlepiej pod względem pomocy akuszerskiej. Dr W. fakt ten objaśnia wyższą kulturą gub. kaliskiej wskutek sąsiedztwa Prus.

W gub. płockiej [1898 rok] było 11 akuserek i 44 babki, z tej liczby w Płocku mieszkało 6 akuserek i 12 babek, pozostałe zaś akuszerki i babki w liczbie 37 mieszkaly po wsiach i miastach [dr STĘPNICKI].

Jak widzimy dane te, zbierane w rozmaity sposób, zawierają nawet pewne sprzeczności co do cyfr, wszystkie jednak wykazują zgodnie, że mamy za mało akuserek i dyplomowanych babek. Aby jedna babka wypadała na gminę, potrzeba nam, tylko dla ludności wiejskiej, 1287 babek. Dr. WALTER twierdzi, że Królestwo powinno posiadać około 4030 akuserek i babek wiejskich.

można gwarantować około 1000 rubli dochodu rocznego. Jest oprócz tego sporo posad dobrze płatnych dla akuszerek przy szpitalach fabrycznych, w przytułkach położniczych i t. d.

Prawda, że dwuletnie studia w szkole akuszerskiej są uciążliwe, prawda, że i sam zawód nie jest łatwy, ale przecież nasze kobiety pracy się nie boją. Różne kursa buchalteryjne nawet z programem dwuletnim są przepełnione a praca telefonistek, kasyerek, nauczycielek i t. d., której do łatwych i przyjemnych zaliczyć nie można, nie odstrasza jednak naszych kobiet.

Nie zapominajmy również, że zawód akuszerki oprócz wcale dobrego uposażenia, daje bardzo dużo moralnego zadowolenia. Sumienna akuszerka, znająca dobrze swój przedmiot, nieraz ratuje życie dwóm istotom: matce i dziecku. Takie moralne zadowolenie z pożyteczności swej pracy jest w stanie wynagrodzić akuszerce sowiec wiele trudów i przykrości zawodowych.

Wśród naszych kobiet wiele jest zdolnych do poświęceń na najrozmaitszych polach pracy społecznej, otóż do zawodu akuszerskiego takie kobiety powinny się cisnąć przedewszystkiem.

Sprawę tę poruszano wielokrotnie, poruszali ją przedewszystkiem lekarze [zobacz D-ra JAWORSKIEGO artykuł, poświęcony specjalnie tej sprawie w „Kronice Lekarskiej“ w 1895 roku], ale wszystkie te głosy były głosem wołającego na puszczy. Jeżeli tak potrwa dłużej, jak jest obecnie, to w niedalekiej przyszłości nie będziemy mieli wcale akuszerek polek. Teraźniejszy zaś stan rzeczy nie zmieni się dotąd, dopóki społeczeństwo nasze będzie się zapatrywało na zawód akuszerki z pogardą niemal, jak to ma miejsce obecnie. Wprawdzie nie takie to jeszcze dawne czasy, gdy i lekarze byli u nas traktowani, jako „ludzie podłej kondycyi“, obecnie jednak czasy te należą do przeszłości; lecz dla akuszerek trwają one w dalszym ciągu. Publiczność wstydzi się wymawiać wyraz „akuszerka“, a zajęcie to uważane jest wprost za coś nieprzyzwoitego.

Nie przeczę, że pomiędzy akuszerkami znajdują się takie, które nie zasługują na szacunek, ale przecież za czyny jednostek nie można potępiać całego ogółu.

Nie wiem, z jakiej sfery rekrutują się akuszerki za granicą, w Rosyi zaś bardzo często do szkół akuszerskich wstępują kobiety z najinteligentniejszych rodzin i na szkoły akuszerskie społeczeństwo zapatruje się tam, jako na wyższe zakłady naukowe dla kobiet. Szczególniej miało to miejsce wtedy, gdy nie istniały kursa lekarskie dla kobiet.

