

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.

CIECHOCIŃSKI WYCIĄG Z IGLIWA SOSNOWEGO

(*Extractum Turionum Pini pro balnea.*)

Powyższy środek leczniczy, zalecany przez wielu lekarzy, z bardzo pomyślnym skutkiem,
przy reumatyzmie, artrytyzmie, krzywicy i cięższych formach żołądka, również w wielu przewlekłych
postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GEBZYŃSKIEGO w Ciechojuku.

Dostać go można w składzie materyjałów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach War-
szawskich.

Wyciąg ten, w porównaniu z krynickim, jest daleko gęstszym, a butelka, pomimo większej
objętości o 40 kop. tańsza. 6—1

KSIĘGARNIA I SKŁAD NUT E. WENDE I SPÓŁKI

otrzymała na skład główny:

Huxley T. H., Wykład biologii praktycznej—przetłómaczył A. Wrzesniowski.

Cena 1 rs., z przesyłką 1 rs. 25 kop.

Do nabycia we wszystkich znaczniejszych księgarniach. 2—2

W przyszłym tygodniu wyjdzie z druku
Nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

Stacja kolejowa
Muszyna Krynica
z dworca kolejowe-
go do Zakładu 10
kilometrów, godzina
jazdy. Przy dworcu
siakry i wózki góral-
skie.

KRYNICA

Poczta i Telegraf
tudzież biuro wy-
wiadoweże w sa-
mym zakładzie.

w Galicyi w pow. Nowo Sąddeckim

CES. KRÓL. ZAKŁAD ZDROJOWO-KAPIELOWY

na okres od 15-go Maja do 30-go Września 1883 otwarty

posiada liczne zdroje szczyawy alkaliezno-żelazistej, dwa gmachy łaźnie o 100 gabinetach, z wszelkiego rodzaju kąpielami ogrzewanymi według metody Schwartza, aptekę ze składem wód mineralnych zamiejscowych, trudniącą się wyrobem pastylek Krynickich i wyciągu z igliwia na kąpiele balsamiczne; zakład gimnastyczny i rzeźnych kąpiele.

Wody i Kąpiele mineralno-wodne i borowinowe są uznanym środkiem leczniczym: w niedokrwistości i blednicy, we wszelkich cierpieniach żołądka lub kiszki, połączonych z osłabieniem trawienia lub z biegunką, w rozlicznych chorobach organów płciowych u niewiast, jakoteż i w przewlekłych cierpieniach nerwowych opartych na osłabieniu, tudzież są najpewniejszym lekiem w chorobie angielskiej i skrofulicznej u dzieci.

Ostatnia kurlista wykazuje, przeszło 4,000 gości.

Podczas sezonu ordynuje sześciu p. p. lekarzy.

Zakład posiada około 1000. pokoi w domach skarbowych i prywatnych porządnie urządzone, 7 publicznych restauracji, cukiernie i piekarnie, kilkadziesiąt sklepów z różnymi towarami, pracownie strojów damskich, tudzież krawieckie i szewskie.

Dla rozrywki i uprzyjemnienia pobytu służą: czytelnia gazet, wypożyczalnia książek, teatr polski pod kierownictwem p. I. Dobrzańskiego dyrektora teatru Lwowskiego, orkiestrę zdrojową, pod dyrekcją Kapelmistrza i kompozytora p. Adama Wrońskiego, częste reuniony, park przeszło 40. hektarów wynoszący, liczne ogródki kwiatowe, promenady, wycieczki do bliskich Zakładów kąpielowych jako to: Żegestów, Bardydów, do miejsc pamiątkowych w okolicy Krynicy tudzież na sąsiedni Spiż i Węgry.

Od 15-go Maja do 14-go Czerwca i od 1-go do ostatniego Września najtańszy sezon, podczas którego także pomieszkania o $\frac{1}{3}$ są tańsze.

Biuro wywiadoweże i portyer w Zakładzie udzielają bezpłatnie informacyi o niezajętych pomieszkaniach i wysyłają na żądanie osobne powozy do dworca kolejowego.

Na razie wysiąść można w hotelu Krakowskim, pod Koroną.

Zamówienia na wody mineralne tu pod dozorem lekarskim i kontrolą rządową czerpane, przyjmuje, na listy frankowane odpowiada i broszury bezpłatnie posyła:

Ces. Król. Zarząd Zakładu zdrojowego w Krynicy.

6—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący,

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

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

30—12

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzony został w Sól Vichy do kąpiele, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbytecia kuracyi do Vichy, a także w Pastylki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego.

30—12

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Wolfram. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycza gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia. — II. Mikulicz. Przyczynki do plastycznej chirurgii nosa. (Dokończenie). — *Notatki lekarskie.* 14. F. Drecki. Szerzenie się przymiotu w Kościelnej Wsi pod Kaliszem. — *Dział sprawozdawczy:* 26. R a y m o n d i A r t h a u d. Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną gruźlicy. — 27. L u y s. Somatyczne warunki pobudliwości mózgowej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Do Pp. Prenumeratorów. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycza gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram.

Tętniaki, w ścisłym tego słowa znaczeniu, oraz rozszerzenia tętniakowe tętnicy płucnej, zarówno jak i sprawa miażdżycowa, na tle której tętniaki najczęściej się rozwijają zwykły, są w ogóle zjawiskiem rzadszem, w przeciwieństwie do częstości tych zmian chorobowych w zakresie tętnicy głównej. Przyczyny tego zjawiska szukać należy, jak sądzę, w odmiennej budowie ścian pnia tętnicy płucnej i jej rozgałęzień, a co jest podstawą wyjątkowych warunków, wśród których się odbywa krążenie w małym kole już w stanie fizjologicznym. Jakkolwiek bowiem zdania co do istoty sprawy miażdżycowej, podobnie jak i co do przyczyn ją wywołujących, są podzielone, jedno przecież zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynniki mechaniczne przeważną tutaj odgrywają rolę. Statystyka lekarska zdaje się to stwierdzać najzupełniej. Wiadomo, że często sprawa miażdżycowa rozwija się u ludzi, ulegających przewlekłemu zatruciu wyskokowemu, pod wpływem którego układ naczyniowy znajduje się w stanie silniejszego napięcia, że przeważnie podpadają jej mężczyźni, i to szczególnie tacy, którzy oddają się cięższej pracy fizycznej, że ze szczególnym upodobaniem sadowi się w miejscach, które z położenia swego wystawione są na najsilniejszy prąd krwi, lub w okolicy rozgałęzień, gdzie ściany tętnic narażone są na najznaczniejsze tarcie, naprężenie i rozciąganie. Wiadomo również, jak często sprawa ta wikła się z ziarnistym zanikiem nerek, przy którym niekiedy już po napięciu tętnic istoty choroby domyślać się można. To też miażdżycza wtedy szczególnie sadowi się w tętnicy płucnej i jej rozgałęzieniach, gdy równocześnie istnieje znaczniejsze zwięźlenie lewego ujścia żylnego, które wywołuje zwykle bardzo znaczne opory w małym kole krążenia. Już Virchow pod-

niósł znaczenie czynników mechanicznych, jako najważniejszej przyczyny, pośredniczącej w wytwarzaniu się sprawy miażdżycowej w układzie tętniczym, a *Senhouse-Kirkess*, po nim zaś *Traube* i *Fraenkel* (*Klinische Untersuchungen. Tom III. Str. 164*) uważają bardzo znaczne, stale się utrzymujące napięcie w tętnicach, jako najbliższy jej powód. Czynniki ten, jak się zdaje, bardzo często pierwszorzędą odgrywa rolę, chociaż niewątpliwie istnieją i takie przypadki, gdzie mimo znacznie podwyższonego napięcia w układzie tętniczym, na stole sekcyjnym nieznaczne tylko ślady miażdżycy wykazać się dają. Przyjmując go jednak, łatwo sobie wytłómaczyć powstawanie tej zmiany chorobowej wśród okoliczności powyżej przytoczonych, jak z drugiej strony częstość jej pojawiania się w dużem, a rzadkość w małym kole krążenia. *Lichtheim* (*Die Störungen des Lungenkreislaufs*), mianowicie w doświadczeniach na kuraryzowanych psach, wykazał dowodnie, że parcie ościenne w tętnicy płucnej po wykluczeniu (przez podwiązanie lewej gałęzi tętnicy płucnej) połowy układu tętniczego z krążenia, tylko bardzo nieznacznie się powiększa. Napięcie zatem, zarówno jak i sprężystość ścian tętnicy płucnej są nieznaczne w porównaniu z układem tętnicy głównej, a w samej podatności ścian tętnicy płucnej, prawie wolnych od wpływu nerwów naczynio-ruchowych i w zdolności rozszerzania się koryta krążenia małego, szukać należy przyczyny, dlaczego potrzeba aż bardzo znacznych oporów w małym kole krążenia, by w układzie tętnicy płucnej następczo rozwinąć się mogła miażdżyca. Słabym układem mięsnym zaopatrzone ściany tętnicy płucnej, o nieznacznym skutkiem tego napięciu, a nadto o małej sprężystości, rozszerzają się łatwo, tak, że w razie istnienia zapory w kole małego krążenia, nieznaczny już nadmiar kompensacyjnej pracy prawego serca wystarcza, by krążenie to wyrównać i to tak dalece, że manometr umieszczony w tętnicy dogłowej, jak to wykazał *Lichtheim*, żadnego nie okaże wzniesienia. Momenty te tłómaczą zarówno rzadkość, z jaką wydarzają się w tętnicy płucnej zboczenia, wynikające z nadmiernego powiększenia parcia ościennego krwi, jak niemniej zdolność, z jaką komórka prawa przewycięża przeszkody w krążeniu płucnem, wreszcie tę okoliczność, że zboczenia w zakresie tętnicy płucnej znoszone bywają bez znaczniejszych dolegliwości przez stosunkowo bardzo długi przeciąg czasu, czego, spodziewam się, przypadek, jaki opisać zamierzamy, najlepsze może złożyć dowody.

Lecz i ze względu na objawy kliniczne, za życia dostrzegane, przypadek nasz budzi nieco zajęcia. Wiadomo, że rozpoznanie za życia tętniaka tętnicy płucnej należy do rzeczy bardzo trudnych. Nie znamy też ani jednego objawu klinicznego, na podstawie którego możnaby rozpoznać stanowczo i napewno tę zmianę, choć niewątpliwie istnieje dosyć przypadków, na podstawie których tętniaka tętnicy płucnej przynajmniej domyślać się można. Objawy przedmiotowe, jakkolwiek często dosyć liczne, z powodu bardzo blizkiego sąsiedztwa tętnicy głównej, rzadko rozstrzygają stanowczo, a to tem bardziej, że obecność lub brak objawów uciskowych na narządy sąsiednie jest nawet dla tętniaków tętnicy głównej względnem znamieniem rozpoznawczem i że często powikłania ze zmianami na zastawkach, wywołując liczne nowe objawy, utrudniają wielce ze swej strony rozpoznanie. Jakoż z pomiędzy kilkudziesięciu przypadków tę-

niaka tętnicy płucnej, opisanych w literaturze, z jakimi mi się spotkać udało, niemal wszystkie nie były rozpoznane za życia; wyjątek stanowi tylko przypadek, opisany przez G i l e w s k i e g o (*Przegląd lekarski* 1868 i *Wien. Med. Wochens.* 1868), gdzie sekcya stwierdziła w zupełności rozpoznanie, za życia postawione, tętniaka tętnicy płucnej wraz ze zwięzieniem ujścia żylnego lewego. Lecz i tę zgodność rozpoznania klinicznego z rozpoznaniem anatomicznem raczej szczęśliwemu przypadkowi przypisać należy, aniżeli podstawom rozpoznawczym, na których się opierał prof. G i l e w s k i. W literaturze bowiem napotykamy przypadki, w których na podstawie właśnie tych objawów, przez G i l e w s k i e g o podniesionych, a o których później wspomnieć nam wypadnie, rozpoznano tętniaka tętnicy płucnej, a sekcya mimo to stwierdziła tętniaka aorty. Jakoż najznakomitsi klinicyści, jak D u c h e k, F i e d r e i c h i t. p. uważają stanowczo rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej za niemożliwe. Wobec tego nie dziw, iż znakomitościom pierwszego rzędu, że wspomnę tu tylko S k o d ę, nie udało się w takich razach za życia prawdziwego postawić rozpoznania. I nasz przypadek nie został za życia rozpoznany; jak jednak z protokołu sekcyjnego przekonać się będziemy mogli, do zwykłych trudności rozpoznawczych dołączyły się inne jeszcze, które polegały na zmianie położenia serca.

Opis tego przypadku rozpocznę od wywiadów. Dnia 16 Listopada 1882 r. zgłosiła się do kliniki Julija Pausz, 55-letnia, żaląc się na silne bicie serca, duszność występującą napadami, puchlinę brzucha i kończyn dolnych. Bliższe wywiady wykazały, że chora ta w wieku młodszym przebywała dwa razy uporczywą zimnicę, raz tyfus brzuszny, a raz jakąś chorobę gorączkową, która, o ile to z przypadków sądzić wolno, prawdopodobnie była tyfusem płamistym. Dodać należy, że tak gośca stawowego, jako też i mięśniowego, nigdy nie przebywała. Choroba obecna rozpocząć się miała przed piętnastu laty. W tym to czasie chora zauważyła po raz pierwszy silniejsze bicie serca, pojawiające się odtąd okresami, które jednakowoż nie było nigdy tak znacznem, by ją zmuszało do oderwania się od zajęć codziennych. Dopiero w Listopadzie 1881 r. bicie serca powiększyło się do tego stopnia, że chora była zniewoloną usunąć się na czas jakiś od pracy fizycznej, przeleżała kilkanaście dni w łóżku, a gdy wśród tego nastąpiło względne polepszenie, wróciła do dawnego trybu życia. Stan jej jednak od tego czasu widocznie się pogarszał. Bicie serca stawało się i silniejszym i częstszym, nadto z końcem Lutego 1882 r. dołączyła się znacznie większa duszność, przyczem wystąpiła puchlina brzucha i kończyn dolnych, tak, że chora zaniepokojona temi objawami, zmuszoną była szukać pomocy lekarskiej. Przy używaniu leków odpowiednich stan jej się nieco poprawił, puchlina brzucha i kończyn dolnych ustąpiła zupełnie, duszność i bicie serca znacznie się zmniejszyły. Niebawem jednak bicie serca wystąpiło nanowo i to w znacznie większym stopniu niż poprzednio, duszność napadowo występująca pojawiała się częściej, puchlina brzucha i kończyn dolnych wróciła, co skłoniło chorą do udania się do kliniki.

Stan, jaki nam się następnego dnia, 17 Listopada, przedstawił, był następujący: Osobnik średnio odżywiany, 154 ctm. wysoki; mięśnie dosyć jędrne, kości dobrze rozwinięty, skóra blada, kończyny dolne znacznie opuchnięte. Twarz

sina w całości, osobliwie na powiekach dolnych, miernie obrzmała, wargi sine. Szyja prawidłowo długa, miernie obrzmała, żyły szyjowe nie okazują ani tętnienia, ani falowania, klatka piersiowa wdechowo ustawiona; obie jej połowy poruszają się jednak, okolica sutkowa lewa nieco więcej wypukłona, aniżeli to samo miejsce po stronie prawej. W płucach wykazać można rozedniętą miernego stopnia i nieżyt oskrzelowy; w jamach opłucnych bardzo nieznaczny przesiek. Oglądanie okolicy serca stwierdza silne, podnoszące, rozlane uderzenie wierzchołkowe serca, najwyraźniejsze w VI przestworze międzyżebrowym, a ostateczna granica tego uderzenia znajduje się mniej więcej w linii pachowej średniej. Obok tego spostrzedz można w drugim lewym międzyżebrze, na wewnątrz od linii sutkowej, w miejscu, które położeniem swym odpowiadało uszkowi lewemu w stanie fizjologicznym, wyraźne uderzenie, równoczesne ze skurczem serca. Obmacywanie potwierdza wyniki oglądania, nadto wykazuje tak nad uderzeniem wierzchołkowym, jak w czwartym i piątym międzyżebrze wyraźny pomruk koci skurczowy. Stłumienie bezwzględne serca poczyna się w linii przymostkowej lewej na górnym brzegu, a w linii sutkowej lewej na dolnym brzegu III żebra. Prawa granica stłumienia serca w górnej swej części przekracza nieznacznie linię środkową mostka ku stronie prawej, dolna jej część, nie przechodząc poza linię przymostkową prawą, bieży w kierunku ukośnym ku dołowi i ku stronie prawej zwróconym, przez IV-te i V-te międzyżebrze, zlewając się u dołu ze stłumieniem wątroby. Lewy brzeg stłumienia bezwzględnego w kształcie łuku przekracza na zewnątrz linię sutkową na $1\frac{1}{2}$ —2 ctm., a w VI międzyżebrze sięga na 1 ctm. na zewnątrz od uderzenia wierzchołkowego serca. Dolna granica znajduje się na wysokości X żebra, przebiega w kształcie lekko owalnym ku górze i wewnątrz, łącząc się w linii przymostkowej lewej ze stłumieniem wątroby. Stłumienie całe przedstawia więc kształt wydłużonego owalu, bardzo znacznych rozmiarów, ustawionego więcej poziomo, którego granica zewnętrzna znacznie więcej przekracza linię sutkową, aniżeli granica wewnętrzna linię przymostkową lewą. Oś podłużna tego owalu stłumienia wynosi 15 ctm., oś poprzeczna $7\frac{1}{2}$ ctm.. Od tego stłumienia bezwzględnego odłącza się w trzecim przestworze międzyżebrowym stłumienie względne, położone nieco na wewnątrz od linii sutkowej lewej, które w postaci jęczyczka przeciąga się na międzyżebrze drugie. W granicach tego stłumienia względnego widać i wymacać można właśnie owo drugie uderzenie, równoczesne ze skurczem serca, które jednak nie okazuje wcale znamion właściwego tętnienia. Ponad trzonem mostka i ku jego stronie prawej odgłos wypukowy jest jawny; objawów ucisku na oskrzela, gardziel, lub nerw błędny nie stwierdzono żadnych. Ponad uderzeniem wierzchołkowym wyraźny, ostry szmer skurczowy, który, zachowując ten sam dźwięk, słabnie tak w kierunku ku podstawie serca, jako też ku wyrostkowi mieczykowatemu mostka. Przy rozkurczu słyhać również szmer, jednak mniej głośny, który nie ogranicza się do samego rozkurczu, ale przenosi się i na przedskurcz serca. W drugim lewym międzyżebrze, gdzie widzialnem i wyczuwalnem jest uderzenie, równoczesne ze skurczem serca, słyszeć się daje również wyraźny, ostry szmer rozkurczowy, którego dźwięk zdawał się jednak być innym, aniżeli szmeru nad uderzeniem wierzchołka serca. Ponad tętnicą płucną, t. j. przy

połączeniu chrząstki trzeciego lewego zebra z mostkiem, skurczowy ton. rozkurczowy szmer tego samego charakteru. co w miejscu względnego stłumienia. Nad tętnicą główną dwa tony, nieco słabsze, niż w stanie prawidłowym. w tętnicach dogłowych ton rozkurczowy. Tętno promieniowe po stronie prawej jest silniejsze. niż po stronie lewej, wynosi przeszło 100 uderzeń na minutę i jest słabo napięte, ale regularne. Tętnice obwodowe wężykowate, o ścianach niepodatnych.

Brzuch skutkiem przesięku surowiczego więcej wypięty, odgłos wypukowy stłumiony sięga w linii środkowej ciała od spojenia łonowego mniej więcej do wysokości pępka. Granice wątroby obniżone, brzeg dolny wymacalny, tępy, przy nacisku bolesny. Śledziona w granicach prawidłowych. Mocz nasycony, skąpy, ciężaru gatunkowego dosyć wysokiego, zawiera mierną ilość białka; w osadzie oprócz kryształów kwasu moczowego, skąpa ilość wałeczków, tu i owdzie ziarnistych. Język wilgotny, nieco obłożony, łaknienie upośledzone, stolec od czasu do czasu wolny. Duszność napadami występująca, mierny kaszel, w płwocinach jednak tak makroskopowo, jak mikroskopowo krwi wykazać nie można.

