

№ 15. Warszawa d. 14 (2) Kwietnia 1883 r. Tom III.

SERYJA II. — ROK XVIII.

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45.

Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

**Dr. WALERY BUJAKOWSKI**

STAŁE ORDYNUJE

w **Druskienikach.**

6—1

## Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

# SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zł. w. a.

0—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
PRZY APTECE POD FIRMA

**DR. T. REINERICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomet.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziona, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—3



# Plaster Thapsia

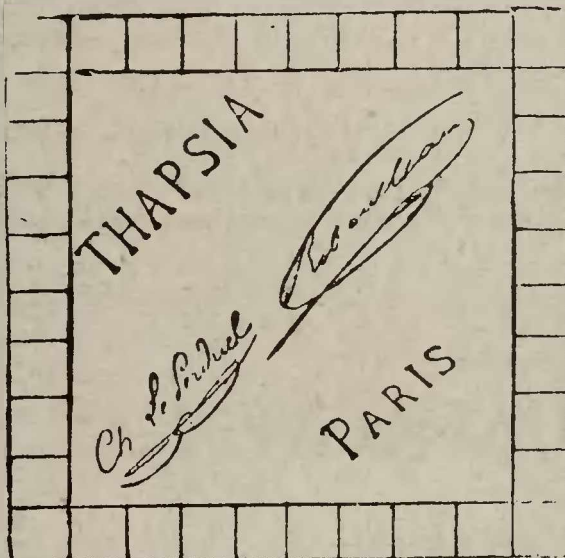
LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMIEJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-  
canych plastrom naśladowującym Thapsia  
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,  
Ziemińskiego i Łitopa.

# PLASTER THAPSIA DESNOIX

*Uznany za najpewniejszy, najoszczędniejszy  
i najskuteczniejszy środek przeciwny.*

Kaszłom, Zaałakowaniu dróg oddechowych,  
Katarom zwyczajnym i Oskrzełi, Nerwo-  
bólom łądźwiowym i Reumatyzmom.

DESNOIX & C<sup>IE</sup>

SPARADRAP  
REVULSIF  
AU THAPSIA



SPARADRAP  
REVULSIF  
AU THAPSIA

17, Rue Vieille du Temple, 17  
PARIS

Jednorazowe przykładanie przynosi choremu  
wielką ulgę.

Dla uniknięcia podrobień należy wymagać wy-  
żej podanego i odpisu i wizerunku.

Znajduje się u wszystkich drogistów i apte-  
karzy w Rosyji.

DRAGEES MEYNET  
D'EXTRAIT  
DE FOIE DE MORUE

Pigulki Meynet  
z Ekstraktu  
Tranu Rybiego.  
Zatwierdzone przez  
Paryżką Akade-  
miję Medyczną.

Zalecane przez wszystkich le-  
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie  
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.



Pigulki Meynet sprzeda-  
ją się w pudełkach albo  
we flakonach. Wyma-  
gać na etykiecie znak fa-  
bryczny, jak obok, i pod-  
pis G. Meynet, niebies-  
kim atramentem.

Skład Hurtowy: A. Fourny,  
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-  
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

# POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych  
na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-  
jących blade skórę, najlepszym i najprzy-  
jemniejszym śniadaniem jest RACA-  
HOUT des Arabes (Rakatu Arabskie),  
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-  
gotowany przez Delangreniera w Pary-  
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin. O operacyjnym leczeniu wysięków opłucnej. — II. Wł. A. Głuziński. Mięsak limfatyczny śródpiersia tylnego (*Lympho-sarcoma mediastini postici*). — (Dokończenie). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszno i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1882. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 10. Fr. Jawdyński. Oryginalny przypadek udawania choroby. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi. — Ogłoszenia.

## I. O OPERACYJNEM LECZENIU WYSIĘKÓW OPŁUCNEJ

napisał

**D-r Teodor Dunin,**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przy leczeniu zapalenia opłucnej, mianowicie też z wysiękiem surowicznym, lekarz rzadko ma do czynienia z ostrym okresem zapalenia; najczęściej wypada mu tylko usuwać istniejące jego produkty, t. j. wysięk i to w chwili, kiedy samo zapalenie albo zupełnie wygasło, albo też bardzo straciło na nateżeniu. Pomimo to, w podręcznikach patologii i terapii do dzisiejszego błąka się fałszywe mniemanie, że zapalenie opłucnej rozpoczyna się, jako choroba ostra *par excellence*, dreszczem, gorączką kluciem w boku, poczem dopiero zwolna wysięk się zbiera. Jest to błąd, niczem usprawiedliwić się nie dający. Już Trousseau (1) <sup>1)</sup> zwraca uwagę na to, że zapalenie opłucnej rozwija się najczęściej skrycie; chory nic prawie nie wie o swej chorobie, czuje się tylko nieco osłabionym i dopiero kiedy wysięk uciśnie całe płuco, zaczyna doznawać utrudnienia w oddechaniu, co go zmusza do szukania porady lekarza; to ogólne osłabienie i pewne utrudnienie w oddechaniu, którego nawet zresztą może brakować, stanowi przedmiot skargi chorych i dopiero, jeżeli zwrócimy ich uwagę, przypominają sobie, że parę lub kilka tygodni, a nawet miesięcy temu doznawali małych dreszczyków i nieznanego bólu w boku. W takim stanie chory może chodzić kilka tygodni i w takim to stanie często zdarza się nagła śmierć u chorego, który dotychczas tylko nieco duszności doznawał. Rzadko tylko początek choroby bywa ostry i wtedy najczęściej mamy do czynienia z wysiękiem ropnym, albo też przeważnie włóknikowym. Przy braku w ogóle opisów chorób zapalenia opłucnej, trudno podać procentowy stosunek przypadków z ostrym i przewlekłym przebiegiem. Z pomiędzy 23 przypadków, dokładnie opisanych w pracach Terrillon'a (2) i Foucart'a (3), powolny początek miał miejsce w 17, t. j. w 74%,

<sup>1)</sup> Liczby umieszczone przy nazwiskach autorów odnoszą się do spisu dzieł, który umieszony będzie na końcu pracy.

ostry zaś lub dość ostry tylko w 6, t. j. 26%. W 15 przypadkach mojej własnej praktyki, w których początek choroby dokładnie mi jest wiadomy, powolny początek miał miejsce w 12. ostry w 3 (nie licząc ropnych). Dodawszy moje do powyższych, otrzymamy ostry początek w 23,7%, powolnym w 76,3%.

To, co powiedziałem o początku zapalenia opłucnej, nie tylko nie sprzeciwia się naszym pojęciom o chorobie, ale pozostaje z niemi w zupełnej zgodzie; surowicze bowiem zapalenie jest niższym stopniem zapalenia, chorobą, w której zaraźliwego początku przyjmować prawa nie mamy, nic też dziwnego, że ogólne oddziaływanie ustroju jest małe.

W obec tego, co wyżej powiedziałem, rzeczywistym jest, że lekarz wyjątkowo tylko ma do czynienia z ostrym okresem surowiczego zapalenia opłucnej; w tych rzadkich przypadkach, gdzie mu się to udaje, środki przeciwzapalne jako to: pijawki, zimno i t. d. żadnej prawie nie przynoszą korzyści i wysięk zbiera się swobodnie pomimo ich użycia.

Tak więc wracam do tego, co powyżej powiedziałem, że lekarzowi najczęściej usuwać wypada już tylko produkty zapalenia opłucnej. Najprostszą i najnaturalniejszą do tego drogą jest wessanie wysięku; takowe zdarza się często samo przez się bez naszego współdziałania i z niem przy leczeniu opłucnej rachować się należy. Gdzie siły przyrody odmawiają swej usługi, tam lekarz najczęściej, pomimo całego arsenału środków niby ułatwiających wessanie, doznaje smutnego zawodu i rozczarowania; jeżeli zaś jest optymistą i koniecznie chce zmusić wysięk do wessania, to najczęściej, doprowadziwszy chorego do groźnego stanu, ustępuje miejscu innemu, energiczniejszemu, który przy pomocy operacyi ułatwia choremu dojście do zupełnego albo względnego zdrowia. Wszelkie tu używane środki jak pryszczydła, ciepłe okłady, maść merkuryjalna, środki moczopędne raz działają, a dziesięć razy odmawiają swej usługi, co już silnie wzbudza podejrzenie, czy wyzdrowienie i w tych rzadkich przypadkach im, a nie siłom przyrody zawdzięczać przeważnie należy. Może środki napotne, a mianowicie też pilokarpina, jako jedyny pewny środek (na działanie moczopędnych nigdy rachować nie można) wzbudzający poty, powołana będzie do odegrania pewnej roli w leczeniu wysięków opłucnej, do dziś jednak podania o jej skuteczności są nieliczne i niezupełnie pewne (o ile wiem jeden tylko E i c h h o r s t (4) gorąco ją poleca). Tak więc, już to tam, gdzie wspomniane środki zawodzą, już tam, gdzie na działanie czekać nie mamy czasu, musimy się uciekać do wypuszczenia wysięku drogą operacyi, t. j. do przekłucia lub przecięcia klatki piersiowej.

Zanim przystąpię do wyłożenia wskazań do powyższej operacyi, powiem w kilku słowach o złych następstwach, jakich ona stać się może przyczyną. Kiedy się porozumiemy, co do tego ostatniego, to i wskazania z większą swobodą będziemy mogli wynaleźć.

Od roku 1844, w którym T r o u s s e a u po raz pierwszy wywalczył prawo obywatelstwa dla przekłucia klatki piersiowej, operacyja ta wykonywana była we Francyi bez ściśle oznaczonych wskazań, ale też i bez przeciwwskazań; powątpiewano czasami o jej wyższości nad innymi środkami, ale nie przypisywano jej bezwzględnie żadnych złych następstw. Dopiero prawie jednocześnie



ogłoszone przypadki przez B é h i e r'a i T e r r i l l o n'a (2), w których chorzy zmarli nagle po dokonaniu u nich przekłucia klatki piersiowej, zwróciły uwagę lekarzy na tę możliwą komplikację. Od tej chwili poczęły się mnożyć przypadki nagłej śmierci po wykonaniu operacji; F o u e a r t (3) w pracy swojej zebrał ich 12, szkoda jednak, że nie możemy mieć nawet pojęcia o przybliżonej ich częstości, żaden bowiem z autorów tę kwestyję poruszających nie podaje procentowego stosunku. Rzecz godna uwagi, że podobne przypadki nie zdarzały się w Niemczech wcale, a przynajmniej w żadnej z licznych niemieckich prac w tym przedmiocie o nich nie znajduję najmniejszej wzmianki. Ja na 66 przekłuć także nie widziałem jej ani razu, w każdym więc razie straszną tę komplikację za nader rzadką uważać należy. Jakkolwiek bądź, nie uwalnia nas to od zwrócenia uwagi na przyczyny nagłej śmierci, będącej następstwem przekłucia klatki piersiowej. Takowe mogą być rozmaite i niezupełnie dobrze są znane. Pierwszą, najlepiej zbadaną, stanowi t. z. „*expectoration albumineuse*“, która wybornie opracowana została w interesującej pracy T e r r i l l o n'a. Powyższy autor zebrał 21 przypadków tej ekspektoracji, z których 2 tylko zakończyły się śmiercią. We wszystkich tych przypadkach przekłucie dokonane zostało u chorych nie przedstawiających zbyt ważnych powikłań; wypuszczano od 1000—5000 ctm. sześciennych płynu; chorzy zrazu czuli się znacznie lepiej, aż po pewnym przeciągu czasu, a mianowicie od 10 minut do 2 óch godzin, dostawali napadu silnego kaszlu, przy którym wypluwali ogromną nieraz ilość płynu, a mianowicie od 250—2000 ctm. sześciennych. Płyn wyrzucany jest niezmiernie charakterystyczny; zebrany w naczyniu układa się w 3 warstwy, z których górna jest śluzowa, średnia, najobfitsza, przedstawia się w postaci czystego surowiczego płynu, dolna zaś składa się z ropy i komórek nabłonkowych. Oddawanie płwociny, jeżeli nie kończy się śmiercią, trwa od 2—24 godzin; potem wszystko przechodzi i rekonwalescencyja postępuje bez żadnej przerwy. W 2-óch przypadkach, zakończonych śmiercią, płuco po stronie chorej było powiększone, nie zawierało wcale powietrza, z powierzchni zaś jego rozkroju wypływała ogromna masa takiegoż płynu, jak ten, który chory za życia wypluwał; tymże samym płynem wypełnione były oskrzela, od najdrobniejszych począwszy aż do najgrubszych. Oczywiście więc śmierć nastąpiła tu skutkiem prostego uduszenia.

Ta tak zwana „*expectoration albumineuse*“ i jej przyczyny były przedmiotem licznych rozpraw w prasie i uczonych towarzystwach francuzkich. Przypuszczano pierwotnie, że płyn przedostawał się tu do płuc z jamy opłucnej wskutek przedziurawienia płuca już to trójgrańcem, już to *spontaneo modo*. Pierwsze z tych przypuszczeń nie ma najmniejszej racyi, przekłucie płuc trójgrańcem jest zbyt mało znaczące, aby przez otwór ztąd powstały tak znaczna masa płynu przesączyć się była w stanie; szczególnież też od czasu, kiedy do torakocentezy używają cieniutkich trójgrańców podobne tłómaczenie staje się niemożliwe. Zresztą przy obfitym wysięku samo nawet zranienie płuca, odepchniętego do kręgosłupa, jest nieprawdopodobnem nawet przy najgłębszem wprowadzeniu trójgrańca. Co do drugiego, t. j. samodzielnego pęknięcia płuca, skutkiem tego, że ciśnienie w opłucnej nagle zmniejszone zostało, to dałoby się ono

pojąć tylko raz przy aspiracyi i po drugie wtedy, kiedy oplucna byłaby już chorobliwie zmieniona. To ostatnie ma miejsce jedynie przy ropnych wysiękach, i wtedy istotnie po wypuszczeniu ropy powietrze przedostaje się do jamy oplucnej, wytwarzając odmě piersiową; taki przypadek ja sam widziałem 2 razy, zaznaczają go też i inni autorzy. Ale w tych przypadkach kierunek może być tylko od płuca do oplucnej, kiedy natomiast przeciwny staje się niemożliwy, bo powietrze uciska płuco i zamyka jego otwory. Może więc przedostawać się powietrze z płuca do jamy oplucnej, ale nigdy płyn z tej ostatniej do płuc przenikać nie może. Zresztą to tłómaczenie nie da się wcale zastosować do wysięków surowicznych, gdzie oplucna zawsze pokryta jest dość grubym pokładem włóknika, chroniącego ją od przerwania. Jak przytem wyżej powiedziałem, przerwanie samodzielne byłoby możliwe tylko w razie znacznego zmniejszenia ciśnienia w jamie oplucnej, t. j. przy użyciu przyrządów ssących, kiedy tymczasem komplikacyę, o której mowa, spotykano i przy przekłuciach, dokonywanych prostym trójgrancem. Wreszcie, co ostatecznie przemawia przeciw powyższemu przypuszczeniom, owa *expectoration albumineuse* zdarza się i przy zupełnem usunięciu płynu z oplucnej, jest więc od niego zupełnie niezależną. Najprawdopodobniejsze tłómaczenie tego zjawiska podał H e r a r d, a obszerniej je rozwinął T e r r i l l o n. Według nich ma tu miejsce obrzęk płuc spowodowany nagłym napływem krwi do naczyń, które przez długi czas nie zawierały w sobie krwi; takie przypuszczenie jest bardzo prawdopodobne i znajduje poparcie w pracach C o h n h e i m'a (5), który wykazał, jak znaczny wpływ wywiera przerwanie krążenia na odżywianie ścian naczyń. Czy zaś tu mamy do czynienia z istotnem zapaleniem, na kształt tak zwanej „*pneumonia serosa*“, wprowadzonej do nauki przez T r a u b e'g o, czy tylko z prostym obrzękiem, na to oczywiście odpowiedzieć niepodobna; zauważyć jednak winienem, że w niektórych razach to odpluwanie następowało już po upływie 10 minut, co w każdym razie byłoby za mało do rozwoju zjawisk zapalnych. Na poparcie wspomnianego wyżej pochodzenia tak zwanej *expectoration albumineuse* przemawia i ten fakt, że zawsze tam, gdzie ona występowała, wypuszczano prędko i znaczną ilość wysięku, a więc napływ krwi do zmienionych naczyń był nagły i znaczny, co także ułatwia powstawanie obrzęku.

Co do przypadków zakończonych śmiercią, to w jednym z nich, a mianowicie opisanym przez T e r r i l l o n'a, w drugim płucu znaleziono bardzo silne zrosty z klatką piersiową; wspomniany autor przypuszcza, że tutaj prąd powietrza nie był dość silny, aby porwać za sobą płyn wypełniający oskrzela chorego płuca i ztąd powstało zaduszenie.

Dodać należy, że po przekłuciu klatki piersiowej chorzy dostają stale ataków mniej lub więcej upartego kaszlu, przychem wyrzucają nieco śluzowej plwociny; ta ostatnia jednak jest tylko śluzem zachodzącym z oskrzeli i różni się zasadniczo od powyższej brakiem obecności białka. Sam zaś kaszel powstaje prawdopodobnie wskutek drażnienia oskrzeli przez powietrze, podrażnienia, od którego przez jakiś czas były odwykły.

Inne przyczyny nagłej śmierci po przekłuciu klatki piersiowej są rozmaite i wogóle mniej dokładnie znane. F o u c a r t, a za nim i inni, jak V e r g e l y (6),



Dieulafoy (7), Leichtens tern (8) są zdania, że zaburzenia w czynności serca są najczęstszą jej przyczyną; ich zdaniem wskutek ucisku płuca i utrudnienia krążenia krwi powstają w prawej połowie serca, a mianowicie w uszku, skrzepy, które po wypuszczeniu płynu i przyspieszeniu skutkiem tego krążenia unoszone bywają w kierunku tętnicy płucnej i takową zatykają, albo też skrzepy powstałe w gałęziach tętnicy płucnej unoszone bywają do mózgu. Wymienieni autorzy na poparcie swego zdania przytaczają, że w pewnej ilości obserwacji (między innymi w przypadku Vergely'ego) obecność skrzepu rozpoznawaną była, raz mianowicie w żyłę udowej, a raz w żyłach twarzowych i że ten rodzaj nagłej śmierci nie zdarza się nigdy w czystym, niepowikłanym zapaleniu opłucnej.