Proszę mi odpowiedzieć, czy w naszych warunkach dziewczyna z inteligentnej rodziny odważy się wstąpić na kursa akuszerskie? Obecnie byłoby to z jej strony wprost bohaterstwem. A tymczasem właśnie na stanowiskach akuszerek powinny być kobiety, stojące wysoko pod względem moralnym, gdyż jest to stanowisko w wysokim stopniu odpowiedzialne.

Z tem wszystkiem jednak mamy obecnie w szkole akuszerskiej tylko 3 uczennice polki, są zaś lata, gdy ani jedna polka nie kończy szkoły akuszerskiej.

Jest to sprawa tak ważna, że Wydział higieny ludowej powinien ją wziąć pod swoją szczególną opiekę i dolożyć wszelkich staran, aby zmienić teraźniejszy porządek rzeczy.

Aby zwalczyć uprzedzenia naszego społeczeństwa do zajęcia akuszerki należałoby zainteresować naszą prasę szkołą akuszerską. Niech pisma nasze ogłaszają corocznie nazwiska akuszerek, kończących szkołę, niech corocznie ogłaszają warunki przyjmowania do szkoły oraz zawiadamiają o terminie rozpoczęcia wykładów, niech podają do wiadomości publicznej zasługujące na

uwagę fakty ze szkoły akuszeryjnej, to społeczeństwo nasze oswoi się z wyrazem „akuszerka“ i przestanie patrzeć na zajęcie akuszarki, jako na coś nieprzyzwoitego, a w takim razie po kilkunastu latach może w tym samym Wydziale będziemy mówili o potrzebie otworzenia nowych szkół dla akuszerek, ponieważ wtedy jedna szkoła, wobec mnóstwa zgłaszających się kandydatek, nie wystarczy.

Ze względu jednak na to, że wszelki początek jest trudny, uważałbym za konieczne chwycić się radykalniejszych środków. Jeżeli zapewnimy byt materialny dziewczynie podczas 2-letnich studyów w szkole akuszeryjnej, a pisma nasze, ogłaszając od czasu do czasu wiadomości o wakujących posadach dla akuszerek, przekonają ją, że po skończeniu szkoły będzie mała również byt zapewniony, to przypuszczam, że i obecnie znajdują się kandydatki do szkoły. Gdybyśmy więc zebrali fundusz na stypendya dla niezamożnych uczennic szkoły akuszeryjnej, polek, to przez to zrobilibyśmy bardzo dużo dla zaradzenia brakowi akuszerek. Niezamożne dziewczyny, zachęczone do wstąpienia na kursa akuszeryjne przez wydawanie stypendyów, pociągnęłyby napewno swoim przykładem i dziewczyny z rodzin zamożniejszych. Przy wydawaniu stypendyów należałoby dawać pierwszeństwo dziewczynom, pochodzącym z prowincyi, któreby po skończeniu szkoły osiedlały się w swoich rodzinnych stronach. Funduszu wielkiego na to nie potrzeba ¹⁾, gdyby zaś taki fundusz wziął pod swoją opiekę nasz Wydział, to przypominałby on nam ciągle o szkole akuszerek. Oprócz tego pisma nasze miałyby sposobność poruszania sprawy akuszerek, podając wiadomości o składkach, płynących na ten fundusz, ogłaszając warunki udzielania stypendyów kandydatkom do szkoły akuszeryjnej i t. d.

Jak już powiedziałem wyżej, przy Instytucie Położniczym w Warszawie istnieje również szkoła babek wiejskich. Od kandydatek do tej szkoły jest wymagana tylko znajomość czytania i pisania po polsku. Opłata za cały kurs czteromiesięczny wynosi 30 rubli. Babki mają bezpłatnie stół i mieszkanie w Instytucie, obowiązane są zato załatwiać wszelkie posługi przy chorych. Na każdy kurs może być przyjętych 12 babek, w ciągu więc roku szkoła wydaje 36 dyplomowanych babek.

