

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

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

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

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Docent Dr. A. Mars

ordynować będzie od 10 Czerwca b. r. przez sezon letni

W KRYNICY

w domu pod Pagatem.

3—2



MATTONI'EGO GISSHÜBLER

Najczystsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEZWIĄJĄCY
wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rosyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu i Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—1

Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6—6

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, zagnuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEN, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ 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 professorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

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

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, 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 essencyi drzewa sandalowego 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 najwężlejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

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

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Dogiel. W kwestyi skrzyżowania się nerwów wzrokowych u człowieka. — II. A. Wolfram. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycę gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia. (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny. — *Dział sprawozdawczy.* 28 M. J. Rossbach. O powstawaniu śluzu w drogach oddechowych. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. W KWESTYI SKRZYŻOWANIA SIĘ NERWÓW WZROKOWYCH U CZŁOWIEKA

Napisał

Aleksander Dogiel.

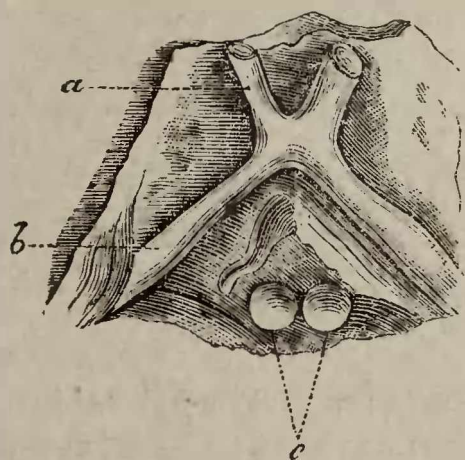
Jak wiadomo, kwestyja, czy w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych (*chiasma nervorum optitorum*) u człowieka biorą udział wszystkie bez wyjątku włókna nerwowe, ma ważne znaczenie dla wyjaśnienia widzenia połowiczego (*hemioopia*). Z tego też względu dokonano w tym kierunku wielu badań, z których jedne przemawiają na korzyść niepełnego, inne zaś na korzyść zupełnego skrzyżowania włókien nerwowych. J. Müller, Hannover, Gudden, Adamiuk i większość innych badaczy oświadcza się za istnieniem skrzyżowania niepełnego, podczas gdy Biesiadcki, Mandelstamm, Michel i inni wypowiadają zdanie, że w *chiasma* istnieje zupełne skrzyżowanie włókien nerwowych.

Profesor Admiuk w krótkiej swej pracy (*Arch. f. Ophthalmologie Bd. XXVI. 2 S. 187—190*) o skrzyżowaniu włókien nerwowych, przytacza dwa przypadki prawie zupełnego zaniku gałki ocznej, w których raz podległa zanikowi prawa, drugi raz — lewa gałka oczna.

Sekcyja anatomo-patologiczna wykazała, że w pierwszym przypadku grubość zanikłego nerwu wzrokowego wynosiła 1,5 mm.; grubość prawidłowego nerwu wzrokowego wynosiła 5,5 mm., grubość zaś jego szlaku = 4 mm.. W drugim przypadku grubość zanikłego nerwu wzrokowego wynosiła 2 mm., grubość zaś niezmiennego nerwu wzrokowego 6 mm.; *tractus opticus*, odpowiadający zanikłemu nerwowi, miał grubości 4 mm., odpowiadający zaś prawidłowemu nerwowi = 4,5 mm.. Tak więc widzimy, że w obu przypadkach grubość szlaku wzrokowego, odpowiadającego zanikłemu nerwowi wzrokowemu, była mniejszą tylko o 0,5 mm., aniżeli grubość traktu, odpowiadającego prawidłowemu nerwowi wzrokowemu. Ponieważ w literaturze kwestyi skrzyżowania nerwów wzrokowych u człowieka mamy bardzo mało danych anatomo-patologicznych, uważam za stosowne do dwóch wyżej wspomnianych przypadków profesora Adamiuka dodać trzeci podobny przypadek.

Przy sekcji sądowo-lekarskiej, wykonanej na trupie 60-letniego żebraka (który zmarł, jak sekcja wykazała, wskutek pęknięcia śledziony), spostrzeżono, iż prawa gałka oczna znajdowała się w stanie zupełnego zaniku. Po zasięgnięciu wiadomości od krewnych zmarłego, okazało się, iż zanik gałki ocznej istniał już od lat piętnastu.

Badanie nerwów wzrokowych wykazało, co następuje: prawy nerw wzrokowy był koloru lekko-żółtego, z pozoru wydawał się bardziej przezroczystym niż lewy, wymiar jego poprzeczny wynosił 3 mm., a podłużny 2 mm. Wymiar



poprzeczny lewego nerwu wzrokowego wynosił 5 mm., podłużny zaś dochodził 3 mm. Szerokość samego skrzyżowania wynosiła 10 mm., długość 5 mm. Co się tyczy szlaków nerwów wzrokowych prawego i lewego, to po wymierzeniu ¹⁾ okazało się, iż grubość pierwszego wynosiła 3,5 mm., grubość zaś drugiego 4 mm. Prócz tego grubość ciała brodawkowego (*corpus mamillare*) strony prawej (patrz rysunek) była nieco większa, niż grubość takiegoż ciała strony lewej.

Tak więc, w danym przypadku mamy także ten fakt, że szlak wzrokowy, odpowiadający zanikłemu nerwowi wzrokowemu, jest o pół milimetra cieńszy od szlaku strony przeciwnej. Ponieważ jednak badanie makroskopijne skrzyżowania nerwów wzrokowych nie daje prawa oświadczenia się za skrzyżowaniem zupełnym lub niezupełnym, przeto przedmiotem następnej mojej pracy będzie zbadanie mikroskopowe wyżej opisanego preparatu.

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

II. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżyca gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 24).

Powiększenie bezwzględne stłumienia serca w wymiarze osiowym stłumieniem względnym w drugim i trzecim lewym międzyżebżu budziło wreszcie podejrzenie, czy ono nie pochodzi od rozszerzonego i przerosłego przedsionka lewego, jaki przy znaczniejszem zwięzieniu ujścia żylnego lewego natrafiać zwykliśmy. I tak *Friedreich* (*Krankheiten des Herzens*, str. 248) nadmieniał, że przy zwięzieniu ujścia żylnego lewego rozszerzony i przerosły przedsionek lewy przybliżyć się może do przedniej ściany klatki piersiowej i w ten sposób powiększyć stłumienie serca w kierunku osiowym. Toż samo utrzymuje autor ten o przedsionku prawym, dodając nadto, że wśród analogicznych warunków

¹⁾ Wymierzenie wykonano za pomocą cyrkla.

powstać może w miejscu odpowiednim, po stronie prawej uderzenie równocześnie ze skurczem serca. Podejrzenie nasze tem więcej było uzasadnione, o ile wiadomą jest rzeczą, że przy niedomykalności zastawki dwudzielnej rozszerzone uszko lewe, które od tyłu ku przodowi obejmuje pień tętnicy płucnej, przylegać może końcem swym do przedniej ściany klatki piersiowej, skutkiem czego nawet, jak to N a u n y n (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen, tom VI, str. 113, 1876*) utrzymuje, szmer skurczowy w tem miejscu niekiedy wyraźniej słyseć się daje, niż nad uderzeniem wierzchołkowym serca. Stłumienie względne w drugim międzyżebżu, które wyśledzić mogliśmy nieco na zewnątrz od linii przymostkowej, a na wewnątrz od sutkowej, położeniem swoim wielce odpowiadało ułożeniu przedsionka i uszka lewego w stanie fizjologicznym. Wobec tego nasuwało się podejrzenie, czy też uderzenie skurczowe, widzialne w tem międzyżebżu, nie pochodzi przypadkiem od tętniącego przedsionka, a zwłaszcza uszka lewego. Trzeba się było liczyć z możliwością, że rozszerzony i przerosły przedsionek lewy wraz z swoim uszkiem mógł się przybliżyć do przedniej klatki piersiowej i podobnie, jak to F r i e d r e i c h wspomina o przedsionku prawym, wywołać uderzenie, równoczesne ze skurczem serca. Że przedsionek lewy wywołać może stłumienie na klatce piersiowej, zdaje się coraz więcej nie ulegać wątpliwości. I tak B o t k i n (*St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, Nr. 9*) nadmienia, że w bardzo znacznej części przypadków zwężenia ujścia żylnego lewego obok powiększenia wymiaru poprzecznego serca stwierdzić można w linii przymostkowej lewej stłumienie odgłosu wypukowego, raz więcej, drugi raz mniej wyraźne, które rozpoczyna się czasami tuż pod obojczykiem, niekiedy na szerokość dwóch palców poniżej tegoż, a które w trzecim międzyżebżu spływa się z bezwzględem stłumieniem serca. Stłumienie to, powstające skutkiem zapaści (*atelectasis*) mięszu płucnego w tem miejscu, przydarzać się ma zazwyczaj w razie istnienia znacznieszego rozszerzenia lewego przedsionka serca, przy niedostatecznym jego opróżnieniu się. Co więcej, autor ten utrzymuje, że w bardzo znacznej części przypadków stenokardyi, mianowicie w takich razach, gdzie do bicia serca dołącza się i duszność, a więc w przypadkach zupełnie podobnych do naszego, stwierdzić można powiększenie stłumienia serca w linii przymostkowej, które wskazuje na niedostateczną czynności przedsionka lewego. Toż samo tyczyć się ma komórki prawej, przyczem jednak stłumienie powiększa się w wymiarze poprzecznym; a zatem umiejscowienie stłumienia, rozpoznana niedomykalność zastawki dwudzielnej, wraz ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, równocześnie występujące napady duszniczy sercowej (*asthma cardiacum*)— wszystko to przemawiało za tem, że stłumienie względne, jakie znajdowaliśmy w międzyżebżu II lewym, do przedsionka lewego odnieść należy. Rozpoznanie kliniczne brzmiało też w całości, jak następuje:

Insufficiëntia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri, subsequente hypertrophia et dilatatione atrii sinistri (?). Emphysema pulmonum. Bronchitis. Nephritis parenchymatosa. Hydrops universalis.

Do rozpoznania tego dodano zastrzeżenie, że w przypadku niniejszym istnieją objawy, które stanowczo wykluczyć tętniaka tętnicy płucnej, lub tętnicy głównej nie pozwalają.

O przebiegu choroby nie wiele się da powiedzieć, gdyż chora, która przybyła do nas w stanie tak rozpaczliwym, iż wszelkie ściślejsze badanie było bardzo utrudnionem, a częstsze niemal niemożliwem, w kilka dni nagle życie zakończyła.

Wyjmujemy tutaj ważniejsze szczegóły z protokołu sekcyjnego, który, dzięki uprzejmości prof. D-ra B r o w i c z a i jego asystenta kol. W o d y ń s k i e g o , z jak największą dokładnością spisany został. Po otwarciu klatki piersiowej i wyjęciu mostka uderza przedewszystkiem, że serce wraz z workiem sercowym położone jest prawie w całości w lewej połowie klatki piersiowej tak, że tylko nieznacznie przekracza linię środkową ciała ku stronie prawej. Worek sercowy, w całości znacznie powiększony, rozdęty, zawiera znacznie większą ilość cieczy surowiczej czystej. Po otwarciu worka sercowego wpada przedewszystkiem w oczy, oprócz bardzo znacznego przerostu serca, nadmierne, jakby tętniakowe rozszerzenie pnia tętnicy płucnej (objętego workiem sercowym), które, zajmując górną stronę worka sercowego, pokrywa i maskuje pień tętnicy głównej i cały przedsionek lewy. Przylega ono tak ściśle do przegrody przedsionko-komórkowej prawej, jak w stanie fizjologicznym przedsionek lewy do przegrody przedsionko-komórkowej lewej, tak dalece, że na pierwszy rzut oka możnaby takowe wziąć za rozszerzony przedsionek lewy. Na osierdziu sercowem po przedniej stronie widać kilka znacznie większych plam ograniczonych mleczno-białych i na przedniej powierzchni tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej znajdują się drobniejsze plamki białawe i drobniutkie nierówności. Zresztą blaszki osierdziowe na całej swej powierzchni nigdzie nie są ze sobą zrosnięte, są przytem gładkie i połyskujące.