W innych znowu przypadkach, mianowicie u osób osłabionych, następuje śmierć lub rozmaitej siły omdlenie; z pomiędzy 66 przekłuć, jakie wykonałem, raz jeden miałem do czynienia z zemdleniem istotnym, z którego jednak chorą bardzo prędko ocuciłem (spostrzeżenie VIII). W kilku przypadkach chorzy skarżyli się, że im się słabo robiło; w tych razach przerywałem wypuszczanie płynu i wspomniany objaw przechodził natychmiast. Przyczyna tego, czasami nawet śmiertelnego zemdlenia, jest jeszcze sporna; mojem zdaniem najprostszym byłoby przyjęcie wraz z Legroux i Strauss'em ostrej niedokrwistości, spowodowanej nagłym i silnym przyływem krwi do płuc. Natomiast Desnos, a za nim Foucart, odrzucają takie wyjaśnienie na tej zasadzie, że po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnej nigdy podobnego omdlenia nie obserwowano. Takie jednak porównanie nie wytrzymuje krytyki; płyn w jamie otrzewnej rozszerza ścianki brzucha, a nie uciska żadnego narządu i nie pozbawia go krwi, gdy tymczasem płyn w opłucnej uciska płuco i pozbawia je prawie w zupełności krwi. Dla tego po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnej nie ma napływu do trzewiów brzusznych, natomiast po wypuszczeniu płynu z jamy opłucnej krew w ogromnej ilości napływa do płuca ze szkodą innych, a mianowicie mózgu. Że tak jest, dowodzi tego częste uczucie słabości, jakiego doznają chorzy, a które po podaniu nieco wina i przerwaniu wypływu wkrótce przechodzi. Dla tych przypadków Foucart, Dieulafoy i Vergely proponują inne objaśnienie; sądzą oni mianowicie, że przyczyną śmierci jest tu zatrzymanie się działalności serca, spowodowane drogą odruchów, naksztalt tego, jak to otrzymał Goltz, Tarchanoff i inni przy drażnieniu gałązek nerwa trzewiowego. Co do mnie, to jestem zdania, że na poparcie tej hipotezy nie można przytoczyć ani jednego racjonalnego dowodu; ból sprawiony choremu przez wetknięcie trójgrańca jest tak mały, że go nawet w rachubę brać nie można; przytem omdlenie zdarza się zawsze przy końcu wypuszczania, a nigdy bezpośrednio po ukłuciu. Prędzej już możnaby przyjąć źródło podrażnienia w oskrzelach, które nagle poddane są działaniu nowego bodźca, od którego odwykły, a mianowicie powietrza i to jednak objaśnienie nie wydaje mi się prawdopodobnem.

W jednym przypadku Fraentzel (9) widział nagłą śmierć wskutek krwotoku płucnego; był to wszelako przypadek nie czysty, chory bowiem obok zapalenia opłucnej cierpiał na suchoty. Po wypuszczeniu płynu naczynie, z powodu zmian chorobowych i przerwy w krążeniu silnie zmienione nie wytrzy-

mało naporu krwi i pękło. W jednym z moich przypadków (sposzczenie XI) przy końcu torakocentezy pokazało się z  $\frac{1}{2}$  kieliszka krwi, miałem więc do czynienia z krwotokiem opłucnej. Na postęp zdrowienia powikłanie to nie miało żadnego wpływu, wytlómaczyć się zaś daje w ten sposób, że chora była suchotnicą, że więc naczynia jej przedstawiały już pewnego rodzaju usposobienie do krwotoków. *Fraentzel* przytacza przypadek, gdzie także u suchotnika po wypuszczeniu wysięku surowiczego zebrał się wysięk krwawy, jest to więc wyższy stopień tego, co ja widziałem. Chory i tu wyzdrowiał.

Oto są wszystkie przyczyny nagłej śmierci i groźnych powikłań, jakie spotykano po operacji wypuszczenia płynu z opłucnej. Zaiste 12 przypadków śmierci, jakie zebrał *Foucart* i kilka jeszcze innych, rozproszonych w literaturze, wobec setek tysięcy przekłuć dokonanych, jest tak mało, że z nimi nawet rachować się niewarto, tem bardziej, że w znacznej liczbie tych przypadków śmierć była następstwem albo dawniej istniejących powikłań, albo skutkiem niezachowania należnych ostrożności, o czem niżej podaję.

Jest inny zarzut, od którego torakocenteza bronić się musi, a mianowicie, że przyczynia się do zamiany niewinnych surowicznych wysięków na ropne. Zarzut to stary, stawiał go już bowiem *Stokes* i *Watson*, a energicznie odpierał *Trouseau* (1), od tego czasu też często był powtarzany. Nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki, gdzie przy powtórnem wypuszczeniu zamiast płynu surowiczego, znajdujemy ropę; częstość tego wydarzenia trudno mi jest określić, autorowie bowiem najczęściej tylko wspominają o niem, nie podając dokładnych danych. *Fiedler* (10) na 100 przekłuć widział je raz (1%), *Fraentzel* (9) na 47 przypadków (ilość przekłuć nie wiadoma) 2 razy, ja zaś na 49 przekłuć wysięku surowiczego otrzymałem 2 razy powyższą zamianę, t. j. w 4%. Tak więc gdyby nawet torakocenteza sama tej zamiany zawsze była przyczyną, to jeszcze nie jest ona tak częstą, aby dla niej obawiać się operacji należało. Zresztą czy zawsze o nią torakocentezę i tylko ją obwiniać należy? Sądzę, że *Dieulafoy* (7) idzie za daleko, jeżeli tę ostatnią zupełnie uniewinnia, jak znów za daleko idzie *Fiedler*, jeżeli powiada, że każda zamiana wysięku surowiczego na ropny ma swoje źródło w niedokładnem wykonaniu operacji. Prawda leży po środku; faktem jest niezawodnym, co dobitnie podnosi *Fraentzel*, a jeszcze bardziej *Dieulafoy*, że przy najdokładniejszym nawet wykonaniu operacji w niektórych przypadkach wysięk zamienia się na ropny, jak znów faktem jest, że zdarza się, iż chory zdrów, bez żadnych powikłań, w bardzo krótkim czasie po przekłuciu dostaje dreszczy i mamy ropny wysięk gotowy; w tym ostatnim razie mamy prawo obwiniać torakocentezę. W jaki sposób sama operacja może być przyczyną takiej zmiany? *Fiedler* obwinia o to jedynie powietrze, które dostać się może do opłucnej i zdaniem mojem słusznie; sam przyrząd, jakoby źle zdezynfekowany, na drugim tu stoi planie, a to dla tego, że, przechodząc przez ściany klatki piersiowej, mechanicznie oczyszczony zostaje. Tak więc od czasu, kiedy operujemy przyrządami ssącemi, a jeszcze więcej lewarem, przy którym powietrze absolutnie nie ma dostępu, możliwość zamiany wysięku z tej przyczyny zupełnie wykluczoną być winna, boć przecie ze źle wykonanemi operacyjami nauka rachować się nie może. Za-



wsze jednak pozostaje pewna kategoria faktów, gdzie zamiana wysięku na ropny następuje, pomimo że o to technicznej strony operacyi nie można obwiniać. *Fraentzel* jest zdania, że w tych razach zamiana daje się objaśnić w ten sposób, że ścianki naczyń opłucnej pozbawionych krwi skutkiem długiego i silnego ucisku uległy w myśl nauki *Cohnheim'a* zmianom molekularnym; kiedy po wypuszczeniu płynu krew do tak zmienionych naczyń silnie napływać poczyni nic dziwnego, że zapalenie podnosi się o jeden stopień wyżej i z surowiczego przechodzi w ropne. Objasnienie takie zgodne jest zupełnie z naszymi pojęciami o chorobach, w ten to sposób sędzę, da się wytłómaczyć zamiana zastarzałych wysięków surowicznych, jak to np. w mojem spostrzeżeniu Nr. XIX miało miejsce. Chora cierpiała od wielu tygodni na wysięk ograniczony do przedniej części klatki piersiowej; przy pierwszym przekłuciu wypuściłem około 600 ctm. sześciennych płynu surowiczego. Chora przez 2 tygodnie czuła się lepiej, i dopiero po tym czasie nastąpiły dreszczyki i zamiana wysięku na ropny. Operacyi samej w tym razie nie podobna jest obwiniać, zamiana bowiem nastąpiłaby zaraz w parę dni po przekłuciu, dla tego też sędzę, że przyjąć tu raczej należy owo wzniesienie się zapalenia do wyższego stopnia, do czego przekłucie w pewnej części przyczynić się mogło.

Z drugiej strony *Dieulafoy*, idąc za zdaniem swego mistrza *Troussseau'a*, inne tych faktów daje objaśnienie. Powiada on, że badając wysięki surowicze opłucnej pod mikroskopem, znajdujemy raz bardzo mało czerwonych ciałek krwi, a mianowicie 500—2000 w ctm. sześciennym płynu, w innych zaś przypadkach jest ich 3000, 4000 a nawet 6000 w centymetrze sześciennym. Te ostatnie *Dieulafoy* nazywa wysiękami histologicznie krwawymi i one to są przeznaczone do przejścia w ropne bez względu na to, czy torakocenteza będzie zrobiona czy nie; wysięki te mają 2 okresy rozwoju i jeżeli przekłucie będzie zrobione w pierwszym z nich otrzymamy wysięk surowiczy, jeżeli w drugim ropny. Natomiast wysięki zawierające 500—2000 czerwonych ciałek w centymetrze sześciennym nie przechodzą nigdy w ropne. Sędzę, że i to wyjaśnienie nie jest pozbawione pewnej podstawy, widzimy bowiem, jak u pewnych podupadłych na zdrowiu osobników zapalenie powoli się wznosi, zanim stanie się czysto ropnem. Takie objaśnienie zastosowałbym do mojego spostrzeżenia Nr. XVIII. Tutaj miałem do czynienia z chorym wycieńczonym, który od kilku tygodni doświadczał ciągłych dreszczyków; wypuściłem mu 1200 ctm. sześciennych płynu wprawdzie surowiczego, ale bardzo mętnego, co już wskazywało na obfitość komórek ropnych. Po wypuszczeniu ropy stan się nie poprawił dreszczyki trwały wciąż dalej, a druga operacyja dała już wysięk ropny. I tu sędzę, że operacyi obwiniać nie można, prawdopodobniejszem bowiem mi się wydaje, że wysięk już poprzednio był na drodze do przemiany na ropny.

Tym sposobem przeszedłem wszystkie ujemne strony operacyjnego wypuszczenia płynu z jamy opłucnej; mojem zdaniem, są one tak nieliczne, że w niczem nie mogą zaszkodzić reputacyi w mowie będącej operacyi, operacyi, która w wielu razach jest jedyną deską ocalenia. (C. d. n.)

## II. MIĘSAK LIMFATYCZNY ŚRÓDPIERSIA TYLNEGO

(*Lympho-sarcoma mediastini postici*).

Opisał

**D-r Wl. Antoni Gluziński**

asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

Z protokołu sekcyjnego przytoczę tylko wyjątek odnoszący się do klatki piersiowej, który brzmi:

Po odjęciu mostka z chrząstkami żebrowymi widać całą przestrzeń śródpiersia zajęta masą nowotworową, pokrytą w części górnej szczątkami zarośniętego niedodmowego (atelektycznego) i w znacznej mierze zanikłego płatu górnego i średniego płuca prawego. Płat dolny dopiero przy dalszem preparowaniu rozeznąć się daje, jako cienka blaszka, grubości najwyżej 1 centymetra, sinoczerwona, mięsista, pokrywająca dolną i wewnętrzną powierzchnię guza śródpiersia zajmującego, z którym podobnie jak szczątki innych płatów tego płuca ściśle na całej powierzchni jest zrosniętą zapomocą wiotkiej tkanki łącznej. Jedynie tylko szczyt tego płuca, który znajduje się pod górną częścią mostka, przedstawia utkanie prawidłowego płuca i zawiera powietrze. Natomiast okolicę, gdzie w prawidłowym stanie znajduje się szczyt płatu górnego, zajmuje masa nowotworowa. Guz ten zresztą wypełnia ściśle i rozpycha całą prawą stronę jamy klatki piersiowej i na całej powierzchni przytykającej do ścian tej jamy przedstawia dość ściśle zrosty łącznotkankowe. Granice guza nie mieszczą się jednak tylko w obrębie przestrzeni, którą w stanie prawidłowym wypełnia płuco prawe, lecz, jak już wspomniano, przechodzą na całą przestrzeń śródpiersową, tak, że tylna część nowotworu w całej długości brzegu wewnętrznego spoczywa na trzonach kręgów piersiowych, a jako granicę, dokąd nowotwór sięgał, można uważać linię prostopadłą, przechodzącą w oddaleniu 2 centymetrów poza główkami (*capitula*) żeber lewych. Z tego też powodu cała zawartość śródpiersia wypartą jest do lewej połowy klatki piersiowej, mianowicie serce z naczyniami, przelyk, mniej dolna część tchawicy. Po mozolnem wyluszczeniu guza i wyjęciu go wraz z resztą zawartości klatki piersiowej, przedstawia się tenże jako dokładny odlew prawej strony tej jamy, na którym uwydatniają się wyraźnie odciski żebrów, zwłaszcza zaś kręgosłupa, a nawet prawego obojczyka. Powierzchnia nowotworu jest brudno-biała, nierówna, poprzedzielana płytkimi rowkami, w które się wsuwają głębiej cienkie paski łącznotkankowe. Szczególnie ta grubozrazowość guza uwydatniona jest w jego szczycie, na brzegach i powierzchni wewnętrznej.

Spoistość nowotworu zewnętrznie przedstawia się dość zbitą, jednak guz kraje się łatwo, z powierzchni przekroju przeważnie białej, w niektórych miejscach brudno-szarej, lub więcej brudno-żółtawej i czerwonej. rozmięklej



zwłaszcza w częściach środkowych, zebrać można bardzo obfity, gęsty, białawy, śmietankowy płyn, który zbadany pod drobnowidzem okazał mnóstwo komórek drobnych, okrągłych, limfoidalnych poczęści stłuszczonych.

Największa długość nowotworu od szczytu ku dołowi wynosi w powierzchni tylnej 25 centymetrów, w powierzchni przedniej 20 ctm.; największa grubość od przodu ku tyłowi odpowiada głębokości klatki piersiowej.

Płuco lewe okazuje objętość stosunkowo zmniejszoną, szczególnie w płacie dolnym; jest zresztą na całej powierzchni wolne, opłucną ma gładką, w częściach tylnych nielicznymi świeżymi wybroczynami pokrytą. Powierzchnia tego płuca okazuje zabarwienie bledsze w częściach przybrzeżnych przednich, ciemnoczerwone w częściach tylnych, a nawet sine w części tylnej płatu dolnego. Nadto znajdują się na powierzchni płuca rozsiane, wyraźnie odgraniczone miejsca sinawe, nieco pod powierzchnią zaklesłe. Na rozkroju miąższ tego płuca okazuje zmniejszoną ilość powietrza w częściach tylnych, gdzie jest znacznie przekrwiony, i wydziela z powierzchni przekroju dość obfitą ciecz pianistą krwawo-zabarwioną. W oskrzelach tego płuca wykazać się daje dość obfita ciecz lepka, śluzowa.

Główne gałęzie oskrzeli, idących do uciśniętego płuca prawego jakkolwiek nieco węższe, są drożne (główne oskrzele płatu górnego jest na przestrzeni  $4\frac{1}{2}$  ctm. drożne, później przez bujającą w jego ścianie masę nowotworową nagle i znacznie zwężone). Serce oprócz wyparcia do lewej połowy klatki piersiowej nie przedstawia zboczeń. W jamie brzusznej przede wszystkim zwraca uwagę znaczne obniżenie wątroby, skutkiem wyparcia przez nowotwór obniżający przeponę tej strony, a nadto wątroba ułożona jest w ten sposób, że jej powierzchnia górna zwróconą jest ku przodowi.

Tak więc sekcja stwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne.

Powody, które skłoniły do ogłoszenia tego przypadku, nie leżą w tem, że za życia można się było zbliżyć do prawdziwego rozpoznania, nie w chęci powiększenia kazuistyki nowotworów w klatce piersiowej o jeden przypadek więcej, lecz dla zwrócenia uwagi na kilka zajmujących szczegółów, które wynikają z obserwacji i badania anatomicznego. Przed laty kilkunastu mógł i ten przypadek stanąć w rzędzie ciekawych przypadków kazuistycznych, w czasie, gdy opis jednego lub dwóch przypadków stanowił już temat rozpraw inauguralnych; były one wtedy potrzebne, by z nich można było złożyć całość tak o charakterze anatomicznym tych nowotworów, jak o ich przebiegu i rozpoznaniu. Dziś ogłoszenie poszczególnego wypadku ma o tyle wartość, o ile zawiera pewne szczegóły nowe, lub gdy odstępuje od zwykłego przebiegu, opartego na dotychczasowych spostrzeżeniach.

W tym kierunku nad opisanym przypadkiem chcę zrobić uwag kilka, podając zarazem wytlómaczenie kilku objawów, spostrzeganych za życia, których znaczenie rozjaśniła sekcja, a mianowicie: odgłosu bębnowego na przestrzeni postaci trójkąta nad mostkiem, takiego samego odgłosu w 3-cim przestworze międzyżebrowym, zmienionego dźwięku głosu, napadowej duszności i wzmożonego przewodnictwa w górnej części klatki piersiowej po stronie prawej.

Nowotwór, rozrastając się, spowodził ucisk i następczy zanik całego prawego płuca, jedynie tylko szczyt, jak protokół sekcyjny mówi, przedstawia utkanie prawidłowe, zawiera powietrze i znajduje się pod mostkiem. Tym wynikiem sekcyi mamy dostatecznie wytłómaczony odgłos bębenny na przestrzeni postaci trójkąta nad mostkiem i tak pojmowano go też za życia.

Inną natomiast przyczynę, niż domniemywana za życia wykazało badanie pośmiertne dla odgłosu bębennego, który przy silniejszym pukaniu dał się słyszeć w 3-cim przestworze międzyżebrowym. Nie kawałek mięszu płucnego zawierającego powietrze przylegał do klatki piersiowej, lecz zbita masa nowotworu, pod którą znajdowało się jedno z większych oskrzeli. Inaczej więc odgłosu tego pojąć nie można, tylko jako tchawicowy albo oskrzelowy ton Williams'a, który powstanie swoje zawdzięczał drożności w tem miejscu oskrzeli większych, zupełnemu uciskowi płuca i zbitości nowotworu. Dziś objaw ten ma wywalczone uznanie, bo, mimo zaprzeczenia ze strony takiej powagi, jak Skoda który odgłos ten bębenny uważał tylko jako objaw zwióczenia mięszu płucnego, dalsze obserwacje Wintrich'a i Kussmaul'a (ogłoszone przez Braun'a) oddały słusność spostrzeżeniu Williams'a i jego zapatrywaniom. Może żaden z ogłoszonych przypadków nie przedstawia tak niezbitego dowodu o sposobie powstawania odgłosu Williams'a, jak przypadek opisany. Wprawdzie za życia nie stwierdzono jednej z cech tego objawu, podanej przez Wintrich'a, t. j. zmiany wysokości odgłosu przy otwieraniu lub zamykaniu ust, przecież innego tłómaczenia dla tego odgłosu bębennego w 3-cim przestworze dać nie można, wobec braku w tem miejscu mięszu płucnego, zawierającego powietrze, a obecności tylko dość sporego oskrzela drożnego, przylegającego do zbitej masy nowotworu.