Na podstawie tych objawów przede wszystkim trzeba było orzec, że przypadek niniejszy należy do więcej powikłanych. Powiększenie stłumienia serca w wymiarze poprzecznym świadczy o przeroście prawej komórki, szmery nad wierzchołkiem serca, równoczesne ze skurczem, rozkurczem i przedskurczem serca, wyczuwalny tutaj mruczek koci, objawy zastojowego żylnego w płucach, wątrobie, nerkach, wreszcie ogólna puchlina, przemawiały za niedomykalnością zastawki dwudzielnej wraz ze zwężeniem ujścia żylnego lewego. Do rozpoznania tej wady sercowej brakowało tylko zaostrenia drugiego tonu nad tętnicą płucną; w miejscu tem bowiem wyraźny był szmer rozkurczowy szorstki, jak się zdawało innego charakteru, niż nad uderzeniem wierzchołka serca. Natomiast silne, podnoszące, rozlane uderzenie wierzchołkowe, wyczuwalne najwyraźniej w VI przestworze międzyżebrowym, w linii pachowej środkowej, powiększenie stłumienia serca w wymiarze także i osiowym, kazały się domyślać, że obok przerostu serca prawego istnieje także przerost i komórki lewej. Słabszy niż w stanie prawidłowym, drugi ton nad tętnicą główną, brak tętna bardziej napiętego, nie mogły osłabiać tego rozpoznania, gdy się zważy, że serce w czasie tym przedstawiało już cechy niedostatecznej kompensacji, które się kazały domyślać zwyrodnienia jego włókien mięsnych.

Przerost serca lewego przy niedomykalności zastawki dwudzielnej przestał należeć do rzeczy rzadszych, od czasu, gdy pilniejszą poczęto zwracać uwagę na zachowanie się komórki lewej w tej wadzie sercowej, tak za życia, jak i na stole sekcyjnym. Niemal wszyscy nowsi autorowie zgadzają się pod tym względem, a różnią się tylko w podawaniu przyczyn, jakie go za sobą pociągają mają. Nie miejsce tutaj zastanawiać się nad teoryjami *Friedreich'a* (*Krankheiten des Herzens. str. 240*) i *Duchek'a* (*Die Krankheiten des Herzens. str. 173*), *Traubego* i *Cohnheim'a* (*Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie. str. 64*); winieniem nadmienić tylko, że w przypadku niniejszym istniał jeszcze inny powód, który mógł się niemal przyczynić do wytlómaczenia sobie domyslnego przerostu lewej komórki serca, mianowicie przewlekła sprawa za-

palna w nerkach, jaką na podstawie występującego w moczu białka i wałeczków rozpoznać należało. Przerost komórki lewej zatem odnoszono w niniejszem przypadku częścią do następstw niedomykalności zastawki dwudzielnej, częścią do sprawy zapalnej w nerkach i sprawy miażdżycowej w tętnicach.

Stłumienie względne jednak w drugim i trzecim międzyżebżu, w granicach którego widzieć i czuć można było uderzenie równoczesne ze skurczem serca i wysłuchać wyraźny szmer rozkurczowy, jak sądzono, musiało mieć odrębną przyczynę. Pierwsze podejrzenie, jakie się budziło, zwracało się z koniecznością ku tętniakowi tętnicy głównej. Jakkolwiek stłumienie, pochodzące od tętniaków tętnicy głównej, w największej części przypadków wykazać się daje ponad trzonem mostka, lub po jego stronie prawej, niekiedy jednak umiejscawia się ono i po stronie lewej w drugim i trzecim międzyżebżu, gdy tętniak wychodzi z lewej ściany lub z wklęsłości łuku aorty. Przyjmując go, z łatwością można sobie było wytłómaczyć zarówno uderzenie skurczowe w drugim lewym przestworze międzyżebrowym, jak i szmer rozkurczowy tamże słyszalny. Ogólna miażdżyca obwodowa, równie jak i tętno promieniowe, po stronie prawej silniejsze, zdawały się za nim wielce przemawiać. Przeciw niemu mówiły: brak stłumienia ponad mostkiem i po jego stronie prawej, brak objawów uciskowych, obecność tonów w miejscu, w którym osłuchujemy tętnicę główną, jako też obecność tonu rozkurczowego ponad tętnicami dogłowowymi. Momentów tych nie można jednak było uważać, jako usprawiedliwiające stanowcze wykluczenie tętniaka aorty. Tętniaki aorty, jak wiadomo, przebiegają niekiedy w sposób tak utajony, że nie wywołują żadnego stłumienia, tem mniej objawów uciskowych. Jakkolwiek w miejscu osłuchiwania aorty dosyć często w takich razach zamiast tonów słyszeć się dają szmery, szczególnie często szmer skurczowy, przecież nierzadkie są i takie przypadki, gdzie tylko same tony powstają. Toż samo nad tętnicami dogłowowymi drugi ton utrzymanym być może, gdy zastawki półksiężycowe aorty są domykalne, lub gdy aparat zastawkowy przynajmniej w części regularnym jeszcze ulega drganiom. Łatwiejsze przewodzenie tonów, aniżeli szmerów, dostatecznie w takim razie brak tych ostatnich tłómaczy.

Natomiast były i objawy, które przemawiały za tętniakiem tętnicy płucnej. Jak wiadomo, tętniaki, z tej tętnicy wychodzące, jeżeli tylko w ogóle przedmiotowo wykazać się dają, zazwyczaj wywołują stłumienie w drugim lewym międzyżebżu. Za regułą tego jednak uważać nie można. I tak Stark (*Abhandlungen der physikalisch-medizinischen Societät zu Erlangen. Tom I str. 472*) opisuje przypadek tętniaka tętnicy płucnej, który umiejscowił się pod mostkiem i w prawej połowie klatki piersiowej, a dosięgnąwszy niezwykłych rozmiarów, oddzielił chrząstki czwartego i piątego żebra od żeber i w ten sposób wydobył się na zewnątrz jamy piersiowej. Przypadki tego rodzaju, jakkolwiek niewątpliwie odosobnione w literaturze, nie pozwalają przecież z samego umiejscowienia się stłumienia stanowczych wyprowadzać wniosków, tembardziej, że tętniaki aorty, jeżeli wychodzą z lewej ściany lub z wklęsłości łuku, na odwrót znów po stronie lewej sadzić się zwykły. Co więcej kazuistyka stwierdza, że większa część tętniaków, które wywoływały stłumienie po

stronie lewej, odnosiła się do tętnicy głównej, a nie do tętnicy płucnej. Wprawdzie G i l e w s k i, opisując przypadek tętniaka tętnicy płucnej przez siebie za życia rozpoznany, nadmienia, że w razie istnienia wstrząśnienia i stłumienia w drugim lewym międzyżebrzu, a przy braku tych objawów ponad trzonem mostka, lub w razie nieznacznego tylko stłumienia tamże, napewno w takich razach tętniaka tętnicy płucnej rozpoznawać należy. Spółcześnie istniejąca niedomykalność zastawki dwudzielnej, lub zwężenie ujścia żylnego lewego, szmer rozkurczowy ponad tętnicą płucną, lub tylko brak drugiego tonu tamże, przy obecności tonów ponad aortą i tętnicami dogłowowymi, nie mało, według niego, utwierdzić jeszcze mogą w tem rozpoznaniu. Jakkolwiek jednak niewątpliwie w wielu razach, przy obecności powyżej przytoczonych objawów, istnieje prawdopodobieństwo, że się ma do czynienia z tętniakiem tętnicy płucnej, to przecież G i l e w s k i zadaleko się posuwa, jeżeli mniema, że wśród analogicznych warunków napewno rozpoznać go można. Jako dowód dość przytoczyć przypadek, obserwowany przez G o l d b e c k 'a (*Beitrag zur Kenntniss der inneren Thoraxaneurysmen. Inaug. Diss. Giessen. 1868*) jeszcze w klinice F r i e d r e i c h 'a, gdzie z wyjątkiem wady zastawkowej w ujściu żylnem, istniały wszystkie te objawy, o jakich wspomina G i l e w s k i, a zatem gdzie tętnienie i stłumienie było po stronie lewej, ponad trzonem mostka tylko nieznaczne stłumienie, w aorcie i w tętnicach dogłowych tony, ponad tętnicą płucną silny szmer rozkurczowy, rozchodzący się lepiej ku linii pachowej lewej, aniżeli w stronę mostka, gdzie zatem na podstawie tych objawów rozpoznano za życia tętniaka tętnicy płucnej, a sekcja mimo to stwierdziła tętniaka aorty. Jak w ogóle z wszystkich przypadków, opisywanych w literaturze, przekonać się można, objawy wypukowe i przysłuchowe mają w takich razach tylko względną wartość. W naszym też przypadku umiejscowienie stłumienia, obecność tonów w aorcie i w tętnicach dogłowych, szmer rozkurczowy ponad tętnicą płucną, nie mogły rozstrzygać o rozpoznaniu. Podobny do naszego w objawach przypadek G o l d b e c k 'a najlepszą zdawał się być przestroga. Nadto, brak znacniejszego przerostu komórki prawej, jaki zazwyczaj towarzyszy tętniakom tętnicy płucnej, w naszym przypadku, o ile to w ogóle z objawów klinicznych wnosić było można, nie bardzo za nim przemawiał.

(D. n.)

II. PRZYCZYNKI DO PLASTYCZNEJ CHIRURGII NOSA.

Podał

Prof. D-r Mikulicz (z Krakowa).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 23).

Próbowałem pójść inną drogą, do której wskazówką było mi postępowanie prof. B i l l r o t h 'a w podobnym przypadku zniekształcenia u pewnego chorego. Po oddzieleniu skóry na grzbiecie nosa od bliznowatych przyczepów, ścis-

nał ją profesor Billroth za pomocą klamry (osobno ku temu celowi przez prof. Frisch'a podanej) z boków w ten sposób, że się ułożyła na linii środkowej w cienki wprawdzie, ale przecież wyraźnie zaznaczony grzbiet nosowy. Klamra składała się z dwóch płytek korkowych, które za pomocą sprężyny z drutu nawzajem na siebie cisnęły i siedziały mniej więcej jak cwikier (*pince-nez*) na nosie. Dłuższe noszenie tej klamry miało trwale utrzymać skórny grzbiet nosa. Wynik jeszcze w kilka tygodni po operacyi był wcale zadawalniający. Co do dalszego losu tego nosa nie posiadał profesor Billroth żadnych wiadomości.

W moim przypadku postąpiłem jeszcze o krok dalej. Nie tykałem się zupełnie całej masy bliznowatej wraz ze zrosniętą z nią skórą, lecz starałem się tylko przez przysunięcie części miękkich policzka i leżącej pod niemi okostnej szczęki górnej podnieść grzbiet nosa. W ten sposób spodziewałem się uzyskać więcej i trwalszego materiału dla grzbietu nosa, który też przez przesunięcie okostnej miał otrzymać silniejszą podstawę. Dnia 24. IV. 1882 wszedłem krótkim, a mocnym skalpelem do jamy nosa i poprowadziłem przedewszystkiem po obu stronach odpowiednio do bocznej krawędzi *incisurae pyriformis* cięcie przez błonę śluzową i okostną aż do kości. Teraz podniosłem znouu od jamy nosa za pomocą skrobaczki okostną wraz z leżącemi nad nią częściami miękkimi od przedniej powierzchni szczęki górnej aż po brzeg oczodołowy. Wreszcie założyłem 2 szwy płytkowe daleko sięgające jeden ponad drugim, które przesunęły części miękkie mocno ku linii środkowej. Wynik natychmiastowy był zadziwiający. Utworzył się mocno wystający grzbiet nosowy, który wskutek utrzymanych pod skórą mas bliznowatych nie tylko okazywał piękne zaokrąglenie, ale posiadał także dostatecznie mocną podstawę. Oba szwy płytkowe leżały przez 18 dni, nie wywołując wcale znacniejszego podrażnienia. Po oddaleniu tychże grzbiet nosa zachował swą postać. Kazałem jeszcze choremu bez przerwy przez 2 tygodnie nosić wyżej opisaną klamrę Frisch'a. Później wkładał ją tylko na noc, a we dnie nosił zwyczajny cwikier (*pince-nez*) ze zwyczajnem szkłem, a tylko nieco szerszemi płytkami rogowemi.

W ciągu następnych tygodni grzbiet nosa wprawdzie zmieknął i stał się nieco węższym, przyczem się także nieco i zakłosał, ale przecież zawsze jeszcze na tyle pozostał mocnym i wystającym, że się cwikier na nim mocno trzymał. Od Lipca już się kształt nosa więcej nie zmienił; a według listu z dnia 28. I. 1883 roku, a więc w 9 miesięcy po operacyi, chory nosi jeszcze bez przerwy we dnie, cwikier a w nocy klamrę.

Uwzględniając zupełnie prawie ujemne wyniki dotychczasowego leczenia w tym kierunku, mogę rezultat w tym przypadku nazwać wcale pomyslnym. W każdym razie sądzę, że operacyja ta zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi, które zostawiają po sobie rozleglejsze blizny. Rezultatowi kosmetycznemu bardzo tu przychodzi w pomoc noszenie cwikiera, który nie tylko utrzymuje kształt grzbietu nosa, ale także zupełnie prawie zakrywa pozostałe jeszcze zniekształtnienie. • Jeden ważny cel, t. j. przywrócenie prawidłowego nastroju duchowego, osiągnąłem, zdaniem mojem, u swojego chorego

3. Utworzenie skórnej przegrody nosowej.

Nie ma może drugiego tak drobnego, a przecież tak trudno usunąć się dającego ubytku w twarzy ludzkiej, jak braki w części skórnej przegrody nosowej. Dieffenbach podaje w swej chirurgii operacyjnej rozmaite możliwe drogi, by uzupełnić przegrodę nosową, czy to przez przyciągnięcie sąsiednich części, czy też za pomocą płatów. Najczęściej używa się do tego wargi górnej, lub skóry z czoła; jako trzeci materiał poleca Dieffenbach grzbiet nosa w tych przypadkach, gdzie nos jest nadmiernie wielki i długi. „Zadaje się ranę“, mówi Dieffenbach, „na przednim brzegu końca nosa; potem robi się na miejscu połączenia w wardze górnej dwa cięcia boczne i jedno górne poprzeczne“. Część skrojoną odpreparowuje się i zespaja z końcem nosa za pomocą szwów, (należy tu użyć grubszych szwów węzełkowych). Koniec nosa utrzymuje się tak długo w związku z wargą za pomocą plastrów ku dołowi ściągających, aż przyrośnięcie jest zupełnie pewnem. Potem wycina się za pomocą dwóch pod ostrym kątem, niedaleko od kości rozpoczynających się cięć piramidę ze skóry i chrząstki; piramida ta natychmiast po oddzieleniu jej od podstawy zesuwa się ku dołowi wskutek ciągnięcia przez wargę górną i układa się górnym swym końcem w szparze końca nosa. Część najbardziej spiczastą odcina się, a brzegi zespaja się z brzegami końca nosa i skrzydeł za pomocą szwów szpilkowych, a od dołu przyciska się ją delikatnie za pomocą poprzecznie przebiegającego plastru do przegrody nosowej.

Choćby wynik kosmetyczny tego sposobu operowania był najpomysłniejszy, to przecież zostawia on blizny widoczne na grzbiecie i na końcu nosa. Dlatego w jednym przypadku ubytku w części skórnej przegrody nosowej, przy nader długim nosie, zastosowałem leczenie, które wprowadzie także posługuje się skórą końca i grzbietu nosa, ale nie pozostawia żadnych większych blizn od zewnątrz widocznych i dozwala na wykonanie całej plastyki za jednym zabiegiem. Sposób ten w zasadzie na tem polega, że się cały nos o odpowiedni kawałek skraca, wskutek czego i fizyognomija całej twarzy doznaje pewnej zmiany, ale z pewnością tylko w znaczeniu korzystnem.

Przypadek odpowiedni jest następujący:

Cs. G., mężczyzna 30-letni, rodem z Węgier, postradał przed 2-ma laty, wskutek wrzodów przymiotowych, skórą część przegrody nosowej. Ubytek dosyć wpadał w oczy, ponieważ nos był nadmiernie długi. Koniec jego pozbawiony podstawy wisiał wolno ku dołowi jakby ryjek. 7. V. 1882, operowałem chorego w prywatnym zakładzie leczniczym D-ra L o e w'a w Wiedniu w następujący sposób. Po wycięciu blizn, otaczających ubytek, utworzono najprzód przez obranienie na górnym brzegu rowka wargowego (*filtrum*) łożysko dla nowej przegrody. Teraz wyciąłem z końca nosa i z dolnej części grzbietu płat w ten sposób, jak się go wycina przy całkowitej rynoplastyce ze skóry czołowej dla przegrody; szerszy koniec przechodził w nieco węższą część środkową, a kończył się znów szerszą częścią na grzbiecie nosa. Po obu stronach tego płatu poprowadzono wzdłuż wolnego brzegu skrzydeł nosowych, aż do fałdy nosowargowej, dwa cięcia, aż do samej chrząstki drążące i podniesiono skórę zewnętrzną tak daleko od podstawy chrząstki, że się utworzyły 2 krótkie płaty, które swoją szeroką podstawą przechodziły w górną część skrzydeł nosowych. Teraz odcięto na końcu nosa tyle chrząstki podstawy, że można było płat

środkowy, przeznaczony na przegrodę, wygodnie przystosować i włożyć w przeznaczone dlań miejsce w rowku; potem odciąłem popod płatami bocznymi tyle chrząstki, że skrzydła nosowe dobrze odpowiadały skróconej długości grzbietu nosa. Wreszcie wyciąłem jeszcze tyle z zewnętrznej powłoki skórnej skrzydeł nosowych, że można było zewnętrzne płaty boczne zawinąć i wewnątrz wszyć. Skoro to uskuteczniłem za pomocą szwów węzełkowych, przymocowałem w ten sposób i płat środkowy do przegrody chrzęstnej i do *filtrum*. Opisałem poszczególne akty tylko pokrótce; muszę jednak dodać, że cała operacja jest właściwie bardzo delikatną robotą rzeźbiarską, wymagającą wiele cierpliwości i zmysłu dla formy. Ile należy odciąć z końca nosa, ile ze skrzydeł, to można oznaczyć tylko na oko.

Nos zaraz po operacji bardzo ładnie wyglądał; z wyjątkiem szwów, znajdujących się w rowku, wszystkie inne leżały wewnątrz. Wytamponowałem jeszcze lekko obie dziurki nosowe gazą jodoformową, a później robiono przez 5 dni okłady z roztworu kwasu bornego. Rana zagoiła się zupełnie *per primam*. Dnia 19 Maja, a więc w 12 dni po operacji, odjechał chory zupełnie zadowolony do domu. Nie było widać żadnych blizn, tylko skrzydła nosowe były jeszcze nieco obrzmiałe. Na fotografii, którą w 4 tygodnie potem otrzymałem, wyglądał nos tak pięknie, że i żaden rzeźbiarz nie mógłby w nim znaleźć żadnej wady. Profil chorego zyskał dużo na skróceniu nosa do granic prawidłowych.

Obok załączone rysunki przedstawiają profil chorego przed operacją i w 6 tygodni po niej.