Serce leży w całości znacznie więcej poziomo, aniżeli w stanie prawidłowym; brzeg prawej komórki spoczywa w całej prawie swej długości na przeponie, a koniec serca, przez prawą komórkę utworzony, zwrócony jest mocno na zewnątrz. Bardzo znaczny przerost serca odnosi się w zupełności do jego prawej połowy, tak, że cała od przodu widzialna powierzchnia i jego koniec należy do powiększonej i rozszerzonej komórki prawej, podczas gdy komórka lewa wraz z lewym przedsionkiem są znacznie mniejsze, zajmują tylną lewą stronę serca i od przodu nie są wcale widzialne. Wymiar poprzeczny serca, w odległości 3 ctm. poniżej tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej zmierzony, wynosi $12\frac{1}{2}$ ctm., wymiar długi serca od odejścia tętnicy płucnej do wierzchołka serca, czyli komórki prawej, wynosi 10 centymetrów. Znacznie rozszerzone jamy komórki prawej, przedsionka prawego i tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej, wypełnione są mnóstwem świeżych, wiotkich skrzepów ciemno-czerwonych i białawych, gdy jama komórki lewej i przedsionka lewego tylko bardzo nieznaczną ilość tego rodzaju skrzepów zawiera. Po wypłukaniu skrzepów, które nigdzie, nawet w tętniakowym rozszerzeniu tętnicy płucnej, do ścian ściślej nie przylegają, uderza znaczna grubość ścian komórki prawej, jędrność takowych i znacznie rozwinięty układ beleczkowy mięsny, drobny. Grubość warstwy mięsnej tej komórki w rozszerzonym ujściu tętniczym prawem dochodzi 12 mm., w innych okolicach 9 mm.. Grubość ścian komórki lewej dochodzi najwyżej (poniżej zastawki dwudzielnej zmierzona) 11 mm.. Zabarwienia mięśnia komórki prawej

jest jaśniejsze w porównaniu z zabarwieniem mięśnia komórki lewej, natomiast mięsień pierwszej jest jędrniejszy i trudniej się rozgniata, niż zwiótzczały mięsień tej ostatniej. Zastawki obu ujść żylnych nie przedstawiają zboczeń, z wyjątkiem nieco znaczniejszych, guziczkowatych zgrubień wzdłuż brzegów wolnych zastawki dwudzielnej, której obie zresztą klapki, podobnie jak wszystkie klapki zastawki trójdzielnej, są cienkie, gładkie, podatne, a przynależne nitki ścięgniste cienkie, długie. Nie widać zresztą wyraźnych zmian w przynależnych mięśniach brodawkowych. Natomiast uderza niezwykła obszerność ujścia żylnego prawego, którego obwód wynosi 135 mm. Obwód tegoż ujścia, obliczony z promieni zastawek, wynosi tylko 125,5 mm., jest zatem o 9,5 mm. mniejszy od tego, jaki w rzeczywistości znaleziono, z czego wyciągnąć można wniosek że zastawka trójdzielna tak rozszerzonego ujścia żylnego prawego nie mogła dokładnie przy swem zamykaniu pokrywać.

Tętniakowe rozszerzenie pnia tętnicy płucnej, objętego workiem sercowym, odnosi się głównie do przedniej, wolnej strony naczynia i ma kształt beczulkowaty, jednak i główne dwa pnie tego naczynia mają światło obszerniejsze; dotyczy to także i dalszych grubszych rozgałęzień tego naczynia we wszystkich częściach płuca. Obwód tętnicy płucnej na wysokości przyczepienia się jej zastawek, wynosi 100 mm. zastawki półksiężycowe są wydłużone, obszerniejsze, cienkie, obwód koła, z ich promieni obliczony, wynosi 109 mm., a zatem o ich niedomykalności nie może być mowy. Grubość ścian pnia tętnicy płucnej wynosi 11 mm.. Ściany wewnętrzne tego pnia są gładkie, lecz już w okolicy rozdzielenia się pnia na dwie główne gałęzie widać na ścianach wewnętrznych naczynia początkowe zmiany miażdżycowe, w postaci wysepkowatych, płaskich, ostro odgraniczonych, białawych plam, w których błona wewnętrzna naczynia jest lekko zgrubiała. Zmiany miażdżycowe w dalszych rozgałęzieniach tętnicy płucnej, stają się coraz wyraźniejsze i jak daleko tylko drobne tętniczki tego naczynia nożyczkami odpreparować się dadzą, wszędzie ta zmiana w postaci wysepkowatych zgrubień ścian naczyniowych, gdziekolwiek nawet zwapnień, jest widoczną. Największy obwód tętniakowego rozszerzenia pnia tętnicy płucnej wynosi 140 mm.. Zastawki półksiężycowe aorty są prawidłowe. Sama aorta, począwszy od łuku, przedstawia na swej wewnętrznej ścianie dość znaczny stopień zmian miażdżycowych, podobnie jej główne rozgałęzienia obwodowe. Obwód tego naczynia wynosi w części wstępującej 80 mm., grubość jej ściany tutaj 1,5 mm.. Tętnice wieńcowe serca w swych główniejszych rozgałęzieniach zmian miażdżycowych nie przedstawiają.

Oba płuca przedstawiają tylko bardzo nieliczne, wiotkie zrosty włókniste w swych częściach dolnych i tylnych, zresztą są wolne. Ich brzegi przednie w górnej części dosyć ku sobie zbliżone, pozostawiają w okolicy drugiego międzyżebra strony lewej przestrzeń, zajęta przez najwyżej położoną część worka sercowego, która to przestrzeń, zwolna stając się szerszą, zajmuje ku dołowi i po stronie lewej mostka obszar bardzo znaczny. Oba worki opłucnowe zawierają nadto ciecz czystą, surowiczą w ilości około 800 grm. po każdej stronie. Opłucna tak trzewowa, jak i ścienna nie przedstawiają zresztą żadnych zboczeń. Oba płuca są w częściach przybrzeżnych przednich nadmiernie, jednak niezbyt

znacznie, powietrzem rozdęte, na przekroju blade, suche. W częściach tylnych znacznie przekrwione, wydzielają za uciskiem z powierzchni przekroju tylko małą ilość cieczy krwawej, pianistej, wszędzie zresztą zawierają powietrze. W oskrzelach tylnych części płuc wykazać się daje mała ilość śluzu. Miąższ płucny zawiera nadto małą ilość pyłu węglowego, a przy przekrawaniu pojedynczych płatów stwierdzić można znaczne zwyrodnienie miążdżycowe drobniejszych nawet gałązek tętnicy płucnej, które w niektórych miejscach są w całości zwapniałe.

W przypadku niniejszym nastąpiło zatem obniżenie serca około osi, od przodu ku tyłowi przebiegającej i odkręcenie jego około osi pionowej, skutkiem czego serce tylko komórką prawą przylegało do przedniej ściany klatki piersiowej, podczas gdy komórka lewa w tył się cofnęła. Tego rodzaju zmiana w położeniu serca przytrafia się przy znacznych przerostach komórki prawej, jak to już *F r i e d r e i c h* (*Krankheiten des Herzens, str. 245*) zauważył, nadmieniając przy tem, że uderzenie wierzchołkowe w takich razach zależy wyłącznie od komórki prawej, skutkiem tego znaczniejszy przerost komórki prawej za życia na pewno rozpoznany być nie mógł, a rozdęta tętniakowo tętnica płucna, przesunąwszy się ku stronie lewej, wywoływała stłumienie, które ułożeniem swoim odpowiadało przedsiomkowi lewemu w położeniu fizyologicznem.

Objawy kliniczne za życia dostrzegane dają się też w zupełności wytłómaczyć zmianami anatomicznymi, jakie znaleziono na stole sekcyjnym. Szmer skurczowy nad uderzeniem wierzchołkowem wyjaśnia względna niedomykalność zastawki trójdzielnej, uderzenie w drugim międzyżebrzu pochodziło od rozdętej tętnicy płucnej, szmer rozkuczowy miał tutaj swoje źródło powstania i ztąd przewodził się ku wierzchołkowi serca.

Szmer rozkuczowy w tętniakach przy równoczesnej domykalności zastawek należy wogóle do rzeczy rzadkich. Jak bowiem oddawna wiadomo, w tętniakach po największej części powstają szmery skurczowe, a rozkuczowe tylko wtedy, gdy równocześnie, jak to zresztą dosyć często się przytrafia, do tętniaka dołącza się niedomykalność zastawek półksiężycowych, lub gdy istnieje miążdżycza znaczniejszego stopnia. Dopiero w ostatnich czasach *G u t t m a n n* opisał dwa przypadki tętniaka tętnicy głównej, gdzie mimo zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych, w miejscu, gdzie się osłuchuje aortę, stwierdzić mógł szmer rozkuczowy. Przypadki te, szczególnie jeden, jaki opisuje w numerze 3. „*Wiener medizinische Presse*“ z roku 1883. zasługują, ze względu na nasz przypadek, na szczególniejszą uwagę, albowiem co *G u t t m a n n* zauważył w tętniakach tętnicy głównej, to samo nasz przypadek zdaje się stwierdzać w obszarze tętnicy płucnej. I tak, autor ten nadmienia, że w przypadkach tętniaków aorty, jaki u dwóch chorych udało mu się spostrzegać, istniały wszystkie kliniczne objawy niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i że dopiero sekcja, stwierdzając tętniaka aorty, wykazała mylność rozpoznania. Mimo zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych aorty, istniał przecież znaczny przerost serca lewego, w miejscu osłuchiwania aorty wykazać można było wyraźny szmer rozkuczowy, w tętnicach dogłowych brak drugiego tonu, widoczne tętnienie

tętnie obwodowych, szmer podwójny ponad tętnicą udową. W naszym przypadku również mimo istnienia zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, spotkaliśmy się ze znacznym bardzo przerostem serca prawego i z wyraźnym szmerem rozkurezowym w miejscu, gdzie się osłuchuje tętnicę płucną.

Przypadki *Guttman*'a, podobnie jak i nasz, przekonywają dowodnie że tętniaki same, już jako takie, wywołując pewne zapory w krążeniu, pociągając za sobą mogą przerost odpowiedniej komórki serca, mimo równocześnie istniejącej domykalności zastawek półksiężycowych. Wprawdzie w przypadku *Guttman*'a istniało równocześnie zapalenie mięszone i śródmięszone nerek, które za sobą pociągać zwykło przerost lewego serca; u naszej chorej jednak sekcyja nie wykazała w mięszu płucnym, ani w jamie opłucnej żadnej zmiany chorobowej, któraby następczo przerost serca prawego wywołać mogła. Szmer rozkurezowy uważa *Guttman* jako wywołany przez silny prąd wsteczny krwi, jaki powstać musiał przy wzmożonej czynności serca i przy obecności znaczniejszego rozszerzenia tętnicy. Tętniaki przedstawiają w takim razie niejako zbiornik dla cofającej się krwi, podobnie jak komórki, w razie istnienia niedomykalności zastawek półksiężycowych. Szmer rozkurezowy w naszym przypadku był zatem niewątpliwie szmerem przez cofającą się krew i w niej samej wywołanym, a powstanie jego ułatwił znaczny bardzo przerost komórki prawej z jednej, a z drugiej strony obecność tętniaka, którego światła nie zwały żadne skrzepy. Obok tego przypadki *Guttman*'a, podobnie jak i nasz, mają pewne znaczenie ze względu na rozpoznanie; dowodzą one bowiem, że częstokroć stanowcze rozpoznanie między tętniakami a niedomykalnością zastawek jest bardzo trudnem, niekiedy nawet niepodobnem. Potwierdzają się w nim nadto szczegóły, już przez innych autorów podawane, a mianowicie dowodzi on niewątpliwie, że przy znaczniejszym przerostie i rozszerzeniu serca prawego może powstać względna niedomykalność zastawki trójdzielnój, jako też zmiana w położeniu całego serca.

Nie mniej zajmującym jest nasz przypadek ze względu na szereg zbieżności anatomicznych i na ich wzajemną zależność. Przedewszystkiem podnieść należy, że sam główny pień tętnicy płucnej, w którym owo tętniakowe rozcięcie wykazać się dało, przedstawiał tylko nieznaczące ślady zmiany miażdżycowej, podczas gdy na obwodzie była ona bardzo wyraźną. Poczawszy już od miejsca, gdzie pień tętnicy płucnej rozdziela się na dwie główne gałęzie, aż do najmniejszych tętniczek na obwodzie, stwierdzić można było rozległą sprawę miażdżycową. Nawet pod mikroskopem najmniejsze tętniczki płucne przedstawiały zgrubienie warstwy wewnętrznej. Jeżeli miażdżycy w mniejszym stopniu nie należy w układzie tętnicy płucnej do rzeczy zbyt rzadkich, jak to słusznie już *Dittrich* (*Krankh. des Herzens*. *Duchek*, str. 228) zaznaczył, to wyższe jej stopnie według *Friedreich*'a (*Krankheiten des Herzens*, str. 352) przytrafiają się prawie tylko w razie istnienia połączenia między tętnicą płucną a układem aorty, dlatego szczególnie przy wrodzonych wadach ujścia tętnicy płucnej. Jak zatem widzimy, przypadek nasz i pod tym względem należy do rzadszych wyjątków. Wiadomo również, że miażdżycy w małym kole krążenia roz-

wija się najczęściej w razie istnienia znaczniejszego zwężenia ujścia żylnego lewego, niedomykalności zastawki dwudzielnej, lub też zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej. Gilewski np. nadmienia, że trudno mu w ogóle przypuścić nawet powstanie tętniaka w tętnicy płucnej bez współczesnego istnienia jakiejś wady w ujściu żylnem lewym. W naszym przypadku najmniejszego zwężenia w ujściu żylnem lewym nie było, niedomykalność zaś zastawek dwudzielnych na podstawie badania anatomicznego prawie napewno wykluczyć należy. Jakkolwiek na wolnych brzegach tu i owdzie lekkie zgrubienia wykazać się dały, zastawki jednak w całości wystarczały zupełnie do pokrycia ujścia żylnego lewego, nitki ścięgnięte były prawidłowo długie, mięśnie brodawkowe wcale nie zwyrodniały, a włókna mięsne komórki lewej bynajmniej nie stłuszczone, o czym tak makroskopowo, jak i mikroskopowo przekonać się można było, wreszcie przedsionek lewy nie okazywał żadnego rozszerzenia, jakieby w następstwie niedomykalności zastawki dwudzielnej wystąpić było musiało. Ponieważ nadto ujście żylnie lewe miało prawidłową średnicę, przeto nawet o pewnego rodzaju przystosowywaniu się zastawek mowy być nie mogło. Jak wiadomo, zdarzają się przypadki samoistnego wyleczenia się wad sercowych skutkiem zaakomodowania się z czasem zastawek do rozszerzonego ujścia żylnego. J a k s c h (*Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 17 Jahrgang, 1860, 67 Tom, s. 135*), L e w i n s k y (*Zeitschrift für klinische Medicin I. Tom II. Zeszyt 1882, str. 304*), i inni, opisywali tego rodzaju przypadki. U naszej chorej jednak sekcyja nie wykazała najmniejszych śladów, któreby zatem przemawiały. Również drobnowidzowe badanie płuc nie wykryło żadnych zmian w mięszu płucnym, które jako następstwo przy dłuższem trwaniu zastoju żylnego w małem kole krążenia rozwijać się zwykły.