Drżenie klatki piersiowej, przewodnictwo głosu i szmerów oddechowych, zachowuje się rozmaicie w nowotworach rozwijających się w klatce piersiowej. Różnice, jakie znajdujemy w opisach rozmaitych autorów, łatwo pojąć, uwzględniając, ile modyfikacyj może nastąpić zależnie od miejsca, z którego nowotwór wychodzi, od sposobu rozrastania się takowego, jego własności fizycznych (zbitości, jednostajności utkania i t. d.), od zachowania się mięszu płucnego i oskrzeli, od okoliczności, czy nowotworowi towarzyszy wysięk lub przesiek oplucnej czy nie i t. d.. W naszym przypadku wzmocnienie drżenia, przewodnictwa głosu, szmerów oddechowych w górnej części klatki piersiowej po stronie prawej, znalazły zupełne wytłómaczenie na stole sekcyjnym, a jako momenty pośredniczące tym objawom możemy przytoczyć: 1) drożność oskrzeli; 2) jednostajną zbitość nowotworu i mięszu płucnego; 3) podatność i cienkość klatki piersiowej; 4) wreszcie okoliczność, że nowotwór był po stronie prawej.

Świszczący szelest, towarzyszący szmerom oddechowym, miał swoje podstawę w ucisku częściowym oskrzeli, a zmieniony dźwięk mowy i napadowa duszność we wrośnięciu nerwu błędnego w masę nowotworową.

Pomijając kolosalne rozmiary nowotworu, pomijając i to, że nowotwór wyszedł ze śródpiersia tylnego, zasługują jeszcze na podniesienie te okoliczności, że nowotwór nie tworzył nigdzie przerzutów, a więc był ściśle miejscowym, że nie zajmował sąsiednich narządów, gdyż tak oplucna, płuco jak i narządy śród-



piersia pozostawił nietkniętymi, wypierając je tylko ku stronie lewej, ztąd brak wyraźniejszych objawów uciskowych za życia na przelyk, układ naczyniowy i t. d. Nadewszystko godną uwagi jest ta okoliczność, że objaw Baccelli'ego nie miał nawet znaczenia rozpoznawczego dla wysięku w oplucnej. Szczegółowi temu poświęcę słów kilka.

Gdy w r. 1875 ogłosił Baccelli swoje spostrzeżenia we włoskiem archiwum dla medycyny, chirurgii i higieny, których celem było udowodnienie, że z pewnych objawów przysłuchowych można wnosić o chemicznych i patologiczno-anatomicznych własnościach wysięków oplucnej, wkrótce pojawiły się prace tak we Francyi, jak w Niemczech i Anglii zajmujące się tą sprawą. Autorów tych prac odpowiednio do wypowiedzianych zapatrywań można ugrupować w trzy szeregi:

1) bezwzględnych zwolenników zapatrywań Baccelli'ego (Guéneau de Mussy, Hirtz, Mercadier, Valentiner, Krell);

2) przyznających temu objawowi tylko znaczenie rozpoznawcze dla wysięków oplucnej w ogóle (Chopin et, Tripier);

3) zaprzeczających nawet tego ostatniego znaczenia, jak Hermet, który stwierdził ten objaw w chorobach płuc połączonych ze znacznem zgęszczeniem mięszu, np. w zapaleniu płuc włóknikowem (krupowem), w suchotach płucnych, jak wreszcie Douglas Powell.

Na podstawie co dopiero opisanego przypadku w szeregu trzecim stanąć wypada i wypowiedzieć zdanie, że symptom Baccelli'ego nawet dla wysięków oplucnej w ogóle nie jest znamieniem cechującym. Jakkolwiek stwierdzić go można prawie zawsze w razach, gdy w worku oplucnej znajduje się płyn, osobliwie czysto surowiczy, to jeden wyjątek wystarczy, by odebrać mu ogólne i bezwzględne znaczenie rozpoznawcze dla surowiczych wysięków w oplucnej, jakie mu dotąd wielu przyznaje.

### III. KILKA UWAG

#### NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

*w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872—1882.*

Podał

**Henryk Pacanowski** asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Obniżenie ciepłoty było niekiedy bardzo znacznem i trwało dłużej, niż po kąpielach. Przekonają o tem niżej umieszczone cyfry.

I. 12 dzień choroby; godzina 12—39,6° C.	(zaczęto dawać	} W ciągu 4 godz. } różnica — 2° C..
„ 2—38,6° „	<i>natrium salicylicum</i> )	
„ 4—37,6° „ (dotąd ½ godz.)		
„ 5—38,4° „		
„ 6—38,7° „		
„ 7—39,3° „		

14	dzień choroby;	godzina 12	40° C.	}	W ciągu 7 godzin różnica 1,6° C.
		wieczorem	38,4° „		
15	„	„	41° „	}	W ciągu nocy różnica 2,5° C.
16	„	rano	38,5° „		
	„	godzina 12	39,8° „	}	W ciągu 7 godzin różnica 1,2° C.
	„	wieczorem	38,6° „		
17	„	godzina 3½	39,5° „	}	W ciągu 3½ godzin różnica 1,6° C.
	„	wieczorem	37,9° „		
18	„	godzina 3	40° „	}	W ciągu 4 godzin różnica 0,8° C.
	„	wieczorem	39,2° „		
19	„	rano	38,2° „		
II.		5 dzień choroby:	rano 40,8° C.	— wieczorem 38,4° C, różnica 2,4° C.	
8	„	„	39,2° „	„	38° „ „ 1,2° „
11	„	„	41° „	„	39° „ „ 2° „
15	„	„	40,8° „	„	38,7° „ „ 2,1° „
19	„	„	40,3° „	„	37,7° „ „ 2,6° „
21	„	„	40° „	„	38,5° „ „ 1,5° „
III.		20 dzień choroby:	rano 40° „	„	37,8° „ „ 2,2° „
23	„	„	40,4° „	„	38,6° „ „ 1,8° „
25	„	„	39,4° „	„	37,8° „ „ 1,6° „
26	„	„	39,5° „	„	38,1° „ „ 1,4° „
27	„	„	39,4° „	„	37,5° „ „ 1,9° „

Tak więc obniżenie gorączki było już po kilku godzinach od chwili przyjęcia leku dość znaczne. W ostatnich dwóch przypadkach widzimy znaczne różnice pomiędzy ciepłotami porannymi, a wieczornymi, które będą jeszcze większe, jeśli weźmiemy pod uwagę zwykle nasilenia wieczorne.

**Chinina.** Sądząc z kilkudziesięciu przypadków, w których takowa była dawana choremu, widać, iż nie wywierała ona żadnego prawie wpływu na ciepłotę w drugim okresie gorączki tyfusowej (t. j. stałej), który przecież jest najważniejszym i w którym ciepłota największe okazuje niebezpieczeństwo. Prawdopodobnie zależało to od zbyt małych dawek (*3j ad 5vj pro die*), podczas gdy **Liebermeister** zaleca dawać chininę wieczorem w ilości 24—48 gr., po 8 gr. co dziesięć minut.

**Kwas krezotynowy** dawany był w 6 przypadkach tyfusu brzusznego (w r. 1876 i 1877), sam lub jako krezotynian sodu, dziennie po 1 drachmie. W 3 przypadkach okazał się zupełnie bezskutecznym, w 3 pozostałych były bardzo nieznaczne obniżenia.

Zestawiając obecnie wymienione wyżej 4 środki przeciwgorączkowe, przekonujemy się, iż kwas salicylowy wcale nie ustępuje pierwszeństwa kąpielom zimnym, gdyż tak dobrze, jak i one ciepłotę obniżał. Niemile następstwa po użyciu tego środka rzadko dosięgają takich rozmiarów, aby się stać mogły groźnymi dla życia chorych; zresztą tyczy się to najczęściej chorych w późniejszym wieku i wyniszczonych, dla których i kąpiele są przeciwwskazane. Przeciwnicy



kwasu salicylowego opierają swe zarzuty głównie na występowaniu zaburzeń mózgowych, oraz w układzie krążenia i oddechania po dłuższem używaniu tegoż. Leczenie chininą, dawana w wysokich dawkach (24—48 gr. dziennie), jak zaleca Liebermeister, nie powoduje często równie przykrych przypadłości? A mimo to L., nie waha się wyznać, iż gdyby miał wybierać między chininą, a kąpielami, dałby chininie pierwszeństwo (l. c. str. 213). Wracając raz jeszcze do zimnych kąpieli, nadmienić muszę, iż stosowanie ich w prywatnej praktyce nieraz połączone z trudnościami, jest w szpitalu prawie niemożliwem, a mam tu na myśli stosowanie systematyczne. W naszym szpitalu sala, z 25 łózek złożona, posiada jedną wannę tylko; dwóch posługaczy zaledwo podolać jest w stanie zwykłym czynnościom. Prócz tego wadliwe urządzenie wodociągów warszawskich naraża szpital często na brak wody. Dla tego salicylan sodu uważać można jako dobry środek, obniżający ciepłotę, tam zwłaszcza, gdzie użycie kąpieli z jakichkolwiek względów jest niemożliwem. Chodzi tylko o baczne zwrócenie uwagi na narządy krążenia i oddechania. W jednym z ostatnich numerów *Berl. klin. Woch.* <sup>1)</sup> znajduje się artykuł o działaniu kwasu salicylowego; autor przypisuje temuż wpływ podniecający na ośrodek oddechania i radzi stanowczo zaprzestać dalszego użycia kwasu salicylowego z chwilą wystąpienia duszności.

Nakoniec tak zwane leczenie wycieczające stosowanem było w największej liczbie przypadków, bo aż u 91 chorych. Leczenie to polegało na dawaniu chorym do wewnątrz lekkich kwasów lub innych chłodzących napojów, dalej na obmywaniach całego ciała wodą z octem lub spirytusem po kilka razy dziennie. Prócz tego zwracało się tu uwagę na wybitne objawy ze strony ośrodków nerwowych lub przewodu pokarmowego, stosując odpowiednie do okoliczności środki. 29 przypadków było z bardzo ciężkim przebiegiem; zmarło trzech chorych. Z pomiędzy owych 26 wyleczonych chorych u 5-u ciepłota wynosiła 41°—41,5° C., przez cały ciąg choroby, u 15-u zaś 40,5-41° C.. W ten sposób leczeni byli chorzy, opisani wyżej pod numerami: 1, 3, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 27, 29, 37; u tych wszystkich przebieg był niezmiernie ciężkim, kilkakrotnie z recydywą.

### Charakter oddzielnych epidemij tyfusu brzuszego.

był następującym:

Rok 1872/3. Choroba rozpoczynała się często krwotokami z nosa i zawrotami głowy. W ogóle panowała pewna skłonność do krwawienia, np. z dziąseł. Dalej obserwowano pryszczę na wargach (*herpes labialis*). Częstym był białkomocz, ściśle towarzyszący gorączce i wraz z jej obniżeniem znikający. Ciepłota w ogóle dosięgała wysokiego natężenia, często przekraczała 41° C., a nawet wynosiła niekiedy 42° C.. Trwanie jej długo się przeciągało. Wcześniej występowała biegunka i przypadłości ze strony płuc (zapalenie opadowe). Był jeden przypadek śmierci skutkiem zapalenia płuc.

1873/4. Przebieg tyfusu był w ogóle ciężkim, nie tyle skutkiem szczególnych powikłań, ile z powodu długotrwałości; wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Białkomocz napotymano często i to w znacznym stopniu; raz było zapalenie miedniczek nerkowych (*pyelitis*). Występowały znaczne objawy móż-

<sup>1)</sup> Quincke, Berlin. klin. Woch. 1882. Nr. 47.

gowe przy dość niskiej ciepłocie. Przeważała skłonność do zaparcia stolca. Często tworzyły się ropnie odleżynowe, głównie na pośladkach, oraz było łuszczenie naskórka w okresie zdrowienia.

1874/5. Choroba występowała często po przekroczeniach dyjetetycznych, rozpoczynając się tym sposobem od zwykłych nieżytów przewodu pokarmowego. Gorączka była długotrwałą i wysoką. Przeważnie zapadali na tyfus ludzie dobrze odżywiani; jeden przypadek śmiertelny skutkiem przedziurawienia jelita.

1875/6. Charakterystycznym w wielu przypadkach było rozpoczęcie się choroby, mianowicie jednym mocnym dreszczem lub częściej kilkoma codziennymi dreszczami, występującymi zazwyczaj o jednej i tej samej porze i kończącymi się potami. Początkowo przeważało zaparcie, które niekiedy po zadaniu olejku rycynowego przechodziło w trudno powstrzymać się dającą biegunkę. W kilku przypadkach było mniej lub więcej znaczne zapalenie gardzieli (*angina*). Śledziona bolesna za dotknięciem; jakkolwiek epidemia dotykała głównie ludzi dobrze odżywianych, jednakże była złośliwą, ze znacznymi objawami mózgowymi (złudzenia, wyskakiwanie z łóżka); w jednym przypadku była 5 dni trwająca niemota (*aphasia*) przy zachowaniu świadomości. Widoczną była skłonność do zapaleń nieżyłowych ucha z wypływem śluzowo-ropnym (*otitis et otorrhoea*), do krwotoków (z nosa, dziąseł, jelit) i inne ciężkie powikłania. Zejścia śmiertelne były daleko częstszymi, niż w innych latach. (Na 26 chorych zmarło 5).

1876/7. Epidemia ta odznaczała się także ciężkim przebiegiem, jakkolwiek wszystkie przypadki przeszły pomyślnie. Głównie występowały objawy ze strony narządów trawienia; pomimo braku bólu brzucha często było wzdęcie, kruczenie, biegunka. Wątroba i śledziona wyczuwalne i bolesne. W jednym przypadku *stomatitis aphthosa*. Choroba rozpoczynała się najczęściej lekkimi dreszczykami. Przeważnie dotykała osobników wątłych i sprowadzała szybkie wycieńczenie i niedokrwistość. Niekiedy obok różyczki bywały petocie, również ostatnie bez różyczki. Kobiety w przebiegu tyfusu niekiedy dostawały przedwczesnej miesiączki. U kilku chorych znajdowano stępienie w szczytach, które utrzymywało się nawet po wyjściu ze szpitala.

1877/8. Choroba rozpoczynała się podobnymi dreszczami, jak w epidemii r. 1875/6. W kilku przypadkach stwierdzono jednoczesne istnienie tyfusu u osób, z którymi chorzy pozostawali w styczności. Były obfite biegunki. Śmierć nastąpiła w jednym przypadku.

1878/9. Niekiedy w początku choroby były wymioty oraz bóle w stawach, podobne do reumatycznych, lecz ustępujące bez wpływu kwasu salicylowego. Powiększenie śledziony w ogóle nieznaczne. Śmiertelnego zejścia nie było.

1879/80. Epidemiją cechowały przeważnie objawy mózgowie (utrata przytomności, majaczenie, chęć uciekania z łóżka), lecz przebieg wszystkich przypadków pomyślny.

1880/1. Epidemia ta zasługuje tem na uwagę, iż trwała w znacznym stopniu aż do Lipca 1881 r. Przebieg był dość lekkim; dużo przypadków poronnych, tyfus rozpoczynał się niekiedy mdłościami, rzadziej wymiotami. Ku końcowi gorączka przybierała cechy przepuszczającej. Ze strony ośrodków ner-



wowych były częste powikłania, natomiast przypadłości jelitowe były niewielkie. Umarł jeden chory.

1881/2. Niektórzy z chorych od niedawna przebywali w Warszawie. Choroba rozpoczęła się kilka razy po przekroczeniach dyjetetycznych. Pierwszemi objawami były bóle w stawach i jeden tylko dreszcz. Gorączka zwykle trwała krótko, lecz z ciężkim przebiegiem. Śmierć u jednego tylko chorego wskutek przedziurawienia jelita.

### TYFUS WYSYPKOWY.

W początku niniejszego sprawozdania mówiłem już o ilości chorych na tyfus wysypkowy (33), również o stosunkach wieku, płci, zatrudnienia i t. p.. Tu więc przejdę wprost do przyczyn. Z a r a ż l i w o ść bezpośrednią czy pośrednią stwierdzono w 9 przypadkach, lecz wszyscy chorzy przybyli z miasta; u osób zaś, w szpitalu przebywających, wysypkowego tyfusu nie było. Choroba rozpoczęła się zwykle jednocześnie z chorobą osób, z którymi chorzy byli w styczności; raz jeden tylko powstał tyfus u młodego chłopca, gdy matka, 2 siostry i brat byli już rekonwalescentami. Jednocześnie z naszymi chorymi przechodziło w domu tyfus 2, 3, nawet 5 osób.

Oprócz przypuszczalnej zaraźliwości były i inne przyczyny, podawane przez chorych: wilgotne mieszkanie, cuchnące powietrze, bliskość wychodków u 7 chorych; bardzo nędzne pożywienie, głód u 5 chorych; zaziębienie w 2 przypadkach; uderzenie w głowę w jednym; i przestrah w jednym przypadku.

Jedna chora niedawno przybyła do Warszawy. Dwaj chorzy pluli krwią od lat kilku; tyfus przebiegał u nich dość łagodnie. Trzy kobiety, chore na tyfus, były w okresie karmienia.

### Symptomatologija.

P o c z ą t e k c h o r o b y. Słabemi dreszczami rozpoczęła się choroba w 14 przypadkach; 8 zaś chorych miało po jednym mocnym dreszczu. Raz tylko tyfus rozpoczął się dreszczami, powtarzającemi się co wieczór, w przeciągu 8 dni; po każdym dreszczu poty.

Z innych przypadłości początkowych były: wypływ z ucha u jednego chorego; niemożność zatrzymania moczu u jednego chorego; bóle w stawach u dwóch chorych; ból brzucha u dwóch chorych; wymioty u jednego chorego; i ból gardła u jednego chorego.