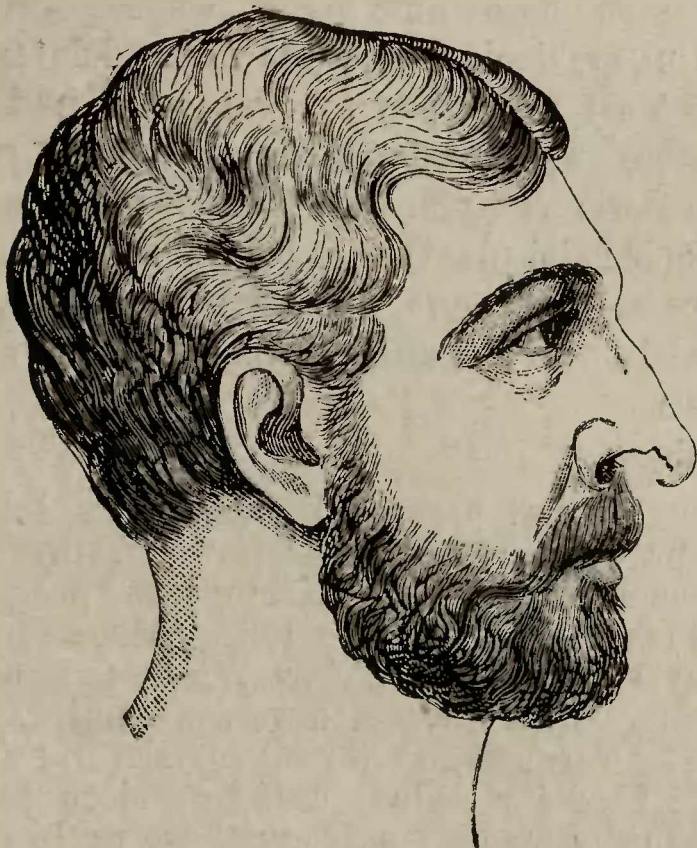


Fig. 2.

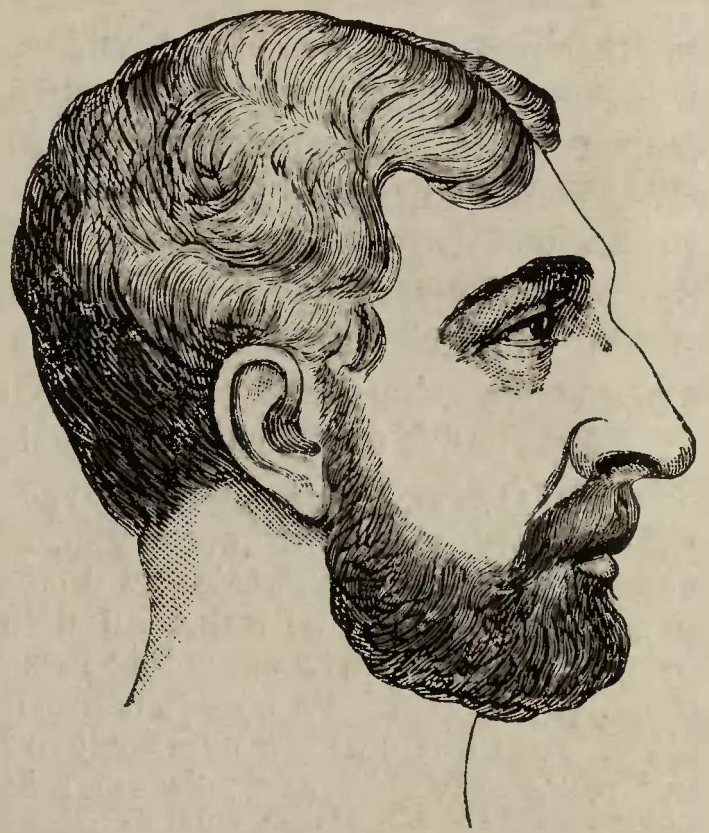


Fig. 3.

4. Rynoplastyka całkowita.

Skłonność każdego rynoplastycznego płatu skórniego do zaniku i bliznowatego kurczenia się prowadzi, jak wiadomo, w wielu bardzo przypadkach do tak znacznych przeobrażeń wstecznych, że nawet najpiękniejszy nowo utworzony

nos z czasem zamienia się w płaski i wiotki, zaledwie do nosa podobny płat skórny. Okoliczność ta zrodziła najrozmaitsze zabiegi, by nowemu nosowi dać trwałą podporę. Po mojej pierwszej, z początku tak szczęśliwej próbie wyrównania zapadłego nosa, myślałem, że w podobny sposób będzie można użyć sztucznego przyrządu podpierającego i dla całkowitej rynoplastyki. Według dzisiejszego mego doświadczenia muszę jednak tę drogę uważać za daremną; i tu bowiem mamy do walczenia z blizną bezwarunkowo się kurczącą, a do tego jeszcze w płacie względnie słabo odżywianym. Musimy się więc wyłącznie do tego ograniczyć, by podeprzeć nowo utworzony nos materjałem żyjącym.

Zpomiędzy rozmaitych projektów w tym kierunku zasługuje bezsprzecznie świeży pomysł *Thiersch'a*¹⁾ najbardziej na uwagę. *Thiersch* tworzy dwa boczne płaty policzkowe, które się przewraca ku linii środkowej i zespaja jako rusztowanie, na którym się dopiero nowy nos tworzy. Metoda ta, którą *Thiersch* z pięknym bardzo skutkiem stosował, jest obliczoną na te przypadki, gdzie jest całkowity brak nosa. Często jednak pozostały jeszcze szczątki dawnego nosa, które dotychczas po największej części poprostu usuwano jako zupełnie bezużyteczne; że jednak i te szczątki wśród danych okoliczności dadzą się użyć do utrwalenia nosa, wykazał to *Volkmann*, wycinając z nich w przypadku, gdzie górna część skóry nosa była utrzymana, płat z podstawą ku dołowi, który następnie przewrócił ku jamie nosa, wytwarzając w ten sposób podstawę przynajmniej dla górnej części nosa. W przypadku, gdzie się cała skóra nosa choć tylko jako bezkształtna zbliznowaciała masa zachowała, próbowałem inną drogą wytworzyć z niej podporę dla nowego nosa. Ponieważ wynik był wcale dobrym, a takie zniekształtnienie nosa wskutek przymiotu dość często się zdarza, przeto poleciłbym to postępowanie Kolegom w celu dalszych prób.

Przypadek był następujący. Brak całego chrzęstnego i kostnego rusztowania nosa, tak, że z chrząstek skrzydlatych zaledwie może małe szczątki pozostały. Skóra nosa w całości utrzymana, a zwłaszcza i cała przegroda skórna, ale zanikła, bliznowato pokurczona i ku jamie nosowej zapadła; oszpecenie wskutek tego było tak znaczne, że rynoplastyka całkowita bezwarunkowo była wskazana.

Plan, według którego należy korzystać ze szczątków starego nosa, jest następujący: prowadzi się przedewszystkiem przez każdą dziurkę nosową wzdłuż bocznych brzegów wycięcia gruszkowatego cięcia ku górze, które oddziela dawną skórę nosową od policzka. Wtedy skóra ta tylko za pomocą przegrody skórnej łączy się ku dołowi z wargą górną, a ku górze za pomocą mostu 8—10 milimetrów długiego (odpowiadającego grzbietowi nosa) ze skórą podstawy nosa. Teraz zeszkrobywa się za pomocą ostrego noża z zewnętrznej powierzchni starej skóry nosa naskórek i wierzchną warstwę skóry właściwej; zamieniwszy ją tym sposobem w szeroką powierzchnię obranioną, składa się obie połowy boczne w ten sposób ku przodowi, że się obie płaszczyzny obranione stykają

¹⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. VIII Congres. str. 67.

i zespaja się brzegi za pomocą kilku szwów z katgutu chromowego. Powstaje w ten sposób pomiędzy wargą górną a korzeniem nosa ostroga, która służy jako przegroda dla nowego nosa i podpira zarazem jak filar grzbiet jego. Ponieważ ta przegroda tylko ku górze posiada brzeg obraniony, a zresztą zewsząd pokryta jest naskórkiem, więc może ona zrosnąć się tylko z wewnętrzną powierzchnią grzbietu nowego nosa, a nie z bocznymi jego częściami. Dołączony obok rysunek okazuje ten filar już ze starej skóry utworzony.



Fig. 4.

Przy tej operacji przygotowawczej wykonywa się rynoplastykę całkowitą zwykłym sposobem. Tylko ze względu na przegrodę skórną konieczną jest mała zmiana. Jeżeli bowiem przegroda utworzona z dawnej skóry sięga dość daleko ku dołowi, to nie potrzeba brać tyle materiału ze skóry czoła na przegrodę skórną, a mianowicie można się tu obejść bez zdwojenia skóry; wystarczy przyszyć dość szerokiego pasa skóry do dolnego brzegu przegrody. Rozumie się samo przez się, że należy, jak w każdym innym przypadku rynoplastyki, dolny brzeg przegrody przystosować do górnej części *filtrum*. Bardzo dobrze jest zostawić dość długie końce u jednego szwu węzłkowego na przednim brzegu filaru i przymocować je szwem materacowym do nowego nosa. Zapobiega się w ten sposób skośnemu przyrośnięciu filaru.

W opisany sposób operowałem w Sierpniu 1881 roku, jeszcze jako asystent w klinice Billrotha, pewną damę, mającą około lat 40-stu, z Brailly. Wyleczenie nastąpiło jak w innych przypadkach całkowitej rynoplastyki; przegroda wytworzona z dawnej skóry utrzymała się i wrosła. Gdy chora w 3 tygodnie po operacji Wiedeń opuszczała, był nos wcale gruby, albo raczej dość niezgrabny.

Po roku ta sama pani wróciła; nos się znacznie skurczył i przybrał właśnie należytą wielkość; profil, konsystencyja i twardość jego nie pozostawiały nic do życzenia. Tylko pod dwoma względami zaszły zmiany niekorzystne. Raz, dziurki nosowe, jak to się zwykle po rynoplastyce dzieje, mocno się zwięzły, choć chora przez dłuższy czas nosiła rurki kauczukowe w nosie, a powtóre, zamieniła się przegroda skórna (wytworzona z płatu czołowego), kurcząc się, w podłużny ku dołowi wystający wał, gdyż będąc w całej swej długości przyszytą do przegrody wytworzonej z dawnej skóry nosa, nie mogła się ściągać ku jamie nosa. Wykonałem więc małą poprawkę, t. j. wyciąłem poza skurczoną przegrodą z przegrody, wytworzonej z dawnej skóry, przez całą jej grubość podłużnie owalny kawałek; dopasowałem przegrodę skórną do przestrzeni wklęsłej, tym sposobem powstałej i przymocowałem ją tamże za pomocą szwów. Nastąpiło zupełne przyrośnięcie i tym sposobem i tę wadę usunięto.

W Lutym b. r., a więc w 1½ roku po wykonaniu rynoplastyki, otrzymałem dokładne sprawozdanie lekarskie co do wyglądu tego nosa. Sprawozdanie to powiada, że profil nosa „od czola aż do wargi górnej“ prawie jest zbliżony do twarzy regularnej; nos ma być wcale mocnym i twardym; dotykając takowy nie czuje się ani śladu wiotkości lub miękkości.

Choć okres półtoraroczny jest za krótkim, żeby można ocenić trwałą kształt nosa sztucznie zrobionego, to przecież sędzę, że wynik osiągnięty w tym przypadku zachęca do powtórzenia tej modyfikacyi całkowitej rynoplastyki w podobnych przypadkach.

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Szerzenie się przymiotu w Kościelnej Wsi pod Kaliszem.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego 17 Kwietnia 1883).

W dniu 15. VII. 1882 r., przybył do mnie mieszkaniec Kościelnej Wsi, o 6 wiorst od Kalisza odległej. Wojciech W. z żoną i dwiema córkami, prosząc o poradę na ból gardła dla starszej córki Franciszki i nadmieniając, „że już od miesiąca przeszło cierpi na tę chorobę, a różne leki jej nie pomagają“. Nazwisko W. tkwiło mi w pamięci, bo w aktach o chorobach epidemicznych znalazłem kartkę jednego z kolegów, w której tenże pisze: „Franciszka W. z Kościelnej Wsi jest chorą na silny dyfteryt gardła“; przy zbadaniu okazało się: Franciszka Wdow., lat 9 mieć mogąca, dobrze jest zbudowaną i odżywioną, ciepłota ciała prawidłowa, głos mocno ochryply, błona śluzowa języczka i podniebienia miękkiego zaczerwieniona, migdały dość znacznie obrzmiałe, a na nich dwa wielkie, powierzchowne owrzodzenia, z dnem szarozółtawem, o brzegach nierównych. Z przyczyny braku gorączki i dobrego wyglądu chorej, oraz długiego trwania choroby wykluczono dyfteryt gardła. Przy dalszem badaniu chorej znalazłem: gruczoły szyi, karku i pachwin dość znacznie powiększone, a w otworze stolcowym i rowkach pośladkowych lepieże płaskie; nadto dowiedziałem się, „że przed dwoma mniej więcej miesiącami miała jakieś krosty na ciele i że wtedy więcej jak zwykle wypadły jej włosy z głowy“. Też same objawy znalazłem u młodszej 4-letniej siostry i u matki, u której lepieże rozmieściły się i na wargach sromnych; u ojca zaś zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, niewielką stosunkowo chrypkę i lepieże na częściach bocznych moszny w znacznej, a koło odbytu w małej liczbie. Jasna rzecz, że o przymiocie w danych przypadkach wątpić już nie było można. Chodziło tylko o wynalezienie źródła i sposobu pojawienia się tej choroby u 4-ech na raz osób i to mniej więcej na jednym stopniu rozwoju. Na narządach płciowych zewnętrznych ani śladu jakiej blizny u rodziców znaleźć nie mogłem, sami siebie o zdradę wiary małżeńskiej nie posądzają. Z dalszej zaś rozmowy dowiedziałem się, 1) że choroba ta w ich domu trwa już właściwie od kilku miesięcy, 2) że około Wielkiej Nocy tegoż roku umarło im z tej choroby najmłodsze dziecko, 3) że potem pojawiła się choroba najpierw u najmłodszego z pozostałych przy życiu dziecka, w trzecim roku będącego, potem u córek, o których wyżej była mowa, a nareszcie przed dwoma tygodniami u nich samych i ich służącej. 4) że na tę samą chorobę we wsi jest jeszcze chorych kilka osób, w ich sąsiedztwie mieszkających, imiona i nazwiska których mi podali i 5) że to dziecko, które umarło, prawdopodobnie zaraziło się od niejakiej G., do której często Maryjanna W. (matka) posyłała swe niemowlę dla nakarmienia piersią podówczas, gdy sama wychodziła na dłuższy czas

z domu w pole lub do miasta. Objąsniwszy W. znaczenie choroby i zaleciwszy odpowiednie środki ostrożności, rodzicom i starszej córce zapisałem pigułki *ex protojodureto hydrargyri*, a czteroletniej córeczce sublimat w płynie. O całej tej historii za obowiązek uważałem sobie uwiadomić naczelnika powiatu kaliskiego, który, ze swej strony posłał bezzwłocznie do Kościelnej Wsi wójta gminy i straż ziemską dla dania pomocy w razie potrzeby przy dokonaniu rewizji podejrzanych o tę chorobę osób. W kilka godzin z felczerem powiatowym udałem się do wyż wspomnianej miejscowości, gdzie dokonałem rewizji u 21 osób; z tych u dziewięciu znalazłem wyraźne objawy przymiotu. A mianowicie: u trzechletniej córeczki W. podobne jak u siostr objawy, u ich służącej Maryjanny M. 16-letniej *virgo intacta* dość silne zaczerwienienie błony śluzowej gardła, chrypkę i niewielkie obrzmienie gruczołów karkowych, u wyż wspomnianej G. i trzech kwartalnego jej dziecka owrzodzenia na migdałach i w kątach ust i na języku łepieże płaskie. Mąż G. dymisyjonowany żołnierz nie był podówczas we wsi obecnym, lecz według zeznania samej G. i jej matki miał on mieć taką samą chorobę w ustach, gdy powrócił przed półtora przeszło rokiem z wojska i że od tego czasu często się skarżył na ból i łamanie w kościach.

W najbliższym domu W. w rodzinie M. znalazłem matkę z zaczerwienieniem gardzieli i dwoje jej dzieci z łepieżami w gardle i na ustach; u krawca zaś wiejskiego Piotra D., brata G. na napletku wrzód, wielkości pięcio-groszówki, o brzegach nierównych z dnem dosyć miękkim, sadłowatym, bez zajęcia gardła, skóry i gruczołów limfatycznych. U żadnej z wyż wzmiankowanych dwunastu osób nie widziałem wysypek, choć, jak rodzice zeznawali, u kilkorga dzieci być one miały.

Na tem skończyłem w tym dniu badanie, poleciwszy policyi pozostać na miejscu, obejść wszystkie domy we wsi, a podejrzane o chorobę osoby nazajutrz do mego dostawić mieszkania.

Rano dnia następnego przedstawiono mi dziewięć osób podejrzanych o rzeczoną chorobę, a między innymi i Piotra G.. Z tych dziewięciu osób u czterech znalazłem wyraźne objawy przymiotu, a mianowicie u Piotra G. cerę sniadą, ziemistą, mimo znakomitej budowy: błona śluzowa ust i powiek blada, migdały jakby w zaniku, nierówne, błona śluzowa gardzieli szaro-matowego koloru, gruczoły na szyi, karku i w pachwinach dość silnie obrzmiały, twarde, a na napletku blizna, owalnej formy, z nierównymi brzegami, wielkości ziarnka jęczmiennego, koloru z lekka ciemnego, nieco połyskująca. Sam on się przyznał, że na parę tygodni przed wyjściem z wojska zrobiła mu się „ranka“, która prędko się zagoiła i że później (czasu nie mógł bliżej określić) chorował tylko na gardło „tak jak się każdemu zdarzy“. Pozostałe trzy osoby (ojciec i dwie córki) należały do jednej rodziny, w sąsiedztwie rodziny M. mieszkającej. Marcin M. (ojciec) 55-letni, nieźle zbudowany mężczyzna miał na czole, głowie, nosie i wewnętrznych powierzchniach górnych części ud strupki żółtawe, jakby guziczki stożkowate, dość podatne, nieprawidłowo po tych częściach porożrucane, nadto lekkie zaczerwienienie w gardle i także obrzmienie gruczołów karkowych i pachwinowych; pięcioletnie zaś jego córeczki, bliźniaczki, miały szaro-białe plamy na podniebieniu i migdałach, a w otworze stolcowym i rowkach pośladowych łepieże płaskie. Tym sposobem naraz w Kościelnej Wsi znalazło się szesnaście osób dotkniętych przymiotem. Że te wszystkie przypadki z jednego pochodzić musiały źródła (oprócz D.), naprowadzało na myśl jednoczesne prawie wystąpienie choroby u kilkunastu naraz osób i w jednym mniej więcej stopniu rozwoju, to jest formy drugorzędnej. Że osoby te cierpiały najniewinniej, sądzić można z tego było, że połowa chorych były to dzieci do lat dziewięciu, że Maryjanna M. okazała się nienaruszoną (*virgo intacta*), a u żadnej ze starszych chorych osób z wyjątkiem D. nie można było znaleźć na częściach płciowych ani śladu jakichkolwiek owrzodzeń. Że D. nie mógł być przyczyną, czyli źródłem opisanego, że

się tak wyrażę, wtargnięcia choroby, wnosić mi należało z powyższych cech znalezionego u niego na napletku wrzodu i braku wszelkich objawów zakażenia ustroju jadem przymiotowym, a co się sprawdziło i tą okolicznością, że w cztery miesiące potem, t. j. w miesiącu Grudniu tegoż roku, u niego, jego żony i dziecka wystąpiły objawy formy drugorzędnej przymiotu, na które po dzień 16 Kwietnia leczyl się w Kaliszu w szpitalu S-iej Trójcy.