Jako uwagi godne zboczenie wymienić jeszcze należy znaczniejsze rozszerzenie tętnic oskrzelowych (*arteriae bronchiales*). Zjawisko to tłómaczyć należy tem, że w razie niedostatecznego dopływu krwi tętniczej do płuc przez układ tętnicy płucnej, rolę zastępczą przyjmują na się tętnice oskrzelowe.

Jako jedna z przyczyn, wywołujących następco miażdżycę w obszarze tętnicy płucnej, uważaną jest niedomykalność zastawek półksiężycowych tejże tętnicy. W naszym przypadku zastawki te nie przedstawiały najmniejszego śladu sprawy miażdżycowej lub sprawy zapalnej. Można by zatem tylko myśleć o ich w z g l ę d n e j niedomykalności. Pominąwszy już tę okoliczność, że względna niedomykalność zastawek półksiężycowych nie należy do rzeczy wcale dowiedzionych, winniśmy podnieść, że u naszej chorej obwód, z ich promieni obliczony, wystarczał w zupełności do pokrycia ujścia tętniczego. Zastawki te były nawet szersze i więcej wydłużone, niż w stanie fizjologicznym, co przemawiałoby raczej za tem, że przystosowywały się one zwoła do ujścia tętniczego, w miarę rozszerzania się światła tętnicy płucnej, lub też że, podobnie jak i rozszerzenie tętnicy płucnej, były sprawą wrodzoną. Wreszcie można by jeszcze przypuszczać, że istniała kiedyś względna niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, która z biegiem czasu wyrównała się przez wydłużenie się zastawek półksiężycowych, jednakże przyjąłoby uależało w takim razie, że ujście tętnicze rozszerzyło się skutkiem pierwotnego i samodzielnego rozszerze-

nia się komórki prawej, np. skutkiem zwiększenia pracy fizjologicznej, lub tak zwanego znużenia samodzielnego serca, a przypuszczenie to, zresztą mniej prawdopodobne, nie dałoby się pogodzić z brakiem rozszerzenia lub przerostu lewej komórki.

Jak zatem widzimy, żadnej z przyczyn dotąd przytoczonych, jakie następczo miażdżycę wywoływać zwykły, w naszym przypadku wykazać nie można. Również nie możemy uważać miażdżycy w gałęziach tętnicy płucnej, jako sprawę pierwotną, która następczo przysposobić miała grunt do rozwoju tętniaka. Rzecz miała się tu raczej odwrotnie. Skutkiem istniejącego już wpierv rozdęcia tętniakowego tętnicy płucnej, musiały powstać zaburzenia w krążeniu, dla wyrównania których serce prawe pracowało energiczniej, w miarę tej pracy powoli przerastało, a jako takie silniej rozdymało pień tętnicy płucnej i jej gałęzie obwodowe. Wśród warunków takich musiało wzrosć i parcie ościenne, choć z natury już jest ono w tej tętnicy nieznaczne, i w ten sposób wytworzyły się warunki mechaniczne, które dały powód do powstania miażdżycy. Już K i r k e s zwraca na to uwagę, że przerosłe serce lewe w razie zwiększenia swej pracy wywołać może miażdżycę w tętnicach wielkiego koła krążenia, a Q u i n c k e (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie v. Ziemssen VI. Bd. str. 346*) podziela również w części to zapatrywanie. Jakkolwiek w małym kole krążenia skutkiem słabszego parcia ościennego w tętnicy płucnej, warunki ku temu mniej są korzystne, jednakże po dłuższym przeciągu czasu może także wytworzyć się miażdżycy. Wreszcie już i w dużym kole krążenia nie zawsze tętniak rozwija się na tle miażdżycy. I tak, Q u i n c k e zwraca uwagę, że zmiany miażdżycowe w okolicy tętniaka nie zawsze uważać należy jako sprawę pierwotną, gdyż one i następczo w tętniaku i jego otoczeniu rozwinąć się mogą. W każdym razie, gdy i żadnej podstawy konstytucyjonalnej (przymiotu, zatrucia wyskokowego) w naszym przypadku wykazać nie można, tętniak sam, jako taki, uważać należy za odleglejszą, przerost serca prawego ze zwiększoną swą czynnością jako bliższą przyczynę, mogącą z czasem dać pochop do rozwoju miażdżycy. Jeżeli, jak to B e n e k e (*Die anatomischen Grundlagen des Constitutions-anomalieen des Menschen, str. 83*) na podstawie swych pomiarów twierdzi, dobrze rozwinięty, a nawet przerosły mięsień sercowy nie wywiera wpływu na pojemność światła naczyń, gdy tylko ich ściany są zdrowe, to ma to miejsce tylko wtedy, gdy przy wykonywaniu swej pracy nie napotyka na opory w obwodzie. Z tych samych pomiarów bowiem wynika, że gdzie mięsień sercowy dla pokonania przeszkód w krążeniu pracuje silniej, tam i wychodzące z niego naczynia szersze przedstawiają światło. I tak, przy zwięźeniu ujścia żylnego lewego, lub niedomykalności zastawki dwudzielnej, tętnica płucna niemal bez wyjątku na przecięciu poprzecznem szerszą okazywała średnicę, niżby tego odpowiednio do wzrostu ciała spodziewać się należało. Podobnie rzecz się ma z aortą w zaniku ziarnistym nerek lub w przypadkach niedomykalności jej zastawek półksiężycowych.

Miażdżycy raz wywołana u naszej chorej, i to na tak rozległym obszarze, musiała na odwrót oddziaływać i na zachowanie się samego serca. Rozszerzenie głównych gałęzi, a zwięźenie drobnych gałązek tętnicy płucnej i zmniejszenie

sprężystości ich ścian wytworzyły nowe zapory w krążeniu, dla przewyciężenia których, serce, i tak już przerosłe, jeszcze więcej przerastać musiało. W miarę zaś, jak czynność jego stawała się silniejszą, wzmagał się także moment, sprzyjający rozwojowi miażdżycy, a w końcu, gdy serce nie mogło podolać pracy nań włożonej, wystąpiły objawy niekompensacyi,

Czy to, jak sądzimy, pierwotne tętniakowe rozcięcie tętnicy płucnej było sprawą nabytą, czy wrodzoną, na pewno orzec nie można. Jestto faktem powszechnie wiadomym, że zmiany chorobowe w tętnicy płucnej po największej części bywają wrodzone. Brak wyraźniejszych zmian miażdżycowych na wewnętrznej ścianie głównego pnia tętnicy płucnej i jej tętniakowego rozszerzenia, prawidłowa grubość ścian tętnicy w temże miejscu, prawidłowo się przedstawiająca warstwa środkowa i zewnętrzna, niemożność wysledzenia z wywiadów jakiegoś momentu etyjologicznego; zdają się przemawiać wielce za tem, że mieliśmy do czynienia ze sprawą wrodzoną. Sam wiek chorej nie przemawia bardzo przeciw temu, gdyż z zestawień H. Meyer'a i Peacock'a (*Krankheiten des Herzens von Duchek, str. 66*) wynika, że z niektórymi wadami wrodzonymi, mianowicie ze zwięzieniem ujścia tętnicy płucnej, jej pierścienia zastawkowego, lub ze zwięzieniem tętnicy płucnej w ogólności, mogą chorzy żyć względnie bardzo długo, bo niekiedy dosięgnąć 57 roku życia, a zdanie Normak'a, Chewers'a (*Krankheiten des Herzens von Duchek, str. 159*) jakoby zboczenia tego rodzaju, gdy się objawiać poczną po 30 roku życia, uważać należało za nabyte, zdaje się nie być poparte ścisłymi dowodami. Z powodu bardzo względnego czasu, w jakim pojawiają się pierwsze objawy wrodzonych wad tętnicy płucnej, słusznie utrzymuje Duchek, że często uważano niektóre przypadki wad tętnicy płucnej za wrodzone i na odwrót, choć może je inaczej tłómaczyć należało. Chcąc też być oględnym we wnioskach, nie chcemy sprawy tej rozstrzygać na pewno, przedstawiając tylko na podniesieniu ważności przypadku naszego ze względu na objawy kliniczne i zboczenia anatomiczne, na stole sekcyjnym znalezione.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r Ż. Krówczyński. C. k. Radca Sanitarny we Lwowie. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 1883 r. str. 445 in 8-vo. Przedmowa. Spis rzeczy. Dzieło ofiarowane D-rowsi Józefowi Majerowi, na pamiątkę uroczystego obchodu 50-letniego jubileuszu.

Ocenił Edward Klink,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

W początkach 1875 r. powzięto w Krakowie myśl, zbiorowemi siłami utworzyć Wydawnictwo dzieł lekarskich. Głównem zadaniem i celem tego Wydawnictwa było i jest do dziś dnia: wzbogacić piśmiennictwo polskie, już to dziełami oryginalnemi, już tłómaczeniami dzieł znakomitych z obcych języków, treści przyrodniczej lekarskiej, nadto rozbudzić ruch samodzielny, naukowo - literacki, pomiędzy naszymi lekarzami. Środkiem do osiągnięcia wymienionych celów miało być: wydawanie nakładem Wydawnictwa lub ułatwienie wydawania tak dzieł

jak i podręczników przyrodniczych i lekarskich. Przedewszystkiem pomyślano o wydawaniu dzieł oryginalnych, odpowiadających obecnemu stanowisku nauki i dlatego z samego już początku starano się o zjednanie takich współpracowników, którzyby podjęli się chętnie opracowania dzieł, odnoszących się do specjalności przez nich uprawianych.

Wydawnictwo lekarskie nie było wcale przedsięwzięciem księgarsko-handlowem, wypłynęło ono z poczucia obowiązku dla rozwoju piśmiennictwa ojczystego. Wydawnictwo krakowskie nie miało na celu wcale korzyści materialnych, gdyż zyski osiągnąć się mające, miały być przysądzone autorom i tłumaczom. Wydawnictwo krakowskie powstało w owym czasie, gdy nastąpiła już chwila przełomu wydawnictwa. Biblijoteki umiejętności lekarskich, wydawanej przez ś.p. prof. Girsztowta w Warszawie, w chwili, gdy to ostatnie przerzuciło się na drogę czysto spekulacyjną i wydawało jedynie tłumaczenia, po większej części bardzo niestaranne i niedokładne, a w dodatku i złym polskim językiem dokonane. Tem większą jest więc zasługa Wydawnictwa krakowskiego, że nie ułękło się w owej chwili Biblijoteki umiejętności lekarskich i, że pomimo trudności, już przy samym początku Wydawnictwa powstających, bądź z powodów czysto drukarskich, bądź też z powodu braku dzieła oryginalnego na samym początku, ręk nie opuszczało. Dalszy rozwój Wydawnictwa był pomyślniejszy i dziś, pomimo niezwykłych trudności, stale napotykanych przy zamawianiu dzieł oryginalnych, postęp wprawdzie nie jest tak szybki, jak się spodziewano i jak zapowiadano, ale jest stały, bo prawie corocznie przybywa literaturze lekarskiej polskiej jedno dzieło oryginalne, z różnych działów medycyny. Z dzieł oryginalnych, dotychczas wydanych przez wydawnictwo Krakowskie, mamy następujące;

A. J u r a s z. *Laryngoskopija*. 1878 r.

O. W i d m a n. *Choroby serca i tętnic*. 1878 r.

A. R o t h e. *Psychopatologia-forensis*. 1879 r.

H. J o r d a n. *Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy*. Część I. 1881 roku.

Ż. K r ó w c z y Ń s k i. *Syfilidologija*. 1883 r.

Przypatrzwszy się bliżej naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, przekonujemy się, że bardzo znacznie rozwinęło się ono w prasie peryjodycznej i rozwija się w tym kierunku coraz bardziej, lecz pojawienie się u nas książki oryginalnej lekarskiej polskiej, należy do niezwykłych rzadkości, tembardziej gdy to dzieło jest wynikiem samodzielnych poszukiwań i pracy sumiennej autora. Dzieł oryginalnych w naszej literaturze, zajmujących się ważnym działem medycyny: chorobami wenerycznymi, jest niezmiernie mało i można by je policzyć na palcach jednej ręki. Niewątpliwie najznakomitszem dziełem polskim jest Wojciecha O c z k i „*Frzymiot*” z 1581 r.. W następnych wiekach pojawiły się wprawdzie pojedyncze broszury, popularne poradniki i dziełka przeważnie kompilacyjne, w których obficie czerpano z dzieła O c z k i, ale po większej części są to prace bez wartości, zawierające przepisy sposobów popularnego leczenia przymiotu. Dopiero na początku XIX wieku, około 1830 roku aż do chwili obecnej, coraz bardziej ożywia się u nas ruch naukowy i przytem jednocześnie poglądy na przymiot i choroby weneryczne wogóle całkowicie się zmieniają. W tym czasie wychodzą w kraju rozprawy, dziełka popularne, bądź tłumaczone z obcych języków, już bardziej zgodne z pojęciami w nauce ówczesnej istniejących i wydane, albo osobno, albo drukowane w pismach peryjodycznych lekarskich, podówczas wychodzących (Dziennik medycyny chirurgicznej i farmac., przez Cesarskie Tow. Lek wydawany w Wilnie. Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warszawskiego, Tygodnik lekarski i t. d.). Już w ostatnich dziesiątkach lat liczba pojedynczych rozpraw, artykułów, streszczeń z prasy za-

granicznej z działu chorób przymiotowych, pomieszczonych w pismach peryjodycznych, jest tak znaczna, że nie ma prawie ani jednej kwestyi na polu nauki chorób wenerycznych, którejby nieporuszano i nie badano. Ale niestety, dzieła oryginalnego, któreby zawierało zupełny całokształt nauki o chorobach wenerycznych — nie było.