G o r ą c z k a. Cały czas jej trwania wynosił: w 1 przypadku 10 dni, w 5 po 12 dni; w 6 po 4 dni, w 4 po 18 dni, w 6 po 21 dni, w jednym 25 dni, w jednym 28 dni, w jednym 29 dni. Widzimy z tego, iż najczęściej gorączka trwała 2—3 tygodni, rzadko dłużej, zatem krócej, niż w tyfusie brzuszny.

Co się tyczy p o j e d y n c z y c h o k r e s ó w gorączki należy zauważyć najprzód, iż żaden z chorych nie przybył w pierwszym okresie, który trwa w tyfusie wysypkowym o wiele krócej, niż w brzuszny.

O k r e s d r u g i trwał w 1 przypadku do 8 dnia choroby, w jednym do 9 dnia, w 3 do 10 dnia, w 3 do 11 dnia, w 4 do 12 dnia, w 2 do 13 dnia, w 1 do 15 dnia, w 1 do 16 dnia, w 1 do 17 dnia, w 1 do 18 dnia, w 1 do 22 dnia, w 1 do 24

dnia, w 1 do 25 dnia choroby. A zatem najczęściej okres gorączki stałej trwał 10—12 dni.

Okres t r z e c i, t. j. zakończenia gorączki najczęściej trwał bardzo krótko, tak, iż ciepłota szybko wracała do granic normalnych. W 4 przypadkach trwał on 1 dzień, w 8 trwał 2 dni, w 5 po 3 dni, w jednym 4 dni, w 2 po 5 dni, w jednym 7 dni.

U 3 chorych końcowy okres gorączki okazywał duże wahania dzienne (na 2° C.). (Dok. nast.)

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 10. Oryginalny przypadek udawania choroby.

Nie tyle ze względu na jakąś doniosłość dla patologii, ile ze względu na oryginalność i dziwaczność samego faktu, sądzę, że nie od rzeczy będzie podzielić się z Czytelnikami następującym przypadkiem.

Dnia 22. II. r. b. zgłosił się do mnie starozakonny S. z Brześcia Litewskiego ze swoim 14-letnim synem, oznajmiając, że temu ostatniemu wytwarzają się kamienie w nerkach i jako *corpus delicti* przedstawił mi w papierku ze 30 sztuk kamyków różnej wielkości.

Choroba zaczęła się 13. I. r. b. zatrzymaniem moczu. Gdy po 24 godzinach zawezwany miejscowy lekarz chciał wprowadzić cewnik, chłopak pod wpływem obawy i strachu sam mocz oddał. W tydzień potem znów nastąpiło utrudnienie w oddawaniu moczu, chłopiec kilkakrotnie silił się go oddać ale nadaremnie. Na drugi dzień wśród silnych bólów miały się wydzielić z moczem dwa małe kamyki. Ojciec chorego przyjechał wtedy z nim do Warszawy i udał się po poradę do profesora K o s i ń s k i e g o, który kamienia w pęcherzu nie znalazł. Ponieważ pacjent nie przywiózł wówczas z sobą mniemanych kamieni moczowych, prof. K., polegając na jasności i wiarygodności anamnezy, zalecił wtedy choremu między innymi użycie wody Viehy. Od tej chwili, jakoby pod wpływem wspomnianej wody, zaczęły się wydzielać kamyki w znacznej ilości. Od 3 tygodni pojawiły się bóle w nerkach. (Ojciec chorego, zasięgając rady u miejscowego aptekarza, dowiedział się, że kamienie, wychodzące z moczem niekoniecznie mają swe źródło w pęcherzu ale mogą również wytwarzać się w nerkach. Możliwość tę ojciec zakomunikował synowi, który też od tej chwili przy każdym oddawaniu moczu chwytą się z płaczem za okolice nerkową). Bóle te w nerkach wzmagają się szczególnie podczas wydzielania się kamieni. Krew przy tem jednakże nigdy się nie pokazywała.

Przedstawione mi kamyki wielkości od ziarnka konopnego do dużego ziarnka fasoli, odznaczały się wielką nieforemnością, brzegami ostremi i na pierwszy zaraz rzut oka ze względu na właściwy odłam ziarnisty z błyszczącymi kryształkami zrobiły na mnie wrażenie odłamków granitu. Zarazem też obudzała podejrzenie nieprawdomówność chorego i ojca jego już ta okoliczność, że wielkość i kształt kamieni nie pozwalały nawet przypuścić, żeby mogły one przez cewkę nawet dorosłego człowieka, tembardziej, że ani koniecznego w takim razie obrażenia kanału i idącego zatem choćby minimalnego krwawienia nigdy przy przechodzeniu nie było. Rozbiór kamyków, dokonany przez kol. N e n e k i e g o, wykazał, że istotnie stanowiły one odłamki granitu.

Młody chory, budowy limfatycznej, małokrwisty z inteligentnym wyrazem twarzy, zdradza przy badaniu silną obawę i niepokój. Gdy mu powiedziałem, że kamienie nie z niego pochodzą, pobladł, ale w tejże chwili upewnił mnie, że mówi prawdę, tembardziej, że ojciec i lekarz z Brześcia byli naoczniymi świadkami wydzielania się kamienia z kanału moczowego. Na kilkakrotne żądanie, by przy mnie mocz oddał, chłopiec pomimo wielkich wysiłków i chwytania się z płaczem za okolice nerkową, gdzie miał gwałtowne bóle uczuwać, dokonać tego nie mógł. Zauważyć przytem muszę, że zewnętrzny otwór cewki odznaczał się szczególnie małymi rozmiarami, a jakkolwiek dnia poprzedniego miał się wydzielić największy z kamyków, to jednakże w cewce nie widać było najmniejszego podrażnienia. W kanale moczowym na całej długości nie można było wyczuć żadnego



stwardnienia, tak, że nie mogłem i tego przypuścić, żeby chory chociaż maleńkie kamyki sam wypychał do cewki a potem je z moczem oddawał.

Na przekonywające dowody moje zwrócone do ojca o niepodobieństwie pochodzenia kamieni w ogóle z ciała ludzkiego, a zwłaszcza też z dróg moczowych, tenże okazał się dziwnie niezachwianym w swoim mniemaniu, twierdząc, że gdyby sam Mojżesz zstąpił i fakt w mowie będący w wątpliwość podawał, jeszczeby nie mógł uwierzyć, gdyż najprzód on sam i lekarz brzeski byli świadkami, jak syn jego, jedynak, w nieopisanych cierpieniach kamyk z moczem oddawał, powtóre, że chory nie miałby żadnego celu choroby udawać. Jako stanowczy dowód, że lekarz brzeski sam widział wydzielanie się kamienia, przedstawił mi receptę z przepisem węglanu litynu.

Z jednej strony niezbitość i pewność dyjagnozy negatywnej, z drugiej stanowczość przekonania ojca, mająca wszelkie pozory dobrej wiary, a oparta na naocznem jakoby świadectwie, czynią już sam fakt interesującym. Wyłączywszy wszelkie przyczyny, pobudzające ojca do kłamliwego przedstawienia rzeczy, możnaby jeszcze objaśnić sobie stanowczość jego mniemania, zaślepieniem ojcowskiej troskliwości i nieściśłością obserwacyi, bardziej interesującą lekarza jest przyczyna udawania choroby przez młodego 14-letniego chłopca. Czy położyć to na karb zdemoralizowania i chęci wprowadzenia w błąd rodziców, czy też na karb istotnej psychozy, wywołanej pod wpływem zasłyszanych wiadomości o pojawieniu się kamienia w moczu — pytanie to mogłaby rozstrzygnąć dłuższa obserwacyja chorego przez psychiatrę.

Ojciec chorego postanowił udać się z nim do Wiednia. Zachwiał się jednak w swoim przedsięwzięciu, gdy mu objawił, że może powtórnie znajdzie takiego, co pozornie uwierzy w chorobę i niepotrzebnie weźmie się do jakiegoś leczenia.

*Fr. Jawdyński.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

*Warszawa.* Kasa imienia D-ra M i a n o w s k i e g o okazuje ciągłe starania w celu pomnożenia swoich funduszów. O ile jednak na tem polu zabiegi jej są godne pochwały i jawne, o tyle ściśła tajemnica pokrywa jej właściwą działalność. Dotychczas nie spotkaliśmy się z żadnem sprawozdaniem i zupełnie nawet nie wiadomo, czy kasa już rozpoczęła funkcjonować, jako instytucja mająca nieść pomoc ludziom pracującym na polu naukowem. Nam się wydaje, że wszelka instytucja, gromadząca fundusze drogą składek publicznych, winna składać rachunki publicznie; ale strona finansowa ma dla nas wagę podrzędną; nas głównie zaciekawia, jakie są owoce na polu naukowem działalności kasy, jakie cele doznają od niej poparcia, jak liczne są żądania pomocy, czy kasa jest w stanie zadosyć uczynić wszystkim żądaniom i jeżeli jest zmuszoną odmawiać, to jakie są powody odmowy? Pamiętamy, iż w samych początkach urządzono jedno walne posiedzenie, na które zaproszono nawet i nie członków kasy i obiecywano w następstwie urządzać kilka posiedzeń w ciągu roku. Spodziewamy się, że komitet kasy ogłoszeniem szczegółowego sprawozdania zechce wynagrodzić dotychczasowe opóźnienie.

— Nowo powstający szpital dla chorób zakaźnych za Wolskimi rogatkami, w byłej posesyi Olma położony, miał być, jak uroczyście zapewniano, oddanym do użytku dnia 15 Października roku zeszłego. Sześć miesięcy minęło od tego czasu, a szpital ciągle się urządza i nie słyhać by miał być rychło otwartym. Co więcej, chodzą wieści, że szpital ten zmieni swe pierwotne przeznaczenie i nie będzie służył wyłącznie dla pomieszczenia chorych na choroby zakaźne, lecz będzie szpitalem ogólnym! Szkoda, gdyż utworzenie szpitala specjalnego dla chorób zakaźnych jest nagłą potrzebą miasta naszego, a jeżeli wieści o zmianie przeznaczenia szpitala nowo powstającego okażą się prawdziwemi, to zadosyćuczynienie tej nagłej potrzeby nierychło chyba nastąpi, gdyż szczupłe fundusze, jakie Rada Miejska D. P. może przeznaczyć na reformy i rozszerzenie szpitali Warszawskich, mocno zostały nadszarpnięte przez szpital za Wolskimi rogatkami. Pogłoska jednak ta o zmianie jego przeznaczenia nie wydaje nam się prawdopodobną, nie możemy bowiem zrozumieć, jaki cel miałyby otwieranie w tem miejscu szpitala ogólnego,

o dwieście kroków od już istniejącego podobnego szpitala tuż przy Wolskich rogatkach, podczas gdy cała południowa połowa miasta i jej okolice nie posiadają weale szpitala, chociażby małego. Jakos nie widać planu z góry obmyślanego i konsekwentnie przeprowadzonego w powołaniu do życia i urządzaniu tego nowego szpitala.

— Profesor nadzwyczajny tutejszego uniwersytetu D-r Ł u c z k i e w i e z mianowany został profesorem zwyczajnym, a docent D-r W o l f r i n g profesorem nadzwyczajnym.

— Zmarł w dniu 10 b. m. w 50 roku życia D-r Janusz Ferdynand N o w a k o w s k i jeden z lekarzy miejskich miasta Warszawy, nauczyciel szkoły felezerskiej.

*Wiedeń.* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich w d. 30 Marca r. b. profesor S t r i e c k e r odczytał tymczasowe doniesienie o wynikach poszukiwań docenta okulistyki D-ra B o r y s i k i e w i e z a, który, mając sposobność badać siatkówkę tygrysa i lamparta, przekonał się, iż zwierzęta te nie posiadają weale warstwy pręcików i słupków. Miejsce ich zajmowała odpowiedniej szerokości i właściwego wyglądu warstwa ziarnista. Ponieważ zwierzęta niewątpliwie widziały prawidłowo w czasie swego pobytu w menażeryi i zwierzyńcu, przeto fakt odkryty przez D-ra B o r y s i k i e w i e z a może zmodyfikować przyjętą od lat 40 teorię, według której widzenie zależy od obecności pręcików i słupków w siatkówce.

*Getynga.* Profesor H a s s e obchodził tu w dniu 18 Marca r. b. 50-letni jubileusz doktorski.

*Bruksella.* Czwarty międzynarodowy kongres weterynarzy odbędzie się tu w d. 10. IX. r. b.

---

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski. Nr. 14.* M i k u l i e z: Resekcyja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie. — *R o s e n b l a t.* Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu S-go Ludwika od roku 1879 do 1883. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna. Nr. 14:* D o b r z y c k i. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

---

#### NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r G. B e c k's. Therapeutischer Almanach 10 Jahrgang. 1883.

Wody mineralne miasta Egeru i żelaziste torfowiska w Franzensbadzie. Eger 1883.

J e l e Ń s k i. Das Jodkalium als Heilmittel gegen Abdominaltyphus Odbitka z *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 11. (Drukowana w *Gaz. Lek.* 1882).

T r e m b e c k i. Szezawnica Zakład kąpielowo-zdrojowy i ruch jego w r. 1882.

D y m n i e k i. Sprawozdanie XXV z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku. Warszawa. 1883.

---

#### ODPOWIEDZI.

*D-rowni Wolbergowi w Warszawie.* W wiadomości o doktoryzacyi Szanownego Kolegi zamiast wyrazu „obronił“ pomieszczono wyraz „bronił“, co niniejszem prostujemy, dodając, iż stopień doktora medycyny został Koledze przyznany. Broszurki, o jakiej Kolega w liście wspomina, Redakcyja nie otrzymała i dlatego o odebraniu jej nie uczyniła wzmianki w swym organie.

*D-rowni R. w Tetyjowie.* Z podręczników o chorobach mózgu polecamy z francuzkich: G r a s s e t'a *Maladies du système nerveux.* Wydanie II; a z niemieckich: Z i e m s s e n'a *Handbuch der speciellen Path. und Therap.* Tom XI.

---

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Марта 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.



# PEPTONY PEPSYNOWE

## NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, za pomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baraniach, której jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką barania, jużto z trzustkami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

### 1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 grammów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

### 2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

### 3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 grammów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 grammów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

### GLÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucja ciała. — Osłabienie. Niemoc żołądkowa i trzewiowa. — Rekonwalescencyja. — Karmienie mamek, dzieci, starców, chorych na eukrzyćę i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

## KAPSUŁKI Z MATICO

Aptekarza GRIMAULT et Comp. w Paryżu

Kapsułki te zawierają Essencyję olejku z Matico, połączoną z balsamem kopajwy i zamienioną w stan stały za pomocą przepalanej magnezyi. Są one pokryte powłoką z karuku, ochraniającą je od zepsucia.

Essencyja z Matico oprócz swego specjalnego działania posiada własność zupełnego oczyszczenia balsamu kopajwy i czyni go znośnym dla żołądka. Nakoniec odwrotnie kapsułki z żelatyny rozpuszczają się w żołądku kiedy **Kapsułki z Matico** PP. Grimault i Comp. dzięki ich powłoce z karuku rozpuszczają się przy wejściu do żołądka, co czyni ich działalność na organa płciowe i moczowe bezpośrednią i szybką.

Dawka: 8 do 12 kapsułek dziennie, branych po dwie co godzina, na godzinę przed lub dwie godziny po jedzeniu.

Ponieważ **Essencyja Olejku z Matico** jest trudną do otrzymania, zastępują ją w handlu mieszaniną kopajwy z proszkiem Matico. Prosimy PP. Lekarzy wymagać pieczętki Grimault et Comp.

# PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.  
Znajduje się we wszystkich aptekach.



KAPSUŁKI i PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEN, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ,  
NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie  
**PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencji drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *ehoroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

*(Gazeta Szpitali Paryżkich).*

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.



# VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobyłańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.  
Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. 10—4

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMA

### D. T. HENRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpieli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowe. 30—3

## CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

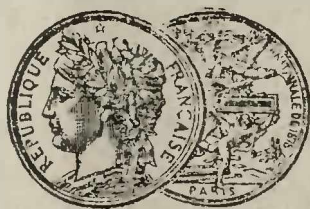
Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche, w Rosyji we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materiałów aptecznych.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

## ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków *Pankreatyny*, *Diastasis* i *Pepsyny*

### ZUPEŁNIE TRAWIĄCY

POKARMY  
TŁUSTE  
MACZYSTE  
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIWIW

Trudnemu trawieniu, Bolom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,  
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

### W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIELA Prof. BILLROTH'A Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop. 30.—  
Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład  
Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 0—4

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W O D

## A P T E K A

MAGISTRA FARMACJI

## WINCENTEGO KARPIŃSKIEGO



W WARSZAWIE



ulica Elektoralna N. 35.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maładze wyborowej:

**Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rsr.

**Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 50 kop.

**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 20 kop.

**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o:

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści,—pudełko (12 sztuk cukierków) 1 rs.

**Tran lekarski oczyszczony**, butelka 50 kop.

**Tran lekarski zwyczajny**, butelka 40 kop.

**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

**Oleum ricini koussinatium comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena doży 3 rs.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzewiów brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

**W. Karpiński.**

10-1

U L I C A M I R O W S K A N o 3.

## Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6-2

## Dr Med. ZDISŁAW NIESZKOWSKI

w r. b. jak i lat poprzednich podczas sezonu letniego będzie ordynował w **Szczawnicy**, a podczas jesienno w **Meranie** (Landstrasse Nr. 270).

6-1



№ 15. Warszawa d. 14 (2) Kwietnia 1883 r. Tom III.

SERYJA II. — ROK XVIII.

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45.

Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

**Dr. WALERY BUJAKOWSKI**

STAŁE ORDYNUJE

w **Druskienikach.**

6—1

## Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

# SYFILIDOLOGIIJA

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zł. w. a.

0—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
PRZY APTECE POD FIRMĄ

**DR. T. REINERICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomet.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziona, w chorobie cukrowej, przy wydzielanii piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—3



# Plaster Thapsia

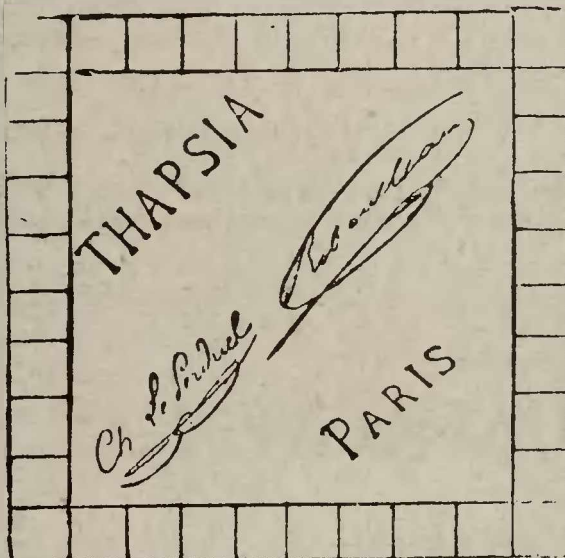
LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekania słusznie zarzu-  
canych plastrom naśladowującym Thapsia  
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierżputowskiego, Zeuschnera,  
Ziemińskiego i Liliopa.