Należało mi więc przypuścić taki sposób powstania choroby: G. powróciwszy z wojska, był albo już chory, albo wkrótce po powrocie zachorował. lub co najprawdopodobniejsze, że w wojsku miał wrzód pierwotny, a w Kościelnej Wsi wystąpiły objawy drugorzędne. Przypuszczenia te uzasadniały: 1-o blizna na ręciu, 2-o ta okoliczność, że w jego domu najpierw choroba się we wsi pokazała; 3-o że on miał, że się tak wyrażę najstarszą formę chorobową i 4-o zeznanie żony, że „przed półtora przeszło rokiem miał w gębie nie czysto, a od tego czasu w kościach często go łamało“. Otóż według wszelkiego prawdopodobieństwa G. zaraził swą żonę, ta swoje dziecko, a od ich obojga zaraziło się najmłodsze zmarłe W. dziecko. Czy to ostatnie rzeczywiście przymiotem dotknięte było i zmarło z tej choroby, nie mam zasady wyrokować, faktem tylko jest, że poza domem G. choroba najpierw pokazała się u najmłodszych dzieci W.. Trzeba więc przypuścić albo zarażenie się zmarłego dziecka podczas ssania G. (brodawka mogła być pękniętą) lub pocałunków tej ostatniej, albo też przejście choroby od dziecka G. do dzieci W. przez pocałunki lub używanie jednych i tych samych naczyń, lub kęsów pokarmów, jak się to często między dziećmi, szczególnie na wsi, zdarzać zwykło. Od dzieci zaś i od jednego domu choroba w ten sposób szerzyła się do osób starszych i do domów sąsiednich, tylko D. zaraził się *per coitum*. Tyle o rezultacie moich poszukiwań na miejscu. Lecz co było na razie z szesnastoma chorymi na przymiot zrobić?, jak sobie poradzić?, nie łatwe to było do rozwiązania. Odesłaniu ich do szpitala stawało na zawadzie: 1) liczba chorych (16), 2) reperacje wielu sal w szpitalu podówczas podejmowane i 3) czas, w jakim się to stać miało (6 Lipca bowiem rozpoczynają się u nas jak wiadomo żniwa) i 4) ta okoliczność, że większa część tych chorych należała do rodzin jak na wieś stosunkowo bogatych, którzy obiecywali kupować sobie lekarstwa i wypełniać skrupulatnie wszelkie przepisy lekarskie, byleby ich w domu zostawić. Naradziwszy się więc wspólnie z Inspektorem lekarskim kol. W e j s e m, zastępcą tegoż kol. M e r k l e m i starszym lekarzem szpitala kol. D r o z d o w s k i m, postanowiliśmy całą rodzinę G. i D. odesłać do szpitala, a pozostałe trzy rodziny leczyć w domu, zabroniwszy tym ostatnim wszelkiej styczności z obcymi, a zatem: chodzić do karczmy, kościoła, na targi, najmować do siebie robotników i t. p: co też bezzwłocznie i skutecznie. Nadto z mej strony postanowiłem dokonać jeszcze rewizyi wszelkich mieszkańców Kościelnej Wsi choćby najmniejsze budzących podejrzenie w tym względzie; dodać bowiem muszę, że w Kościelnej Wsi mieszka dużo osób trudniących się w Kaliszu po różnych fabrykach i że wogóle wieś ta liczy tysiąc przeszło mieszkańców, więc do szerzenia się zarazy ma liczne w stosunku do innych drogi i sposoby. W kilka dni z polecenia Naczelnika powiatu dostawiono do kancelaryi wójta gminy, do której i Kościelna Wieś należy, a gdzie jest oddzielna izba i krzesło do badania nierządnie przedmieść kaliskich, w jednym dniu wszystkie osoby będące w podejrzeniu, w drugim wszystkie dziewczyny od 16-ego roku życia, w trzecim mężczyzn niezonatych od szesnastego roku począwszy. Po dokonaniu tym sposobem badania u 127 osób okazało się, że wogóle na 62 dziewczyn, od 16 roku życia począwszy, u 53-ech była błona dziewicza w całości i to przeważnie u córek gospodarskich, gdyż owe 9 z utratą dziewictwa były to wyrobnice; trzy osoby okazały się dotknięte przymiotem 1) Aniela G. miała powierzchowne owrzodzenie na wargach sromnych, wielkości fasoli, z szarozółtem dnem i lekkie zaczerwienienie w gardle; 2) u jej męża tylko ten ostatni objaw (ich dzieci okazały

się zdrowe); 3) Scholastyka B., dziewczyna, 20 lat mieć mogąca, miała na wardze sromnej lewej wrzód okrągławy, wielkości pięciogroszówki, z dnem sadłowatym, twardym, niewielkie obrzmienie gruczołów pachwinowych i lekkie zarumienienie w gardle; błony dziewiczej nie miała i przyznała się, że niedawno mimowolnie raz miała stosunek z mężczyzną, lecz z którym wyjawić w żaden sposób nie chciała. Chorych tych pozostawiłem w domu i przepisałem pigułki z jodku rtęci żółtego. Co się tyczy dalszego przebiegu wzmiankowanej, że się tak wyrażę, epidemii, to chorzy, leczący się w domu, obowiązani byli co tydzień przychodzić do mnie, a co dwa tygodnie i osoby zdrowe do ich rodziny należące. Okazało się, że w końcu Października u dwóch starszych córek M. pojawiły się białe plamy w gardle i łepieże płaskie na podniebieniu miękkim, też same objawy wystąpiły wkrótce i u 7-letniego synka W.. W końcu zaś Grudnia u wzmiankowanego D. jego żony i dziecka wystąpiły objawy formy drugorzędnej na skórze w gardle i w odbycie. Ci ostatni bezzwłocznie byli odesłani do szpitala. W Lutym u pięćdziesięcioletniej kobiety Magdaleny C., chodzącej na roboty w pole do W., pojawiły się łepieże płaskie w odbycie i na wargach sromnych, a także szare zmnętnienie błony śluzowej w gardle; odesłano ją do szpitala.

Dodać winienem, że mieszkańcy Kościelnej Wsi z chęcią poddawali się rewizji i często za pojawieniem się łada bólu gardła lub jakiego liszaju na skórze nie zaniechali korzystać z porady lekarza powiatowego. Ostatecznie od miesiąca Lipca w roku zeszłym po dziś dzień w Kościelnej Wsi znalazło się 23 osoby, dotknięte przymiotem. Niektóre z nich, jak Wojciech W. (ojciec), G., stary M. i rodzina M. w przeciągu tego czasu przy używaniu odpowiednich lekarstw, zupełnie się wyleczyły; u innych pod wpływem domowego leczenia objawy przymiotu to słabły, to się wzmacniały. Gdy jednak w Styczniu wspomniona wyżej Scholastyka B. u której w Grudniu spostrzegłem słabe tylko zaczerwienienie w gardle i niewielkie obrzmienie gruczołów pachwinowych (po wrzodzie została blizna), po krótkim, około 10-cio-dniowym pobycie w szpitalu, umarła na jakąś dziwną formę chorobową, nierozstrzygniętą przez konsultujących lekarzy, a objawy chorobowe szczególnie u dzieci leczących się w domu uporczywie trwały, zapewne z przyczyny nieściśłego brania lekarstw i niezachowania przepisów — przeto dla położenia końca szerzeniu się we wspomnianej wsi choroby postanowiłem wszystkich chorych odesłać do szpitala.

W tym celu i w myśl rozporządzenia Departamentu Lekarskiego z dnia 28 Października 1851 r., gdzie powiedziano: „wieśniaków syfilitycznych bezwarunkowo odsyłać do szpitala“, wszystkich dotkniętych w Kościelnej Wsi przymiotem wezwałem do szpitala Ś-tej Trójcy w Kaliszu i tu po wspólnym z lekarzami szpitalnymi Dr o z d o w s k i m i W i l c z e w s k i m zbadaniu u dziewięciu osób okazały się jeszcze objawy przymiotu i takowe 9 osób pozostawiono w szpitalu. Tym sposobem od Lipca zeszłego roku do 1 Kwietnia r. b. z samej Kościelnej Wsi chorych, dotkniętych przymiotem, przybyło do szpitala 16 osób; wypisało się 5; pozostało nadal 11 i jedna zmarła z wątpliwym rozpoznaniem. Z całej tej historii widocznem się okazało, jak wiele złego i to w sposób niewinny sprowadził jeden dymisyjonowany żołnierz, przymiotem dotknięty i jak często objawy drugorzędne występować mogą bez owrzodzeń pierwotnych. Ponieważ dotychczas nie było prawa obowiązującego żołnierzy, powracających z wojska, poddawać przymusowej rewizji co do istnienia choroby przymiotowej, więc wspólnie z Naczelnikiem powiatu kaliskiego zrobiliśmy podanie do Gubernatora o wyjednanie przymusowej rewizji tych żołnierzy w biurach Naczelników wojennych. Ci ostatni wymówili się od pełnienia tej czynności z tego powodu, że wielu żołnierzy wraca z wojska do domu, pomijając ich biura i że niezawsze mogą mieć lekarza, któryby dopełnił rewizji. Jednakże dla wyżej wyluszczonej przyczyny Gubernator kaliski w Październiku roku zeszłego wydał okólnik do wszystkich Naczelników powiatu swej gubernii, by żaden żołnierz,

powracający z wojska, nie został uwolniony z ich biur (dokąd każdy stawić się musi) dopóty, dopóki nie zostanie zbadany przez lekarza powiatu i nie zostanie odnotowany w umyślnie na ten cel zaprowadzonej książce, że nie jest chory na przymiot; w przeciwnym zaś razie lekarz ma zrobić stosowną adnotację, poczem chory bezzwłocznie do najbliższego szpitala odsyłanym zostaje na leczenie. Ze stu czterech żołnierzy w tym celu przezemnie w ostatniem półroczu obejrzanych, dwóch znalazłem przymiotem dotkniętych.

O dalszym przebiegu i zakończeniu wyż wspomnianej, że się tak wyrażę, epidemii przymiotu, nie omieszkać we właściwym czasie uwiadomić Szanownych Kolegów.

Feliks Drecki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. Raymond i Arthaud. Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną gruźlicy.

Praca powyższa ma znaczenie z tego względu, że po pracy Spiny jest drugą, której celem było potwierdzenie rezultatów Koch'a w całej ich rozciągłości. Prace swą autorowie rozpoczęli zresztą wpraw, nim wiadome im było odkrycie Koch'a, dowiedziawszy się o niem, postanowili najpierw sprawdzić rezultaty, otrzymane przez uczonego berlińskiego, za nim badania swe posuną dalej w kierunku wytkniętym przez Pasteur'a dla innych chorób zakaźnych.

Z góry powiedzieć należy, że autorowie sprawdzili we wszystkich, niemal że najdrobniejszych szczegółach pracę Koch'a i robią jedynie zastrzeżenie co do sposobów hodowli laseczników. Sposoby mianowicie używane przez Koch'a i polegające na stosowaniu stałych płynów pożywczych, jako to żelatyny i po drugie wyjaławianie za pomocą ogrzewania do 58° C. nie daje dostatecznej gwarancyi czystości hodowli, która istotnie w tych warunkach bardzo trudno się udaje. Zdaniem autorów sposoby uprawy Pasteur'a o wiele są wyższe od używanych przez Koch'a; tu bowiem wyjaławianie naczyń i płynu odbywa się przy 150 — 200° C., a w płynnym środkiem pożywym łatwiej można kontrolować czystość hodowli.

Przy hodowli zauważyć się daje, co następuje: do 10 dniu płyn użyty (rosół z królika lub buljon z wyciągu Liebig'a) pozostaje zupełnie przezroczystym i dopiero po upływie tego czasu pokazuje się na dnie naczynia zaledwie widzialny osad, który się powiększa do końca pierwszego miesiąca; od tej chwili pozostaje na tym samym stopniu. Osad brany z posiewu w pierwszym miesiącu składa się z laseczników, pod koniec jednak pierwszego miesiąca obok nich widzimy już i zarodniki (spory) i od tej chwili ilość laseczników coraz się zmniejsza, a pod koniec drugiego miesiąca znikają one zupełnie; natomiast w prostym stosunku do znikania laseczników powiększa się ilość zarodników. Szczepione tak laseczniki jak i zarodniki aż do piątego pokolenia dawały zawsze rezultaty dodatnie; zawsze zwierzęta umierały z powodu gruźlicy ogólnej. Natomiast laseczniki i zarodniki, poddane przez godzinę działaniu ciepłoty 100° C., traciły w zupełności swe własności.

Na tem kończą się prace, mające na celu sprawdzenie badań Koch'a; autorowie na tem jednak nie poprzestali; badają oni zachowanie się lasecznika gruźliczego w rozmaitych warunkach i szczególniejszej starają się wykazać, czy zarażająca jego siła nie da się zmienić pod wpływem szczególnych okoliczności.

(*Arch. générales de méd.* Kwiecień 1883.).

T. Dunin.

27. Luys. Somatyczne warunki pobudliwości mózgowej (*Des conditions somatiques de la surexcitation cérébrale*).

Autor już w dziele swoim *Maladies mentales* 1881 zwracał uwagę na znaczenie zrazika przedśrodkowego (*lobulus praecentralis*) przy przewlekłych złudzeniach i omamach zmysłowych i przy podnieceniu lub pobudzeniu hipochondrycznym, przypisując te stany chorobowe przerostowi tegoż zrazika; myśl tę rozwija autor dalej i przychodzi do przekonania, że w ogóle wszystkie popędy ruchowe i czynności wogóle (energija) należy umiejscowić w tej części mózgowia. Według zdania więc Luys'a zrazik ten u mężczyzn w wieku dojrzewania (*pubertas*) daleko już silniej bywa rozwiniętym, aniżeli u kobiet. Mężczyźni zaś, u których ten zrazik mniej typowo jest rozwiniętym, przedstawiają się mniej energicznymi, podleglejszymi i mniej samodzielnymi, gdy tymczasem kobiety z silniej rozwiniętym zrazem przedśrodkowym odznaczają się większą energiją i pobudzalnością i przez to zbliżają się więcej do płci męskiej. Dwa spostrzeżenia kliniczne służą jako dowód wyżej przytoczonego poglądu.

(*L'encephale*. 1882. Nr. 4. str. 569).

D-r med. A. Rothe.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Po zmarłym D-rze Chęłmińskim, lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus został mianowanym D-r W. H. Krajewski, Redaktor „Kroniki Lekarskiej“.

Kraków. Czytamy w N-rze 23 „Przeglądu Lekarskiego“ co następuje. „Sprawa budowy kliniki i zakładu patologicznego zwolna wprawdzie, jednak posuwa się naprzód. Dzięki energii i pilności p. inżyniera Sarégo czynności wstępne są ukończone; wygotowane bowiem zostały szkice wszystkich zakładów razem z objaśnieniem i kosztorysem; zostały one przyjęte już przez komisję wydziałową a niebawem zapewne będą przyjęte i przez Wydział, poczem odejdą do Namiestnictwa, które zapewne poprze żądanie Wydziału, aby już w przyszłorocznym budżecie sumę około 100,000 zła. jako pierwszą ratę umieszczono.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 23. Blumenstok. Dzieciobójstwo lub śmierć noworodka z powodu zaniechanej pomocy. — E. Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu S-go Ludwika od r. 1859—1882 r. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 23. Stoll. Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego. (Dalszy ciąg).

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Ernest Sulimczyk Świeżawski i Kazimierz Wenda. Materiały do dziejów farmacji w dawnej Polsce od czasów najdawniejszych do chwili bieżącej. IV. Urządzenia aptekarskie. Warszawa 1883.

Radziszewski. Rozbiór chemiczny wód lekarskich w Rymanowie. Lwów. 1882.

Sprawozdanie z działalności Warszawskiej lecznicy dla zwierząt za rok (3 Maja 1882 do 3 Maja 1883).

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Z powodu zbliżania się półrocza drugiego, uprasza się Sz. Pp. Prenumeratorów „Gazety Lekarskiej“ o wczesne nadsyłanie przedpłaty. Prócz tego, ponieważ w przyszłym tygodniu wyjdzie z druku *Farmakologija Nothnagela i Rossbacha*, przeto przypominamy, iż teraz właśnie najdogodniej składać na nią przedpłatę. Ze względu, że wydawnictwo to nie jest wcale obliczonym na korzyść materyjalne dla wydawców, lecz że zysk osiągnięty ze sprzedaży będzie obróconym na dalsze wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, sądzymy, że wszyscy prenumeratorowie *Gazety Lekarskiej* pospieszą poprzeć nasze usiłowania na tem polu i że nakład dzieła rozejdzie się w krótkim czasie.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

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 chińy 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 Chińą i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

Na 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 bendżwinijanem żelaza, butelka po 1 rs.

Oleum ricini koussinatum 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 osob 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—5

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

VICTORIA woda gorzka

NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyadi Janos, a o 260 gr. więcej jak Puluau 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 Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—8

DR. WIKTOR ŻELAZOWSKI

b. sekundaryjusz szpitala Krakowskiego
ordynuje w sezonie tegorocznym, tak jak w roku zeszłym, w Karlsbadzie.
Mieszka: Andreasgasse „Wilde Taube“.

6—5

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, palpitaacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONA), 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^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycienieniu, 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 sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby 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 najwątliwsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryskich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek 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.

W IWONICZU

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

Dr Klemens Dębicki

jako lekarz zakładu.

5—3

Dr. Karol Dębicki

udzielać będzie porady lekarskiej jak w roku zeszłym
w **F r a n c e n s b a d z i e.**

6—5

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w **I w o n i c z u**

ordynuje jak w latach poprzednich, mieszka „STARY PALAC.”

6—4

Gubernija
KIELECKA

S O L E C

Powiat
STOPNICKI

Najsilniejsze wody mineralne (alkaliczne siarczano-słone). Sezon otwarty
w dniu 20 Maja.

6—5

J A W O D O L E C Z N I C Z Y

(około Bielska, Szlask austrijski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I ŻĘTYCZNY

otwarty jak po inne lata z d. 1 Maja r. b.

Dr. Smoleński, lekarz i kierownik Zakładu. 6—5

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**
mieszka jak dawniej **Kreuz-Gasse, Insel Rügen.**

12—6

Nowe Miasto nad Pilicą

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Racyjonalna hydroterapija. Objasnienia na miejscu lub w Warszawie
w Aptece **H. Kucharzewskiego.** Senatorska 480. 10—3

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w **Nowem mieście nad Pilicą** (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapija. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite źródła wybornej wody. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwóch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacyja osobowa karetkami pocztowemi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie.

Objasnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece **H. Kucharzewskiego,** Senatorska 480. 7—3

BUSKO**Dr. J. Majkowski**

Lekarz zakładowy, udziela porady z rana w gabinecie lekarskim zakładu, po południu w swoim mieszkaniu na folwarku rządowym. 6—3

DR. H. PRZEŹDZIECKI

praktykować będzie jak lat poprzednich

we Francensbadzie

(Goldener Stern). 6—3

Dr. Med. Józef Kołaczkowski

ordynuje r. b. jak lat poprzednich

W SZCZAWNICY. 2—2

Szanownym Kolegom donoszę, iż jak dawniej od Maja r. b. ordynuję

W Salzbrunn.

Dr. NITSCHÉ. 2—2

Dr. Bulikowski

ordynuje przez sezon kąpielowy

W GLEICHENBERGU—Carolinenhof, (za teatrem). 3—3**Dr. med Stanisław Prager**

praktykuje jak lat poprzednich

w MARYJENBADZIE, VILLA PARADIES. 3—3

Dr. Goldbaum

z miasta Łodzi w Królestwie Polskiem, praktykować będzie podczas sezonu

W ENNS. 3—3**Dr. Tadeusz Dworski**

lekarz zdrojowy W SZCZAWNICY rozpoczyna tamże zwykłą ordynację w roku bieżącym z dniem 1-go Czerwca (Holenderka). 5—4

B U S K O

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkuje, ordynuje w domu własnym. 6—4

Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran. 10—3

Dr. Franciszek Chłapowskipraktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen** 6—2

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.

CIECHOCIŃSKI WYCIĄG Z IGLIWA SOSNOWEGO

(*Extractum Turionum Pini pro balnea.*)

Powyższy środek leczniczy, zalecany przez wielu lekarzy, z bardzo pomyślnym skutkiem,
przy reumatyzmie, artrytyzmie, krzywicy i cięższych formach żołądka, również w wielu przewlekłych
postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GEBZYŃSKIEGO w Ciechoćku.