Zadaniem szkoły babek było przygotowywać kobiety, któreby osiadały po wsiach i dawały umiejętną pomoc rodzącym. Tak też kiedyś i było i w pierwszych latach istnienia szkoły sprowadzano nawet siłą kobiety wiejskie do szkoły. Wkrótce jednak stosunki zmieniły się o tyle, że kandydatek było więcej, niż miejsc w szkole i obecnie np. liczba kandydatek dochodzi do 200, podczas gdy miejsc w szkole jest tylko 12.

Rzecz prosta, że w tych warunkach więcej szans dostania się do szkoły mają mieszkanki miast, które w odpowiedni sposób umieją zawsze udowodnić, że są mieszkankami wsi. Zdarza się, że niektóre kobiety lata całe figurują na liście kandydatek, zanim wreszcie uda się im dostać do szkoły. Naturalnie wobec zupełnego prawie braku akuszerek, babki wiejskie, podając się za akuszerki, pozostają w większych miastach, gdzie warunki życia są dla nich dogodniejsze. Wsie zaś i miasta mniejsze nie posiadają wcale dyplomowanych babek. [D. n.].

¹⁾ 600 rubli rocznie [3 stypendya po 200 rubli, lub 4 po 150 rubli] uważałbym za zupełnie wystarczające. Taką zaś sumkę nasz Wydział mógłby zbierać corocznie bardzo łatwo.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

91. E. Henoch. Przyczynek do leczenia nerki wędrującej.

W terapii nerki wędrującej, pomimo zabiegów chirurgicznych, stosowanych względnie rzadko, gdyż tylko w przypadkach bardzo ciężkich, wybitną rolę odgrywają paski, bandaże. Według autora nie należy się spodziewać, aby te ostatnie mogły wstrzymywać ruchy nerki, chodzi tylko o to, aby powiększyć opór, jaki stawiać musi słaba ściana brzuszna uciskającym wewnątrznościom. Z tego względu HENOCH bardzo poleca stosowanie pasów przy nerce wędrującej.

Lecz bandaże, ani pasy nie posiadają żadnej wartości praktycznej przy leczeniu często występujących u tego rodzaju chorych dolegliwości, czy to natury nerwowej, czy dyspeptycznej. W tych razach HENOCH doskonale wyniki otrzymywał przez zastosowanie pewnego rękoczynu, przy którego pomocy często usuwał natychmiast napad silnego bólu. Rękoczyn ten polega na tem, że opuszczoną nerkę odprowadza się do góry i wtył przy pomocy umiarkowanego ucisku obiema rękami. HENOCH opisuje przypadek, w którym podczas silnego napadu bólu, gdy chorą ogarnęło już zwątpienie, położył ją na wznak i, wymacawszy leżącą dość powierzchownie, na lewo od pępka, nerkę, począł ją odprowadzać wtył i do góry pod łuk żebrowy, starając się nie powiększać bólów zbyt silnym uciskiem; natychmiast prawie wyraz twarzy chorej się rozjaśnił, a po upływie 5 minut napad ustał w zupełności i nie powracał w ciągu 4½ miesięcy.

Żadnych szczegółowych wskazówek odnośnie do stosowania powyższego rękoczynu w poszczególnych przypadkach autor nie daje. Zwraca tylko uwagę, że zazwyczaj odprowadzał nerkę do góry i w tył, przyczem kierował się obecnością wyraźnego tętnienia nerki, dającego się odczuć podczas napadów i ustającego natychmiast po ustąpieniu bólów, a zależnego od przechodzącej pod nerką aorty.

(„Die Ther. der Gegenwart. Heft 6. 1899).

W. Rubin.

92. H. Rosin. Doświadczenia z heroiną.

W ostatnich czasach ukazały się liczne prace, gorąco polecające heroinę, jako środek prawie równoznaczny z morfiną, skutecznie zwłaszcza działający, w dawkach nawet mniejszych niż morfina, przeciwko kaszlowi i rozmaitym postaciom duszności, zdolny do wstrzykiwań podskórnych i oddający duże usługi przy leczeniu morfinizmu.