Dopiero w roku 1874 pokazały się prawie jednocześnie dwa dzieła, tłómaczone z języka niemieckiego a mianowicie: 1) *Wykład chorób wenerycznych*, podług dzieł przeważnie *Zeissla*, *Redera* i innych. Warszawa 1874 r., a to dzięki inicjatywie i poparciu materialnemu śp. D-ra *K. Pawlikowskiego* i 2) *Wykład chorób wenerycznych* podług *Redera*, uzupełniony, Warszawa 1873 r., wydany w Wydawnictwach Biblioteki umiejętności lekarskich. Oba te dzieła w krótkim czasie wyczerpane zostały, a potrzeba dzieła oryginalnego okazała się jednak bardzo wielką.

Stowarzyszenie wydawnicze krakowskie dobrze rozważyło ten brak syfilidologii oryginalnej, i po rozmyśle — zaprosiło do tej pracy jednego z młodych syfilidologów *Dra Ż. Krówczyskiego*, który pracując już to w oddziale *D-ra Zarewicza* w Krakowie i samodzielnie jako lekarz ordynujący w szpitalu powszechnym we Lwowie w oddziale wenerycznym, przez czas dłuższy, dostateczną miał możność gruntownego poznania przedmiotu i wiedzę do napisania dzieła oryginalnego, na wezwanie tak zaszczytne przez wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie. W 10 lat przeszło po wyjściu dwóch polskich tłómaczonych dzieł o chorobach wenerycznych, dziś złożył nam autor swój trud kilkoletni, w postaci dzieła oryginalnego polskiego o przymiocie traktującego, którem obecnie bliżej musimy się zająć.

Syfilidologia *Krówczyskiego* jest na poly oryginalna a w części oparta na obcych pracach, jak to zresztą sam autor w przedmowie do swego dzieła wyznaje: „Wśród szybkiego rozwoju nauki nie zdołałem wszystkiego sam stwierdzić, zbadać i doświadczać. Opierać się więc musiałem w pewnej części na obcych pracach.“ Ale autor usiłuje obce zapatrywania, poglądy i teoryje, poddawać krytyce i tu również spożytkowyywa własne spostrzeżenia i doświadczenie, a tym sposobem nadaje pracy swej więcej piętno oryginalne. Autor pisząc dzieło swoje, miał przede wszystkim na uwadze potrzeby lekarzy praktycznych. Dzieło całe rozpada się na trzy części: **Część I** (str. 1—131) zawiera: wstęp, etjologiję i symptomatologiję przymiotu. **Część II** (str. 131—349) zawiera: opis zakażenia przymiotowego, zmiany chorobowe, spostrzegane na skórze i błonach śluzowych, a także zmiany w pojedynczych narządach. Przymiot wrodzony i złośliwy. **Część III** (str. 249—429) zawiera: opis leczenia przymiotu rtęcią, jodem, tak zwanego leczenia wyczekującego, leczenia pomocniczego i miejscowego niektórych objawów przymiotu. W tym dziale umieszczono rozdział o syfilizacyi i waceynacyi.

Przystępujemy obecnie do krótkiego streszczenia całego dzieła, według przytoczonego powyżej porządku.

Przymiot jest chorobą przewlekłą, zaraźliwą i zarazkową, powstaje przez zaszczepienie i odziedziczenie, cechuje się początkowo zmianami na skórze i błonach śluzowych, później sięga do głębszych tkanek. Choćoba rozpoczyna się *pięrowtym objawem*, który rozwija się w miejscu zaszczepienia zarazka; przy odziedziczeniu choroby brakuje owrzodzenia pierwotnego. Niektóre wstępy i opisy starożytnych lekarzy, co do powstawaniu przymiotu, dają tylko pozorne dowody istnienia przymiotu w starożytności. U pisarzy wieków średnich, nie znajdujemy również ścisłych dowodów, pomimo, iż niektóre opisy chorób, przedstawiają wiele podobieństwa do niektórych objawów przymiotu. W sta-

rożytności znano tylko miejscowe zmiany na częściach płciowych, ale nie przypuszczano wcale związku ich z objawami ogólnymi. Dopiero w końcu XV w., przymiot wystąpił jako choroba ogólna.

Nie będziemy przytaczali tu rozmaitych poglądów i dowodów autorów przemawiających lub zwalających różne teoryje o przyczynach powstawania choroby, wybuchu jej jako choroby epidemicznej w końcu XV w. i która wówczas uległa nasileniu, a przechodzimy do geograficznego rozpostarcia się przymiotu. W Europie przymiot jest wszędzie rozprzestrzeniony, oprócz Islandyi, gdzie nawet zaniesiony przymiot nie szerzy się na tej wyspie. Przymiot bardzo jest rozpowszechniony w Rosyji, Szwecyi i Norwegii, gdzie w niektórych miejscowościach panuje epidemicznie. W Austryi, w niektórych prowincjach, choroba endemicznie się sroży; najwięcej rozszerzoną jest w Węgrzech, u Rumunów, a co się tyczy Galicyi, rozkrzewiony jest przymiot szczególnie między ludnością żydowską. W Multanach, Wołoszczyźnie, Serbii, Turcyi północnej choroba bardzo jest rozpowszechniona.

W Azyi najbardziej rozprzestrzeniony jest przymiot w Syberyi i Chinach i bywa tam u Europejczyków groźniejszym aniżeli u krajowców. W Afryce, a mianowicie w Tunisii, Algieryi i Egipcie, przymiot jest bardzo rozpowszechniony. U murzynów, zamieszkujących zachodnią część Afryki, panuje przymiot endemicznie i jest tam znany pod nazwami: *Pian*, *Yaws*, *Framboesia*. W Australii niektóre okolice od przymiotu wyludniły się. W Ameryce przymiot nie jest częstszy jak w Europie, najbardziej rozprzestrzeniony jest w Meksyku. Na szerzenie się przymiotu niewątpliwie wpływają: urządzenia policyjno-lekarskie, stosunki społeczno-hygieniczne, klimat i rasa. Wogóle powieść można, że przebieg choroby przymiotowej jest tem powolniejszy, im niższą jest średnia ciepłota okolicy, a w miarę wzrostu średniej ciepłoty przebieg przymiotu jest szybszy.

Dla oznaczenia przymiotu, który występował w różnych okolicach i krajach niekiedy pod niezwykłą formą używano różnych nazw; nazwano przymiot: *Pian*, *Yaws*, *Radesyge*, *Sibbens* i t. d.. Dziś już z całą pewnością przyjmujemy, że wszystkie te choroby są tylko przymiotem a zmienność w objawach i różnaitość postaci wysypek, jaka się objawiała, zależy niewątpliwie, od klimatu, od warunków i urządzeń społecznych i higienicznych.

W przedstawieniu historyi rozwoju pojęć o istocie i zaraźliwości przymiotu, autor streszcza zapatrywania i poglądy syfilidologów z wieku XVI i XVII — na istotę przymiotu. Następnie przechodzi do opisu poszukiwań samodzielnych w końcu XVIII wieku i obecnie bieżącego dokonanych, przedewszystkiem przez znakomitego lekarza angielskiego Hunter'a (1786) i francuzkiego Ph. Ricorda, a następnie prowadzonych przez Basser'a, Rolleta (szankier mięszany), Bidentkap'a, Clerca, Kobner'a, Baumlera, Zarewicza, słowem przedstawia całą walkę, jaka się przed laty kilkudziesięciu rozpoczęła i do dziś dnia jeszcze nie jest ukończoną, walkę co do ilości zarazków i wzajemnego ich stosunku.

Po wszystkie te szczegóły odsyłamy Sz. Czytelników do dzieła, nie podobna bowiem w streszczeniu przedstawiać tej ważnej kwestyi.

Z tej walki wyszły następujące dane, które odpowiadają obecnemu stanowisku nauki:

1) Szankier miękki jest wrzodem wenerycznym miejscowym, który niezliczone razy daje się szczepić, tak na chorym z którego ropa zaraźliwa była wzięta, jako też na zdrowym i na chorym przymiotem dotkniętym. Po nim nigdy nie następują objawy ogólne. Może szankier miękki wywołać cierpienie gruczołów limfatycznych najbliższych, ich zropienie, a ropa ta ma własności wrzodu wenerycznego miejscowego.

2) Zarazek przymiotowy, znajdujący się w wydzielinie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, oraz w wydzielinie zmian przymiotowych i we krwi, wywołuje u a) zdrowych, pierwotny objaw przymiotu, b) szczepiąc zaś wydzielinę tworów przymiotu chorym, otrzymujemy wynik ujemny, albo też powstają owrzodzenia, które mają cechy zwykłego owrzodzenia szankrowego.

3) Jeżeli do wrzodu wenerycznego dołącza się stwardnienie, albo też takiego nie ma, a dołączają się objawy przymiotu ogólnego, wówczas przyjmujemy, że nastąpiło podwójne zarażenie: ropą szankra miękkiego i wydzieliną pierwotnego objawu przymiotu. Źródło takiego zarażenia jest albo podwójne, szankier miękki i zarazek przymiotowy, albo też owrzodzenie powstało przez szczepienie tworów przymiotu osobnikowi dotkniętemu już przymiotem. Podzielając wraz z Baümlerem przytoczone fakta, autor przyjmuje to mniemanie jego, że istnieje jeden tylko zarazek przymiotowy, o ile zaś jest spowinowacony z zarazkiem wywołującym szankry miękkie i zwykłe owrzodzenia. tego do dziś dnia jeszcze nie wiemy, nie znając ani chemicznych własności zarazka przymiotu, ani zarazków wywołujących owrzodzenia weneryczne.

Dla wytlómaczenia i s t o t y z a r a z k a p r z y m i o t u posilkowano się rozmaitemi teoryjami, a mianowicie: pasorzytniczą (Hallier, Salisbury, Klebs, Pisarewski). Uważano też zarazek przymiotu jako ferment chemiczny (Schoenbein, Liebig). W 1872 r. L o s t o r f e r wystąpił z twierdzeniem, że krew chorych przymiotowych zawiera ciała mikroskopijne, bliższe zaś badania K ö b n e r a i B i e s i a d e c k i e g o udowodniły, że twory opisane znajdują się i we krwi zdrowych.

W kwestyi z a r a ż l i w o ś c i p r z y m i o t u przekonano się, że udziela się on albo bezpośrednio przez zetknięcie, albo udziela się potomstwu; wogóle objawy wczesnego przymiotu są zaraźliwe, późnego zaś przymiotu niezaraźliwe. Stanowczo dotychczas nie stwierdzono, czy twory przymiotowe trzeciorzędne zawierają zarazek; prawdopodobnie, że nie zawierają go.

Co się tyczy p r z e b i e g u p r z y m i o t u, to choroba rozpoczyna się pierwotnym objawem, a w krótko potem występują objawy ogólne: obrzmienia gruczołów limfatycznych, zmiany na skórze i błonach śluzowych. Przebieg przymiotu może być albo ł a g o d n y, albo z ł o ś l i w y. W ogóle stwierdzono, że przymiot jest tem złośliwszy, im w niekorzystniejszych warunkach znajduje się zakażony, tak we względzie klimatycznym, jako też i higieniczno-dyjetetycznym. Wszelkie choroby przewlekłe szkodzą przymiotowi i powodują wtedy cierpienie bardziej poważne. Choroby ostre, np. róża, tyfus, usuwają chwilowo lub bezpowrotnie objawy przymiotu. Przebieg choroby przedewszystkiem zależy od czynności fizjologicznych naszego ustroju.

W rozdziale następnym autor przedstawia podział choroby przymiotowej na pojedyncze okresy, przyjęte przez rozmaitych syfilidologów. I tak np. R i c o r d przyjmuje podział na przymiot pierwotny, drugorzędny i trzeciorzędny. B a e r e n s p r u n g przyjmuje podział anatomiczny: objawy drugorzędne, według niego, noszą cechy przekrwień i wysięków, a objawy trzeciorzędne uważać należy za nowotwory. Z e i s s l dzieli przebieg przymiotu na: o k r e s l e p i e ż y i o k r e s g u m m a t ó w. L a n c e r a u x zaś na 4 okresy: 1) okres utajenia, 2) okres objawu pierwotnego, 3) okres objawów ogólnych, 4) okres zmian guzowatych (*gummata*). Po tych szczegółach następuje krótki opis objawów i przebiegu w pojedynczych okresach choroby przymiotowej i podana tablica, na której przedstawionem jest, w jakim czasie, jakie występują rozmaite objawy wczesnego i późnego przymiotu.