Dostać go można w składzie materyjałów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach War-
szawskich.

Wyciąg ten, w porównaniu z krynickim, jest daleko gęstszym, a butelka, pomimo większej
objętości o 40 kop. tańsza. 6—1

KSIĘGARNIA I SKŁAD NUT E. WENDE I SPÓŁKI

otrzymała na skład główny:

Huxley T. H., Wykład biologii praktycznej—przetłómaczył A. Wrzesniowski.

Cena 1 rs., z przesyłką 1 rs. 25 kop.

Do nabycia we wszystkich znaczniejszych księgarniach. 2—2

W przyszłym tygodniu wyjdzie z druku
Nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a.

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy Gazety Lekarskiej

MARSZAŁKOWSKA Nr. 49.

Stacja kolejowa
Muszyna Krynica
z dworca kolejowe-
go do Zakładu 10
kilometrów, godzina
jazdy. Przy dworcu
siakry i wózki góral-
skie.

KRYNICA

Poczta i Telegraf
tudzież biuro wy-
wiadoweże w sa-
mym zakładzie.

w Galicyi w pow. Nowo Sąddeckim

CES. KRÓL. ZAKŁAD ZDROJOWO-KAPIELOWY

na okres od 15-go Maja do 30-go Września 1883 otwarty

posiada liczne zdroje szczyawy alkaliezno-żelazistej, dwa gmachy łaźnie o 100 gabinetach, z wszelkiego rodzaju kąpielami ogrzewanymi według metody Schwartza, aptekę ze składem wód mineralnych zamiejscowych, trudniącą się wyrobem pastylek Krynickich i wyciągu z igliwia na kąpiele balsamiczne; zakład gimnastyczny i rzeźnych kąpiele.

Wody i Kąpiele mineralno-wodne i borowinowe są uznanym środkiem leczniczym: w niedokrwistości i blednicy, we wszelkich cierpieniach żołądka lub kiszki, połączonych z osłabieniem trawienia lub z biegunką, w rozlicznych chorobach organów płciowych u niewiast, jakoteż i w przewlekłych cierpieniach nerwowych opartych na osłabieniu, tudzież są najpewniejszym lekiem w chorobie angielskiej i skrofuleznej u dzieci.

Ostatnia kurlista wykazuje, przeszło 4,000 gości.

Podczas sezonu ordynuje sześciu p. p. lekarzy.

Zakład posiada około 1000. pokoi w domach skarbowych i prywatnych porządnie urządzonych, 7 publicznych restauracyj, cukiernię i piekarnię, kilkadziesiąt sklepów z różnymi towarami, pracownię strojów damskich, tudzież krawieckie i szewskie.

Dla rozrywki i uprzyjemnienia pobytu służą: czytelnia gazet, wypożyczalnia książek, teatr polski pod kierownictwem p. I. Dobrzańskiego dyrektora teatru Lwowskiego, orkiestrę zdrojową, pod dyrekcją Kapelmistrza i kompozytora p. Adama Wrońskiego, częste reuniony, park przeszło 40. hektarów wynoszący, liczne ogródki kwiatowe, promenady, wycieczki do bliskich Zakładów kąpielowych jako to: Żegestów, Bardyjów, do miejsc pamiątkowych w okolicy Krynicy tudzież na sąsiedni Spiż i Węgry.

Od 15-go Maja do 14-go Czerwca i od 1-go do ostatniego Września najtańszy sezon, podczas którego także pomieszkania o $\frac{1}{3}$ są tańsze.

Biuro wywiadoweże i portyer w Zakładzie udzielają bezpłatnie informacyi o niezajętych pomieszkaniach i wysyłają na żądanie osobne powozy do dworca kolejowego.

Na razie wysiąść można w hotelu Krakowskim, pod Koroną.

Zamówienia na wody mineralne tu pod dozorem lekarskim i kontrolą rządową czerpane, przyjmuje, na listy frankowane odpowiada i broszury bezpłatnie posyła:

Ces. Król. Zarząd Zakładu zdrojowego w Krynicy.

6—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący,

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

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

30—12

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzony został w Sól Vichy do kąpiele, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbytecia kuracyi do Vichy, a także w Pastylki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego.

30—12

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Wolfram. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycza gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia. — II. Mikulicz. Przyczynki do plastycznej chirurgii nosa. (Dokończenie). — *Notatki lekarskie.* 14. F. Drecki. Szerzenie się przymiotu w Kościelnej Wsi pod Kaliszem. — *Dział sprawozdawczy:* 26. R a y m o n d i A r t h a u d. Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną gruźlicy. — 27. L u y s. Somatyczne warunki pobudliwości mózgowej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Do Pp. Prenumeratorów. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycza gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram.

Tętniaki, w ścisłym tego słowa znaczeniu, oraz rozszerzenia tętniakowe tętnicy płucnej, zarówno jak i sprawa miażdżycowa, na tle której tętniaki najczęściej się rozwijają zwykły, są w ogóle zjawiskiem rzadszem, w przeciwieństwie do częstości tych zmian chorobowych w zakresie tętnicy głównej. Przyczyny tego zjawiska szukać należy, jak sądzę, w odmiennej budowie ścian pnia tętnicy płucnej i jej rozgałęzień, a co jest podstawą wyjątkowych warunków, wśród których się odbywa krążenie w małym kole już w stanie fizjologicznym. Jakkolwiek bowiem zdania co do istoty sprawy miażdżycowej, podobnie jak i co do przyczyn ją wywołujących, są podzielone, jedno przecież zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynniki mechaniczne przeważną tutaj odgrywają rolę. Statystyka lekarska zdaje się to stwierdzać najzupełniej. Wiadomo, że często sprawa miażdżycowa rozwija się u ludzi, ulegających przewlekłemu zatruciu wyskokowemu, pod wpływem którego układ naczyniowy znajduje się w stanie silniejszego napięcia, że przeważnie podpadają jej mężczyźni, i to szczególnie tacy, którzy oddają się cięższej pracy fizycznej, że ze szczególnym upodobaniem sadowi się w miejscach, które z położenia swego wystawione są na najsilniejszy prąd krwi, lub w okolicy rozgałęzień, gdzie ściany tętnic narażone są na najznaczniejsze tarcie, naprężenie i rozciąganie. Wiadomo również, jak często sprawa ta wikła się z ziarnistym zanikiem nerek, przy którym niekiedy już po napięciu tętnic istoty choroby domyślać się można. To też miażdżycza wtedy szczególnie sadowi się w tętnicy płucnej i jej rozgałęzieniach, gdy równocześnie istnieje znaczniejsze zwięźlenie lewego ujścia żylnego, które wywołuje zwykle bardzo znaczne opory w małym kole krążenia. Już Virchow pod-

niósł znaczenie czynników mechanicznych, jako najważniejszej przyczyny, pośredniczącej w wytwarzaniu się sprawy miażdżycowej w układzie tętniczym, a *Senhouse-Kirkess*, po nim zaś *Traube* i *Fraenkel* (*Klinische Untersuchungen. Tom III. Str. 164*) uważają bardzo znaczne, stale się utrzymujące napięcie w tętnicach, jako najbliższy jej powód. Czynniki ten, jak się zdaje, bardzo często pierwszorzędną odgrywa rolę, chociaż niewątpliwie istnieją i takie przypadki, gdzie mimo znacznie podwyższonego napięcia w układzie tętniczym, na stole sekcyjnym nieznaczne tylko ślady miażdżycy wykazać się dają. Przyjmując go jednak, łatwo sobie wytłómaczyć powstawanie tej zmiany chorobowej wśród okoliczności powyżej przytoczonych, jak z drugiej strony częstość jej pojawiania się w dużym, a rzadkość w małym kole krążenia. *Lichtheim* (*Die Störungen des Lungenkreislaufs*), mianowicie w doświadczeniach na kuraryzowanych psach, wykazał dowodnie, że parcie ościenne w tętnicy płucnej po wykluczeniu (przez podwiązanie lewej gałęzi tętnicy płucnej) połowy układu tętniczego z krążenia, tylko bardzo nieznacznie się powiększa. Napięcie zatem, zarówno jak i sprężystość ścian tętnicy płucnej są nieznaczne w porównaniu z układem tętnicy głównej, a w samej podatności ścian tętnicy płucnej, prawie wolnych od wpływu nerwów naczynio-ruchowych i w zdolności rozszerzania się koryta krążenia małego, szukać należy przyczyny, dlaczego potrzeba aż bardzo znacznych oporów w małym kole krążenia, by w układzie tętnicy płucnej następczo rozwinąć się mogła miażdżyca. Słabym układem mięsnym zaopatrzone ściany tętnicy płucnej, o nieznacznym skutkiem tego napięciu, a nadto o małej sprężystości, rozszerzają się łatwo, tak, że w razie istnienia zapory w kole małego krążenia, nieznaczny już nadmiar kompensacyjnej pracy prawego serca wystarcza, by krążenie to wyrównać i to tak dalece, że manometr umieszczony w tętnicy dogłowej, jak to wykazał *Lichtheim*, żadnego nie okaże wzniesienia. Momenty te tłómaczą zarówno rzadkość, z jaką wydarzają się w tętnicy płucnej zboczenia, wynikające z nadmiernego powiększenia parcia ościennego krwi, jak niemniej zdolność, z jaką komórka prawa przewycięża przeszkody w krążeniu płucnym, wreszcie tę okoliczność, że zboczenia w zakresie tętnicy płucnej znoszone bywają bez znaczniejszych dolegliwości przez stosunkowo bardzo długi przeciąg czasu, czego, spodziewam się, przypadek, jaki opisać zamierzamy, najlepsze może złożyć dowody.

Lecz i ze względu na objawy kliniczne, za życia dostrzegane, przypadek nasz budzi nieco zajęcia. Wiadomo, że rozpoznanie za życia tętniaka tętnicy płucnej należy do rzeczy bardzo trudnych. Nie znamy też ani jednego objawu klinicznego, na podstawie którego możnaby rozpoznać stanowczo i napewno tę zmianę, choć niewątpliwie istnieje dosyć przypadków, na podstawie których tętniaka tętnicy płucnej przynajmniej domyślać się można. Objawy przedmiotowe, jakkolwiek często dosyć liczne, z powodu bardzo blizkiego sąsiedztwa tętnicy głównej, rzadko rozstrzygają stanowczo, a to tem bardziej, że obecność lub brak objawów uciskowych na narządy sąsiednie jest nawet dla tętniaków tętnicy głównej względnie znamieniem rozpoznawczym i że często powikłania ze zmianami na zastawkach, wywołując liczne nowe objawy, utrudniają wielce ze swej strony rozpoznanie. Jakoż z pomiędzy kilkudziesięciu przypadków tę-

niaka tętnicy płucnej, opisanych w literaturze, z jakimi mi się spotkać udało, niemal wszystkie nie były rozpoznane za życia; wyjątek stanowi tylko przypadek, opisany przez G i l e w s k i e g o (*Przegląd lekarski* 1868 i *Wien. Med. Wochensh.* 1868), gdzie sekcja stwierdziła w zupełności rozpoznanie, za życia postawione, tętniaka tętnicy płucnej wraz ze zwięzieniem ujścia żylnego lewego. Lecz i tę zgodność rozpoznania klinicznego z rozpoznaniem anatomicznem raczej szczęśliwemu przypadkowi przypisać należy, aniżeli podstawom rozpoznawczym, na których się opierał prof. G i l e w s k i. W literaturze bowiem napotykamy przypadki, w których na podstawie właśnie tych objawów, przez G i l e w s k i e g o podniesionych, a o których później wspomnieć nam wypadnie, rozpoznano tętniaka tętnicy płucnej, a sekcja mimo to stwierdziła tętniaka aorty. Jakoż najznakomitsi klinicyści, jak D u c h e k, F i e d r e i c h i t. p. uważają stanowczo rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej za niemożliwe. Wobec tego nie dziw, iż znakomitościom pierwszego rzędu, że wspomnę tu tylko S k o d ę, nie udało się w takich razach za życia prawdziwego postawić rozpoznania. I nasz przypadek nie został za życia rozpoznany; jak jednak z protokołu sekcyjnego przekonać się będziemy mogli, do zwykłych trudności rozpoznawczych dołączyły się inne jeszcze, które polegały na zmianie położenia serca.

Opis tego przypadku rozpocznę od wywiadów. Dnia 16 Listopada 1882 r. zgłosiła się do kliniki Julija Pausz, 55-letnia, żaląc się na silne bicie serca, duszność występującą napadami, puchlinę brzucha i kończyn dolnych. Bliższe wywiady wykazały, że chora ta w wieku młodszym przebywała dwa razy uporczywą zimnicę, raz tyfus brzuszny, a raz jakąś chorobę gorączkową, która, o ile to z przypadków sądzić wolno, prawdopodobnie była tyfusem płamistym. Dodać należy, że tak gośca stawowego, jako też i mięśniowego, nigdy nie przebywała. Choroba obecna rozpocząć się miała przed piętnastu laty. W tym to czasie chora zauważyła po raz pierwszy silniejsze bicie serca, pojawiające się odtąd okresami, które jednakowoż nie było nigdy tak znacznem, by ją zmuszało do oderwania się od zajęć codziennych. Dopiero w Listopadzie 1881 r. bicie serca powiększyło się do tego stopnia, że chora była zniewoloną usunąć się na czas jakiś od pracy fizycznej, przeleżała kilkanaście dni w łóżku, a gdy wśród tego nastąpiło względne polepszenie, wróciła do dawnego trybu życia. Stan jej jednak od tego czasu widocznie się pogarszał. Bicie serca stawało się i silniejszym i częstszym, nadto z końcem Lutego 1882 r. dołączyła się znacznie większa duszność, przyczem wystąpiła puchlina brzucha i kończyn dolnych, tak, że chora zaniepokojona temi objawami, zmuszoną była szukać pomocy lekarskiej. Przy używaniu leków odpowiednich stan jej się nieco poprawił, puchlina brzucha i kończyn dolnych ustąpiła zupełnie, duszność i bicie serca znacznie się zmniejszyły. Niebawem jednak bicie serca wystąpiło nanowo i to w znacznie większym stopniu niż poprzednio, duszność napadowo występująca pojawiała się częściej, puchlina brzucha i kończyn dolnych wróciła, co skłoniło chorą do udania się do kliniki.

Stan, jaki nam się następnego dnia, 17 Listopada, przedstawił, był następujący: Osobnik średnio odżywiany, 154 ctm. wysoki; mięśnie dosyć jędrne, kości dobrze rozwinięte, skóra blada, kończyny dolne znacznie opuchnięte. Twarz

sina w całości, osobliwie na powiekach dolnych, miernie obrzmała, wargi sine. Szyja prawidłowo długa, miernie obrzmała, żyły szyjowe nie okazują ani tętnienia, ani falowania, klatka piersiowa wdechowo ustawiona; obie jej połowy poruszają się jednak, okolica sutkowa lewa nieco więcej wypukłona, aniżeli to samo miejsce po stronie prawej. W płucach wykazać można rozedniętą miernego stopnia i nieżyt oskrzelowy; w jamach opłucnych bardzo nieznaczny przesiek. Oglądanie okolicy serca stwierdza silne, podnoszące, rozlane uderzenie wierzchołkowe serca, najwyraźniejsze w VI przestworze międzyżebrowym, a ostateczna granica tego uderzenia znajduje się mniej więcej w linii pachowej średniej. Obok tego spostrzedz można w drugim lewym międzyżebrze, na wewnątrz od linii sutkowej, w miejscu, które położeniem swym odpowiadało uszkowi lewemu w stanie fizjologicznym, wyraźne uderzenie, równoczesne ze skurczem serca. Obmacywanie potwierdza wyniki oglądania, nadto wykazuje tak nad uderzeniem wierzchołkowym, jak w czwartym i piątym międzyżebrze wyraźny pomruk koci skurczowy. Stłumienie bezwzględne serca poczyna się w linii przymostkowej lewej na górnym brzegu, a w linii sutkowej lewej na dolnym brzegu III żebra. Prawa granica stłumienia serca w górnej swej części przekracza nieznacznie linię środkową mostka ku stronie prawej, dolna jej część, nie przechodząc poza linię przymostkową prawą, bieży w kierunku ukośnym ku dołowi i ku stronie prawej zwróconym, przez IV-te i V-te międzyżebrze, zlewając się u dołu ze stłumieniem wątroby. Lewy brzeg stłumienia bezwzględnego w kształcie łuku przekracza na zewnątrz linię sutkową na $1\frac{1}{2}$ —2 ctm., a w VI międzyżebrze sięga na 1 ctm. na zewnątrz od uderzenia wierzchołkowego serca. Dolna granica znajduje się na wysokości X żebra, przebiega w kształcie lekko owalnym ku górze i wewnątrz, łącząc się w linii przymostkowej lewej ze stłumieniem wątroby. Stłumienie całe przedstawia więc kształt wydłużonego owalu, bardzo znacznych rozmiarów, ustawionego więcej poziomo, którego granica zewnętrzna znacznie więcej przekracza linię sutkową, aniżeli granica wewnętrzna linię przymostkową lewą. Oś podłużna tego owalu stłumienia wynosi 15 ctm., oś poprzeczna $7\frac{1}{2}$ ctm.. Od tego stłumienia bezwzględnego odłącza się w trzecim przestworze międzyżebrowym stłumienie względne, położone nieco na wewnątrz od linii sutkowej lewej, które w postaci języczka przeciąga się na międzyżebrze drugie. W granicach tego stłumienia względnego widać i wymacać można właśnie owo drugie uderzenie, równoczesne ze skurczem serca, które jednak nie okazuje wcale znamion właściwego tętnienia. Ponad trzonem mostka i ku jego stronie prawej odgłos wypukowy jest jawny; objawów ucisku na oskrzela, gardziel, lub nerw błędny nie stwierdzono żadnych. Ponad uderzeniem wierzchołkowym wyraźny, ostry szmer skurczowy, który, zachowując ten sam dźwięk, słabnie tak w kierunku ku podstawie serca, jako też ku wyrostkowi mieczykowatemu mostka. Przy rozkurczu słyhać również szmer, jednak mniej głośny, który nie ogranicza się do samego rozkurczu, ale przenosi się i na przedskurcz serca. W drugim lewym międzyżebrze, gdzie widzialnem i wyczuwalnem jest uderzenie, równoczesne ze skurczem serca, słyszeć się daje również wyraźny, ostry szmer rozkurczowy, którego dźwięk zdawał się jednak być innym, aniżeli szmeru nad uderzeniem wierzchołka serca. Ponad tętnicą płucną, t. j. przy

połączeniu chrząstki trzeciego lewego zebra z mostkiem, skurczowy ton. rozkurczowy szmer tego samego charakteru. co w miejscu względnego stłumienia. Nad tętnicą główną dwa tony, nieco słabsze, niż w stanie prawidłowym. w tętnicach dogłowych ton rozkurczowy. Tętno promieniowe po stronie prawej jest silniejsze. niż po stronie lewej, wynosi przeszło 100 uderzeń na minutę i jest słabo napięte, ale regularne. Tętnice obwodowe wężykowate, o ścianach niepodatnych.

Brzuch skutkiem przesięku surowiczego więcej wypięty, odgłos wypukowy stłumiony sięga w linii środkowej ciała od spojenia łonowego mniej więcej do wysokości pępka. Granice wątroby obniżone, brzeg dolny wymacalny, tępy, przy nacisku bolesny. Sledziona w granicach prawidłowych. Mocz nasycony, skąpy, ciężaru gatunkowego dosyć wysokiego, zawiera mierną ilość białka; w osadzie oprócz kryształów kwasu moczowego, skąpa ilość wałeczków, tu i owdzie ziarnistych. Język wilgotny, nieco obłożony, łaknienie upośledzone, stolec od czasu do czasu wolny. Duszność napadami występująca, mierny kaszel, w płwocinach jednak tak makroskopowo, jak mikroskopowo krwi wykazać nie można.