Autor przeprowadził w poliklinice prof. SENATOR'a szereg badań nad działaniem heroiny; zastosował ją w 48 przypadkach różnorodnych cierpień, w dawce po 0,005 z 0,3 cukru [4 proszki dziennie] i po zażyciu przez chorego 10 proszków sprawdzał wyniki; pilnie przestrzegał, aby chorzy nie wiedzieli, iż stosuje się środek nowy, w ten sposób wyłączył wpływ sugestyi; wreszcie nie zalecał żadnej zmiany trybu życia lub diety i zabraniał przyjmowania jednoczesnego jakichkolwiek innych leków.

Z pomiędzy 48 obserwowanych przypadków, 18 było z rozedmą płuc i z rozlanem zapaleniem oskrzeli z dychawicą; 10 przypadków gruźlicy płuc, z których 4 powikłane były zapaleniem opłucnej; 4 przypadki rozlanego zapalenia oskrzeli; 3 przypadki duszniczy bolesnej, 2 przypadki dychawicy sercowej, 5 przypadków bólów żołądkowych, 1 przypadek nerwobólu nerwu trój-

dzielnego, 1 przypadek nerwobólu kulszowego, 1 przypadek kamicy żółciowej, 2 przypadki przewlekłego gościca stawowego, 1 przypadek władu rdzenia.

W 6-iu tylko przypadkach otrzymał autor wyniki pomyślne i z tych tylko w jednym skutek był widocznym i trwałym, w 5-iu zaś innych polepszenie było przemijającym i działanie heroiny wcale nie przewyższało działania morfiny lub kodeiny. W pozostałych wreszcie 42 przypadkach wynik był stanowczo ujemnym, gdyż ani duszność, ani kaszel, ani bóle nie uległy zmniejszeniu i należało uciec się do innych narkotyków.

U 14 chorych wystąpiło działanie uboczne: nudności, ból głowy i wymioty.

Autor stanowczo zastrzega się przeciw zarzutom, że ujemne wyniki spowodowane zostały przez jakieś wpływy zewnętrzne. Lek był sprowadzany z aptek znanych.

(„Die Ther. der Gegenwart. Heft 6. 1899).

W. Rubin.

Przegląd bibliograficzny.

Dr. KAZIMIERZ NOISZEWSKI. **Anatomia opisowa ciała ludzkiego.** Część I. Zeszyt I. **Anatomia czaszkojamu.** Próba rozumowanego mianownictwa. Petersburg, 1889—1899. Nakładem autora. Str. 46.

Jeszcze „Słownictwo anatomiczne“, wydane po śmierci ś. p. KRYSIŃSKIEGO przez kol. MARKIEWICZA, PUŁAWSKIEGO, SAWICKIEGO i ŚMIECHOWSKIEGO, nie doczekało się należytej oceny, a przedewszystkiem rozpowszechnienia, na jakie bezwarunkowo zasługuje, gdy oto mamy nową próbę słownictwa pod powyższym tytułem.

Zdaje mi się, że wszelkie próby nowatorstwa pod tym względem raczej szkodliwymi są, niż pożytecznymi, gdyż wprowadzają chaos do umysłów zarówno piszących, jak i czytających. Dlatego to słusznie ś. p. KRYSIŃSKI postawił sobie za zasadę „że nazwy nie powinny być świeżo urabiane, lecz muszą być odszukane pomiędzy najwłaściwzemi z dotąd używanych lub w skarbcu języka zawartych“.

Innej zupełnie zasady trzymał się kol. NOISZEWSKI. Odrzucił on odrazu całe dotychczasowe barbarzyńskie słownictwo anatomiczne [nie tylko polskie, lecz i łacińskie] i zbudował nowe na zasadzie „geometrycznej“, która z wielkiej liczby nazw empirycznych [czyżby autor znał nazwy rozumowane?] tworzy układ łatwy do wyobrażenia, oryentowania się i pamiętania.