- W rozdziale: ź r ó d ł a z a r a z k a p r z y m i o t o w e g o, autor wylicza znane źródła powstawania choroby i bliżej przedstawia spostrzeżenia i doświadczenia różnych autorów w danej kwestyi, Ź r ó d ł a m i c h o r o b y są: wydzielina pierwotnego stwardnienia, tak zwane lepieże płaskie i ich wydzielina,

która najobficiej zawiera zarazek przymiotowy, krew w ogólnie zakażonych. mianowicie gdy pochodzi od osobnika, u którego są objawy wczesne przymiotu, szczepić można również z rezultatem dodatnim. Krew chorych, objawami późnego przymiotu dotkniętych, nie przyjmuje się przy szczepieniu, widocznie więc w krwi tych chorych nie ma zarazka przymiotowego.

Co się tyczy zachowania w tym względzie tworów fizjologicznych i patologicznych, to ślina jamy ustnej nie zawiera zarazka przymiotowego, jeżeli nie ma zmian przymiotowych w jamie ustnej; podobnie i wydzielina gruczołów łzowych i potu zarazka nie zawierają. Co do mleka kobiet zdania są podzielone, chociaż szczepienia mleka dawały niekiedy rezultat dodatni. Nasienie męskie, według Mirenza nie zawiera zarazka i nie jest przeszczepialne. Co do tworów patologicznych chorego przymiotowego, to najprawdopodobniej wydzieliny patologiczne, nie pochodzące z rozpadu tworów przymiotowych i istota rozpadowa tworów chorobowych nie zawierają zarazka przymiotowego. Co się tyczy szczepienia ospy, dziecka chorego na przymiot na zdrowe, to doświadczenia wykazały: że nie limfa a domieszka krwi, lub istota rozpadowa tworów przymiotowego jest źródłem przymiotu, limfa zaś pośredniczy w zakażeniu, zachowując w sobie zarazek. Po tym rozdziale, w którym są zestawione ciekawe uwagi w kwestyi zaraźliwości przymiotu i tworów patologicznych naszego ustroju, autor opisuje sposoby powstawania przymiotu, które, jak wiadomo, są nadzwyczaj rozmaite, podaje warunki działania zarazka i korzystnego wessania tegoż. Po krótkiej wzmiance o reinfekcyi przymiotem, autor przedstawił kwestyję czystości pierwotnych objawów przymiotu (dzieci i starzy mniej się zarażają, kobiety mniej jak mężczyźni) i umiejscowienia się pierwotnego objawu przymiotu; co do liczby pierwotnych objawów to zwykle spostrzegamy tylko jedno stwardnienie, czasami bywa jednak ich i kilka. (C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. M. J. Rossbach. O powstawaniu śluzu w drogach oddechowych.

Najwidoczniejszym objawem większej części cierpień dróg oddechowych jest w rozmaity sposób i w różnej mierze wydzielana plwocina. Przed wprowadzeniem fizykalnych metod badania, laryngo i rynoskopu, była ona poprostu jedynym pochwycić się dającym znakiem wewnętrznych zmian przy chorobach narządu oddechowego i jako taki, stanowiła główny przedmiot badania lekarskiego. Nie dziw więc, że od najdawniejszych czasów aż do dni dzisiejszych spotykamy w lekarskiej literaturze mnóstwo opisów i postrzeżeń nad wydzielaniem śluzowej plwociny w chorobach; ogólne zebranie tych opisów aż do roku 1855 znajduje się w nader skrętnie opracowanej rozprawie Biermera (*Die Lehre vom Auswurf. Würzburg. 1855*), który też sam licznymi spostrzeżeniami naukę o plwocinie wzbogacił, a nowy do nich przyczynek dostarczył 1861 r. Bamberger (*Zur Lehre vom Auswurf*). Ale wszystkie te spostrzeżenia odnoszą się tylko do wyglądu, barwy, zapachu, chemicznych i drobnowidzowych składników plwociny już na zewnątrz ustroju wyrzuconej. O fizjologicznem i patologicznem powstawaniu śluzu, o wpływie układu nerwowego i krążenia krwi przy jego tworzeniu wewnątrz dróg oddechowych, o zmianach w jego wydzielaniu pod wpływem rozmaitych leków i metod leczniczych do ostatnich czasów żadnych niemal nie mieliśmy wiadomości.

Jak wiemy, pierwsze fizjologiczne spostrzeżenia nad powstawaniem śluzu w ogólności podjął był Henle w 1838 r. (*Ueber Schleim und Eiterbildung und ihr Verhältniss zur Oberhaut*). Sądzi on, że „jak na skórze odbywa się złuszcza-

nie naskórka, tak i w pewnych miejscach błony śluzowej podobne złuszczenia nabłonka w stanie prawidłowym, stopniowo, ale ciągle się odbywa. Odłuszczone wszakże tutaj cząsteczki nie przedstawiają się, jak naskórkowe, w postaci suchych łuszek, lecz stanowią ciągliwe, zawsze jeszcze bardzo przewilgocone błonki, tworzące tak zwaną śluzową powłoczkę wszystkich błon śluzowych, dającą się łatwo zetrzeć, lub wodą splukać, a którą i sama natura różnemi sposobami usuwa. Tak np. śluzową, czyli nabłonkową (dwie te nazwy są dla H. jednoznaczne) powłoczkę gałki ocznej łączy ciągle ku nosowi splukują. A może też od czasu do czasu zwiększone wydzielanie „soku śluzowego“ (jak, podług H. słusznie *Burda* nazywa wodnisto przezroczystą wydzielinę gruczołów śluzowych) rozrzedza i zmywa odłuszczony nabłonek. Należy więc odróżnić pierwszą odmianę śluzu, który się składa z prawidłowo złuszczonej wierzchniej warstwy nabłonka i którego drobnowidzowe pierwiastki tem się od wszystkich innych dokładnie wyróżniają, że komórki w stosunku do jąder są bardzo wielkie, płaskie i słabo ze sobą pospajane. Nie wszędzie, lecz tylko tam, gdzie nabłonek dość gruby pokład stanowi, takie stopniowe powierzchowne jego złuszczenie się odbywa. Nabłonek stożkowy i migawkowy oddziela się tylko w pewnych, właściwych okolicznościach, patologicznie, albo też i u zdrowego w pewnych tylko okresach np. w pochwie podczas miesiączkowania“. Tak więc *Henle* uważa prawidłową śluzową powłoczkę błon śluzowych jedynie i wyłącznie za przetwórczy wyrób odłuszczonego nabłonka i sądzi, że tylko niekiedy, tu i ówdzie, płynniejsza wydzielina, tak zwany sok śluzowy, na powierzchnię błony śluzowej się wylewa. Wypowiada on to jeszcze dosadniej na innem miejscu w ten sposób: „w rodzinie śluzów należałoby odróżnić trzy gatunki: a) nabłonek, b) wydzielinę gruczołów śluzowych, czyli sok śluzowy i c) ropę czyli śluz ropiasty“. Aż do jego czasów, powiada, nazywano wszystkie prostszej budowy gruczoły, otwierające się na błonie śluzowej „gruczołami śluzowemi“. Spodziewano się ich wszędzie, gdzie za życia lub po śmierci błony śluzowe powłoczkę śluzową okryte znajdowano i uważano tę powłoczkę za wydzielinę gruczołów śluzowych. Teraz, gdy wiadomo, że śluzowa powłoka, tam, gdzie ją spotykamy za życia, jest odłuszczonym, a gdzie ją znajdujemy po śmierci, zmacerowanym nabłonkiem, można będzie i wydzielinę gruczołów śluzowych z jej swoistemi i różnorodnemi własnościami łatwiej rozpoznać. Przedewszystkiem, mówi H., porozumieć się należy, co w potocznem znaczeniu ma się śluzowym sokiem nazywać. Jeśli oprócz wydzielin, które przez obecność właściwego w nich ciała, odznaczają się jako specyficzne (sok żołądkowy, ślina i t. p.) istnieją jeszcze inne, które się wylewają na większe przestrzenie błon śluzowych i mniej więcej wspólne posiadają cechy, to mamy prawo zwać te wydzieliny, *wydzielinami śluzowemi*, a gruczoły, z których pochodzą, *gruczołami śluzowemi*“.

Gruczoły śluzowe (t. j. wszystkie gruczoły, których przewody wyprowadzające otwierają się na błonach śluzowych) zachowują się względem błon śluzowych podług H., tak, jak gruczoły potowe względem skóry i to, co wiemy o jednych, z pożytkiem do drugich odnieść można. Zdrowy spokojny człowiek nie poci się i wydzielanie przez skórę i jej gruczoły w tak małej odbywa się ilości, że tylko lekką utrzymuje wilgotność. Fizjologicznie czynność gruczołów potowych pod pewnemi warunkami na czas jakiś się wzmacnia, przez działanie np. gorąca, zmęczenia, pracy mięśniowej, podniecających wzruszeń, rozgrzewających napojów, zmniejsza się przez zimno, strach i t. p., patologicznie stale bywa wzmożona przy wielu chorobach ogólnych, patologicznie też pomniejszać się lub całkiem ustawać może przy niektórych chorobach wysypkowych lub przy cukromoczu. Porównajmy analogiczne stany błon śluzowych. W stanie spoczynku są wilgotne, ale bez wodnistej wydzieliny; fizjologicznie wydzielina się wzmacnia np. gruczołów śluzowych jamy ustnej i ślinianek przy żuciu, lub na widok

smakowitych potraw, lecz przy wzruszeniu i t. d.. Patologicznie znajdujemy obfite wydzielanie soku śluzowego w tak zwanych gorączkach śluzowych, w biegunkach, zmniejszenie zaś w pierwszym okresie nieżytów i w gorączkach zapalnych.“ I tak mówi H e n l e. Widzimy więc, że w r. 1838 jeszcze nawet jasnego nie miano pojęcia zkad śluz pochodzi; że w stanie normalnym uważano pokrywę nabłonkową za jedyne źródło śluzu, a gruczołom śluzowym czasowo tylko sok śluzowy wydzielać kazano; że nadto w tym względzie nie opierano się nawet wcale na pośrednich badaniach, lecz wiele rzeczy wprost *per analogiam* ze skórą wnioskowaną, że nakoniec wcale jeszcze nie badano i nie opisywano wydzielania śluzu we właściwych drogach oddechowych, lecz jedynie w łatwo dostępnych miejscach ciała.

Dopiero w 1870r. Antoni H e i d e n h a i n, w pracowni wrocławskiej brata swego R u d o l f a, podjął badania nad budową gruczołów groniastych i wykazał, że gdy w błonach śluzowych gęby, gardzieli, tchawicy i przelyku znajdują się u człowieka, psa, świni, cielęcia i królika tylko jednego rodzaju gruczoły, t. j. gruczoły śluzowe, to w nosie istnieją dwa rodzaje gruczołów, mianowicie śluzowe, tylko w okolicy węchowej (*regio olfactoria*) i surowicze na pozostałej powierzchni błony śluzowej nosa, tak, że nawet H. waha się tę drugą część błony nazywać śluzową, skoro w niej nie ma właściwych gruczołów śluzowych; zresztą, podobnie jak H e n l e, twierdzi, że powstawanie śluzu w tem miejscu odbywa się tylko przez śluzowe przeistoczenie nabłonka (*degeneratio mucosa*).

W okolicy węchowej gruczoły śluzowe, obszernie przez M a x a S c h u l t z e ' g o opisane, a które pierwszy u zwierząt ssących opisał B o w m a n, i które dla tego za przykładem K ö l l i k e r a gruczołami B o w m a n a n a nazywano, przedstawiają się jako wązkie torebki, o małym świetle przekroju, otoczone 4-ma do 6-ciu wielokątnymi zaokrąglonemi komórkami z wielkiem, zwykle ośrodkowo położonem, jądrem.

Zupełnie różne od nich są gruczoły drugiej części błony śluzowej nosa. Nabłonek ich przewodów wyprowadzających jest stożkowy i okazuje to samo zjawisko obwodowego rozstrzępienia, jakie H e n l e i P f l ü g e r opisali w wyprowadzających przewodach ślinianek. Zraziki same okazują obraz nieco podobny do zrazików ślinianki podżuchwowej po jej podrażnieniu. A i mikrochemiczny odczyn wykazuje zupełną różnicę tych gruczołów od gruczołów śluzowych; świeże komórki rozjaśniają się w kwasie azotnym mocno rozcieńczonym (0,05%), natomiast przy 10% tegoż kwasu kurczą się z uwydatnieniem jąder; za dodaniem 2% kwasu octowego komórki pęcznieją nieco i jądra się uwidoczniają, przy większem stężeniu kwasu pęcznieją silniej, tak, że już tylko jądra są widoczne, gdy tymczasem zarysy komórek się zacierają; przy największem stężeniu komórki i jądra kurczą się aż do niepoznania.