Na podstawie tych objawów przede wszystkim trzeba było orzec, że przypadek niniejszy należy do więcej powikłanych. Powiększenie stłumienia serca w wymiarze poprzecznym świadczy o przeroście prawej komórki, szmery nad wierzchołkiem serca, równoczesne ze skurczem, rozkurczem i przedskurczem serca, wyczuwalny tutaj mruczek koci, objawy zastojów żylnych w płucach, wątrobie, nerkach, wreszcie ogólna puchlina, przemawiały za niedomykalnością zastawki dwudzielnej wraz ze zwężeniem ujścia żylnego lewego. Do rozpoznania tej wady sercowej brakowało tylko zaostrenia drugiego tonu nad tętnicą płucną; w miejscu tem bowiem wyraźny był szmer rozkurczowy szorstki, jak się zdawało innego charakteru, niż nad uderzeniem wierzchołka serca. Natomiast silne, podnoszące, rozlane uderzenie wierzchołkowe, wyczuwalne najwyraźniej w VI przestworze międzyżebrowym, w linii pachowej środkowej, powiększenie stłumienia serca w wymiarze także i osiowym, kazały się domyślać, że obok przerostu serca prawego istnieje także przerost i komórki lewej. Słabszy niż w stanie prawidłowym, drugi ton nad tętnicą główną, brak tętna bardziej napiętego, nie mogły osłabiać tego rozpoznania, gdy się zważy, że serce w czasie tym przedstawiało już cechy niedostatecznej kompensacji, które się kazały domyślać zwyrodnienia jego włókien mięsnych.

Przerost serca lewego przy niedomykalności zastawki dwudzielnej przestał należeć do rzeczy rzadszych, od czasu, gdy pilniejszą poczęto zwracać uwagę na zachowanie się komórki lewej w tej wadzie sercowej, tak za życia, jak i na stole sekcyjnym. Niemal wszyscy nowsi autorowie zgadzają się pod tym względem, a różnią się tylko w podawaniu przyczyn, jakie go za sobą pociągają mają. Nie miejsce tutaj zastanawiać się nad teoryjami *Friedreich'a* (*Krankheiten des Herzens. str. 240*) i *Duchek'a* (*Die Krankheiten des Herzens. str. 173*), *Traubego* i *Cohnheim'a* (*Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie. str. 64*); winieniem nadmienić tylko, że w przypadku niniejszym istniał jeszcze inny powód, który mógł się niemal przyczynić do wytlómaczenia sobie domyslnego przerostu lewej komórki serca, mianowicie przewlekła sprawa za-

palna w nerkach, jaką na podstawie występującego w moczu białka i wałeczków rozpoznać należało. Przerost komórki lewej zatem odnoszono w niniejszem przypadku częścią do następstw niedomykalności zastawki dwudzielnej, częścią do sprawy zapalnej w nerkach i sprawy miażdżycowej w tętnicach.

Stłumienie względne jednak w drugim i trzecim międzyżebżu, w granicach którego widzieć i czuć można było uderzenie równoczesne ze skurczem serca i wysłuchać wyraźny szmer rozkurczowy, jak sądzono, musiało mieć odrębną przyczynę. Pierwsze podejrzenie, jakie się budziło, zwracało się z koniecznością ku tętniakowi tętnicy głównej. Jakkolwiek stłumienie, pochodzące od tętniaków tętnicy głównej, w największej części przypadków wykazać się daje ponad trzonem mostka, lub po jego stronie prawej, niekiedy jednak umiejscawia się ono i po stronie lewej w drugim i trzecim międzyżebżu, gdy tętniak wychodzi z lewej ściany lub z wklęsłości łuku aorty. Przyjmując go, z łatwością można sobie było wytłómaczyć zarówno uderzenie skurczowe w drugim lewym przestworze międzyżebrowym, jak i szmer rozkurczowy tamże słyszalny. Ogólna miażdżycza obwodowa, równie jak i tętno promieniowe, po stronie prawej silniejsze, zdawały się za nim wielce przemawiać. Przeciw niemu mówiły: brak stłumienia ponad mostkiem i po jego stronie prawej, brak objawów uciskowych, obecność tonów w miejscu, w którym osłuchujemy tętnicę główną, jako też obecność tonu rozkurczowego ponad tętnicami dogłowowymi. Momentów tych nie można jednak było uważać, jako usprawiedliwiające stanowcze wykluczenie tętniaka aorty. Tętniaki aorty, jak wiadomo, przebiegają niekiedy w sposób tak utajony, że nie wywołują żadnego stłumienia, tem mniej objawów uciskowych. Jakkolwiek w miejscu osłuchiwania aorty dosyć często w takich razach zamiast tonów słyszeć się dają szmery, szczególnie często szmer skurczowy, przecież nierzadkie są i takie przypadki, gdzie tylko same tony powstają. Toż samo nad tętnicami dogłowowymi drugi ton utrzymanym być może, gdy zastawki półksiężycowe aorty są domykalne, lub gdy aparat zastawkowy przynajmniej w części regularnym jeszcze ulega drganiom. Łatwiejsze przewodzenie tonów, aniżeli szmerów, dostatecznie w takim razie brak tych ostatnich tłómaczy.

Natomiast były i objawy, które przemawiały za tętniakiem tętnicy płucnej. Jak wiadomo, tętniaki, z tej tętnicy wychodzące, jeżeli tylko w ogóle przedmiotowo wykazać się dają, zazwyczaj wywołują stłumienie w drugim lewym międzyżebżu. Za regułą tego jednak uważać nie można. I tak Stark (*Abhandlungen der physikalisch-medizinischen Societät zu Erlangen. Tom I str. 472*) opisuje przypadek tętniaka tętnicy płucnej, który umiejscowił się pod mostkiem i w prawej połowie klatki piersiowej, a dosięgnąwszy niezwykłych rozmiarów, oddzielił chrząstki czwartego i piątego żebra od żeber i w ten sposób wydobył się na zewnątrz jamy piersiowej. Przypadki tego rodzaju, jakkolwiek niewątpliwie odosobnione w literaturze, nie pozwalają przecież z samego umiejscowienia się stłumienia stanowczych wyprowadzać wniosków, tembardziej, że tętniaki aorty, jeżeli wychodzą z lewej ściany lub z wklęsłości łuku, na odwrót znów po stronie lewej sadzić się zwykły. Co więcej kazuistyka stwierdza, że większa część tętniaków, które wywoływały stłumienie po

stronie lewej, odnosiła się do tętnicy głównej, a nie do tętnicy płucnej. Wprawdzie G i l e w s k i, opisując przypadek tętniaka tętnicy płucnej przez siebie za życia rozpoznany, nadmienia, że w razie istnienia wstrząśnienia i stłumienia w drugim lewym międzyżebżu, a przy braku tych objawów ponad trzonem mostka, lub w razie nieznacznego tylko stłumienia tamże, napewno w takich razach tętniaka tętnicy płucnej rozpoznawać należy. Spółcześnie istniejąca niedomykalność zastawki dwudzielnej, lub zwężenie ujścia żylnego lewego, szmer rozkurczowy ponad tętnicą płucną, lub tylko brak drugiego tonu tamże, przy obecności tonów ponad aortą i tętnicami dogłowowymi, nie mało, według niego, utwierdzić jeszcze mogą w tem rozpoznaniu. Jakkolwiek jednak niewątpliwie w wielu razach, przy obecności powyżej przytoczonych objawów, istnieje prawdopodobieństwo, że się ma do czynienia z tętniakiem tętnicy płucnej, to przecież G i l e w s k i zadaleko się posuwa, jeżeli mniema, że wśród analogicznych warunków napewno rozpoznać go można. Jako dowód dość przytoczyć przypadek, obserwowany przez G o l d b e c k 'a (*Beitrag zur Kenntniss der inneren Thoraxaneurysmen. Inaug. Diss. Giessen. 1868*) jeszcze w klinice F r i e d r e i c h 'a, gdzie z wyjątkiem wady zastawkowej w ujściu żylnem, istniały wszystkie te objawy, o jakich wspomina G i l e w s k i, a zatem gdzie tętnienie i stłumienie było po stronie lewej, ponad trzonem mostka tylko nieznaczne stłumienie, w aorcie i w tętnicach dogłowych tony, ponad tętnicą płucną silny szmer rozkurczowy, rozchodzący się lepiej ku linii pachowej lewej, aniżeli w stronę mostka, gdzie zatem na podstawie tych objawów rozpoznano za życia tętniaka tętnicy płucnej, a sekcja mimo to stwierdziła tętniaka aorty. Jak w ogóle z wszystkich przypadków, opisywanych w literaturze, przekonać się można, objawy wypukowe i przysłuchowe mają w takich razach tylko względną wartość. W naszym też przypadku umiejscowienie stłumienia, obecność tonów w aorcie i w tętnicach dogłowych, szmer rozkurczowy ponad tętnicą płucną, nie mogły rozstrzygać o rozpoznaniu. Podobny do naszego w objawach przypadek G o l d b e c k 'a najlepszą zdawał się być przestroga. Nadto, brak znacniejszego przerostu komórki prawej, jaki zazwyczaj towarzyszy tętniakom tętnicy płucnej, w naszym przypadku, o ile to w ogóle z objawów klinicznych wnosić było można, nie bardzo za nim przemawiał.

(D. n.)

II. PRZYCZYNKI DO PLASTYCZNEJ CHIRURGII NOSA.

Podał

Prof. D-r Mikulicz (z Krakowa).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 23).

Próbowałem pójść inną drogą, do której wskazówką było mi postępowanie prof. B i l l r o t h 'a w podobnym przypadku zniekształcenia u pewnego chorego. Po oddzieleniu skóry na grzbiecie nosa od bliznowatych przyczepów, ścis-

nał ją profesor Billroth za pomocą klamry (osobno ku temu celowi przez prof. Frisch'a podanej) z boków w ten sposób, że się ułożyła na linii środkowej w cienki wprawdzie, ale przecież wyraźnie zaznaczony grzbiet nosowy. Klamra składała się z dwóch płytek korkowych, które za pomocą sprężyny z drutu nawzajem na siebie cisnęły i siedziały mniej więcej jak cwikier (*pince-nez*) na nosie. Dłuższe noszenie tej klamry miało trwale utrzymać skórny grzbiet nosa. Wynik jeszcze w kilka tygodni po operacyi był wcale zadawalniający. Co do dalszego losu tego nosa nie posiadał profesor Billroth żadnych wiadomości.

W moim przypadku postąpiłem jeszcze o krok dalej. Nie tykałem się zupełnie całej masy bliznowatej wraz ze zrosniętą z nią skórą, lecz starałem się tylko przez przysunięcie części miękkich policzka i leżącej pod niemi okostnej szczęki górnej podnieść grzbiet nosa. W ten sposób spodziewałem się uzyskać więcej i trwalszego materiału dla grzbietu nosa, który też przez przesunięcie okostnej miał otrzymać silniejszą podstawę. Dnia 24. IV. 1882 wszedłem krótkim, a mocnym skalpelem do jamy nosa i poprowadziłem przedewszystkiem po obu stronach odpowiednio do bocznej krawędzi *incisurae pyriformis* cięcie przez błonę śluzową i okostną aż do kości. Teraz podniosłem znów od jamy nosa za pomocą skrobaczki okostną wraz z leżącemi nad nią częściami miękkimi od przedniej powierzchni szczęki górnej aż po brzeg oczodołowy. Wreszcie założyłem 2 szwy płytkowe daleko sięgające jeden ponad drugim, które przesunęły części miękkie mocno ku linii środkowej. Wynik natychmiastowy był zadziwiający. Utworzył się mocno wystający grzbiet nosowy, który wskutek utrzymanych pod skórą mas bliznowatych nie tylko okazywał piękne zaokrąglenie, ale posiadał także dostatecznie mocną podstawę. Oba szwy płytkowe leżały przez 18 dni, nie wywołując wcale znacniejszego podrażnienia. Po oddaleniu tychże grzbiet nosa zachował swą postać. Kazałem jeszcze choremu bez przerwy przez 2 tygodnie nosić wyżej opisaną klamrę Frisch'a. Później wkładał ją tylko na noc, a we dnie nosił zwyczajny cwikier (*pince-nez*) ze zwyczajnem szkłem, a tylko nieco szerszemi płytkami rogowemi.

W ciągu następnych tygodni grzbiet nosa wprawdzie zmieknął i stał się nieco węższym, przyczem się także nieco i zakłaskał, ale przecież zawsze jeszcze na tyle pozostał mocnym i wystającym, że się cwikier na nim mocno trzymał. Od Lipca już się kształt nosa więcej nie zmienił; a według listu z dnia 28. I. 1883 roku, a więc w 9 miesięcy po operacyi, chory nosi jeszcze bez przerwy we dnie, cwikier a w nocy klamrę.

Uwzględniając zupełnie prawie ujemne wyniki dotychczasowego leczenia w tym kierunku, mogę rezultat w tym przypadku nazwać wcale pomyslnym. W każdym razie sądzę, że operacyja ta zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi, które zostawiają po sobie rozleglejsze blizny. Rezultatowi kosmetycznemu bardzo tu przychodzi w pomoc noszenie cwikiera, który nie tylko utrzymuje kształt grzbietu nosa, ale także zupełnie prawie zakrywa pozostałe jeszcze zniekształtnienie. • Jeden ważny cel, t. j. przywrócenie prawidłowego nastroju duchowego, osiągnąłem, zdaniem mojem, u swojego chorego

3. Utworzenie skórnej przegrody nosowej.

Nie ma może drugiego tak drobnego, a przecież tak trudno usunąć się dającego ubytku w twarzy ludzkiej, jak braki w części skórnej przegrody nosowej. Dieffenbach podaje w swej chirurgii operacyjnej rozmaite możliwe drogi, by uzupełnić przegrodę nosową, czy to przez przyciągnięcie sąsiednich części, czy też za pomocą płatów. Najczęściej używa się do tego wargi górnej, lub skóry z czoła; jako trzeci materiał poleca Dieffenbach grzbiet nosa w tych przypadkach, gdzie nos jest nadmiernie wielki i długi. „Zadaje się ranę“, mówi Dieffenbach, „na przednim brzegu końca nosa; potem robi się na miejscu połączenia w wardze górnej dwa cięcia boczne i jedno górne poprzeczne“. Część skrojoną odpreparowuje się i zespaja z końcem nosa za pomocą szwów, (należy tu użyć grubszych szwów węzełkowych). Koniec nosa utrzymuje się tak długo w związku z wargą za pomocą plastrów ku dołowi ściągających, aż przyrośnięcie jest zupełnie pewnem. Potem wycina się za pomocą dwóch pod ostrym kątem, niedaleko od kości rozpoczynających się cięć piramidę ze skóry i chrząstki; piramida ta natychmiast po oddzieleniu jej od podstawy zesuwa się ku dołowi wskutek ciągnięcia przez wargę górną i układa się górnym swym końcem w szparze końca nosa. Część najbardziej spiczastą odcina się, a brzegi zespaja się z brzegami końca nosa i skrzydeł za pomocą szwów szpilkowych, a od dołu przyciska się ją delikatnie za pomocą poprzecznie przebiegającego plastru do przegrody nosowej.

Choćby wynik kosmetyczny tego sposobu operowania był najpomysłniejszy, to przecież zostawia on blizny widoczne na grzbiecie i na końcu nosa. Dlatego w jednym przypadku ubytku w części skórnej przegrody nosowej, przy nader długim nosie, zastosowałem leczenie, które wprowadzie także posługuje się skórą końca i grzbietu nosa, ale nie pozostawia żadnych większych blizn od zewnątrz widocznych i dozwala na wykonanie całej plastyki za jednym zabiegiem. Sposób ten w zasadzie na tem polega, że się cały nos o odpowiedni kawałek skraca, wskutek czego i fizyjognomija całej twarzy doznaje pewnej zmiany, ale z pewnością tylko w znaczeniu korzystnem.

Przypadek odpowiedni jest następujący:

Cs. G., mężczyzna 30-letni, rodem z Węgier, postradał przed 2-ma laty, wskutek wrzodów przymiotowych, skórą część przegrody nosowej. Ubytek dosyć wpadał w oczy, ponieważ nos był nadmiernie długi. Koniec jego pozbawiony podstawy wisiał wolno ku dołowi jakby ryjek. 7. V. 1882, operowałem chorego w prywatnym zakładzie leczniczym D-ra L o e w'a w Wiedniu w następujący sposób. Po wycięciu blizn, otaczających ubytek, utworzono najprzód przez obranienie na górnym brzegu rowka wargowego (*filtrum*) łożysko dla nowej przegrody. Teraz wyciąłem z końca nosa i z dolnej części grzbietu płat w ten sposób, jak się go wycina przy całkowitej rynoplastyce ze skóry czołowej dla przegrody; szerszy koniec przechodził w nieco węższą część środkową, a kończył się znów szerszą częścią na grzbiecie nosa. Po obu stronach tego płatu poprowadzono wzdłuż wolnego brzegu skrzydeł nosowych, aż do fałdy nosowargowej, dwa cięcia, aż do samej chrząstki drążące i podniesiono skórę zewnętrzną tak daleko od podstawy chrząstki, że się utworzyły 2 krótkie płaty, które swoją szeroką podstawą przechodziły w górną część skrzydeł nosowych. Teraz odcięto na końcu nosa tyle chrząstki podstawy, że można było płat

środkowy, przeznaczony na przegrodę, wygodnie przystosować i włożyć w przeznaczone dlań miejsce w rowku; potem odciąłem popod płatami bocznymi tyle chrząstki, że skrzydła nosowe dobrze odpowiadały skróconej długości grzbietu nosa. Wreszcie wyciąłem jeszcze tyle z zewnętrznej powłoki skórnej skrzydeł nosowych, że można było zewnętrzne płaty boczne zawinąć i wewnątrz wszyć. Skoro to uskuteczniłem za pomocą szwów węzełkowych, przymocowałem w ten sposób i płat środkowy do przegrody chrzęstnej i do *filtrum*. Opisałem poszczególne akty tylko pokrótce; muszę jednak dodać, że cała operacja jest właściwie bardzo delikatną robotą rzeźbiarską, wymagającą wiele cierpliwości i zmysłu dla formy. Ile należy odciąć z końca nosa, ile ze skrzydeł, to można oznaczyć tylko na oko.

Nos zaraz po operacyi bardzo ładnie wyglądał; z wyjątkiem szwów, znajdujących się w rowku, wszystkie inne leżały wewnątrz. Wytamponowałem jeszcze lekko obie dziurki nosowe gazą jodoformową, a później robiono przez 5 dni okłady z roztworu kwasu bornego. Rana zagoiła się zupełnie *per primam*. Dnia 19 Maja, a więc w 12 dni po operacyi, odjechał chory zupełnie zadowolony do domu. Nie było widać żadnych blizn, tylko skrzydła nosowe były jeszcze nieco obrzmiałe. Na fotografii, którą w 4 tygodnie potem otrzymałem, wyglądał nos tak pięknie, że i żaden rzeźbiarz nie mógłby w nim znaleźć żadnej wady. Profil chorego zyskał dużo na skróceniu nosa do granic prawidłowych.

Obok załączone rysunki przedstawiają profil chorego przed operacją i w 6 tygodni po niej.