Przyjrzyjmy się temu układowi, posiadającemu tak nieocenione zalety. Pierwszą cechą tego układu jest namiętne tworzenie nowych wyrazów: wyczoł (*tuber frontale*), leb (*glabella*), wciski (*digitations*), wyciski (*juga*). Tak np. na termin *processus* autor wytworzył aż 4 wyrazy: odkost, wykost, wykostek, wykostowanie. Jeszcze dziwniejszymi są u autora wyrazy złożone: czaszkojam, bębenkojam, mózgojam, śródkost, a także wyrazy z apostrofem np. czaszk'otwór, czaszk'okostna, czoł'odkost, klin'odkost, sit'otwór, podnieb'odkost. Gdy brak mu na razie pomysłu do wytworzenia polskiego wyrazu, a nawet przypomnienia sobie istniejącego, autor postępuje w sposób bardzo prosty: pisze wyraz łaciński na sposób polski: *concha*—kącha. Przyznać jednak trzeba, że inwencya rzadko zawodzi kol. NOISZEWSKIEGO: wyciemię, ponadmózgna, sitościana, mózdz, rdzenioboki, rdzenioprzody, rdzeniozady, podmózgoprzodów skrzyż (*decussatio pyramidum*) sypią się u niego jak z rękawa. Bo jest on tak hojny, że nazywa nie nazwane dotąd przez anatomów części kości lub mózgu i wtedy pisze w nawiasie *n. l. a.*, co znaczy *nomen latinum abest*. Nazw tych

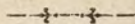
wymyślił autor aż 437 i skrupulatnie je ponumerował, aby dla potomności nie przepadły.

Jeżeli więc zeszyt I-y części pierwszej zawiera aż 437 mianów geometrycznych, jak je nazywa autor, to miejmy nadzieję, że nasz Euklides anatomiczny, czy anatom geometryczny, w krótkim czasie uszczęśliwi nas paru tysiącami równie dźwięcznych i równie polskich mianów. Chyba, że owo 1889—1899 na kartce tytułowej oznacza, że autor poświęcił 10 lat pracy na wymyślenie zaledwie owych 437 nazw. Jest to zupełnie możliwe wobec tego, że ś. p. KRYSIŃSKI pracował podobno kilkanaście lat nad słownictwem, a zrobił tylko tłómaczenie nazw łacińskich na polskie i pozostawił różne barbaryzmy w tych nazwach, jak np. ów nieszczęsny migdał, który kol. NOISZEWSKI geometrycznie płatkami zowie.

Żart na stronę. Trzeba mieć sporą dozę zarozumiałości, a najmniejszego nie mieć pojęcia o duchu i prawach języka, aby stwarzać podobną terminologię. Autor, jak widać ze wstępu, znał słownictwo KRYSIŃSKIEGO, a raczej słownictwo przez niego zebrane; z książki KRYSIŃSKIEGO mógł się dowiedzieć o pracy, podjętej przez najwybitniejszych anatomów niemieckich, która doprowadziła tylko do ustalenia słownictwa anatomicznego, a nie do tworzenia dziwołógów językowych. Najlepszą więc rzeczą, jaką mógł uczynić autor było nie napisać książki. Pokazuje się jednak, że i to jest trudnem dla niektórych autorów.

St. Kamiński.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



Ponieważ stypticyna zjednywa sobie coraz szersze zastosowanie, nie będzie więc zbytecznem do wiadomości, podanej o niej na tem miejscu w r. 1896 ¹⁾, dodać jeszcze szczegóły następujące:

Stypticyna albo kotarnina (*Stypticinum v. Cotarninum hydrochloricum*), wykryta przed 1893-im rokiem przez chemika prof. FREUND'a w Frankfurcie n./M., otrzymuje się z narkotyiny, alkaloidu makowca i jest, pod względem własności chemicznych, blizką hydrastynie. Jestto proszek jak siarka żółty, bezkształtny, łatwo rozpuszczalny w wodzie. GOTTSCHALK, który już od roku 1893-go robił próby z tym środkiem, zaleca go obecnie na nowo, z pewnemi jednak zastrzeżeniami, przeciwko krwotokom macicznym (*Die Therapie der Gegenwart* 1899 H. 8). Stypticyna, obok działania hemostatycznego, ma posiadać jeszcze, dzięki swemu pochodzeniu, własności kojące (*sedativum*). Działanie jej hemostatyczne przychodzi do skutku nie przez wywoływanie skurczów macicy, lecz przez wpływ na ośrodki oddechowe mózgu i rdzenia pacierzowego, jakoteż na nerw współczulny, a mianowicie stypticyna ma zwalniać ruchy oddechowe i w ten sposób pośrednio obniżać ciśnienie krwi w naczyniach.

Ponieważ stypticyna nie posiada własności wywoływania skurczów mięśnia macicznego [jak np. sporysz], więc też nie może znaleźć zastosowania w tych przypadkach, gdzie idzie o wydalenie z jamy macicy polipów lub resztek jaja płodowego, stanowiących przyczynę krwotoków macicznych.

Według doświadczenia GOTTSCHALK'a i BAKOFEN'a (*Münchn. med. Wochenschrift* 1898 № 14) stypticyna okazała się skuteczną: 1) w krwotokach klimakterycznych, lecz tu dodać należy: nie zależących od rozwijania się nowotworu złośliwego, 2) w krwotokach, będących następstwem wadliwej

¹⁾ Zob. Gaz. Lek. 1896 Nr. 2.

go zwijania się macicy po porodzie lub poronieniu (*subinvolutio uteri*), lecz nie wskutek pozostania w niej resztek jaja płodowego, a takiego, które wywołaniem zostało przez wysięk około-lub przymaciczny, 3) w krwotokach miesiączkowych (*menorrhagia*) i w krwotokach pozamiesiączkowych, zależących od chorób przydatków macicy lub chorób *parametrium*, 4) w obfitych krwawieniach miesiączkowych u młodych dziewcząt, 5) w krwotokach zjawiających się niekiedy u ciężarnych bez skurczów macicznych i 6) w t. z. *endometritis haemorrhagica*.

Na korzyść stypticyny zapisać należy, że nawet w dużych dawkach nie wywołuje szkodliwego działania ubocznego. Chora pewna, przyjąwszy na raz 0,4 stypticyny, zasnęła na $\frac{1}{2}$ godziny i po obudzeniu się nie doznawała żadnych dolegliwości. W rzadkich przypadkach po zażyciu stypticyny spostrzegano ból głowy, nudności i rozwolnienie [BAKOFEN].

Stypticynę przepisywać można w proszkach, pigułkach, tabletkach i w roztworze do użytku podskórnego. Zwykła dawka wynosi 0,025, 0,05 do 0,1 na raz, którą można powtórzyć 4 do 5 razy dziennie. Najczęściej skuteczne działanie występuje już po 8—15 dawkach. O wiele skuteczniej zdaje się działać stypticyna w zastosowaniu podskórnym. Zastrzykiwać najlepiej głęboko obustronnie w mięśnie pośladkowe, po 1 gramie w każdy pośladek 10%-ego roztworu wodnego. Z.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 33. W. MORACZEWSKI. Wpływ soli mineralnych na przemianę materii w gorączce. R. URBANIK. O ranach postrzałowych wątroby. [Dok.]. M. ŚWITALSKI. Przyczynę do etyologii paralizu postępowego (*dementia paralytica*) [C. d.]. № 34. A. BOSSOWSKI. O leczeniu chirurgicznym puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*). D. MORACZEWSKI. Wpływ soli mineralnych na przemianę materii w gorączce. [Dok.]. M. ŚWITALSKI. Przyczynę do etyologii paralizu postępowego (*dementia paralytica*) [Dok.]. — *Medycyna* № 33. E. ZIELIŃSKI. JÓZEF MAJER [Wspomnienie pośmiertne]. F. ARNSTEIN. Kilka słów o leczeniu balneo-terapeutycznym w chorobach serca. K. SACZEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [C. d.]. № 34. A. TUMPOWSKI. Przypadek bezładu ruchowego ostrego (*ataxia acuta*) po ostrem cierpieniu zakaźnym. K. SACZEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego [C. d.]. — *Kronika Lekarska* № 16. J. MARCZEWSKI. Kilka uwag o leczeniu zapalenia brzegu powiekowego.