Przy drażnieniu nerwów gruczołowych (drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego) u żyjącego psa, następuje mniej lub więcej obfite wydzielanie, tak, że gdy drażnić oględnie i w przestankach, a bodziec tylko stopniowo wzmacniać, to można otrzymać dość znaczne ilości wodnisto jasnej, lekko-płynnej i nieciągliwej cieczy, która za dodaniem kwasu octowego nie daje osadu, z kwasem azotnym zaś, z garbnikiem, chlornikiem rtęci, wyraźny tworzy osad, nie zawiera więc mucyny, lecz tylko ślady białka. Z tego powodu Ant. H e i d e n h a i n sądzi się uprawnionym do uważania gruczołów błony śluzowej w niewęchowej części nosa nie za gruczoły śluzowe (*gland. muciparae*), lecz za gruczoły surowicze (*gland. serosae*). Najpiękniej i najwyraźniej znajdował on je u psa, widział je wszakże dokładnie i u człowieka, jakoteż u królika.

W doskonałym najnowszym opracowaniu fizjologii spraw wydzielania przez Rudolfa H e i d e n h a i n ' a (w wielkim podręczniku 6-cio tomowym fizjologii H e r m a n n ' a), z pomiędzy gruczołów surowiczych, lub jak je H. nazywa, gruczołów białkowych, opracowane są ślinianki przyuszne

i gruczoły łzowe, z pomiędzy śluzowych zaś, gruczoły: podżuchwowy, podjęzykowy i oczodołowy i wspomniane są gruczołki jamy ustnej. natomiast gruczoły krtani i tchawicy zupełnie nie zostały uwzględnione, a nawet H. mniema, że jeszcze wcale nie jest pewną rzeczą, ażali w tych częściach, obok gruczołów śluzowych, nie znajdują się również gruczoły surowicze. Tak więc, aż do ostatnich czasów nasze fizjologiczne wiadomości o wydzielaniu śluzu w drogach oddechowych jeszcze nawet nie orzekły z pewnością, czy znajdujące się w błonie śluzowej tych narządów gruczoły w ogóle prawdziwy śluz wydzielają. Otóż zbadanie właśnie tego faktu i wypełnienie przez to tak ważnego dla patologii i terapii braku stanowi przedmiot poszukiwań Rossbach'a, które tu streścić zamierzaliśmy.

(D. c. n.)

Pubian.

LIST OTWARTY.

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

W kilku ostatnich numerach Gazety Lekarskiej, w rubryce ogłoszeń znajduje się doniesienie, wedle którego młody lekarz, który w roku zeszłym ordynował w jednym z najbardziej uczęszczanych zakładów kąpielowych Galicyi, w bieżącym sezonie w tem samym miejscu zajmować się będzie praktyką. Pozwalam sobie za pośrednictwem Gazety Lekarskiej zapytać się uprzejmie młodego Kolegi, czy zamierza u przekazanych mu w opiekę chorych tak samo jak w roku zeszłym stosować swe siły „magnetyczne“ (nawet wbrew ich woli), albowiem w razie, gdyby obstawał przy swoim zamiarze, byłbym wraz z drugimi Kolegami zniewolonym do udzielania chorym, udającym się do owego zakładu, stanowczych instrukcyj, gdyż nie uznajemy stanu hypnotycznego za środek „pomocniczy“ przy leczeniu, ale nawet uważamy takowy w ogóle za mniej lub więcej szkodliwy dla zdrowia.

D-r H. H.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jak zapewniają dzienniki polityczne, zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Wrześniu r. b. w Poznaniu, z powodu przypadającego w tymże czasie obchodu uroczystości odsieczy Wiednia przez Sobieskiego, odłożony został na d. 2 Czerwca 1884.

Praga. D-r Spina, były asystent prof. Strieckera w Wiedniu, znany z polemiki w kwestyi laseczników gruzliczych, mianowany został profesorem zwyczajnym patologii ogólnej i odświadczałnej tutejszego czeskiego uniwersytetu.

Wiedeń. W d. 13 b. m. nastąpiło tu odsłonięcie tablicy pamiątkowej, umieszczonej przez Towarzystwo lekarzy Wiedeńskich na domu w którym mieszkał i umarł Skoda.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 24. Głuziński. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). — Schramm. Polip nosopółkowy, wyluszczenie przez jamę ustną. — Schaitter. Śmierć z zacczadzenia

— *Medycyna.* Nr. 24. Schaitter. Śmierć skutkiem pęknięcia wątroby.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Kołaczkowski. Szezawnica, zdrojowisko i stacyja klimatyczna. Kraków. 1883.

Skórczewski. Klimatologija Krynicy. Kraków. 1883.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 9 Іюня 1883 г. Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 23.

Zakład leczniczo-kąpielowy

S Ł A W I N E K

Wody mineralne żelaziste naturalne

(o trzy wiorsty od Lublina)

otwarty od 20 Maja do końca Września.

Komunikacyja nader ułatwiona omnibusami zakładowemi, kursującemi kilka razy dziennie. Wanny nowe miedziane, sposób ogrzewania ulepszony, kąpiele rzeczne, prysznic. Mieszkania umeblowane wygodnie, restauracyja, bilard, czytelnia, sala balowa, gimnastyka, lekarz zdrojowy na miejscu. Wody mineralne naturalne i sztuczne wszelkiego rodzaju.

Długoletnie doświadczenie i świeżo dokonany z wszelką ścisłością rozbiór chemiczny, wykazały, że wody Sławinkowskie użyte tak wewnątrz jak i w kąpielach, skutecznemi są w następujących chorobach: w blednicy, niedokrwistości, nieżytych przewlekłych żołądka i kiszek, krwotokach z nich, hemoroidach, zapaleniu przewlekłem rdzenia pancerzowego, również w chorobach kobiecych jako to: w nieżytych wszelkiego rodzaju macicy, braku i utrudnieniu czyszczeń miesięcznych, w białych upławach, niepłodności, w nieżytych i kurczach pęcherza, nareszcie przeciwko zmazanom nocnym, niemocy męskiej i ogólnemu osłabieniu.

Administracyja Zakładu ma honor upraszać W.W. P.P. lekarzy, o zaopatrzenie wysyłanych przez nich do wód Sławinkowskich chorych w stosowne instrukcyje przez nich podpisane, tak dla dokładnej statystyki jak i dla zastosowania się do nich.

6—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. H E I N E C H

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpeli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracyi do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—13

Zakład Leczniczy

Stacyja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

Sezon letni od 15 Maja.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Zakład obszerny i wytwornie urządzony w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującemi środkami leczniczymi: 1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza. Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem, 2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistem Nałęczowskimi (szczawa żelazista) oraz wszelkiemi innemi wodami mineralnemi naturalnemi i sztuczniemi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (blotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, nieżytych żołądka - kiskowych, w nieżytych dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Bliższe objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy).

16—8

Plaster Thapsia

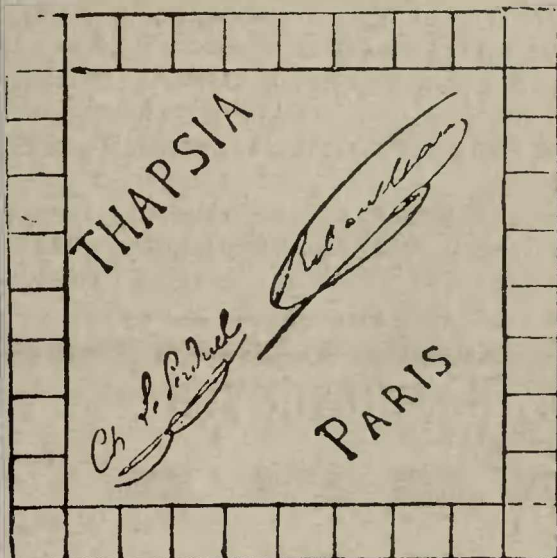
LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

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



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

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierputowskiego, Zeuschnera,
Ziemnińskiego i Lilpota.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA NADZWYCZAJ WZMACNIAJĄCA
zawierająca

chloran dwuwęglan i arsenian sodu
(28 milligr. arsen : sodowego na litr.)

Zazywac od pół szklanki do trzech
dziennie przed lub w czasie jedzenia.

Wzmacnia dzieci słabe i lymfatyczne, oraz
pomaga na choroby skórne i organów odde-
chowych, Febry perjodyczne i szkrofuty,
Używa się także jako napój i płókanie przeciw
Bronchiom, zas do umywania przeciw lekkim
świerzbom. SKŁAD:

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

D-ra Emmerta. Wykład chirurgii szczegóło-
wej. Tom. I str. 666 Tom. II str. 744. Ze 175
drzeworytami. Za rsr. dwa.

D-ra Cohnsteina. Wykład położnictwa. Str
289. Z 21 drzeworytami. Za rsr. jeden.

D-ra B. Skórczewskiego. Dyjetetyka ką-
pielowa. Str. 355. Za rsr. 1 kop. 20.

D-ra W. Kosmowskiego. Rys higieny dzieci.
Str. 229, Za kop. 50.

6-4

Dr. Leon Tannenbaum

ordynuje od 20-go b. m.

w Ciechocinku

(dom Müllera).

4-3



Główny Zakład Wyrobu Wód Mineralnych,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.

Wysyła Wody Mineralne na prowincyję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy
Wód Mineralnych znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na
prowincyi i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i lieznemi apa-
ratami najnowszej budowy, a pojmując rozumie współzawodnictwo, zasadzam je na ciągłym
postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz Syropy do wód gazowych, znajdują się
zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10-5



OPNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofalicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych i aptekach w Rossyi.

SKŁADY | u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3
| u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—1

WODY MINERALNE NATURALNE

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE

K. LILPOPA

ulica Nowy-Świat obok Ordynackiej otrzymał wprost ze źródeł pierwsze tegoroczne transporta.

Razem z wodami nadeszły wyrabiane z nich sole, pastylki, mydła, oraz szlamy i ługi mineralne. Broszurki nadsyłane ze źródeł i przewodnik dla leczących się wodami, osobom biorącym wody apteka udziela bezpłatnie. **Ekspedycja możliwie szybka.** 3—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały 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—13

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

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

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

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. 10—9

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 żółzow, również w wielu przewlekłych postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GĘBCZYŃSKIEGO w Ciechociuku.

Dostać go można w składzie materyjałów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach Warszawskich.

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

WARSZAWSKI DOM ZDROWIA

6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowozielna 36). K. Dobrski (Marszałkowska 50).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—6

ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NA ŻOŁĄDEK

w WARSZAWIE,

przy ulicy Kruczej Nr. 13bb.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych, dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek. W ambulatoryjum zakładu niżej podpisany udziela porady przychodzącym chorym od godz. 10—11 rano.

O bliższych warunkach dowiedzieć się można na miejscu, lub w mieszkaniu kierującego zakładem przy ul. Przejazd Nr. 10.

Dr. M. Rejchman. 12—6

B U S K O

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

6—5

Dr. WALERY BUJAKOWSKI

STALE ORDYNUJE

w Druskienikach.

6 6

Gubernija
KIELECKA

S O L E C

Powiat
STOPNICKI

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

6—6

Dr. Franciszek Chłapowski

praktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen**

6—3

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, powiat Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra J. BIELINSKIEGO

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok, w zimie i w lecie otwarty.

Racjonalna hydroterapija ścisły internat. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzane. Obłite zdroje wybornej wody do kąpeli i picia. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Mleczarnia. Zdrowy klimat, malownicze położenie. W lecie stała muzyka.

Internat i restauracyja dla starozakonnych. Poczta codzienna. Komunikacyja osobowa karetami pocztowymi przez Grójec, na które zapisywać się na poczek w Warszawie.

Lekarze ordynujący: Jan Bielicki i Leon Rzeźniowski

Objaśnienia na miejscu lub w Aptece H. Kucharzewskiego w Warszawie, Senatorska 480.

Ceny bardzo umiarkowane zaczynając od dwóch rubli za całodzienne utrzymanie z leczeniem i kąpielkami.

7—4

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

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

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

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Docent Dr. A. Mars

ordynować będzie od 10 Czerwca b. r. przez sezon letni

W KRYNICY

w domu pod Pagatem.

3—2



MATTONI'EGO GISSHÜBLER

Najczystsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEZWIĄJĄCY
wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materiałów aptecznych
i aptekach Rosyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu i Kazańska 3.
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—1

Dr. E. Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich w **Gleichenbergu**

Villa Possenhofen.

6—6

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

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

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEN, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ 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 professorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

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

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

Należy wystrzegać się podrobien, 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 essencyi drzewa sandalowego 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 najwężlejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

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

Należy wystrzegać się podrobien 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.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Dogiel. W kwestyi skrzyżowania się nerwów wzrokowych u człowieka. — II. A. Wolfram. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżycę gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia. (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny. — *Dział sprawozdawczy.* 28 M. J. Rossbach. O powstawaniu śluzu w drogach oddechowych. — List otwarty. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. W KWESTYI SKRZYŻOWANIA SIĘ NERWÓW WZROKOWYCH U CZŁOWIEKA

Napisał

Aleksander Dogiel.

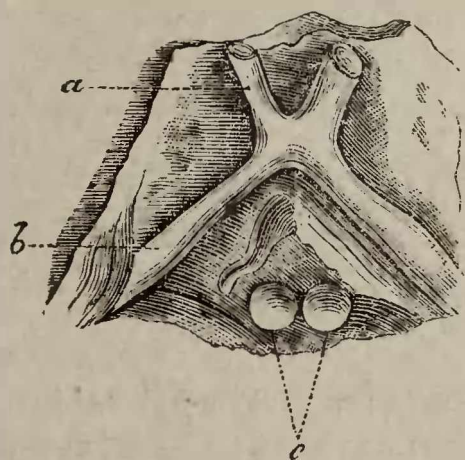
Jak wiadomo, kwestyja, czy w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych (*chiasma nervorum optitorum*) u człowieka biorą udział wszystkie bez wyjątku włókna nerwowe, ma ważne znaczenie dla wyjaśnienia widzenia połowicznego (*hemioopia*). Z tego też względu dokonano w tym kierunku wielu badań, z których jedne przemawiają na korzyść niepełnego, inne zaś na korzyść zupełnego skrzyżowania włókien nerwowych. J. Müller, Hannover, Gudden, Adamiuk i większość innych badaczy oświadcza się za istnieniem skrzyżowania niepełnego, podczas gdy Biesiadecki, Mandelstamm, Michel i inni wypowiadają zdanie, że w *chiasma* istnieje zupełne skrzyżowanie włókien nerwowych.