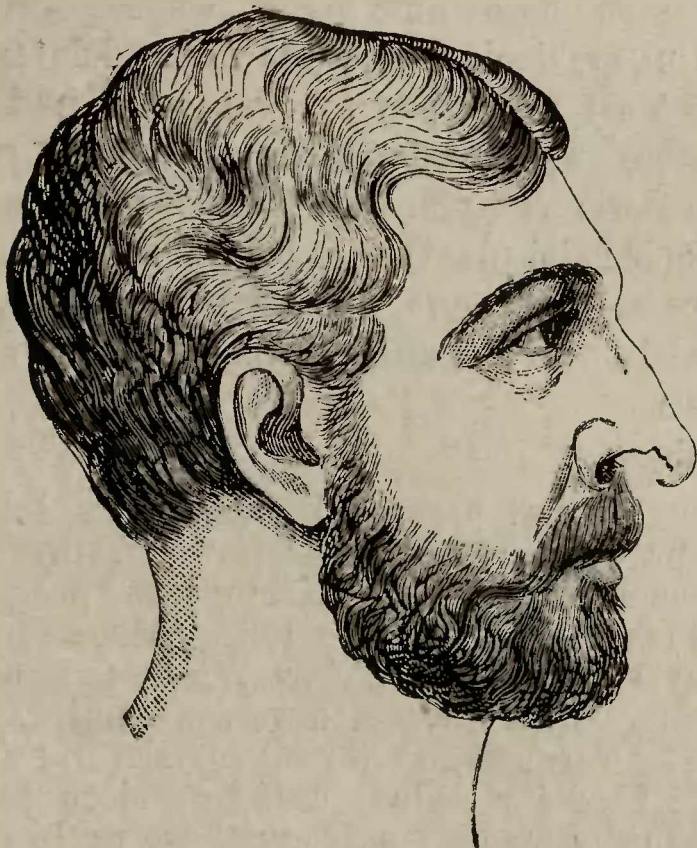


Fig. 2.

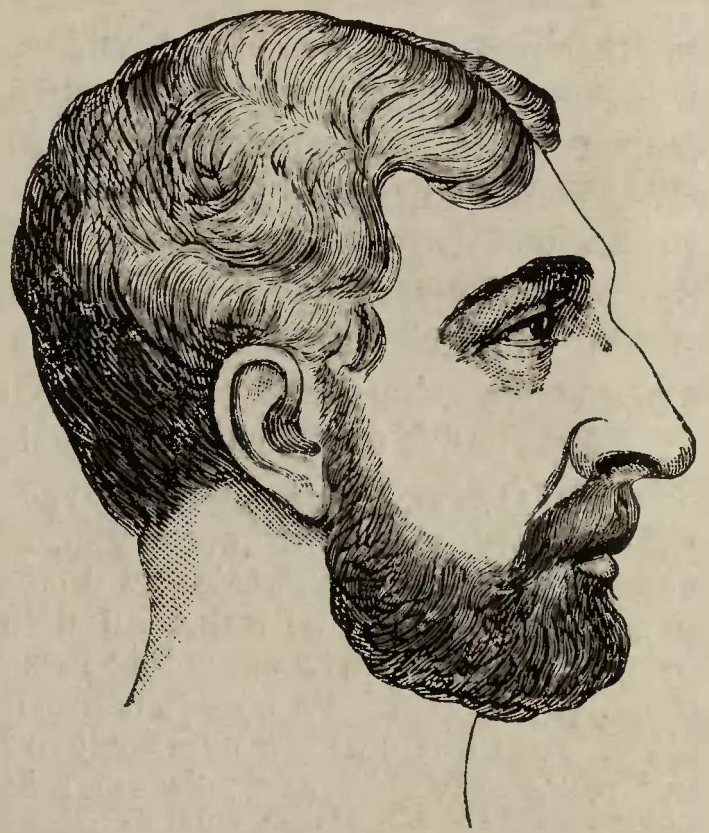


Fig. 3.

4. Rynoplastyka całkowita.

Sklonność każdego rynoplastycznego płatu skórniego do zaniku i bliznowatego kurczenia się prowadzi, jak wiadomo, w wielu bardzo przypadkach do tak znacznych przeobrażeń wstecznych, że nawet najpiękniejszy nowo utworzony

nos z czasem zamienia się w płaski i wiotki, zaledwie do nosa podobny płat skórny. Okoliczność ta zrodziła najrozmaitsze zabiegi, by nowemu nosowi dać trwałą podporę. Po mojej pierwszej, z początku tak szczęśliwej próbie wyrównania zapadłego nosa, myślałem, że w podobny sposób będzie można użyć sztucznego przyrządu podpierającego i dla całkowitej rynoplastyki. Według dzisiejszego mego doświadczenia muszę jednak tę drogę uważać za daremną; i tu bowiem mamy do walczenia z blizną bezwarunkowo się kurczącą, a do tego jeszcze w płacie względnie słabo odżywianym. Musimy się więc wyłącznie do tego ograniczyć, by podeprzeć nowo utworzony nos materjałem żyjącym.

Zpomiędzy rozmaitych projektów w tym kierunku zasługuje bezsprzecznie świeży pomysł *Thiersch'a*¹⁾ najbardziej na uwagę. *Thiersch* tworzy dwa boczne płaty policzkowe, które się przewraca ku linii środkowej i zespaja jako rusztowanie, na którym się dopiero nowy nos tworzy. Metoda ta, którą *Thiersch* z pięknym bardzo skutkiem stosował, jest obliczoną na te przypadki, gdzie jest całkowity brak nosa. Często jednak pozostały jeszcze szczątki dawnego nosa, które dotychczas po największej części poprostu usuwano jako zupełnie bezużyteczne; że jednak i te szczątki wśród danych okoliczności dadzą się użyć do utrwalenia nosa, wykazał to *Volkmann*, wycinając z nich w przypadku, gdzie górna część skóry nosa była utrzymana, płat z podstawą ku dołowi, który następnie przewrócił ku jamie nosa, wytwarzając w ten sposób podstawę przynajmniej dla górnej części nosa. W przypadku, gdzie się cała skóra nosa choć tylko jako bezkształtna zbliznowaciała masa zachowała, próbowałem inną drogą wytworzyć z niej podporę dla nowego nosa. Ponieważ wynik był wcale dobrym, a takie zniekształtnienie nosa wskutek przymiotu dość często się zdarza, przeto poleciłbym to postępowanie Kolegom w celu dalszych prób.

Przypadek był następujący. Brak całego chrzęstnego i kostnego rusztowania nosa, tak, że z chrząstek skrzydlatych zaledwie może małe szczątki pozostały. Skóra nosa w całości utrzymana, a zwłaszcza i cała przegroda skórna, ale zanikła, bliznowato pokurczona i ku jamie nosowej zapadła; oszpecenie wskutek tego było tak znaczne, że rynoplastyka całkowita bezwarunkowo była wskazana.

Plan, według którego należy korzystać ze szczątków starego nosa, jest następujący: prowadzi się przedewszystkiem przez każdą dziurkę nosową wzdłuż bocznych brzegów wycięcia gruszkowatego cięcia ku górze, które oddziela dawną skórę nosową od policzka. Wtedy skóra ta tylko za pomocą przegrody skórnej łączy się ku dołowi z wargą górną, a ku górze za pomocą mostu 8—10 milimetrów długiego (odpowiadającego grzbietowi nosa) ze skórą podstawy nosa. Teraz zeszkrobywa się za pomocą ostrego noża z zewnętrznej powierzchni starej skóry nosa naskórek i wierzchną warstwę skóry właściwej; zamieniwszy ją tym sposobem w szeroką powierzchnię obranioną, składa się obie połowy boczne w ten sposób ku przodowi, że się obie płaszczyzny obranione stykają

¹⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. VIII Congres. str. 67.

i zespaja się brzegi za pomocą kilku szwów z katgutu chromowego. Powstaje w ten sposób pomiędzy wargą górną a korzeniem nosa ostroga, która służy jako przegroda dla nowego nosa i podpira zarazem jak filar grzbiet jego. Ponieważ ta przegroda tylko ku górze posiada brzeg obraniony, a zresztą zewsząd pokryta jest naskórkiem, więc może ona zrosnąć się tylko z wewnętrzną powierzchnią grzbietu nowego nosa, a nie z bocznymi jego częściami. Dołączony obok rysunek okazuje ten filar już ze starej skóry utworzony.



Fig. 4.

Przy tej operacji przygotowawczej wykonywa się rynoplastykę całkowitą zwykłym sposobem. Tylko ze względu na przegrodę skórną konieczną jest mała zmiana. Jeżeli bowiem przegroda utworzona z dawnej skóry sięga dość daleko ku dołowi, to nie potrzeba brać tyle materiału ze skóry czoła na przegrodę skórną, a mianowicie można się tu obejść bez zdwojenia skóry; wystarczy przyszyć dość szerokiego pasa skóry do dolnego brzegu przegrody. Rozumie się samo przez się, że należy, jak w każdym innym przypadku rynoplastyki, dolny brzeg przegrody przystosować do górnej części *filtrum*. Bardzo dobrze jest zostawić dość długie końce u jednego szwu węzełkowego na przednim brzegu filaru i przymocować je szwem materacowym do nowego nosa. Zapobiega się w ten sposób skośnemu przyrośnięciu filaru.

W opisany sposób operowałem w Sierpniu 1881 roku, jeszcze jako asystent w klinice Billrotha, pewną damę, mającą około lat 40-stu, z Brailly. Wyleczenie nastąpiło jak w innych przypadkach całkowitej rynoplastyki; przegroda wytworzona z dawnej skóry utrzymała się i wrosła. Gdy chora w 3 tygodnie po operacji Wiedeń opuszczała, był nos wcale gruby, albo raczej dość niezgrabny.

Po roku ta sama pani wróciła; nos się znacznie skurczył i przybrał właśnie należytą wielkość; profil, konsystencyja i twardość jego nie pozostawiały nic do życzenia. Tylko pod dwoma względami zaszły zmiany niekorzystne. Raz, dziurki nosowe, jak to się zwykle po rynoplastyce dzieje, mocno się zwięzły, choć chora przez dłuższy czas nosiła rurki kauczukowe w nosie, a powtóre, zamieniła się przegroda skórna (wytworzona z płatu czołowego), kurcząc się, w podłużny ku dołowi wystający wał, gdyż będąc w całej swej długości przyszytą do przegrody wytworzonej z dawnej skóry nosa, nie mogła się ściągać ku jamie nosa. Wykonałem więc małą poprawkę, t. j. wyciąłem poza skurczoną przegrodą z przegrody, wytworzonej z dawnej skóry, przez całą jej grubość podłużnie owalny kawałek; dopasowałem przegrodę skórną do przestrzeni wklęsłej, tym sposobem powstałej i przymocowałem ją tamże za pomocą szwów. Nastąpiło zupełne przyrośnięcie i tym sposobem i tę wadę usunięto.

W Lutym b. r., a więc w 1½ roku po wykonaniu rynoplastyki, otrzymałem dokładne sprawozdanie lekarskie co do wyglądu tego nosa. Sprawozdanie to powiada, że profil nosa „od czola aż do wargi górnej“ prawie jest zbliżony do twarzy regularnej; nos ma być wcale mocnym i twardym; dotykając takowy nie czuje się ani śladu wiotkości lub miękkości.

Choć okres półtoraroczny jest za krótkim, żeby można ocenić trwałą kształt nosa sztucznie zrobionego, to przecież sędzę, że wynik osiągnięty w tym przypadku zachęca do powtórzenia tej modyfikacyi całkowitej rynoplastyki w podobnych przypadkach.

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Szerzenie się przymiotu w Kościelnej Wsi pod Kaliszem.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego 17 Kwietnia 1883).

W dniu 15. VII. 1882 r., przybył do mnie mieszkaniec Kościelnej Wsi, o 6 wiorst od Kalisza odległej. Wojciech W. z żoną i dwiema córkami, prosząc o poradę na ból gardła dla starszej córki Franciszki i nadmieniając, „że już od miesiąca przeszło cierpi na tę chorobę, a różne leki jej nie pomagają“. Nazwisko W. tkwiło mi w pamięci, bo w aktach o chorobach epidemicznych znalazłem kartkę jednego z kolegów, w której tenże pisze: „Franciszka W. z Kościelnej Wsi jest chorą na silny dyfteryt gardła“; przy zbadaniu okazało się: Franciszka Wdow., lat 9 mieć mogąca, dobrze zbudowaną i odżywioną, ciepłota ciała prawidłowa, głos mocno ochryply, błona śluzowa języczka i podniebienia miękkiego zaczerwieniona, migdały dość znacznie obrzmiałe, a na nich dwa wielkie, powierzchowne owrzodzenia, z dnem szarozółtawem, o brzegach nierównych. Z przyczyny braku gorączki i dobrego wyglądu chorej, oraz długiego trwania choroby wykluczono dyfteryt gardła. Przy dalszem badaniu chorej znalazłem: gruczoły szyi, karku i pachwin dość znacznie powiększone, a w otworze stolcowym i rowkach pośladkowych lepieże płaskie; nadto dowiedziałem się, „że przed dwoma mniej więcej miesiącami miała jakieś krosty na ciele i że wtedy więcej jak zwykle wypadaly jej włosy z głowy“. Też same objawy znalazłem u młodszej 4-letniej siostry i u matki, u której lepieże rozmieściły się i na wargach sromnych; u ojca zaś zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, niewielką stosunkowo chrypkę i lepieże na częściach bocznych moszny w znacznej, a koło odbytu w małej liczbie. Jasna rzecz, że o przymiocie w danych przypadkach wątpić już nie było można. Chodziło tylko o wynalezienie źródła i sposobu pojawienia się tej choroby u 4-ech na raz osób i to mniej więcej na jednym stopniu rozwoju. Na narządach płciowych zewnętrznych ani śladu jakiej blizny u rodziców znaleźć nie mogłem, sami siebie o zdradę wiary małżeńskiej nie posądzają. Z dalszej zaś rozmowy dowiedziałem się, 1) że choroba ta w ich domu trwa już właściwie od kilku miesięcy, 2) że około Wielkiej Nocy tegoż roku umarło im z tej choroby najmłodsze dziecko, 3) że potem pojawiła się choroba najpierw u najmłodszego z pozostałych przy życiu dziecka, w trzecim roku będącego, potem u córek, o których wyżej była mowa, a nareszcie przed dwoma tygodniami u nich samych i ich służącej. 4) że na tę samą chorobę we wsi jest jeszcze chorych kilka osób, w ich sąsiedztwie mieszkających, imiona i nazwiska których mi podali i 5) że to dziecko, które umarło, prawdopodobnie zaraziło się od niejakiej G., do której często Maryjanna W. (matka) posyłała swe niemowlę dla nakarmienia piersią podówczas, gdy sama wychodziła na dłuższy czas

z domu w pole lub do miasta. Objąwszy W. znaczenie choroby i zaleciwszy odpowiednie środki ostrożności, rodzicom i starszej córce zapisałem pigułki *ex protojodureto hydrargyri*, a czteroletniej córeczce sublimat w płynie. O całej tej historii za obowiązek uważałem sobie uwiadomić naczelnika powiatu kaliskiego, który, ze swej strony posłał bezzwłocznie do Kościelnej Wsi wójta gminy i straż ziemską dla dania pomocy w razie potrzeby przy dokonaniu rewizji podejrzanych o tę chorobę osób. W kilka godzin z felczerem powiatowym udałem się do wyż wspomnianej miejscowości, gdzie dokonałem rewizji u 21 osób; z tych u dziewięciu znalazłem wyraźne objawy przymiotu. A mianowicie: u trzechletniej córeczki W. podobne jak u siostr objawy, u ich służącej Maryjanny M. 16-letniej *virgo intacta* dość silne zaczerwienienie błony śluzowej gardła, chrypkę i niewielkie obrzmienie gruczołów karkowych, u wyż wspomnianej G. i trzech kwartalnego jej dziecka owrzodzenia na migdałach i w kątach ust i na języku łepięże płaskie. Mąż G. dymisyjonowany żołnierz nie był podówczas we wsi obecnym, lecz według zeznania samej G. i jej matki miał on mieć taką samą chorobę w ustach, gdy powrócił przed półtora przeszło rokiem z wojska i że od tego czasu często się skarżył na ból i łamanie w kościach.

W najbliższym domu W. w rodzinie M. znalazłem matkę z zaczerwienieniem gardzieli i dwoje jej dzieci z łepieżami w gardle i na ustach; u krawca zaś wiejskiego Piotra D., brata G. na napletku wrzód, wielkości pięcio-groszówki, o brzegach nierównych z dnem dosyć miękkim, sadłowatym, bez zajęcia gardła, skóry i gruczołów limfatycznych. U żadnej z wyż wzmiankowanych dwunastu osób nie widziałem wysypek, choć, jak rodzice zeznawali, u kilkorga dzieci być one miały.

Na tem skończyłem w tym dniu badanie, poleciwszy policyi pozostać na miejscu, obejść wszystkie domy we wsi, a podejrzane o chorobę osoby nazajutrz do mego dostawić mieszkania.

Rano dnia następnego przedstawiono mi dziewięć osób podejrzanych o rzeczoną chorobę, a między innymi i Piotra G.. Z tych dziewięciu osób u czterech znalazłem wyraźne objawy przymiotu, a mianowicie u Piotra G. cerę sniadą, ziemistą, mimo znakomitej budowy: błona śluzowa ust i powiek blada, migdały jakby w zaniku, nierówne, błona śluzowa gardzieli szaro-matowego koloru, gruczoły na szyi, karku i w pachwinach dość silnie obrzmiały, twarde, a na napletku blizna, owalnej formy, z nierównymi brzegami, wielkości ziarnka jęczmiennego, koloru z lekka ciemnego, nieco połyskująca. Sam on się przyznał, że na parę tygodni przed wyjściem z wojska zrobiła mu się „ranka“, która prędko się zagoiła i że później (czasu nie mógł bliżej określić) chorował tylko na gardło „tak jak się każdemu zdarzy“. Pozostałe trzy osoby (ojciec i dwie córki) należały do jednej rodziny, w sąsiedztwie rodziny M. mieszkającej. Marcin M. (ojciec) 55-letni, nieźle zbudowany mężczyzna miał na czole, głowie, nosie i wewnętrznych powierzchniach górnych części ud strupki żółtawe, jakby guziczki stożkowate, dość podatne, nieprawidłowo po tych częściach porzucane, nadto lekkie zaczerwienienie w gardle i także obrzmienie gruczołów karkowych i pachwinowych; pięcioletnie zaś jego córeczki, bliźniaczki, miały szaro-białe plamy na podniebieniu i migdałach, a w otworze stolcowym i rowkach pośladowych łepięże płaskie. Tym sposobem naraz w Kościelnej Wsi znalazło się szesnaście osób dotkniętych przymiotem. Że te wszystkie przypadki z jednego pochodzić musiały źródła (oprócz D.), naprowadzało na myśl jednoczesne prawie wystąpienie choroby u kilkunastu naraz osób i w jednym mniej więcej stopniu rozwoju, to jest formy drugorzędnej. Że osoby te cierpiały najniewinniej, sądzić można z tego było, że połowa chorych były to dzieci do lat dziewięciu, że Maryjanna M. okazała się nienaruszoną (*virgo intacta*), a u żadnej ze starszych chorych osób z wyjątkiem D. nie można było znaleźć na częściach płciowych ani śladu jakichkolwiek owrzodzeń. Że D. nie mógł być przyczyną, czyli źródłem opisanego, że

się tak wyrażę, wtargnięcia choroby, wnosić mi należało z powyższych cech znalezionego u niego na napletku wrzodu i braku wszelkich objawów zakażenia ustroju jadem przymiotowym, a co się sprawdziło i tą okolicznością, że w cztery miesiące potem, t. j. w miesiącu Grudniu tegoż roku, u niego, jego żony i dziecka wystąpiły objawy formy drugorzędnej przymiotu, na które po dzień 16 Kwietnia leczyl się w Kaliszu w szpitalu S-iej Trójcy.