ZA POŚREDNICTWEM REDAKCYI GAZETY LEKARSKIEJ

złożyli:

Na sanatorium dla suchotników:

P. HALINA KOSSOWSKA rb. 3; łącznie z poprzednimi rb. 53.

Na sanatorium dla suchotników [salę lekarską]:

Dr. R. GORSKI z Turbowa rb. 3, dr. St. WISZNICKI z Horodnicy rb. 5, dr. M. ŁĄŻYŃSKI z Krijuszy [gub. Woroneńska] rb. 1, dr. BRODOWICZ z Moskwy rb. 2, razem rubli 11, łącznie z poprzednimi rubli 843.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 20 Августа 1899. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

RZĄDOWO UPRAWNIONY
ZAKŁAD FABRYCZNY
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH

i specjalnie lekarskich

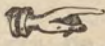
Odnaczony 12 medalami zasługi i dyplomem honoru
w KRAKOWIE, ul. Św. Gertrudy Nr. 4.

Wody mineralne sztuczne:

- Selterska**, używana w katarach oskrzeli i płuc, flaszka 16 ct.
Bilińska, używana w katarach wszelkiego rodzaju, w zaduszcze i cierpieniach przewodu pokarmowego, flaszka 15 ct.
Vichy, powszechnie znana i zalecana, flaszka duża 40 ct., mała 25 ct.
Giesshüblerska, czysta szczawa, alkaliczno-sodowa, jako napój zwykły i dyetyczny, flaszka $\frac{1}{2}$ litrowa 10 ct., $\frac{3}{4}$ litr. 14 ct.
Kissingen Rakoczy, flaszka 20 ct.
 Na wzór wody Maryenbadzkiej, flaszka 20 ct.

Wody specjalne lecznicze:

- Żelazista** (z pyrofosforanem żelazowym), wyborny środek w bezkrwi-
stości i blednicy, mocniejsza 25 ct., słabsza 22 ct.
Jodowa, flaszka 20 ct.
Litowa, środek w cierpieniach pęcherza moczowego i artrytyzmie,
flaszka 15 ct.
Bromowa, przeciwko słabościom nerwowym, migrenie, histeryi, epile-
psyi, bezsenności itp. używana na zlecenie lekarza, mocniejsza
28 ct., słabsza 20 ct.
Kwaśna Sodowa, na zlecenie lekarza w słabościach żołądka używana,
flaszka 15 ct.
Woda Alkaliczna (*Aqua alcalina effervescens*) mocniejsza } Według
30 ct. słabsza 20 ct. } przepisów
Woda Ziemna (*Aqua calcinata*) 30 " " 20 " } Prof. D-ra
Woda Magnowa (*Aqua magnesia carb.*) 30 " " 20 " } W. Jawor-
skiiego.

 Przyrządzenie wód odbywa się pod kontrolą
KOMISYI LEKARSKO-PRZEMYSŁOWEJ TOW. LEKARSKIEGO.
Brozury przesyła się na żądanie franko.

K. Rząca i Chmurski,
właściciele zakładu.

Według orzeczenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego,
wody mineralne sztuczne tego Zakładu odpowiadają swym składem
chemicznym w zupełności wodom naturalnym.

S K Ł A D
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—35

Ekspedycya szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czem mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12—10

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—7

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Podręcznik Rozpoznawczo-Lecznicy

dla użytku

12—17

LEKARZY i STUDENTÓW

zestawiony przez D-rów

H. Schmidta, A. Lamhofr'a, L. Friedheim'a i S. Donat'a
 spolszczył [z 2-go wydania niemieckiego]

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Cena rub. 3.