Profesor Admiuk w krótkiej swej pracy (*Arch. f. Ophthalmologie Bd. XXVI. 2 S. 187—190*) o skrzyżowaniu włókien nerwowych, przytacza dwa przypadki prawie zupełnego zaniku gałki ocznej, w których raz podległa zanikowi prawa, drugi raz — lewa gałka oczna.

Sekcyja anatomo-patologiczna wykazała, że w pierwszym przypadku grubość zanikłego nerwu wzrokowego wynosiła 1,5 mm.; grubość prawidłowego nerwu wzrokowego wynosiła 5,5 mm., grubość zaś jego szlaku = 4 mm.. W drugim przypadku grubość zanikłego nerwu wzrokowego wynosiła 2 mm., grubość zaś niezmiennego nerwu wzrokowego 6 mm.; *tractus opticus*, odpowiadający zanikłemu nerwowi, miał grubości 4 mm., odpowiadający zaś prawidłowemu nerwowi = 4,5 mm.. Tak więc widzimy, że w obu przypadkach grubość szlaku wzrokowego, odpowiadającego zanikłemu nerwowi wzrokowemu, była mniejszą tylko o 0,5 mm., aniżeli grubość traktu, odpowiadającego prawidłowemu nerwowi wzrokowemu. Ponieważ w literaturze kwestyi skrzyżowania nerwów wzrokowych u człowieka mamy bardzo mało danych anatomo-patologicznych, uważam za stosowne do dwóch wyżej wspomnianych przypadków profesora Adamiuka dodać trzeci podobny przypadek.

Przy sekcji sądowo-lekarskiej, wykonanej na trupie 60-letniego żebraka (który zmarł, jak sekcja wykazała, wskutek pęknięcia śledziony), spostrzeżono, iż prawa gałka oczna znajdowała się w stanie zupełnego zaniku. Po zasięgnięciu wiadomości od krewnych zmarłego, okazało się, iż zanik gałki ocznej istniał już od lat piętnastu.

Badanie nerwów wzrokowych wykazało, co następuje: prawy nerw wzrokowy był koloru lekko-żółtego, z pozoru wydawał się bardziej przezroczystym niż lewy, wymiar jego poprzeczny wynosił 3 mm., a podłużny 2 mm. Wymiar



poprzeczny lewego nerwu wzrokowego wynosił 5 mm., podłużny zaś dochodził 3 mm. Szerokość samego skrzyżowania wynosiła 10 mm., długość 5 mm. Co się tyczy szlaków nerwów wzrokowych prawego i lewego, to po wymierzeniu ¹⁾ okazało się, iż grubość pierwszego wynosiła 3,5 mm., grubość zaś drugiego 4 mm. Prócz tego grubość ciała brodawkowego (*corpus mamillare*) strony prawej (patrz rysunek) była nieco większa, niż grubość takiegoż ciała strony lewej.

Tak więc, w danym przypadku mamy także ten fakt, że szlak wzrokowy, odpowiadający zanikłemu nerwowi wzrokowemu, jest o pół milimetra cieńszy od szlaku strony przeciwnej. Ponieważ jednak badanie makroskopijne skrzyżowania nerwów wzrokowych nie daje prawa oświadczenia się za skrzyżowaniem zupełnym lub niezupełnym, przeto przedmiotem następnej mojej pracy będzie zbadanie mikroskopowe wyżej opisanego preparatu.

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

II. Przypadek tętniakowego, prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Miażdżyca gałęzi tętnicy płucnej znacznego stopnia.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 24).

Powiększenie bezwzględne stłumienia serca w wymiarze osiowym stłumieniem względnym w drugim i trzecim lewym międzyżebżu budziło wreszcie podejrzenie, czy ono nie pochodzi od rozszerzonego i przerosłego przedsionka lewego, jaki przy znaczniejszem zwięźeniu ujścia żylnego lewego natrafiać zwykliśmy. I tak *Friedreich* (*Krankheiten des Herzens*, str. 248) nadmienia, że przy zwięźeniu ujścia żylnego lewego rozszerzony i przerosły przedsionek lewy przybliżyć się może do przedniej ściany klatki piersiowej i w ten sposób powiększyć stłumienie serca w kierunku osiowym. Toż samo utrzymuje autor ten o przedsionku prawym, dodając nadto, że wśród analogicznych warunków

¹⁾ Wymierzenie wykonano za pomocą cyrkla.

powstać może w miejscu odpowiedniem, po stronie prawej uderzenie równocześnie ze skurczem serca. Podejrzenie nasze tem więcej było uzasadnione, o ile wiadomą jest rzeczą, że przy niedomykalności zastawki dwudzielnej rozszerzone uszko lewe, które od tyłu ku przodowi obejmuje pień tętnicy płucnej, przylegać może końcem swym do przedniej ściany klatki piersiowej, skutkiem czego nawet, jak to N a u n y n (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Ziemssen, tom VI, str. 113, 1876*) utrzymuje, szmer skurczowy w tem miejscu niekiedy wyraźniej słyseć się daje, niż nad uderzeniem wierzchołkowym serca. Stłumienie względne w drugim międzyżebżu, które wyśledzić mogliśmy nieco na zewnątrz od linii przymostkowej, a na wewnątrz od sutkowej, położeniem swoim wielce odpowiadało ułożeniu przedsionka i uszka lewego w stanie fizyologicznym. Wobec tego nasuwało się podejrzenie, czy też uderzenie skurczowe, widzialne w tem międzyżebżu, nie pochodzi przypadkiem od tętniącego przedsionka, a zwłaszcza uszka lewego. Trzeba się było liczyć z możliwością, że rozszerzony i przerosły przedsionek lewy wraz z swoim uszkiem mógł się przybliżyć do przedniej klatki piersiowej i podobnie, jak to F r i e d r e i c h wspomina o przedsionku prawym, wywołać uderzenie, równoczesne ze skurczem serca. Że przedsionek lewy wywołać może stłumienie na klatce piersiowej, zdaje się coraz więcej nie ulegać wątpliwości. I tak B o t k i n (*St. Petersb. med. Wochenschr. 1881, Nr. 9*) nadmienia, że w bardzo znacznej części przypadków zwężenia ujścia żylnego lewego obok powiększenia wymiaru poprzecznego serca stwierdzić można w linii przymostkowej lewej stłumienie odgłosu wypukowego, raz więcej, drugi raz mniej wyraźne, które rozpoczyna się czasami tuż pod obojczykiem, niekiedy na szerokość dwóch palców poniżej tegoż, a które w trzecim międzyżebżu spływa się z bezwzględem stłumieniem serca. Stłumienie to, powstające skutkiem zapaści (*atelectasis*) mięszu płucnego w tem miejscu, przydarzać się ma zazwyczaj w razie istnienia znaczniejszego rozszerzenia lewego przedsionka serca, przy niedostatecznym jego opróżnieniu się. Co więcej, autor ten utrzymuje, że w bardzo znacznej części przypadków stenokardyi, mianowicie w takich razach, gdzie do bicia serca dołącza się i duszność, a więc w przypadkach zupełnie podobnych do naszego, stwierdzić można powiększenie stłumienia serca w linii przymostkowej, które wskazuje na niedostateczną czynności przedsionka lewego. Toż samo tyczyć się ma komórki prawej, przyczem jednak stłumienie powiększa się w wymiarze poprzecznym; a zatem umiejscowienie stłumienia, rozpoznana niedomykalność zastawki dwudzielnej, wraz ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, równocześnie występujące napady duszniczy sercowej (*asthma cardiacum*)— wszystko to przemawiało za tem, że stłumienie względne, jakie znajdowaliśmy w międzyżebżu II lewym, do przedsionka lewego odnieść należy. Rozpoznanie kliniczne brzmiało też w całości, jak następuje:

Insufficiëntia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri, subsequente hypertrophia et dilatatione atrii sinistri (?). Emphysema pulmonum. Bronchitis. Nephritis parenchymatosa. Hydrops universalis.

Do rozpoznania tego dodano zastrzeżenie, że w przypadku niniejszym istnieją objawy, które stanowczo wykluczyć tętniaka tętnicy płucnej, lub tętnicy głównej nie pozwalają.

O przebiegu choroby nie wiele się da powiedzieć, gdyż chora, która przybyła do nas w stanie tak rozpaczliwym, iż wszelkie ściślejsze badanie było bardzo utrudnionem, a częstsze niemal niemożliwem, w kilka dni nagle życie zakończyła.

Wyjmujemy tutaj ważniejsze szczegóły z protokołu sekcyjnego, który, dzięki uprzejmości prof. D-ra Browicza i jego asystenta kol. Wodzyńskiego, z jak największą dokładnością spisany został. Po otwarciu klatki piersiowej i wyjęciu mostka uderza przedewszystkiem, że serce wraz z workiem sercowym położone jest prawie w całości w lewej połowie klatki piersiowej tak, że tylko nieznacznie przekracza linię środkową ciała ku stronie prawej. Worek sercowy, w całości znacznie powiększony, rozdęty, zawiera znacznie większą ilość cieczy surowiczej czystej. Po otwarciu worka sercowego wpada przedewszystkiem w oczy, oprócz bardzo znacznego przerostu serca, nadmierne, jakby tętniakowe rozszerzenie pnia tętnicy płucnej (objętego workiem sercowym), które, zajmując górną stronę worka sercowego, pokrywa i maskuje pień tętnicy głównej i cały przedsionek lewy. Przylega ono tak ściśle do przegrody przedsionko-komórkowej prawej, jak w stanie fizjologicznym przedsionek lewy do przegrody przedsionko-komórkowej lewej, tak dalece, że na pierwszy rzut oka możnaby takowe wziąć za rozszerzony przedsionek lewy. Na osierdziu sercowem po przedniej stronie widać kilka znacznie większych plam ograniczonych mleczno-białych i na przedniej powierzchni tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej znajdują się drobniejsze plamki białawe i drobniutkie nierówności. Zresztą blaszki osierdziowe na całej swej powierzchni nigdzie nie są ze sobą zrosnięte, są przytem gładkie i połyskujące.

Serce leży w całości znacznie więcej poziomo, aniżeli w stanie prawidłowym; brzeg prawej komórki spoczywa w całej prawie swej długości na przeponie, a koniec serca, przez prawą komórkę utworzony, zwrócony jest mocno na zewnątrz. Bardzo znaczny przerost serca odnosi się w zupełności do jego prawej połowy, tak, że cała od przodu widzialna powierzchnia i jego koniec należy do powiększonej i rozszerzonej komórki prawej, podczas gdy komórka lewa wraz z lewym przedsionkiem są znacznie mniejsze, zajmują tylną lewą stronę serca i od przodu nie są wcale widzialne. Wymiar poprzeczny serca, w odległości 3 ctm. poniżej tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej zmierzony, wynosi $12\frac{1}{2}$ ctm., wymiar długi serca od odejścia tętnicy płucnej do wierzchołka serca, czyli komórki prawej, wynosi 10 centymetrów. Znacznie rozszerzone jamy komórki prawej, przedsionka prawego i tętniakowego rozszerzenia tętnicy płucnej, wypełnione są mnóstwem świeżych, wiotkich skrzepów ciemno-czerwonych i białawych, gdy jama komórki lewej i przedsionka lewego tylko bardzo nieznaczniejszą ilość tego rodzaju skrzepów zawiera. Po wypłukaniu skrzepów, które nigdzie, nawet w tętniakowym rozszerzeniu tętnicy płucnej, do ścian ściślej nie przylegają, uderza znaczna grubość ścian komórki prawej, jędrność takowych i znacznie rozwinięty układ beleczkowy mięsny, drobny. Grubość warstwy mięsnej tej komórki w rozszerzonym ujściu tętniczym prawem dochodzi 12 mm., w innych okolicach 9 mm.. Grubość ścian komórki lewej dochodzi najwyżej (poniżej zastawki dwudzielnej zmierzona) 11 mm.. Zabarwienia mięśnia komórki prawej

jest jaśniejsze w porównaniu z zabarwieniem mięśnia komórki lewej, natomiast mięsień pierwszej jest jędrniejszy i trudniej się rozgniata, niż zwiotczały mięsień tej ostatniej. Zastawki obu ujść żylnych nie przedstawiają zboczeń, z wyjątkiem nieco znaczniejszych, guziczkowatych zgrubień wzdłuż brzegów wolnych zastawki dwudzielnej, której obie zresztą klapki, podobnie jak wszystkie klapki zastawki trójdzielnej, są cienkie, gładkie, podatne, a przynależne nitki ścięgniste cienkie, długie. Nie widać zresztą wyraźnych zmian w przynależnych mięśniach brodawkowych. Natomiast uderza niezwykła obszerność ujścia żylnego prawego, którego obwód wynosi 135 mm. Obwód tegoż ujścia, obliczony z promieni zastawek, wynosi tylko 125,5 mm., jest zatem o 9,5 mm. mniejszy od tego, jaki w rzeczywistości znaleziono, z czego wyciągnąć można wniosek że zastawka trójdzielna tak rozszerzonego ujścia żylnego prawego nie mogła dokładnie przy swem zamykaniu pokrywać.