# PLASTER THAPSIA DESNOIX

*Uznany za najpewniejszy, najoszczędniejszy  
i najskuteczniejszy środek przeciwny.*

Kaszłom, Zaałakowaniu dróg oddechowych,  
Katarom zwyczajnym i Oskrzełi, Nerwo-  
bólom łądźwiowym i Reumatyzmom.

DESNOIX & C<sup>IE</sup>

SPARADRAP  
REVULSIF  
AU THAPSIA



SPARADRAP  
REVULSIF  
AU THAPSIA

17, Rue Vieille du Temple, 17  
PARIS

Jednorazowe przykładanie przynosi choremu  
wielką ulgę.

Dla uniknięcia podrobień należy wymagać wy-  
żej podanego i odpisu i wizerunku.

Znajduje się u wszystkich drogistów i apte-  
karzy w Rosyji.

DRAGEES MEYNET  
D'EXTRAIT  
DE FOIE DE MORUE

Pigulki Meynet  
z Ekstraktu  
Tranu Rybiego.  
Zatwierdzone przez  
Paryzką Akade-  
miję Medyczną.

Zalecane przez wszystkich le-  
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie  
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.



Pigulki Meynet sprzeda-  
ją się w pudełkach albo  
we flakonach. Wyma-  
gać na etykiecie znak fa-  
bryczny, jak obok, i pod-  
pis G. Meynet, niebies-  
kim atramentem.

Skład Hurtowy: A. Fourny,  
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-  
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

# POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych  
na piersi, żołądek, bezkrwistych lub ma-  
jących bladą cerę, najlepszym i najprzy-  
jemniejszym śniadaniem jest RACA-  
HOUT des Arabes (Rakatu Arabskie),  
pokarm pożywny i wzmacniający, przy-  
gotowany przez Delangreniera w Pary-  
żu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rosyji.



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin. O operacyjnym leczeniu wysięków opłucnej. — II. Wł. A. Głuziński. Mięsak limfatyczny śródpiersia tylnego (*Lympho-sarcoma mediastini postici*). — (Dokończenie). — III. H. Pacanowski. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzuszego i wysypkowego w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872 — 1882. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 10. Fr. Jawdyński. Oryginalny przypadek udawania choroby. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi. — Ogłoszenia.

## I. O OPERACYJNEM LECZENIU WYSIĘKÓW OPŁUCNEJ

napisał

**D-r Teodor Dunin,**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przy leczeniu zapalenia opłucnej, mianowicie też z wysiękiem surowiczym, lekarz rzadko ma do czynienia z ostrym okresem zapalenia; najczęściej wypada mu tylko usuwać istniejące jego produkty, t. j. wysięk i to w chwili, kiedy samo zapalenie albo zupełnie wygasło, albo też bardzo straciło na nateżeniu. Pomimo to, w podręcznikach patologii i terapii do dzisiejszego błąka się fałszywe mniemanie, że zapalenie opłucnej rozpoczyna się, jako choroba ostra *par excellence*, dreszczem, gorączką kluciem w boku, poczem dopiero zwolna wysięk się zbiera. Jest to błąd, niczem usprawiedliwić się nie dający. Już Trousseau (1) <sup>1)</sup> zwraca uwagę na to, że zapalenie opłucnej rozwija się najczęściej skrycie; chory nic prawie nie wie o swej chorobie, czuje się tylko nieco osłabionym i dopiero kiedy wysięk uciśnie całe płuco, zaczyna doznawać utrudnienia w oddechaniu, co go zmusza do szukania porady lekarza; to ogólne osłabienie i pewne utrudnienie w oddechaniu, którego nawet zresztą może brakować, stanowi przedmiot skargi chorych i dopiero, jeżeli zwrócimy ich uwagę, przypominają sobie, że parę lub kilka tygodni, a nawet miesięcy temu doznawali małych dreszczyków i nieznanego bólu w boku. W takim stanie chory może chodzić kilka tygodni i w takim to stanie często zdarza się nagła śmierć u chorego, który dotychczas tylko nieco duszności doznawał. Rzadko tylko początek choroby bywa ostry i wtedy najczęściej mamy do czynienia z wysiękiem ropnym, albo też przeważnie włóknikowym. Przy braku w ogóle opisów chorób zapalenia opłucnej, trudno podać procentowy stosunek przypadków z ostrym i przewlekłym przebiegiem. Z pomiędzy 23 przypadków, dokładnie opisanych w pracach Terrillon'a (2) i Foucart'a (3), powolny początek miał miejsce w 17, t. j. w 74%,

<sup>1)</sup> Liczby umieszczone przy nazwiskach autorów odnoszą się do spisu dzieł, który umieścimy będzie na końcu pracy.

ostry zaś lub dość ostry tylko w 6, t. j. 26%. W 15 przypadkach mojej własnej praktyki, w których początek choroby dokładnie mi jest wiadomy, powolny początek miał miejsce w 12. ostry w 3 (nie licząc ropnych). Dodawszy moje do powyższych, otrzymamy ostry początek w 23,7%, powolnym w 76,3%.

To, co powiedziałem o początku zapalenia płucnej, nie tylko nie sprzeciwia się naszym pojęciom o chorobie, ale pozostaje z niemi w zupełnej zgodzie; surowicze bowiem zapalenie jest niższym stopniem zapalenia, chorobą, w której zaraźliwego początku przyjmować prawa nie mamy, nic też dziwnego, że ogólne oddziaływanie ustroju jest małe.

W obec tego, co wyżej powiedziałem, rzeczywistość jest, że lekarz wyjątkowo tylko ma do czynienia z ostrym okresem surowiczego zapalenia płucnej; w tych rzadkich przypadkach, gdzie mu się to udaje, środki przeciwzapalne jako to: pijawki, zimno i t. d. żadnej prawie nie przynoszą korzyści i wysięk zbiera się swobodnie pomimo ich użycia.

Tak więc wracam do tego, co powyżej powiedziałem, że lekarzowi najczęściej usuwać wypada już tylko produkty zapalenia płucnej. Najprostszą i najnaturalniejszą do tego drogą jest wessanie wysięku; takowe zdarza się często samo przez się bez naszego współdziałania i z niem przy leczeniu płucnej rachować się należy. Gdzie siły przyrody odmawiają swej usługi, tam lekarz najczęściej, pomimo całego arsenału środków niby ułatwiających wessanie, doznaje smutnego zawodu i rozczarowania; jeżeli zaś jest optymistą i koniecznie chce zmusić wysięk do wessania, to najczęściej, doprowadziwszy chorego do groźnego stanu, ustępuje miejscu innemu, energiczniejszemu, który przy pomocy operacyi ułatwia choremu dojście do zupełnego albo względnego zdrowia. Wszelkie tu używane środki jak pryszczydła, ciepłe okłady, maść merkuryjalna, środki moczopędne raz działają, a dziesięć razy odmawiają swej usługi, co już silnie wzbudza podejrzenie, czy wyzdrowienie i w tych rzadkich przypadkach im, a nie siłom przyrody zawdzięczać przeważnie należy. Może środki napotne, a mianowicie też pilokarpina, jako jedyny pewny środek (na działanie moczopędnych nigdy rachować nie można) wzbudzający poty, powołana będzie do odegrania pewnej roli w leczeniu wysięków płucnej, do dziś jednak podania o jej skuteczności są nieliczne i niezupełnie pewne (o ile wiem jeden tylko Eichorst (4) gorąco ją poleca). Tak więc, już to tam, gdzie wspomniane środki zawodzą, już tam, gdzie na działanie czekać nie mamy czasu, musimy się uciekać do wypuszczenia wysięku drogą operacyi, t. j. do przekłucia lub przecięcia klatki piersiowej.

Zanim przystąpię do wyłożenia wskazań do powyższej operacyi, powiem w kilku słowach o złych następstwach, jakich ona stać się może przyczyną. Kiedy się porozumiemy, co do tego ostatniego, to i wskazania z większą swobodą będziemy mogli wynaleźć.

Od roku 1844, w którym Trousseau po raz pierwszy wywalczył prawo obywatelstwa dla przekłucia klatki piersiowej, operacyja ta wykonywana była we Francyi bez ściśle oznaczonych wskazań, ale też i bez przeciwwskazań; powątpiewano czasami o jej wyższości nad innymi środkami, ale nie przypisywano jej bezwzględnie żadnych złych następstw. Dopiero prawie jednocześnie



ogłoszone przypadki przez B é h i e r'a i T e r r i l l o n'a (2), w których chorzy zmarli nagle po dokonaniu u nich przekłucia klatki piersiowej, zwróciły uwagę lekarzy na tę możliwą komplikację. Od tej chwili poczęły się mnożyć przypadki nagłej śmierci po wykonaniu operacji; F o u e a r t (3) w pracy swojej zebrał ich 12, szkoda jednak, że nie możemy mieć nawet pojęcia o przybliżonej ich częstotliwości, żaden bowiem z autorów tę kwestyję poruszających nie podaje procentowego stosunku. Rzecz godna uwagi, że podobne przypadki nie zdarzały się w Niemczech wcale, a przynajmniej w żadnej z licznych niemieckich prac w tym przedmiocie o nich nie znajduję najmniejszej wzmianki. Ja na 66 przekłuć także nie widziałem jej ani razu, w każdym więc razie straszną tę komplikację za nader rzadką uważać należy. Jakkolwiek bądź, nie uwalnia nas to od zwrócenia uwagi na przyczyny nagłej śmierci, będącej następstwem przekłucia klatki piersiowej. Takowe mogą być rozmaite i niezupełnie dobrze są znane. Pierwszą, najlepiej zbadaną, stanowi t. z. „*expectoration albumineuse*“, która wybornie opracowana została w interesującej pracy T e r r i l l o n'a. Powyższy autor zebrał 21 przypadków tej ekspektoracji, z których 2 tylko zakończyły się śmiercią. We wszystkich tych przypadkach przekłucie dokonane zostało u chorych nie przedstawiających zbyt ważnych powikłań; wypuszczano od 1000—5000 ctm. sześciennych płynu; chorzy zrazu czuli się znacznie lepiej, aż po pewnym przeciągu czasu, a mianowicie od 10 minut do 2 óch godzin, dostawali napadu silnego kaszlu, przy którym wypluwali ogromną nieraz ilość płynu, a mianowicie od 250—2000 ctm. sześciennych. Płyn wyrzucany jest niezmiernie charakterystyczny; zebrany w naczyniu układa się w 3 warstwy, z których górna jest śluzowa, średnia, najobfitsza, przedstawia się w postaci czystego surowiczego płynu, dolna zaś składa się z ropy i komórek nabłonkowych. Oddawanie płwociny, jeżeli nie kończy się śmiercią, trwa od 2—24 godzin; potem wszystko przechodzi i rekonwalescencyja postępuje bez żadnej przerwy. W 2-óch przypadkach, zakończonych śmiercią, płuco po stronie chorej było powiększone, nie zawierało wcale powietrza, z powierzchni zaś jego rozkroju wypływała ogromna masa takiegoż płynu, jak ten, który chory za życia wypluwał; tymże samym płynem wypełnione były oskrzela, od najdrobniejszych począwszy aż do najgrubszych. Oczywiście więc śmierć nastąpiła tu skutkiem prostego uduszenia.

Ta tak zwana „*expectoration albumineuse*“ i jej przyczyny były przedmiotem licznych rozpraw w prasie i uczonych towarzystwach francuzkich. Przypuszczano pierwotnie, że płyn przedostawał się tu do płuc z jamy opłucnej wskutek przedziurawienia płuca już to trójgrańcem, już to *spontaneo modo*. Pierwsze z tych przypuszczeń nie ma najmniejszej racyi, przekłucie płuc trójgrańcem jest zbyt mało znaczące, aby przez otwór ztąd powstały tak znaczna masa płynu przesączyć się była w stanie; szczególnież też od czasu, kiedy do torakocentezy używają cieniutkich trójgrańców podobne tłómaczenie staje się niemożliwe. Zresztą przy obfitym wysięku samo nawet zranienie płuca, odepchniętego do kręgosłupa, jest nieprawdopodobnem nawet przy najgłębszem wprowadzeniu trójgrańca. Co do drugiego, t. j. samodzielnego pęknięcia płuca, skutkiem tego, że ciśnienie w opłucnej nagle zmniejszone zostało, to dałoby się ono

pojąć tylko raz przy aspiracyi i po drugie wtedy, kiedy oplucna byłaby już chorobliwie zmieniona. To ostatnie ma miejsce jedynie przy ropnych wysiękach, i wtedy istotnie po wypuszczeniu ropy powietrze przedostaje się do jamy oplucnej, wytwarzając odmě piersiową; taki przypadek ja sam widziałem 2 razy, zaznaczają go też i inni autorzy. Ale w tych przypadkach kierunek może być tylko od płuca do oplucnej, kiedy natomiast przeciwny staje się niemożliwy, bo powietrze uciska płuco i zamyka jego otwory. Może więc przedostawać się powietrze z płuca do jamy oplucnej, ale nigdy płyn z tej ostatniej do płuc przenikać nie może. Zresztą to tłómaczenie nie da się wcale zastosować do wysięków surowicznych, gdzie oplucna zawsze pokryta jest dość grubym pokładem włóknika, chroniącego ją od przerwania. Jak przytem wyżej powiedziałem, przerwanie samodzielne byłoby możliwe tylko w razie znacznego zmniejszenia ciśnienia w jamie oplucnej, t. j. przy użyciu przyrządów ssących, kiedy tymczasem komplikację, o której mowa, spotykano i przy przekłuciach, dokonywanych prostym trójgrancem. Wreszcie, co ostatecznie przemawia przeciw powyższemu przypuszczeniu, owa *expectoration albumineuse* zdarza się i przy zupełnem usunięciu płynu z oplucnej, jest więc od niego zupełnie niezależną. Najprawdopodobniejsze tłómaczenie tego zjawiska podał H e r a r d, a obszerniej je rozwinął T e r r i l l o n. Według nich ma tu miejsce obrzęk płuc spowodowany nagłym napływem krwi do naczyń, które przez długi czas nie zawierały w sobie krwi; takie przypuszczenie jest bardzo prawdopodobne i znajduje poparcie w pracach C o h n h e i m'a (5), który wykazał, jak znaczny wpływ wywiera przerwanie krążenia na odżywianie ścian naczyń. Czy zaś tu mamy do czynienia z istotnem zapaleniem, na kształt tak zwanej „*pneumonia serosa*“, wprowadzonej do nauki przez T r a u b e'g o, czy tylko z prostym obrzękiem, na to oczywiście odpowiedzieć niepodobna; zauważyć jednak winienem, że w niektórych razach to odpluwanie następowało już po upływie 10 minut, co w każdym razie byłoby za mało do rozwoju zjawisk zapalnych. Na poparcie wspomnianego wyżej pochodzenia tak zwanej *expectoration albumineuse* przemawia i ten fakt, że zawsze tam, gdzie ona występowała, wypuszczano prędko i znaczną ilość wysięku, a więc napływ krwi do zmienionych naczyń był nagły i znaczny, co także ułatwia powstawanie obrzęku.

Co do przypadków zakończonych śmiercią, to w jednym z nich, a mianowicie opisanym przez T e r r i l l o n'a, w drugim płucu znaleziono bardzo silne zrosty z klatką piersiową; wspomniany autor przypuszcza, że tutaj prąd powietrza nie był dość silny, aby porwać za sobą płyn wypełniający oskrzela chorego płuca i ztąd powstało zaduszenie.

Dodać należy, że po przekłuciu klatki piersiowej chorzy dostają stale ataków mniej lub więcej upartego kaszlu, przychem wyrzucają nieco śluzowej plwociny; ta ostatnia jednak jest tylko śluzem zachodzącym z oskrzeli i różni się zasadniczo od powyższej brakiem obecności białka. Sam zaś kaszel powstaje prawdopodobnie wskutek drażnienia oskrzeli przez powietrze, podrażnienia, od którego przez jakiś czas były odwykły.

Inne przyczyny nagłej śmierci po przekłuciu klatki piersiowej są rozmaite i wogóle mniej dokładnie znane. F o u c a r t, a za nim i inni, jak V e r g e l y (6),



Dieulafoy (7), Leichtens tern (8) są zdania, że zaburzenia w czynności serca są najczęstszą jej przyczyną; ich zdaniem wskutek ucisku płuca i utrudnienia krążenia krwi powstają w prawej połowie serca, a mianowicie w uszku, skrzepy, które po wypuszczeniu płynu i przyspieszeniu skutkiem tego krążenia unoszone bywają w kierunku tętnicy płucnej i takową zatykają, albo też skrzepy powstałe w gałęziach tętnicy płucnej unoszone bywają do mózgu. Wymienieni autorzy na poparcie swego zdania przytaczają, że w pewnej ilości obserwacji (między innymi w przypadku Vergely'ego) obecność skrzepu rozpoznawaną była, raz mianowicie w żyłę udowej, a raz w żyłach twarzowych i że ten rodzaj nagłej śmierci nie zdarza się nigdy w czystym, niepowikłanym zapaleniu opłucnej.

W innych znowu przypadkach, mianowicie u osób osłabionych, następuje śmierć lub rozmaitej siły omdlenie; z pomiędzy 66 przekłuć, jakie wykonałem, raz jeden miałem do czynienia z zemdleniem istotnym, z którego jednak chorą bardzo prędko ocuciłem (spostrzeżenie VIII). W kilku przypadkach chorzy skarżyli się, że im się słabo robiło; w tych razach przerywałem wypuszczanie płynu i wspomniany objaw przechodził natychmiast. Przyczyna tego, czasami nawet śmiertelnego zemdlenia, jest jeszcze sporna; mojem zdaniem najprostszym byłoby przyjęcie wraz z Legroux i Strauss'em ostrej niedokrwistości, spowodowanej nagłym i silnym przyływem krwi do płuc. Natomiast Desnos, a za nim Foucart, odrzucają takie wyjaśnienie na tej zasadzie, że po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnej nigdy podobnego omdlenia nie obserwowano. Takie jednak porównanie nie wytrzymuje krytyki; płyn w jamie otrzewnej rozszerza ścianki brzucha, a nie uciska żadnego narządu i nie pozbawia go krwi, gdy tymczasem płyn w opłucnej uciska płuco i pozbawia je prawie w zupełności krwi. Dla tego po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnej nie ma napływu do trzewiów brzusznych, natomiast po wypuszczeniu płynu z jamy opłucnej krew w ogromnej ilości napływa do płuca ze szkodą innych, a mianowicie mózgu. Że tak jest, dowodzi tego częste uczucie słabości, jakiego doznają chorzy, a które po podaniu nieco wina i przerwaniu wypływu wkrótce przechodzi. Dla tych przypadków Foucart, Dieulafoy i Vergely proponują inne objaśnienie; sądzą oni mianowicie, że przyczyną śmierci jest tu zatrzymanie się działalności serca, spowodowane drogą odruchów, naksztalt tego, jak to otrzymał Goltz, Tarchanoff i inni przy drażnieniu gałązek nerwa trzewiowego. Co do mnie, to jestem zdania, że na poparcie tej hipotezy nie można przytoczyć ani jednego racjonalnego dowodu; ból sprawiony choremu przez wetknięcie trójgrańca jest tak mały, że go nawet w rachubę brać nie można; przytem omdlenie zdarza się zawsze przy końcu wypuszczania, a nigdy bezpośrednio po ukłuciu. Prędzej już możnaby przyjąć źródło podrażnienia w oskrzelach, które nagle poddane są działaniu nowego bodźca, od którego odwykły, a mianowicie powietrza i to jednak objaśnienie nie wydaje mi się prawdopodobnem.