Należało mi więc przypuścić taki sposób powstania choroby: G. powróciwszy z wojska, był albo już chory, albo wkrótce po powrocie zachorował. lub co najprawdopodobniejsze, że w wojsku miał wrzód pierwotny, a w Kościelnej Wsi wystąpiły objawy drugorzędne. Przypuszczenia te uzasadniały: 1-o blizna na prąciu, 2-o ta okoliczność, że w jego domu najpierw choroba się we wsi pokazała; 3-o że on miał, że się tak wyrażę najstarszą formę chorobową i 4-o zeznanie żony, że „przed półtora przeszło rokiem miał w gębie nie czysto, a od tego czasu w kościach często go łamało“. Otóż według wszelkiego prawdopodobieństwa G. zaraził swą żonę, ta swoje dziecko, a od ich obojga zaraziło się najmłodsze zmarłe W. dziecko. Czy to ostatnie rzeczywiście przymiotem dotknięte było i zmarło z tej choroby, nie mam zasady wyrokować, faktem tylko jest, że poza domem G. choroba najpierw pokazała się u najmłodszych dzieci W.. Trzeba więc przypuścić albo zarażenie się zmarłego dziecka podczas ssania G. (brodawka mogła być pęknięta) lub pocałunków tej ostatniej, albo też przejście choroby od dziecka G. do dzieci W. przez pocałunki lub używanie jednych i tych samych naczyń, lub kęsów pokarmów, jak się to często między dziećmi, szczególnie na wsi, zdarzać zwykło. Od dzieci zaś i od jednego domu choroba w ten sposób szerzyła się do osób starszych i do domów sąsiednich, tylko D. zaraził się *per coitum*. Tyle o rezultacie mych poszukiwań na miejscu. Lecz co było na razie z szesnastoma chorymi na przymiot zrobić?, jak sobie poradzić?, nie łatwe to było do rozwiązania. Odesłaniu ich do szpitala stawało na zawadzie: 1) liczba chorych (16), 2) reperacje wielu sal w szpitalu podówczas podejmowane i 3) czas, w jakim się to stać miało (6 Lipca bowiem rozpoczynają się u nas jak wiadomo żniwa) i 4) ta okoliczność, że większa część tych chorych należała do rodzin jak na wieś stosunkowo bogatych, którzy obiecywali kupować sobie lekarstwa i wypełniać skrupulatnie wszelkie przepisy lekarskie, byleby ich w domu zostawić. Naradziwszy się więc wspólnie z Inspektorem lekarskim kol. W e j s e m, zastępcą tegoż kol. M e r k l e m i starszym lekarzem szpitala kol. D r o z d o w s k i m, postanowiliśmy całą rodzinę G. i D. odesłać do szpitala, a pozostałe trzy rodziny leczyć w domu, zabroniwszy tym ostatnim wszelkiej styczności z obcymi, a zatem: chodzić do karczmy, kościoła, na targi, najmować do siebie robotników i t. p: co też bezzwłocznie i skutecznie. Nadto z mej strony postanowiłem dokonać jeszcze rewizyi wszelkich mieszkańców Kościelnej Wsi choćby najmniejsze budzących podejrzenie w tym względzie; dodać bowiem muszę, że w Kościelnej Wsi mieszka dużo osób trudniących się w Kaliszu po różnych fabrykach i że wogóle wieś ta liczy tysiąc przeszło mieszkańców, więc do szerzenia się zarazy ma liczne w stosunku do innych drogi i sposoby. W kilka dni z polecenia Naczelnika powiatu dostawiono do kancelaryi wójta gminy, do której i Kościelna Wieś należy, a gdzie jest oddzielna izba i krzesło do badania nierządnie przedmieść kaliskich, w jednym dniu wszystkie osoby będące w podejrzeniu, w drugim wszystkie dziewczyny od 16-ego roku życia, w trzecim mężczyzn niezonatych od szesnastego roku począwszy. Po dokonaniu tym sposobem badania u 127 osób okazało się, że wogóle na 62 dziewczyn, od 16 roku życia począwszy, u 53-ech była błona dziewicza w całości i to przeważnie u córek gospodarskich, gdyż owe 9 z utratą dziewictwa były to wyrobnice; trzy osoby okazały się dotknięte przymiotem 1) Aniela G. miała powierzchowne owrzodzenie na wargach sromnych, wielkości fasoli, z szarozółtem dnem i lekkie zaczerwienienie w gardle; 2) u jej męża tylko ten ostatni objaw (ich dzieci okazały

się zdrowe); 3) Scholastyka B., dziewczyna, 20 lat mieć mogąca, miała na wardze sromnej lewej wrzód okrągławy, wielkości pięciogroszówki, z dnem sadłowatym, twardym, niewielkie obrzmienie gruczołów pachwinowych i lekkie zarumienienie w gardle; błony dziewiczej nie miała i przyznała się, że niedawno mimowolnie raz miała stosunek z mężczyzną, lecz z którym wyjawić w żaden sposób nie chciała. Chorych tych pozostawiłem w domu i przepisałem pigułki z jodku rtęci żółtego. Co się tyczy dalszego przebiegu wzmiankowanej, że się tak wyrażę, epidemii, to chorzy, leczący się w domu, obowiązani byli co tydzień przychodzić do mnie, a co dwa tygodnie i osoby zdrowe do ich rodziny należące. Okazało się, że w końcu Października u dwóch starszych córek M. pojawiły się białe plamy w gardle i łepieże płaskie na podniebieniu miękkim, też same objawy wystąpiły wkrótce i u 7-letniego synka W.. W końcu zaś Grudnia u wzmiankowanego D. jego żony i dziecka wystąpiły objawy formy drugorzędnej na skórze w gardle i w odbycie. Ci ostatni bezzwłocznie byli odesłani do szpitala. W Lutym u pięćdziesięcioletniej kobiety Magdaleny C., chodzącej na roboty w pole do W., pojawiły się łepieże płaskie w odbycie i na wargach sromnych, a także szare zmnętnienie błony śluzowej w gardle; odesłano ją do szpitala.

Dodać winienem, że mieszkańcy Kościelnej Wsi z chęcią poddawali się rewizji i często za pojawieniem się łada bólu gardła lub jakiego liszaju na skórze nie zaniechali korzystać z porady lekarza powiatowego. Ostatecznie od miesiąca Lipca w roku zeszłym po dziś dzień w Kościelnej Wsi znalazło się 23 osoby, dotknięte przymiotem. Niektóre z nich, jak Wojciech W. (ojciec), G., stary M. i rodzina M. w przeciągu tego czasu przy używaniu odpowiednich lekarstw, zupełnie się wyleczyły; u innych pod wpływem domowego leczenia objawy przymiotu to słabły, to się wzmacniały. Gdy jednak w Styczniu wspomniona wyżej Scholastyka B. u której w Grudniu spostrzegłem słabe tylko zaczerwienienie w gardle i niewielkie obrzmienie gruczołów pachwinowych (po wrzodzie została blizna), po krótkim, około 10-cio-dniowym pobycie w szpitalu, umarła na jakąś dziwną formę chorobową, nierozstrzygniętą przez konsultujących lekarzy, a objawy chorobowe szczególnie u dzieci leczących się w domu uporczywie trwały, zapewne z przyczyny nieściśłego brania lekarstw i niezachowania przepisów — przeto dla położenia końca szerzeniu się we wspomnianej wsi choroby postanowiłem wszystkich chorych odesłać do szpitala.

W tym celu i w myśl rozporządzenia Departamentu Lekarskiego z dnia 28 Października 1851 r., gdzie powiedziano: „wieśniaków syfilitycznych bezwarunkowo odsyłać do szpitala“, wszystkich dotkniętych w Kościelnej Wsi przymiotem wezwałem do szpitala Ś-tej Trójcy w Kaliszu i tu po wspólnym z lekarzami szpitalnymi Dr o z d o w s k i m i W i l c z e w s k i m zbadaniu u dziewięciu osób okazały się jeszcze objawy przymiotu i takowe 9 osób pozostawiono w szpitalu. Tym sposobem od Lipca zeszłego roku do 1 Kwietnia r. b. z samej Kościelnej Wsi chorych, dotkniętych przymiotem, przybyło do szpitala 16 osób; wypisało się 5; pozostało nadal 11 i jedna zmarła z wątpliwym rozpoznaniem. Z całej tej historii widocznem się okazało, jak wiele złego i to w sposób niewinny sprowadził jeden dymisyjonowany żołnierz, przymiotem dotknięty i jak często objawy drugorzędne występować mogą bez owrzodzeń pierwotnych. Ponieważ dotychczas nie było prawa obowiązującego żołnierzy, powracających z wojska, poddawać przymusowej rewizji co do istnienia choroby przymiotowej, więc wspólnie z Naczelnikiem powiatu kaliskiego zrobiliśmy podanie do Gubernatora o wyjednanie przymusowej rewizji tych żołnierzy w biurach Naczelników wojennych. Ci ostatni wymówili się od pełnienia tej czynności z tego powodu, że wielu żołnierzy wraca z wojska do domu, pomijając ich biura i że niezawsze mogą mieć lekarza, któryby dopełnił rewizji. Jednakże dla wyżej wyluszczonej przyczyny Gubernator kaliski w Październiku roku zeszłego wydał okólnik do wszystkich Naczelników powiatu swej gubernii, by żaden żołnierz,

powracający z wojska, nie został uwolniony z ich biur (dokąd każdy stawić się musi) dopóty, dopóki nie zostanie zbadany przez lekarza powiatu i nie zostanie odnotowany w umyślnie na ten cel zaprowadzonej książce, że nie jest chory na przymiot; w przeciwnym zaś razie lekarz ma zrobić stosowną adnotację, poczem chory bezzwłocznie do najbliższego szpitala odsyłanym zostaje na leczenie. Ze stu czterech żołnierzy w tym celu przezemnie w ostatniem półroczu obejrzanych, dwóch znalazłem przymiotem dotkniętych.

O dalszym przebiegu i zakończeniu wyż wspomnianej, że się tak wyrażę, epidemii przymiotu, nie omieszkać we właściwym czasie uwiadomić Szanownych Kolegów.

Feliks Drecki.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. Raymond i Arthaud. Poszukiwania doświadczalne nad przyczyną gruźlicy.

Praca powyższa ma znaczenie z tego względu, że po pracy Spiny jest drugą, której celem było potwierdzenie rezultatów Koch'a w całej ich rozciągłości. Prace swą autorowie rozpoczęli zresztą wpraw, nim wiadome im było odkrycie Koch'a, dowiedziawszy się o niem, postanowili najpierw sprawdzić rezultaty, otrzymane przez uczonego berlińskiego, za nim badania swe posuną dalej w kierunku wytkniętym przez Pasteur'a dla innych chorób zakaźnych.

Z góry powiedzieć należy, że autorowie sprawdzili we wszystkich, niemal że najdrobniejszych szczegółach pracę Koch'a i robią jedynie zastrzeżenie co do sposobów hodowli laseczników. Sposoby mianowicie używane przez Koch'a i polegające na stosowaniu stałych płynów pożywczych, jako to żelatyny i po drugie wyjaławianie za pomocą ogrzewania do 58° C. nie daje dostatecznej gwarancyi czystości hodowli, która istotnie w tych warunkach bardzo trudno się udaje. Zdaniem autorów sposoby uprawy Pasteur'a o wiele są wyższe od używanych przez Koch'a; tu bowiem wyjaławianie naczyń i płynu odbywa się przy 150 — 200° C., a w płynnym środkiem pożywnym łatwiej można kontrolować czystość hodowli.

Przy hodowli zauważyć się daje, co następuje: do 10 dniu płyn użyty (rosół z królika lub bulion z wyciągu Liebig'a) pozostaje zupełnie przezroczystym i dopiero po upływie tego czasu pokazuje się na dnie naczynia zaledwie widzialny osad, który się powiększa do końca pierwszego miesiąca; od tej chwili pozostaje na tym samym stopniu. Osad brany z posiewu w pierwszym miesiącu składa się z laseczników, pod koniec jednak pierwszego miesiąca obok nich widzimy już i zarodniki (spory) i od tej chwili ilość laseczników coraz się zmniejsza, a pod koniec drugiego miesiąca znikają one zupełnie; natomiast w prostym stosunku do znikania laseczników powiększa się ilość zarodników. Szczepione tak laseczniki jak i zarodniki aż do piątego pokolenia dawały zawsze rezultaty dodatnie; zawsze zwierzęta umierały z powodu gruźlicy ogólnej. Natomiast laseczniki i zarodniki, poddane przez godzinę działaniu ciepłoty 100° C., traciły w zupełności swe własności.

Na tem kończą się prace, mające na celu sprawdzenie badań Koch'a; autorowie na tem jednak nie poprzestali; badają oni zachowanie się lasecznika gruźliczego w rozmaitych warunkach i szczególniejszej starają się wykazać, czy zarażająca jego siła nie da się zmienić pod wpływem szczególnych okoliczności.

(*Arch. générales de méd.* Kwiecień 1883.).

T. Dunin.

27. Luys. Somatyczne warunki pobudliwości mózgowej (*Des conditions somatiques de la surexcitation cérébrale*).

Autor już w dziele swoim *Maladies mentales* 1881 zwracał uwagę na znaczenie zrazika przedśrodkowego (*lobulus praecentralis*) przy przewlekłych złudzeniach i omamach zmysłowych i przy podnieceniu lub pobudzeniu hipochondrycznym, przypisując te stany chorobowe przerostowi tegoż zrazika; myśl tę rozwija autor dalej i przychodzi do przekonania, że w ogóle wszystkie popędy ruchowe i czynności wogóle (energija) należy umiejscowić w tej części mózgowia. Według zdania więc Luys'a zrazik ten u mężczyzn w wieku dojrzewania (*pubertas*) daleko już silniej bywa rozwiniętym, aniżeli u kobiet. Mężczyźni zaś, u których ten zrazik mniej typowo jest rozwiniętym, przedstawiają się mniej energicznymi, podleglejszymi i mniej samodzielnymi, gdy tymczasem kobiety z silniej rozwiniętym zrazem przedśrodkowym odznaczają się większą energiją i pobudzalnością i przez to zbliżają się więcej do płci męskiej. Dwa spostrzeżenia kliniczne służą jako dowód wyżej przytoczonego poglądu.

(*L'encephale*. 1882. Nr. 4. str. 569).

D-r med. A. Rothe.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Po zmarłym D-rze Chęłmińskim, lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus został mianowanym D-r W. H. Krajewski, Redaktor „Kroniki Lekarskiej“.

Kraków. Czytamy w N-rze 23 „Przeglądu Lekarskiego“ co następuje. „Sprawa budowy kliniki i zakładu patologicznego zwolna wprawdzie, jednak posuwa się naprzód. Dzięki energii i pilności p. inżyniera Sarégo czynności wstępne są ukończone; wygotowane bowiem zostały szkice wszystkich zakładów razem z objaśnieniem i kosztorysem; zostały one przyjęte już przez komisję wydziałową a niebawem zapewne będą przyjęte i przez Wydział, poczem odejdą do Namiestnictwa, które zapewne poprze żądanie Wydziału, aby już w przyszłorocznym budżecie sumę około 100,000 zła. jako pierwszą ratę umieszczono.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 23. Blumenstok. Dzieciobójstwo lub śmierć noworodka z powodu zaniechanej pomocy. — E. Rosenblatt. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu S-go Ludwika od r. 1859—1882 r. (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 23. Stoll. Sześć amputacyj z wyłyżeczkowaniem szpiku kostnego. (Dalszy ciąg).

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Ernest Sulimczyk Świeżawski i Kazimierz Wenda. Materiały do dziejów farmacji w dawnej Polsce od czasów najdawniejszych do chwili bieżącej. IV. Urządzenia aptekarskie. Warszawa 1883.

Radziszewski. Rozbiór chemiczny wód lekarskich w Rymanowie. Lwów. 1882.

Sprawozdanie z działalności Warszawskiej lecznicy dla zwierząt za rok (3 Maja 1882 do 3 Maja 1883).

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Z powodu zbliżania się półrocza drugiego, uprasza się Sz. Pp. Prenumeratorów „Gazety Lekarskiej“ o wczesne nadsyłanie przedpłaty. Prócz tego, ponieważ w przyszłym tygodniu wyjdzie z druku Farmakologija Nothnagela i Rossbach'a, przeto przypominamy, iż teraz właśnie najdogodniej składać na nią przedpłatę. Ze względu, że wydawnictwo to nie jest wcale obliczonym na korzyść materyjalne dla wydawców, lecz że zysk osiągnięty ze sprzedaży będzie obróconym na dalsze wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, sądzymy, że wszyscy prenumeratorowie Gazety Lekarskiej pospieszą poprzeć nasze usiłowania na tem polu i że nakład dzieła rozejdzie się w krótkim czasie.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

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 FARMACYI

W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O



W W A R S Z A W I E



ulica Elektoralna N. 35.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maładze wyborowej:

Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rsr.**Wino Rabarbarowe** z korą chińy 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 Chińą 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, butelką 50 kop.**Tran** lekarski zwyczajny, butelką 40 kop.**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinijanem żelaza, butelką po 1 rs.**Oleum ricini koussinatun 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 zatłkaniu trzewiów brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osob 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—5

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

V I C T O R I A w o d a g o r z k a
N A T U R A L N A

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Puluau 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 Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego*, *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

10—8

D R . W I K T O R Ż E L A Z O W S K I

b. sekundaryjusz szpitala Krakowskiego
ordynuje w sezonie tegorocznym, tak jak w roku zeszłym, w Karlsbadzie.
Mieszka: Andreasgasse „Wilde Taube“.

6—5

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y O H N A B U T E L K I I S Y F O N Y .

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 PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONA), 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^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycienieniu, 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 sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby 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 najwątliwsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryskich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek 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.

W IWONICZU

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

Dr Klemens Dębicki

jako lekarz zakładu.

5—3

Dr. Karol Dębicki

udzielać będzie porady lekarskiej jak w roku zeszłym

w Francensbadzie.

6—5

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w Iwonieczu

ordynuje jak w latach poprzednich, mieszka „STARY PALAC.”

6—4

Gubernija
KIELECKA

S O L E C

Powiat
STOPNICKI

Najsilniejsze wody mineralne (alkaliczne siarczano-słone). Sezon otwarty
w dniu 20 Maja.

6—5

J A W O D O L E C Z N I C Z Y

(około Bielska, Szlask austrijski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I ŻĘTYCZNY

otwarty jak po inne lata z d. 1 Maja r. b.

Dr. Smoleński, lekarz i kierownik Zakładu. 6—5

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**

mieszka jak dawniej **Kreuz-Gasse, Insel Rügen.**

12—6

Nowe Miasto nad Pilicą

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Racyjonalna hydroterapija. Objasnienia na miejscu lub w Warszawie
w Aptece **H. Kucharzewskiego.** Senatorska 480.

10—3

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

D-ra Bielińskiego

w Nowem mieście nad Pilicą (gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok w zimie i w lecie otwarty. Hydroterapija. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzone. Obfite źródło wybornej wody. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Dwóch stałych ordynujących lekarzy. Zdrowy klimat, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Komunikacyja osobowa karetkami pocztowemi przez Grójec, na które zapisywać się można na poczcie w Warszawie.

Objasnienia: w Zarządzie Zakładu w Nowem Mieście nad Pilicą lub też w Warszawie w aptece **H. Kucharzewskiego,** Senatorska 480.

7—3

BUSKO**Dr. J. Majkowski**

Lekarz zakładowy, udziela porady z rana w gabinecie lekarskim zakładu, po południu w swoim mieszkaniu na folwarku rządowym. 6—3

DR. H. PRZEŹDZIECKI

praktykować będzie jak lat poprzednich

we Francensbadzie

(Goldener Stern). 6—3

Dr. Med. Józef Kołaczkowski

ordynuje r. b. jak lat poprzednich

W SZCZAWNICY. 2—2

Szanownym Kolegom donoszę, iż jak dawniej od Maja r. b. ordynuję

W Salzbrunn.

Dr. NITSCHÉ. 2—2

Dr. Bulikowski

ordynuje przez sezon kąpielowy

W GLEICHENBERGU—Carolinenhof, (za teatrem). 3—3**Dr. med Stanisław Prager**

praktykuje jak lat poprzednich

w MARYJENBADZIE, VILLA PARADIES. 3—3

Dr. Goldbaum

z miasta Łodzi w Królestwie Polskiem, praktykować będzie podczas sezonu

W ENNS. 3—3**Dr. Tadeusz Dworski**

lekarz zdrojowy W SZCZAWNICY rozpoczyna tamże zwykłą ordynację w roku bieżącym z dniem 1-go Czerwca (Holenderka). 5—4

B U S K O

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkuje, ordynuje w domu własnym. 6—4

Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran. 10—3

Dr. Franciszek Chłapowskipraktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen** 6—2