W jednym przypadku Fraentzel (9) widział nagłą śmierć wskutek krwotoku płucnego; był to wszelako przypadek nie czysty, chory bowiem obok zapalenia opłucnej cierpiał na suchoty. Po wypuszczeniu płynu naczynie, z powodu zmian chorobowych i przerwy w krążeniu silnie zmienione nie wytrzy-

mało naporu krwi i pękło. W jednym z moich przypadków (sposzczenie XI) przy końcu torakocentezy pokazało się z  $\frac{1}{2}$  kieliszka krwi, miałem więc do czynienia z krwotokiem opłucnej. Na postęp zdrowienia powikłanie to nie miało żadnego wpływu, wytlómaczyć się zaś daje w ten sposób, że chora była suchotnicą, że więc naczynia jej przedstawiały już pewnego rodzaju usposobienie do krwotoków. *Fraentzel* przytacza przypadek, gdzie także u suchotnika po wypuszczeniu wysięku surowiczego zebrał się wysięk krwawy, jest to więc wyższy stopień tego, co ja widziałem. Chory i tu wyzdrowiał.

Oto są wszystkie przyczyny nagłej śmierci i groźnych powikłań, jakie spotykano po operacji wypuszczenia płynu z opłucnej. Zaiste 12 przypadków śmierci, jakie zebrał *Foucart* i kilka jeszcze innych, rozproszonych w literaturze, wobec setek tysięcy przekłuć dokonanych, jest tak mało, że z nimi nawet rachować się niewarto, tem bardziej, że w znacznej liczbie tych przypadków śmierć była następstwem albo dawniej istniejących powikłań, albo skutkiem niezachowania należnych ostrożności, o czem niżej podaję.

Jest inny zarzut, od którego torakocenteza bronić się musi, a mianowicie, że przyczynia się do zamiany niewinnych surowicznych wysięków na ropne. Zarzut to stary, stawiał go już bowiem *Stokes* i *Watson*, a energicznie odpierał *Trouseau* (1), od tego czasu też często był powtarzany. Nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki, gdzie przy powtórnem wypuszczeniu zamiast płynu surowiczego, znajdujemy ropę; częstość tego wydarzenia trudno mi jest określić, autorowie bowiem najczęściej tylko wspominają o niem, nie podając dokładnych danych. *Fiedler* (10) na 100 przekłuć widział je raz (1%), *Fraentzel* (9) na 47 przypadków (ilość przekłuć nie wiadoma) 2 razy, ja zaś na 49 przekłuć wysięku surowiczego otrzymałem 2 razy powyższą zamianę, t. j. w 4%. Tak więc gdyby nawet torakocenteza sama tej zamiany zawsze była przyczyną, to jeszcze nie jest ona tak częstą, aby dla niej obawiać się operacji należało. Zresztą czy zawsze o nią torakocentezę i tylko ją obwiniać należy? Sądzę, że *Dieulafoy* (7) idzie za daleko, jeżeli tę ostatnią zupełnie uniewinnia, jak znów za daleko idzie *Fiedler*, jeżeli powiada, że każda zamiana wysięku surowiczego na ropny maswoje źródło w niedokładnem wykonaniu operacji. Prawda leży po środku; faktem jest niezawodnym, co dobitnie podnosi *Fraentzel*, a jeszcze bardziej *Dieulafoy*, że przy najdokładniejszym nawet wykonaniu operacji w niektórych przypadkach wysięk zamienia się na ropny, jak znów faktem jest, że zdarza się, iż chory zdrów, bez żadnych powikłań, w bardzo krótkim czasie po przekłuciu dostaje dreszczy i mamy ropny wysięk gotowy; w tym ostatnim razie mamy prawo obwiniać torakocentezę. W jaki sposób sama operacja może być przyczyną takiej zmiany? *Fiedler* obwinia o to jedynie powietrze, które dostać się może do opłucnej i zdaniem mojem słusznie; sam przyrząd, jakoby źle zdezynfekowany, na drugim tu stoi planie, a to dla tego, że, przechodząc przez ściany klatki piersiowej, mechanicznie oczyszczony zostaje. Tak więc od czasu, kiedy operujemy przyrządami ssącemi, a jeszcze więcej lewarem, przy którym powietrze absolutnie nie ma dostępu, możliwość zamiany wysięku z tej przyczyny zupełnie wykluczoną być winna, boć przecie ze źle wykonanemi operacyjami nauka rachować się nie może. Za-



wsze jednak pozostaje pewna kategoria faktów, gdzie zamiana wysięku na ropny następuje, pomimo że o to technicznej strony operacyi nie można obwiniać. *Fraentzel* jest zdania, że w tych razach zamiana daje się objaśnić w ten sposób, że ścianki naczyń opłucnej pozbawionych krwi skutkiem długiego i silnego ucisku uległy w myśl nauki *Cohnheim'a* zmianom molekularnym; kiedy po wypuszczeniu płynu krew do tak zmienionych naczyń silnie napływać poczyni nic dziwnego, że zapalenie podnosi się o jeden stopień wyżej i z surowiczego przechodzi w ropne. Objasnienie takie zgodne jest zupełnie z naszymi pojęciami o chorobach, w ten to sposób sędzę, da się wytłómaczyć zamiana zastarzałych wysięków surowicznych, jak to np. w mojem spostrzeżeniu Nr. XIX miało miejsce. Chora cierpiała od wielu tygodni na wysięk ograniczony do przedniej części klatki piersiowej; przy pierwszym przekłuciu wypuściłem około 600 ctm. sześciennych płynu surowiczego. Chora przez 2 tygodnie czuła się lepiej, i dopiero po tym czasie nastąpiły dreszczyki i zamiana wysięku na ropny. Operacyi samej w tym razie nie podobna jest obwiniać, zamiana bowiem nastąpiłaby zaraz w parę dni po przekłuciu, dla tego też sędzę, że przyjąć tu raczej należy owo wzniesienie się zapalenia do wyższego stopnia, do czego przekłucie w pewnej części przyczynić się mogło.

Z drugiej strony *Dieulafoy*, idąc za zdaniem swego mistrza *Troussseau'a*, inne tych faktów daje objaśnienie. Powiada on, że badając wysięki surowicze opłucnej pod mikroskopem, znajdujemy raz bardzo mało czerwonych ciałek krwi, a mianowicie 500—2000 w ctm. sześciennym płynu, w innych zaś przypadkach jest ich 3000, 4000 a nawet 6000 w centymetrze sześciennym. Te ostatnie *Dieulafoy* nazywa wysiękami histologicznie krwawymi i one to są przeznaczone do przejścia w ropne bez względu na to, czy torakocenteza będzie zrobiona czy nie; wysięki te mają 2 okresy rozwoju i jeżeli przekłucie będzie zrobione w pierwszym z nich otrzymamy wysięk surowiczy, jeżeli w drugim ropny. Natomiast wysięki zawierające 500—2000 czerwonych ciałek w centymetrze sześciennym nie przechodzą nigdy w ropne. Sędzę, że i to wyjaśnienie nie jest pozbawione pewnej podstawy, widzimy bowiem, jak u pewnych podupadłych na zdrowiu osobników zapalenie powoli się wznosi, zanim stanie się czysto ropnem. Takie objaśnienie zastosowałbym do mojego spostrzeżenia Nr. XVIII. Tutaj miałem do czynienia z chorym wycieńczonym, który od kilku tygodni doświadczał ciągłych dreszczyków; wypuściłem mu 1200 ctm. sześciennych płynu wprawdzie surowiczego, ale bardzo mętnego, co już wskazywało na obfitość komórek ropnych. Po wypuszczeniu ropy stan się nie poprawił dreszczyki trwały wciąż dalej, a druga operacyja dała już wysięk ropny. I tu sędzę, że operacyi obwiniać nie można, prawdopodobniejszem bowiem mi się wydaje, że wysięk już poprzednio był na drodze do przemiany na ropny.

Tym sposobem przeszedłem wszystkie ujemne strony operacyjnego wypuszczenia płynu z jamy opłucnej; mojem zdaniem, są one tak nieliczne, że w niczem nie mogą zaszkodzić reputacyi w mowie będącej operacyi, operacyi, która w wielu razach jest jedyną deską ocalenia. (C. d. n.)

## II. MIĘSAK LIMFATYCZNY ŚRÓDPIERSIA TYLNEGO

(*Lympho-sarcoma mediastini postici*).

Opisał

**D-r Wł. Antoni Gluziński**

asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

Z protokołu sekcyjnego przytoczę tylko wyjątek odnoszący się do klatki piersiowej, który brzmi:

Po odjęciu mostka z chrząstkami żebrowemi widać całą przestrzeń śródpiersia zajęta masą nowotworową, pokrytą w części górnej szczątkami zarośniętego niedodmowego (atelektycznego) i w znacznej mierze zanikłego płatu górnego i średniego płuca prawego. Płat dolny dopiero przy dalszem preparowaniu rozeznąć się daje, jako cienka blaszka, grubości najwyżej 1 centymetra, sinoczerwona, mięsista, pokrywająca dolną i wewnętrzną powierzchnię guza śródpiersia zajmującego, z którym podobnie jak szczątki innych płatów tego płuca ściśle na całej powierzchni jest zrosniętą zapomocą wiotkiej tkanki łącznej. Jedynie tylko szczyt tego płuca, który znajduje się pod górną częścią mostka, przedstawia utkanie prawidłowego płuca i zawiera powietrze. Natomiast okolicę, gdzie w prawidłowym stanie znajduje się szczyt płatu górnego, zajmuje masa nowotworowa. Guz ten zresztą wypełnia ściśle i rozpycha całą prawą stronę jamy klatki piersiowej i na całej powierzchni przytykającej do ścian tej jamy przedstawia dość ściśle zrosty łącznotkankowe. Granice guza nie mieszczą się jednak tylko w obrębie przestrzeni, którą w stanie prawidłowym wypełnia płuco prawe, lecz, jak już wspomniano, przechodzą na całą przestrzeń śródpiersiową, tak, że tylna część nowotworu w całej długości brzegu wewnętrznego spoczywa na trzonach kręgów piersiowych, a jako granicę, dokąd nowotwór sięgał, można uważać linię prostopadłą, przechodzącą w oddaleniu 2 centymetrów poza główkami (*capitula*) żeber lewych. Z tego też powodu cała zawartość śródpiersia wypartą jest do lewej połowy klatki piersiowej, mianowicie serce z naczyniami, przelyk, mniej dolna część tchawicy. Po mozolnem wyluszczeniu guza i wyjęciu go wraz z resztą zawartości klatki piersiowej, przedstawia się tenże jako dokładny odlew prawej strony tej jamy, na którym uwydatniają się wyraźnie odciski żebrów, zwłaszcza zaś kręgosłupa, a nawet prawego obojczyka. Powierzchnia nowotworu jest brudno-biała, nierówna, poprzedzielana płytkimi rowkami, w które się wsuwają głębiej cienkie paski łącznotkankowe. Szczególnie ta grubozrazowość guza uwydatniona jest w jego szczycie, na brzegach i powierzchni wewnętrznej.

Spoistość nowotworu zewnętrznie przedstawia się dość zbitą, jednak guz kraje się łatwo. z powierzchni przekroju przeważnie białej, w niektórych miejscach brudno-szarej, lub więcej brudno-żółtawej i czerwonej. rozmięklej



zwłaszcza w częściach środkowych, zebrać można bardzo obfity, gęsty, białawy, śmietankowy płyn, który zbadany pod drobnowidzem okazał mnóstwo komórek drobnych, okrągłych, limfoidalnych części stłuszczonych.

Największa długość nowotworu od szczytu ku dołowi wynosi w powierzchni tylnej 25 centymetrów, w powierzchni przedniej 20 ctm.; największa grubość od przodu ku tyłowi odpowiada głębokości klatki piersiowej.

Płuco lewe okazuje objętość stosunkowo zmniejszoną, szczególnie w płacie dolnym; jest zresztą na całej powierzchni wolne, opłucną ma gładką, w częściach tylnych nielicznymi świeżymi wybroczynami pokrytą. Powierzchnia tego płuca okazuje zabarwienie bledsze w częściach przybrzeżnych przednich, ciemnoczerwone w częściach tylnych, a nawet sine w części tylnej płatu dolnego. Nadto znajdują się na powierzchni płuca rozsiane, wyraźnie odgraniczone miejsca sinawe, nieco pod powierzchnią zaklesłe. Na rozkroju miąższ tego płuca okazuje zmniejszoną ilość powietrza w częściach tylnych, gdzie jest znacznie przekrwiony, i wydziela z powierzchni przekroju dość obfitą ciecz pianistą krwawo-zabarwioną. W oskrzelach tego płuca wykazać się daje dość obfita ciecz lepka, śluzowa.

Główne gałęzie oskrzeli, idących do uciśniętego płuca prawego jakkolwiek nieco węższe, są drożne (główne oskrzele płatu górnego jest na przestrzeni  $4\frac{1}{2}$  ctm. drożne, później przez bujającą w jego ścianie masę nowotworową nagle i znacznie zwężone). Serce oprócz wyparcia do lewej połowy klatki piersiowej nie przedstawia zboczeń. W jamie brzusznej przede wszystkim zwraca uwagę znaczne obniżenie wątroby, skutkiem wyparcia przez nowotwór obniżający przeponę tej strony, a nadto wątroba ułożona jest w ten sposób, że jej powierzchnia górna zwróconą jest ku przodowi.

Tak więc sekcja stwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne.

Powody, które skłoniły do ogłoszenia tego przypadku, nie leżą w tem, że za życia można się było zbliżyć do prawdziwego rozpoznania, nie w chęci powiększenia kazuistyki nowotworów w klatce piersiowej o jeden przypadek więcej, lecz dla zwrócenia uwagi na kilka zajmujących szczegółów, które wynikają z obserwacji i badania anatomicznego. Przed laty kilkunastu mógł i ten przypadek stanąć w rzędzie ciekawych przypadków kazuistycznych, w czasie, gdy opis jednego lub dwóch przypadków stanowił już temat rozpraw inauguracyjnych; były one wtedy potrzebne, by z nich można było złożyć całość tak o charakterze anatomicznym tych nowotworów, jak o ich przebiegu i rozpoznaniu. Dziś ogłoszenie poszczególnego wypadku ma o tyle wartość, o ile zawiera pewne szczegóły nowe, lub gdy odstępuje od zwykłego przebiegu, opartego na dotychczasowych spostrzeżeniach.

W tym kierunku nad opisanym przypadkiem chcę zrobić uwag kilka, podając zarazem wytlómaczenie kilku objawów, spostrzeganych za życia, których znaczenie rozjaśniła sekcja, a mianowicie: odgłosu bębnowego na przestrzeni postaci trójkąta nad mostkiem, takiego samego odgłosu w 3-cim przestworze międzyżebrowym, zmienionego dźwięku głosu, napadowej duszności i wzmożonego przewodnictwa w górnej części klatki piersiowej po stronie prawej.

Nowotwór, rozrastając się, spowodził ucisk i następczy zanik całego prawego płuca, jedynie tylko szczyt, jak protokół sekcyjny mówi, przedstawia utkanie prawidłowe, zawiera powietrze i znajduje się pod mostkiem. Tym wynikiem sekcyi mamy dostatecznie wytłómaczony odgłos bębenny na przestrzeni postaci trójkąta nad mostkiem i tak pojmowano go też za życia.

Inną natomiast przyczynę, niż domniemywana za życia wykazało badanie pośmiertne dla odgłosu bębennego, który przy silniejszym pukaniu dał się słyszeć w 3-cim przestworze międzyżebrowym. Nie kawałek mięszu płucnego zawierającego powietrze przylegał do klatki piersiowej, lecz zbita masa nowotworu, pod którą znajdowało się jedno z większych oskrzeli. Inaczej więc odgłosu tego pojąć nie można, tylko jako tchawicowy albo oskrzelowy ton Williams'a, który powstanie swoje zawdzięczał drożności w tem miejscu oskrzeli większych, zupełnemu uciskowi płuca i zbitości nowotworu. Dziś objaw ten ma wywalczone uznanie, bo, mimo zaprzeczenia ze strony takiej powagi, jak Skoda który odgłos ten bębenny uważał tylko jako objaw zwióczenia mięszu płucnego, dalsze obserwacje Wintrich'a i Kussmaul'a (ogłoszone przez Braun'a) oddały słusność spostrzeżeniu Williams'a i jego zapatrywaniom. Może żaden z ogłoszonych przypadków nie przedstawia tak niezbitego dowodu o sposobie powstawania odgłosu Williams'a, jak przypadek opisany. Wprawdzie za życia nie stwierdzono jednej z cech tego objawu, podanej przez Wintrich'a, t. j. zmiany wysokości odgłosu przy otwieraniu lub zamykaniu ust, przecieź innego tłómaczenia dla tego odgłosu bębennego w 3-cim przestworze dać nie można, wobec braku w tem miejscu mięszu płucnego, zawierającego powietrze, a obecności tylko dość sporego oskrzela drożnego, przylegającego do zbitej masy nowotworu.

Drżenie klatki piersiowej, przewodnictwo głosu i szmerów oddechowych, zachowuje się rozmaicie w nowotworach rozwijających się w klatce piersiowej. Różnice, jakie znajdujemy w opisach rozmaitych autorów, łatwo pojąć, uwzględniając, ile modyfikacyj może nastąpić zależnie od miejsca, z którego nowotwór wychodzi, od sposobu rozrastania się takowego, jego własności fizycznych (zbitości, jednostajności utkania i t. d.), od zachowania się mięszu płucnego i oskrzeli, od okoliczności, czy nowotworowi towarzyszy wysięk lub przesiek oplucnej czy nie i t. d.. W naszym przypadku wzmocnienie drżenia, przewodnictwa głosu, szmerów oddechowych w górnej części klatki piersiowej po stronie prawej, znalazły zupełne wytłómaczenie na stole sekcyjnym, a jako momenty pośredniczące tym objawom możemy przytoczyć: 1) drożność oskrzeli; 2) jednostajną zbitość nowotworu i mięszu płucnego; 3) podatność i cienkość klatki piersiowej; 4) wreszcie okoliczność, że nowotwór był po stronie prawej.

Świszczący szelest, towarzyszący szmerom oddechowym, miał swoje podstawę w ucisku częściowym oskrzeli, a zmieniony dźwięk mowy i napadowa duszność we wrośnięciu nerwu błędnego w masę nowotworową.

Pomijając kolosalne rozmiary nowotworu, pomijając i to, że nowotwór wyszedł ze śródpiersia tylnego, zasługują jeszcze na podniesienie te okoliczności, że nowotwór nie tworzył nigdzie przerzutów, a więc był ściśle miejscowym, że nie zajmował sąsiednich narządów, gdyż tak oplucna, płuco jak i narządy śród-



piersia pozostawił nietkniętymi, wypierając je tylko ku stronie lewej, ztąd brak wyraźniejszych objawów uciskowych za życia na przelyk, układ naczyniowy i t. d. Nadewszystko godną uwagi jest ta okoliczność, że objaw Baccelli'ego nie miał nawet znaczenia rozpoznawczego dla wysięku w oplucnej. Szczegółowi temu poświęcę słów kilka.

Gdy w r. 1875 ogłosił Baccelli swoje spostrzeżenia we włoskiem archiwum dla medycyny, chirurgii i higieny, których celem było udowodnienie, że z pewnych objawów przysłuchowych można wnosić o chemicznych i patologiczno-anatomicznych własnościach wysięków oplucnej, wkrótce pojawiły się prace tak we Francyi, jak w Niemczech i Anglii zajmujące się tą sprawą. Autorów tych prac odpowiednio do wypowiedzianych zapatrywań można ugrupować w trzy szeregi:

1) bezwzględnych zwolenników zapatrywań Baccelli'ego (Guéneau de Mussy, Hirtz, Mercadier, Valentiner, Krell);

2) przyznających temu objawowi tylko znaczenie rozpoznawcze dla wysięków oplucnej w ogóle (Chopin et, Tripier);

3) zaprzeczających nawet tego ostatniego znaczenia, jak Hermet, który stwierdził ten objaw w chorobach płuc połączonych ze znacznem zgęszczeniem mięszu, np. w zapaleniu płuc włóknikowem (krupowem), w suchotach płucnych, jak wreszcie Douglas Powell.

Na podstawie co dopiero opisanego przypadku w szeregu trzecim stanąć wypada i wypowiedzieć zdanie, że symptom Baccelli'ego nawet dla wysięków oplucnej w ogóle nie jest znamieniem cechującym. Jakkolwiek stwierdzić go można prawie zawsze w razach, gdy w worku oplucnej znajduje się płyn, osobliwie czysto surowiczy, to jeden wyjątek wystarczy, by odebrać mu ogólne i bezwzględne znaczenie rozpoznawcze dla surowiczych wysięków w oplucnej, jakie mu dotąd wielu przyznaje.

### III. KILKA UWAG

#### NAD PRZEBIEGIEM TYFUSU BRZUSZNEGO I WYSYPKOWEGO

*w klinice terapeutycznej Szpitala Ś-go Ducha za czas od r. 1872—1882.*

Podał

**Henryk Pacanowski** asystent kliniki.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Obniżenie ciepłoty było niekiedy bardzo znacznem i trwało dłużej, niż po kąpielach. Przekonają o tem niżej umieszczone cyfry.

I. 12 dzień choroby; godzina 12—39,6° C.	(zaczęto dawać	W ciągu 4 godz.   różnica — 2° C..
„ 2—38,6° „	<i>natrium salicylicum</i> )	
„ 4—37,6° „ (dotąd ½ godz.)		
„ 5—38,4° „		
„ 6—38,7° „		
„ 7—39,3° „		

14	dzień choroby;	godzina 12	40° C.	}	W ciągu 7 godzin różnica 1,6° C.
		wieczorem	38,4° „		
15	„	„	41° „	}	W ciągu nocy różnica 2,5° C.
16	„	rano	38,5° „		
	„	godzina 12	39,8° „	}	W ciągu 7 godzin różnica 1,2° C.
	„	wieczorem	38,6° „		
17	„	godzina 3½	39,5° „	}	W ciągu 3½ godzin różnica 1,6° C.
	„	wieczorem	37,9° „		
18	„	godzina 3	40° „	}	W ciągu 4 godzin różnica 0,8° C.
	„	wieczorem	39,2° „		
19	„	rano	38,2° „		
II.		5 dzień choroby:	rano 40,8° C.	— wieczorem 38,4° C, różnica 2,4° C.	
8	„	„	39,2° „	„	38° „ „ 1,2° „
11	„	„	41° „	„	39° „ „ 2° „
15	„	„	40,8° „	„	38,7° „ „ 2,1° „
19	„	„	40,3° „	„	37,7° „ „ 2,6° „
21	„	„	40° „	„	38,5° „ „ 1,5° „
III.		20 dzień choroby:	rano 40° „	„	37,8° „ „ 2,2° „
23	„	„	40,4° „	„	38,6° „ „ 1,8° „
25	„	„	39,4° „	„	37,8° „ „ 1,6° „
26	„	„	39,5° „	„	38,1° „ „ 1,4° „
27	„	„	39,4° „	„	37,5° „ „ 1,9° „

Tak więc obniżenie gorączki było już po kilku godzinach od chwili przyjęcia leku dość znaczne. W ostatnich dwóch przypadkach widzimy znaczne różnice pomiędzy ciepłotami porannymi, a wieczornymi, które będą jeszcze większe, jeśli weźmiemy pod uwagę zwykle nasilenia wieczorne.

**Chinina.** Sądząc z kilkudziesięciu przypadków, w których takowa była dawana choremu, widać, iż nie wywierała ona żadnego prawie wpływu na ciepłotę w drugim okresie gorączki tyfusowej (t. j. stałej), który przecież jest najważniejszym i w którym ciepłota największe okazuje niebezpieczeństwo. Prawdopodobnie zależało to od zbyt małych dawek (*3j ad 5vj pro die*), podczas gdy **Liebermeister** zaleca dawać chininę wieczorem w ilości 24—48 gr., po 8 gr. co dziesięć minut.

**Kwas krezotynowy** dawany był w 6 przypadkach tyfusu brzusznego (w r. 1876 i 1877), sam lub jako krezotynian sodu, dziennie po 1 drachmie. W 3 przypadkach okazał się zupełnie bezskutecznym, w 3 pozostałych były bardzo nieznaczne obniżenia.

Zestawiając obecnie wymienione wyżej 4 środki przeciwgorączkowe, przekonujemy się, iż kwas salicylowy wcale nie ustępuje pierwszeństwa kąpielom zimnym, gdyż tak dobrze, jak i one ciepłotę obniżał. Niemile następstwa po użyciu tego środka rzadko dosięgają takich rozmiarów, aby się stać mogły groźnymi dla życia chorych; zresztą tyczy się to najczęściej chorych w późniejszym wieku i wyniszczonych, dla których i kąpiele są przeciwwskazane. Przeciwnicy



kwasy salicylowego opierają swe zarzuty głównie na występowaniu zaburzeń mózgowych, oraz w układzie krążenia i oddechania po dłuższem używaniu tegoż. Leczenie chininą, dawana w wysokich dawkach (24—48 gr. dziennie), jak zaleca Liebermeister, nie powoduje często równie przykrych przypadłości? A mimo to L., nie waha się wyznać, iż gdyby miał wybierać między chininą, a kąpielami, dałby chininie pierwszeństwo (l. c. str. 213). Wracając raz jeszcze do zimnych kąpieli, nadmienić muszę, iż stosowanie ich w prywatnej praktyce nieraz połączone z trudnościami, jest w szpitalu prawie niemożliwem, a mam tu na myśli stosowanie systematyczne. W naszym szpitalu sala, z 25 łóżek złożona, posiada jedną wannę tylko; dwóch posługaczy zaledwo podolać jest w stanie zwykłym czynnościom. Prócz tego wadliwe urządzenie wodociągów warszawskich naraża szpital często na brak wody. Dla tego salicylan sodu uważać można jako dobry środek, obniżający ciepłotę, tam zwłaszcza, gdzie użycie kąpieli z jakichkolwiek względów jest niemożliwem. Chodzi tylko o baczne zwrócenie uwagi na narządy krążenia i oddechania. W jednym z ostatnich numerów *Berl. klin. Woch.* <sup>1)</sup> znajduje się artykuł o działaniu kwasu salicylowego; autor przypisuje temuż wpływ podniecający na ośrodek oddechania i radzi stanowczo zaprzestać dalszego użycia kwasu salicylowego z chwilą wystąpienia duszności.

Nakoniec tak zwane leczenie wycieczające stosowanem było w największej liczbie przypadków, bo aż u 91 chorych. Leczenie to polegało na dawaniu chorym do wewnątrz lekkich kwasów lub innych chłodzących napojów, dalej na obmywaniach całego ciała wodą z octem lub spirytusem po kilka razy dziennie. Prócz tego zwracało się tu uwagę na wybitne objawy ze strony ośrodków nerwowych lub przewodu pokarmowego, stosując odpowiednie do okoliczności środki. 29 przypadków było z bardzo ciężkim przebiegiem; zmarło trzech chorych. Z pomiędzy owych 26 wyleczonych chorych u 5-u ciepłota wynosiła 41°—41,5° C., przez cały ciąg choroby, u 15-u zaś 40,5-41° C.. W ten sposób leczeni byli chorzy, opisani wyżej pod numerami: 1, 3, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 27, 29, 37; u tych wszystkich przebieg był niezmiernie ciężkim, kilkakrotnie z recydywą.

### Charakter oddzielnych epidemij tyfusu brzuszego.

był następującym:

Rok 1872/3. Choroba rozpoczynała się często krwotokami z nosa i zawrotami głowy. W ogóle panowała pewna skłonność do krwawienia, np. z dziąseł. Dalej obserwowano pryszczę na wargach (*herpes labialis*). Częstym był białkomocz, ściśle towarzyszący gorączce i wraz z jej obniżeniem znikający. Ciepłota w ogóle dosięgała wysokiego natężenia, często przekraczała 41° C., a nawet wynosiła niekiedy 42° C.. Trwanie jej długo się przeciągało. Wcześniej występowała biegunka i przypadłości ze strony płuc (zapalenie opadowe). Był jeden przypadek śmierci skutkiem zapalenia płuc.

1873/4. Przebieg tyfusu był w ogóle ciężkim, nie tyle skutkiem szczególnych powikłań, ile z powodu długotrwałości; wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Białkomocz napotymano często i to w znacznym stopniu; raz było zapalenie miedniczek nerkowych (*pyelitis*). Występowały znaczne objawy móż-

<sup>1)</sup> Quincke, Berlin. klin. Woch. 1882. Nr. 47.

gowe przy dość niskiej ciepłocie. Przeważała skłonność do zaparcia stolca. Często tworzyły się ropnie odleżynowe, głównie na pośladkach, oraz było łuszczenie naskórka w okresie zdrowienia.

1874/5. Choroba występowała często po przekroczeniach dyjetetycznych, rozpoczynając się tym sposobem od zwykłych nieżyków przewodu pokarmowego. Gorączka była długotrwałą i wysoką. Przeważnie zapadali na tyfus ludzie dobrze odżywiani; jeden przypadek śmiertelny skutkiem przedziurawienia jelita.

1875/6. Charakterystycznym w wielu przypadkach było rozpoczęcie się choroby, mianowicie jednym mocnym dreszczem lub częściej kilkoma codziennymi dreszczami, występującymi zazwyczaj o jednej i tej samej porze i kończącymi się potami. Początkowo przeważało zaparcie, które niekiedy po zadaniu olejku rycynowego przechodziło w trudno powstrzymać się dającą biegunkę. W kilku przypadkach było mniej lub więcej znaczne zapalenie gardzieli (*angina*). Śledziona bolesna za dotknięciem; jakkolwiek epidemia dotykała głównie ludzi dobrze odżywianych, jednakże była złośliwą, ze znacznymi objawami mózgowymi (złudzenia, wyskakiwanie z łóżka); w jednym przypadku była 5 dni trwająca niemota (*aphasia*) przy zachowaniu świadomości. Widoczną była skłonność do zapaleń nieżyłowych ucha z wypływem śluzowo-ropnym (*otitis et otorrhoea*), do krwotoków (z nosa, dziąseł, jelit) i inne ciężkie powikłania. Zejścia śmiertelne były daleko częstszymi, niż w innych latach. (Na 26 chorych zmarło 5).

1876/7. Epidemia ta odznaczała się także ciężkim przebiegiem, jakkolwiek wszystkie przypadki przeszły pomyślnie. Głównie występowały objawy ze strony narządów trawienia; pomimo braku bólu brzucha często było wzdęcie, kruczenie, biegunka. Wątroba i śledziona wyczuwalne i bolesne. W jednym przypadku *stomatitis aphthosa*. Choroba rozpoczynała się najczęściej lekkimi dreszczykami. Przeważnie dotykała osobników wątłych i sprowadzała szybkie wycieńczenie i niedokrwistość. Niekiedy obok różyczki bywały petocie, również ostatnie bez różyczki. Kobiety w przebiegu tyfusu niekiedy dostawały przedwczesnej miesiączki. U kilku chorych znajdowano stępienie w szczytach, które utrzymywało się nawet po wyjściu ze szpitala.

1877/8. Choroba rozpoczynała się podobnymi dreszczami, jak w epidemii r. 1875/6. W kilku przypadkach stwierdzono jednoczesne istnienie tyfusu u osób, z którymi chorzy pozostawali w styczności. Były obfite biegunki. Śmierć nastąpiła w jednym przypadku.

1878/9. Niekiedy w początku choroby były wymioty oraz bóle w stawach, podobne do reumatycznych, lecz ustępujące bez wpływu kwasu salicylowego. Powiększenie śledziony w ogóle nieznaczne. Śmiertelnego zejścia nie było.

1879/80. Epidemiją cechowały przeważnie objawy mózgowo (utrata przytomności, majaczenie, chęć uciekania z łóżka), lecz przebieg wszystkich przypadków pomyślny.

1880/1. Epidemia ta zasługuje tem na uwagę, iż trwała w znacznym stopniu aż do Lipca 1881 r. Przebieg był dość lekkim; dużo przypadków poronnych, tyfus rozpoczynał się niekiedy mdłościami, rzadziej wymiotami. Ku końcowi gorączka przybierała cechy przepuszczającej. Ze strony ośrodków ner-



wowych były częste powikłania, natomiast przypadłości jelitowe były niewielkie. Umarł jeden chory.

1881/2. Niektórzy z chorych od niedawna przebywali w Warszawie. Choroba rozpoczęła się kilka razy po przekroczeniach dyjetetycznych. Pierwszemi objawami były bóle w stawach i jeden tylko dreszcz. Gorączka zwykle trwała krótko, lecz z ciężkim przebiegiem. Śmierć u jednego tylko chorego wskutek przedziurawienia jelita.

### TYFUS WYSYPKOWY.

W początku niniejszego sprawozdania mówiłem już o ilości chorych na tyfus wysypkowy (33), również o stosunkach wieku, płci, zatrudnienia i t. p.. Tu więc przejdę wprost do przyczyn. Z a r a ż l i w o ść bezpośrednią czy pośrednią stwierdzono w 9 przypadkach, lecz wszyscy chorzy przybyli z miasta; u osób zaś, w szpitalu przebywających, wysypkowego tyfusu nie było. Choroba rozpoczęła się zwykle jednocześnie z chorobą osób, z którymi chorzy byli w styczności; raz jeden tylko powstał tyfus u młodego chłopca, gdy matka, 2 siostry i brat byli już rekonwalescentami. Jednocześnie z naszymi chorymi przechodziło w domu tyfus 2, 3, nawet 5 osób.

Oprócz przypuszczalnej zaraźliwości były i inne przyczyny, podawane przez chorych: wilgotne mieszkanie, cuchnące powietrze, bliskość wychodków u 7 chorych; bardzo nędzne pożywienie, głód u 5 chorych; zaziębienie w 2 przypadkach; uderzenie w głowę w jednym; i przestrah w jednym przypadku.

Jedna chora niedawno przybyła do Warszawy. Dwaj chorzy pluli krwią od lat kilku; tyfus przebiegał u nich dość łagodnie. Trzy kobiety, chore na tyfus, były w okresie karmienia.

### Symptomatologija.

P o c z ą t e k c h o r o b y. Słabemi dreszczami rozpoczęła się choroba w 14 przypadkach; 8 zaś chorych miało po jednym mocnym dreszczu. Raz tylko tyfus rozpoczął się dreszczami, powtarzającemi się co wieczór, w przeciągu 8 dni; po każdym dreszczu poty.

Z innych przypadłości początkowych były: wypływ z ucha u jednego chorego; niemożność zatrzymania moczu u jednego chorego; bóle w stawach u dwóch chorych; ból brzucha u dwóch chorych; wymioty u jednego chorego; i ból gardła u jednego chorego.

G o r ą c z k a. Cały czas jej trwania wynosił: w 1 przypadku 10 dni, w 5 po 12 dni; w 6 po 4 dni, w 4 po 18 dni, w 6 po 21 dni, w jednym 25 dni, w jednym 28 dni, w jednym 29 dni. Widzimy z tego, iż najczęściej gorączka trwała 2—3 tygodni, rzadko dłużej, zatem krócej, niż w tyfusie brzuszny.

Co się tyczy p o j e d y n c z y c h o k r e s ó w gorączki należy zauważyć najprzód, iż żaden z chorych nie przybył w pierwszym okresie, który trwa w tyfusie wysypkowym o wiele krócej, niż w brzuszny.

O k r e s d r u g i trwał w 1 przypadku do 8 dnia choroby, w jednym do 9 dnia, w 3 do 10 dnia, w 3 do 11 dnia, w 4 do 12 dnia, w 2 do 13 dnia, w 1 do 15 dnia, w 1 do 16 dnia, w 1 do 17 dnia, w 1 do 18 dnia, w 1 do 22 dnia, w 1 do 24

dnia, w 1 do 25 dnia choroby. A zatem najczęściej okres gorączki stałej trwał 10—12 dni.

Okres t r z e c i, t. j. zakończenia gorączki najczęściej trwał bardzo krótko, tak, iż ciepłota szybko wracała do granic normalnych. W 4 przypadkach trwał on 1 dzień, w 8 trwał 2 dni, w 5 po 3 dni, w jednym 4 dni, w 2 po 5 dni, w jednym 7 dni.

U 3 chorych końcowy okres gorączki okazywał duże wahania dzienne (na 2° C.). (Dok. nast.)

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 10. Oryginalny przypadek udawania choroby.

Nie tyle ze względu na jakąś doniosłość dla patologii, ile ze względu na oryginalność i dziwaczność samego faktu, sądzę, że nie od rzeczy będzie podzielić się z Czytelnikami następującym przypadkiem.

Dnia 22. II. r. b. zgłosił się do mnie starozakonny S. z Brześcia Litewskiego ze swoim 14-letnim synem, oznajmiając, że temu ostatniemu wytwarzają się kamienie w nerkach i jako *corpus delicti* przedstawił mi w papierku ze 30 sztuk kamyków różnej wielkości.

Choroba zaczęła się 13. I. r. b. zatrzymaniem moczu. Gdy po 24 godzinach zawezwany miejscowy lekarz chciał wprowadzić cewnik, chłopak pod wpływem obawy i strachu sam mocz oddał. W tydzień potem znów nastąpiło utrudnienie w oddawaniu moczu, chłopiec kilkakrotnie silił się go oddać ale nadaremnie. Na drugi dzień wśród silnych bólów miały się wydzielić z moczem dwa małe kamyki. Ojciec chorego przyjechał wtedy z nim do Warszawy i udał się po poradę do profesora K o s i Ń s k i e g o, który kamienia w pęcherzu nie znalazł. Ponieważ pacjent nie przywiózł wówczas z sobą mniemanych kamieni moczowych, prof. K., polegając na jasności i wiarogodności anamnezy, zalecił wtedy choremu między innymi użycie wody Viehy. Od tej chwili, jakoby pod wpływem wspomnianej wody, zaczęły się wydzielać kamyki w znacznej ilości. Od 3 tygodni pojawiły się bóle w nerkach. (Ojciec chorego, zasięgając rady u miejscowego aptekarza, dowiedział się, że kamienie, wychodzące z moczem niekoniecznie mają swe źródło w pęcherzu ale mogą również wytwarzać się w nerkach. Możliwość tę ojciec zakomunikował synowi, który też od tej chwili przy każdym oddawaniu moczu chwytą się z płaczem za okolice nerkową). Bóle te w nerkach wzmagają się szczególnie podczas wydzielania się kamieni. Krew przy tem jednakże nigdy się nie pokazywała.

Przedstawione mi kamyki wielkości od ziarnka konopnego do dużego ziarnka fasoli, odznaczały się wielką nieforemnością, brzegami ostremi i na pierwszy zaraz rzut oka ze względu na właściwy odłam ziarnisty z błyszczącymi kryształkami zrobiły na mnie wrażenie odłamków granitu. Zarazem też obudzała podejrzenie nieprawdomówność chorego i ojca jego już ta okoliczność, że wielkość i kształt kamieni nie pozwalały nawet przypuścić, żeby mogły one przez cewkę nawet dorosłego człowieka, tembardziej, że ani koniecznego w takim razie obrażenia kanału i idącego zatem choćby minimalnego krwawienia nigdy przy przechodzeniu nie było. Rozbiór kamyków, dokonany przez kol. N e n e k i e g o, wykazał, że istotnie stanowiły one odłamki granitu.

Młody chory, budowy limfatycznej, małokrwisty z inteligentnym wyrazem twarzy, zdradza przy badaniu silną obawę i niepokój. Gdy mu powiedziałem, że kamienie nie z niego pochodzą, pobladł, ale w tejże chwili upewnił mnie, że mówi prawdę, tembardziej, że ojciec i lekarz z Brześcia byli naoczniymi świadkami wydzielania się kamienia z kanału moczowego. Na kilkakrotne żądanie, by przy mnie mocz oddał, chłopiec pomimo wielkich wysiłków i chwytania się z płaczem za okolice nerkową, gdzie miał gwałtowne bóle uczuwać, dokonać tego nie mógł. Zauważyłem przytem muszę, że zewnętrzny otwór cewki odznaczał się szczególnie małymi rozmiarami, a jakkolwiek dnia poprzedniego miał się wydzielić największy z kamyków, to jednakże w cewce nie widać było najmniejszego podrażnienia. W kanale moczowym na całej długości nie można było wyczuć żadnego



stwardnienia, tak, że nie mogłem i tego przypuścić, żeby chory chociaż maleńkie kamyki sam wypychał do cewki a potem je z moczem oddawał.

Na przekonywujące dowody moje zwrócone do ojca o niepodobieństwie pochodzenia kamieni w ogóle z ciała ludzkiego, a zwłaszcza też z dróg moczowych, tenże okazał się dziwnie niezachwianym w swoim mniemaniu, twierdząc, że gdyby sam Mojżesz zstąpił i fakt w mowie będący w wątpliwość podawał, jeszczeby nie mógł uwierzyć, gdyż najprzód on sam i lekarz brzeski byli świadkami, jak syn jego, jedynak, w nieopisanych cierpieniach kamyk z moczem oddawał, powtóre, że chory nie miałby żadnego celu choroby udawać. Jako stanowczy dowód, że lekarz brzeski sam widział wydzielanie się kamienia, przedstawił mi receptę z przepisem węglanu litynu.

Z jednej strony niezbitość i pewność dyagnozy negatywnej, z drugiej stanowczość przekonania ojca, mająca wszelkie pozory dobrej wiary, a oparta na naocznem jakoby świadectwie, czynią już sam fakt interesującym. Wyłączywszy wszelkie przyczyny, pobudzające ojca do kłamliwego przedstawienia rzeczy, możnaby jeszcze objaśnić sobie stanowczość jego mniemania, zaślepieniem ojcowskiej troskliwości i nieściśłością obserwacyi, bardziej interesującą lekarza jest przyczyna udawania choroby przez młodego 14-letniego chłopca. Czy położyć to na karb zdemoralizowania i chęci wprowadzenia w błąd rodziców, czy też na karb istotnej psychozy, wywołanej pod wpływem zasłyszanych wiadomości o pojawieniu się kamienia w moczu — pytanie to mogłaby rozstrzygnąć dłuższa obserwacyja chorego przez psychiatrę.

Ojciec chorego postanowił udać się z nim do Wiednia. Zachwiał się jednak w swoim przedsięwzięciu, gdy mu objawił, że może powtórnie znajdzie takiego, co pozornie uwierzy w chorobę i niepotrzebnie weźmie się do jakiegoś leczenia.

*Fr. Jawdyński.*

---

## Wiadomości bieżące.

---

*Warszawa.* Kasa imienia D-ra M i a n o w s k i e g o okazuje ciągłe starania w celu pomnożenia swoich funduszów. O ile jednak na tem polu zabiegi jej są godne pochwały i jawne, o tyle ścisła tajemnica pokrywa jej właściwą działalność. Dotychczas nie spotkaliśmy się z żadnem sprawozdaniem i zupełnie nawet nie wiadomo, czy kasa już rozpoczęła funkcjonować, jako instytucja mająca nieść pomoc ludziom pracującym na polu naukowem. Nam się wydaje, że wszelka instytucja, gromadząca fundusze drogą składek publicznych, winna składać rachunki publicznie; ale strona finansowa ma dla nas wagę podrzędną; nas głównie zaciekawia, jakie są owoce na polu naukowem działalności kasy, jakie cele doznają od niej poparcia, jak liczne są żądania pomocy, czy kasa jest w stanie zadosyć uczynić wszystkim żądaniom i jeżeli jest zmuszoną odmawiać, to jakie są powody odmowy? Pamiętamy, iż w samych początkach urządzono jedno walne posiedzenie, na które zaproszono nawet i nie członków kasy i obiecywano w następstwie urządzać kilka posiedzeń w ciągu roku. Spodziewamy się, że komitet kasy ogłoszeniem szczegółowego sprawozdania zechce wynagrodzić dotychczasowe opóźnienie.

— Nowo powstający szpital dla chorób zakaźnych za Wolskimi rogatkami, w byłej posesyi Olma położony, miał być, jak uroczyście zapewniano, oddanym do użytku dnia 15 Października roku zeszłego. Sześć miesięcy minęło od tego czasu, a szpital ciągle się urządza i nie słyhać by miał być rychło otwartym. Co więcej, chodzą wieści, że szpital ten zmieni swe pierwotne przeznaczenie i nie będzie służył wyłącznie dla pomieszczenia chorych na choroby zakaźne, lecz będzie szpitalem ogólnym! Szkoda, gdyż utworzenie szpitala specjalnego dla chorób zakaźnych jest nagłą potrzebą miasta naszego, a jeżeli wieści o zmianie przeznaczenia szpitala nowo powstającego okażą się prawdziwemi, to zadosyćuczynienie tej nagłej potrzeby nierychło chyba nastąpi, gdyż szczupłe fundusze, jakie Rada Miejska D. P. może przeznaczyć na reformy i rozszerzenie szpitali Warszawskich, mocno zostały nadszarpnięte przez szpital za Wolskimi rogatkami. Pogłoska jednak ta o zmianie jego przeznaczenia nie wydaje nam się prawdopodobną, nie możemy bowiem zrozumieć, jaki cel miałyby otwieranie w tem miejscu szpitala ogólnego,

o dwieście kroków od już istniejącego podobnego szpitala tuż przy Wolskich rogatkach, podczas gdy cała południowa połowa miasta i jej okolice nie posiadają weale szpitala, chociażby małego. Jakos nie widać planu z góry obmyślanego i konsekwentnie przeprowadzonego w powołaniu do życia i urządzaniu tego nowego szpitala.

— Profesor nadzwyczajny tutejszego uniwersytetu D-r Ł u c z k i e w i e z mianowany został profesorem zwyczajnym, a docent D-r W o l f r i n g profesorem nadzwyczajnym.

— Zmarł w dniu 10 b. m. w 50 roku życia D-r Janusz Ferdynand N o w a k o w s k i jeden z lekarzy miejskich miasta Warszawy, nauczyciel szkoły felezerskiej.

*Wiedeń.* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy wiedeńskich w d. 30 Marca r. b. profesor S t r i e k e r odczytał tymczasowe doniesienie o wynikach poszukiwań docenta okulistyki D-ra B o r y s i k i e w i e z a, który, mając sposobność badać siatkówkę tygrysa i lamparta, przekonał się, iż zwierzęta te nie posiadają weale warstwy pręcików i słupków. Miejsce ich zajmowała odpowiedniej szerokości i właściwego wyglądu warstwa ziarnista. Ponieważ zwierzęta niewątpliwie widziały prawidłowo w czasie swego pobytu w menażeryi i zwierzyńcu, przeto fakt odkryty przez D-ra B o r y s i k i e w i e z a może zmodyfikować przyjętą od lat 40 teorię, według której widzenie zależy od obecności pręcików i słupków w siatkówce.

*Getynga.* Profesor H a s s e obchodził tu w dniu 18 Marca r. b. 50-letni jubileusz doktorski.

*Bruksella.* Czwarty międzynarodowy kongres weterynarzy odbędzie się tu w d. 10. IX. r. b.

---

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski. Nr. 14.* M i k u l i e z: Resekcyja odzwiernika z powodu raka. Wyleczenie. — *R o s e n b l a t.* Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu S-go Ludwika od roku 1879 do 1883. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna. Nr. 14:* D o b r z y c k i. Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni urządzonej za r. 1881 i 1882. (Dalszy ciąg).

---

#### NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r G. B e e k's. Therapeutischer Almanach 10 Jahrgang. 1883.

Wody mineralne miasta Egeru i żelaziste torfowiska w Franzensbadzie. Eger 1883.

J e l e Ń s k i. Das Jodkalium als Heilmittel gegen Abdominaltyphus Odbitka z *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 11. (Drukowana w *Gaz. Lek.* 1882).

T r e m b e c k i. Szezawnica Zakład kąpielowo-zdrojowy i ruch jego w r. 1882.

D y m n i e k i. Sprawozdanie XXV z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku. Warszawa. 1883.

---

#### ODPOWIEDZI.

*D-ranci Wolbergowi w Warszawie.* W wiadomości o doktoryzacyi Szanownego Kolegi zamiast wyrazu „obronił“ pomieszczono wyraz „bronił“, co niniejszem prostujemy, dodając, iż stopień doktora medycyny został Koledze przyznany. Broszurki, o jakiej Kolega w liście wspomina, Redakcyja nie otrzymała i dlatego o odebraniu jej nie uczyniła wzmianki w swym organie.

*D-ranci R. w Tetyjowie.* Z podręczników o chorobach mózgu polecamy z francuzkich: G r a s s e t'a *Maladies du système nerveux.* Wydanie II; a z niemieckich: Z i e m s s e n'a *Handbuch der speciellen Path. und Therap.* Tom XI.



# PEPTONY PEPSYNOWE

## NA MIĘSIE WOŁOWEM

CHAPOTEAUT, APTEKARZ 1-ej KLASY WYDZIAŁU PARYSKIEGO.

Peptony te zupełnie czyste, nie zawierają jak tylko mięso wołowe strawione, przez co jest ono łatwo przyswajalne, za pomocą pepsyny zawsze w ilości odmierzonej i regularnej, otrzymanej ze żołądków baraniach, której jedna część trawi 7 do 800 części fibryny i która nie znajduje się w handlu. Posiadają one silną własność karmiącą i żywią doskonale organizm.

Należy je odróżniać od peptonów, jużto przyrządzanych z podpuszczką barania, jużto z trzustkami wieprzowemi, i zawierających produkt pochodzący jużto ze strawienia błon żołądkowych jużto mięsa.

Są one w trzech formach:

### 1. WINO PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Zawiera ono w kieliszku pepton z 10 grammów mięsa wołowego. Posiada smak bardzo przyjemny i stanowi doskonały pokarm, który chorzy i dzieci przyjmują z przyjemnością. Używa się go z początkiem jedzenia w ilości jednego do dwóch kieliszków.

### 2. KONSERWA PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Produkt ten jest płynny, obojętny, aromatyczny i przechowuje się dobrze. Łyżeczka kawowa przedstawia podwójną jego wagę mięsa wołowego, zażywa się go czysty lub w rosole, w winie, konfiturach, syropie i w formie lawatyw żywiących.

### 3. PROSZEK PEPTONU PEPSYNOWEGO CHAPOTEAUT.

Posiada smak mięsa i daje tę korzyść, że można go zażyć w pierwszej łyżce zupy. Rozpuszcza się w wodzie, rosole i w winie. Każda łyżeczka kawowa obejmuje blisko 4 grammy peptonu, czyli 21 do 22 grammów mięsa wołowego, zupełnie strawionego i przyswajalnego. Słoik zawiera 30 grammów peptonu, przedstawiające 160 do 165 gram. mięsa wołowego, co może wystarczyć do nakarmienia osoby dorosłej.

### GLÓWNE WSKAZÓWKI.

Niedotlenność krwi. — Trudność trawienia. — Słaba konstytucja ciała. — Osłabienie. Niemoc żołądkowa i trzewiowa. — Rekonwalescencyja. — Karmienie matek, dzieci, starców, chorych na eukrzyćę i suchotników.

SKŁADY: 8, rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolascha; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

## KAPSUŁKI Z MATICO

Aptekarza GRIMAULT et Comp. w Paryżu

Kapsułki te zawierają Essencyję olejku z Matico, połączoną z balsamem kopajwy i zamienioną w stan stały za pomocą przepalanej magnezyi. Są one pokryte powłoką z karuku, ochraniającą je od zepsucia.

Essencyja z Matico oprócz swego specjalnego działania posiada własność zupełnego oczyszczenia balsamu kopajwy i czyni go znośnym dla żołądka. Nakoniec odwrotnie kapsułki z żelatyny rozpuszczają się w żołądku kiedy **Kapsułki z Matico** PP. Grimault i Comp. dzięki ich powłoce z karuku rozpuszczają się przy wejściu do żołądka, co czyni ich działalność na organa płciowe i moczowe bezpośrednią i szybką.

Dawka: 8 do 12 kapsułek dziennie, branych po dwie co godzina, na godzinę przed lub dwie godziny po jedzeniu.

Ponieważ **Essencyja Olejku z Matico** jest trudną do otrzymania, zastępują ją w handlu mieszaniną kopajwy z proszkiem Matico. Prosimy PP. Lekarzy wymagać pieczętki Grimault et Comp.

# PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.  
Znajduje się we wszystkich aptekach.



KAPSUŁKI i PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIENI, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie  
**PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencji drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *ehoroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

*(Gazeta Szpitali Paryżkich).*

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.



# VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pültau i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rz. rad. stanu Prof. *D-ra D. Lambla*, prym. *D-ra Kobyłańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—4

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

### H. T. HENRICH

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpieli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowe. 30—3

## CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w cukrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

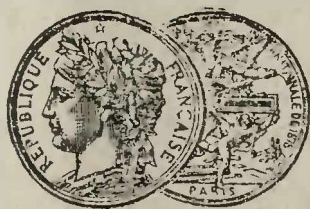
Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche, w Rosyji we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materiałów aptecznych.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1878

## ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków *Pankreatyny*, *Diastasis* i *Pepsyny*

### ZUPEŁNIE TRAWIĄCY

POKARMY  
TŁUSTE  
MACZYSTE  
I ŻYLAŚTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIW

Trudnemu trawieniu, Bolom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,

w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

### W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIELA Prof. BILLROTH'A Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop. 30.—

Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład

Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—4

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W O D

## A P T E K A

MAGISTRA FARMACJI

## WINCENTEGO KARPIŃSKIEGO



W WARSZAWIE



ulica Elektoralna N. 35.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maładze wyborowej:

**Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rsr.

**Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.

**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 50 kop.

**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 20 kop.

**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o:

**Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.

**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.

**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści,—pudełko (12 sztuk cukierków) 1 rs.

**Tran lekarski oczyszczony**, butelka 50 kop.

**Tran lekarski zwyczajny**, butelka 40 kop.

**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.

**Oleum ricini koussinatium comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena doży 3 rs.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzewiów brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

**W. Karpiński.**

10-1

U L I C A M I R O W S K A N o 3.

## Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6-2

## Dr Med. ZDISŁAW NIESZKOWSKI

w r. b. jak i lat poprzednich podczas sezonu letniego będzie ordynował w **Szczawnicy**, a podczas jesienno w **Meranie** (Landstrasse Nr. 270).

6-1