Tętniakowe rozszerzenie pnia tętnicy płucnej, objętego workiem sercowym, odnosi się głównie do przedniej, wolnej strony naczynia i ma kształt beczulkowaty, jednak i główne dwa pnie tego naczynia mają światło obszerniejsze; dotyczy to także i dalszych grubszych rozgałęzień tego naczynia we wszystkich częściach płuca. Obwód tętnicy płucnej na wysokości przyczepienia się jej zastawek, wynosi 100 mm. zastawki półksiężycowe są wydłużone, obszerniejsze, cienkie, obwód koła, z ich promieni obliczony, wynosi 109 mm., a zatem o ich niedomykalności nie może być mowy. Grubość ścian pnia tętnicy płucnej wynosi 11 mm.. Ściany wewnętrzne tego pnia są gładkie, lecz już w okolicy rozdzielenia się pnia na dwie główne gałęzie widać na ścianach wewnętrznych naczynia początkowe zmiany miażdżycowe, w postaci wysepkowatych, płaskich, ostro odgraniczonych, białawych plam, w których błona wewnętrzna naczynia jest lekko zgrubiała. Zmiany miażdżycowe w dalszych rozgałęzieniach tętnicy płucnej, stają się coraz wyraźniejsze i jak daleko tylko drobne tętniczki tego naczynia nożyczkami odpreparować się dadzą, wszędzie ta zmiana w postaci wysepkowatych zgrubień ścian naczyniowych, gdziekolwiek nawet zwapnień, jest widoczną. Największy obwód tętniakowego rozszerzenia pnia tętnicy płucnej wynosi 140 mm.. Zastawki półksiężycowe aorty są prawidłowe. Sama aorta, począwszy od łuku, przedstawia na swej wewnętrznej ścianie dość znaczny stopień zmian miażdżycowych, podobnie jej główne rozgałęzienia obwodowe. Obwód tego naczynia wynosi w części wstępującej 80 mm., grubość jej ściany tutaj 1,5 mm.. Tętnice wieńcowe serca w swych główniejszych rozgałęzieniach zmian miażdżycowych nie przedstawiają.

Oba płuca przedstawiają tylko bardzo nieliczne, wiotkie zrosty włókniste w swych częściach dolnych i tylnych, zresztą są wolne. Ich brzegi przednie w górnej części dosyć ku sobie zbliżone, pozostawiają w okolicy drugiego międzyżebra strony lewej przestrzeń, zajętą przez najwyżej położoną część worka sercowego, która to przestrzeń, zwolna stając się szerszą, zajmuje ku dołowi i po stronie lewej mostka obszar bardzo znaczny. Oba worki opłucnowe zawierają nadto ciecz czystą, surowiczą w ilości około 800 grm. po każdej stronie. Opłucna tak trzewowa, jak i ścienna nie przedstawiają zresztą żadnych zboczeń. Oba płuca są w częściach przybrzeżnych przednich nadmiernie, jednak niezbyt

znacznie, powietrzem rozdęte, na przekroju blade, suche. W częściach tylnych znacznie przekrwione, wydzielają za uciskiem z powierzchni przekroju tylko małą ilość cieczy krwawej, pianistej, wszędzie zresztą zawierają powietrze. W oskrzelach tylnych części płuc wykazać się daje mała ilość śluzu. Miąższ płucny zawiera nadto małą ilość pyłu węglowego, a przy przekrawaniu pojedynczych płatów stwierdzić można znaczne zwyrodnienie miążdżycowe drobniejszych nawet gałązek tętnicy płucnej, które w niektórych miejscach są w całości zwapniałe.

W przypadku niniejszym nastąpiło zatem obniżenie serca około osi, od przodu ku tyłowi przebiegającej i odkręcenie jego około osi pionowej, skutkiem czego serce tylko komórką prawą przylegało do przedniej ściany klatki piersiowej, podczas gdy komórka lewa w tył się cofnęła. Tego rodzaju zmiana w położeniu serca przytrafia się przy znacznych przerostach komórki prawej, jak to już *Friedrich* (*Krankheiten des Herzens, str. 245*) zauważył, nadmieniając przy tem, że uderzenie wierzchołkowe w takich razach zależy wyłącznie od komórki prawej, skutkiem tego znacznieszy przerost komórki prawej za życia na pewno rozpoznany być nie mógł, a rozdęta tętniakowo tętnica płucna, przesunąwszy się ku stronie lewej, wywoływała stłumienie, które ułożeniem swoim odpowiadało przedsiomkowi lewemu w położeniu fizyologicznem.

Objawy kliniczne za życia dostrzegane dają się też w zupełności wytłómaczyć zmianami anatomicznymi, jakie znaleziono na stole sekcyjnym. Szmer skurczowy nad uderzeniem wierzchołkowem wyjaśnia względna niedomykalność zastawki trójdzielnej, uderzenie w drugim międzyżebrzu pochodziło od rozdętej tętnicy płucnej, szmer rozkuczowy miał tutaj swoje źródło powstania i ztąd przewodził się ku wierzchołkowi serca.

Szmer rozkuczowy w tętniakach przy równoczesnej domykalności zastawek należy wogóle do rzeczy rzadkich. Jak bowiem oddawna wiadomo, w tętniakach po największej części powstają szmery skurczowe, a rozkuczowe tylko wtedy, gdy równocześnie, jak to zresztą dosyć często się przytrafia, do tętniaka dołącza się niedomykalność zastawek półksiężycowych, lub gdy istnieje miążdżycza znaczniejszego stopnia. Dopiero w ostatnich czasach *Guttman* opisał dwa przypadki tętniaka tętnicy głównej, gdzie mimo zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych, w miejscu, gdzie się osłuchuje aortę, stwierdzić mógł szmer rozkuczowy. Przypadki te, szczególnie jeden, jaki opisuje w numerze 3. „*Wiener medizinische Presse*“ z roku 1883. zasługują, ze względu na nasz przypadek, na szczególniejszą uwagę, albowiem co *Guttman* zauważył w tętniakach tętnicy głównej, to samo nasz przypadek zdaje się stwierdzać w obszarze tętnicy płucnej. I tak, autor ten nadmienia, że w przypadkach tętniaków aorty, jaki u dwóch chorych udało mu się spostrzegać, istniały wszystkie kliniczne objawy niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i że dopiero sekcja, stwierdzając tętniaka aorty, wykazała mylność rozpoznania. Mimo zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych aorty, istniał przecież znaczny przerost serca lewego, w miejscu osłuchiwania aorty wykazać można było wyraźny szmer rozkuczowy, w tętnicach dogłowych brak drugiego tonu, widoczne tętnienie

tętnie obwodowych, szmer podwójny ponad tętnicą udową. W naszym przypadku również mimo istnienia zupełnej domykalności zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, spotkaliśmy się ze znacznym bardzo przerostem serca prawego i z wyraźnym szmerem rozkurezowym w miejscu, gdzie się osłuchuje tętnicę płucną.

Przypadki *G u t t m a n n*'a, podobnie jak i nasz, przekonywają dowodnie że tętniaki same, już jako takie, wywołując pewne zapory w krążeniu, pociągając za sobą mogą przerost odpowiedniej komórki serca, mimo równocześnie istniejącej domykalności zastawek półksiężycowych. Wprawdzie w przypadku *G u t t m a n n*'a istniało równocześnie zapalenie miąższowe i śródmiąższowe nerek, które za sobą pociągać zwykło przerost lewego serca; u naszej chorej jednak sekcyja nie wykazała w miąższu płucnym, ani w jamie opłucnej żadnej zmiany chorobowej, któraby następczo przerost serca prawego wywołać mogła. Szmer rozkurezowy uważa *G u t t m a n n* jako wywołany przez silny prąd wsteczny krwi, jaki powstać musiał przy wzmożonej czynności serca i przy obecności znaczniejszego rozszerzenia tętnicy. Tętniaki przedstawiają w takim razie niejako zbiornik dla cofającej się krwi, podobnie jak komórki, w razie istnienia niedomykalności zastawek półksiężycowych. Szmer rozkurezowy w naszym przypadku był zatem niewątpliwie szmerem przez cofającą się krew i w niej samej wywołanym, a powstanie jego ułatwił znaczny bardzo przerost komórki prawej z jednej, a z drugiej strony obecność tętniaka, którego światła nie zwały żadne skrzepy. Obok tego przypadki *G u t t m a n n*'a, podobnie jak i nasz, mają pewne znaczenie ze względu na rozpoznanie; dowodzą one bowiem, że częstokroć stanowcze rozpoznanie między tętniakami a niedomykalnością zastawek jest bardzo trudnem, niekiedy nawet niepodobnem. Potwierdzają się w nim nadto szczegóły, już przez innych autorów podawane, a mianowicie dowodzi on niewątpliwie, że przy znaczniejszym przerostie i rozszerzeniu serca prawego może powstać względna niedomykalność zastawki trójdzielnój, jako też zmiana w położeniu całego serca.

Nie mniej zajmującym jest nasz przypadek ze względu na szereg zbieżności anatomicznych i na ich wzajemną zależność. Przedewszystkiem podnieść należy, że sam główny pień tętnicy płucnej, w którym owo tętniakowe rozdęcie wykazać się dało, przedstawiał tylko nieznaczące ślady zmiany miażdżycowej, podczas gdy na obwodzie była ona bardzo wyraźną. Poczawszy już od miejsca, gdzie pień tętnicy płucnej rozdziela się na dwie główne gałęzie, aż do najmniejszych tętniczek na obwodzie, stwierdzić można było rozległą sprawę miażdżycową. Nawet pod mikroskopem najmniejsze tętniczki płucne przedstawiały zgrubienie warstwy wewnętrznej. Jeżeli miażdżycy w mniejszym stopniu nie należy w układzie tętnicy płucnej do rzeczy zbyt rzadkich, jak to słusznie już *D i t t r i c h* (*Krankh. des Herzens. Duchek, str. 228*) zaznaczył, to wyższe jej stopnie według *F r i e d r e i c h*'a (*Krankheiten des Herzens, str. 352*) przytrafiają się prawie tylko w razie istnienia połączenia między tętnicą płucną a układem aorty, dlatego szczególnie przy wrodzonych wadach ujścia tętnicy płucnej. Jak zatem widzimy, przypadek nasz i pod tym względem należy do rządszych wyjątków. Wiadomo również, że miażdżycy w małym kole krążenia roz-

wija się najczęściej w razie istnienia znaczniejszego zwężenia ujścia żylnego lewego, niedomykalności zastawki dwudzielnej, lub też zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej. Gilewski np. nadmienia, że trudno mu w ogóle przypuścić nawet powstanie tętniaka w tętnicy płucnej bez współczesnego istnienia jakiejś wady w ujściu żylnem lewym. W naszym przypadku najmniejszego zwężenia w ujściu żylnem lewym nie było, niedomykalność zaś zastawek dwudzielnych na podstawie badania anatomicznego prawie napewno wykluczyć należy. Jakkolwiek na wolnych brzegach tu i owdzie lekkie zgrubienia wykazać się dały, zastawki jednak w całości wystarczały zupełnie do pokrycia ujścia żylnego lewego, nitki ścięgnięte były prawidłowo długie, mięśnie brodawkowe wcale nie zwyrodniały, a włókna mięsne komórki lewej bynajmniej nie stłuszczone, o czym tak makroskopowo, jak i mikroskopowo przekonać się można było, wreszcie przedsionek lewy nie okazywał żadnego rozszerzenia, jakieby w następstwie niedomykalności zastawki dwudzielnej wystąpić było musiało. Ponieważ nadto ujście żylnie lewe miało prawidłową średnicę, przeto nawet o pewnego rodzaju przystosowywaniu się zastawek mowy być nie mogło. Jak wiadomo, zdarzają się przypadki samoistnego wyleczenia się wad sercowych skutkiem zaakomodowania się z czasem zastawek do rozszerzonego ujścia żylnego. Jak sch (*Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. 17 Jahrgang. 1860, 67 Tom, s. 135*), Lewinskij (*Zeitschrift für klinische Medicin I. Tom II. Zeszyt 1882, str. 304*), i inni, opisywali tego rodzaju przypadki. U naszej chorej jednak sekcyja nie wykazała najmniejszych śladów, któreby zatem przemawiały. Również drobnowidzowe badanie płuc nie wykryło żadnych zmian w mięszu płucnym, które jako następstwo przy dłuższem trwaniu zastoju żylnego w małym kole krążenia rozwijać się zwykły.

Jako uwagi godne zboczenie wymienić jeszcze należy znaczniejsze rozszerzenie tętnic oskrzelowych (*arteriae bronchiales*). Zjawisko to tłómaczyć należy tem, że w razie niedostatecznego dopływu krwi tętniczej do płuc przez układ tętnicy płucnej, rolę zastępczą przyjmują na się tętnice oskrzelowe.

Jako jedna z przyczyn, wywołujących następczo miażdżycę w obszarze tętnicy płucnej, uważaną jest niedomykalność zastawek półksiężycowych tejże tętnicy. W naszym przypadku zastawki te nie przedstawiały najmniejszego śladu sprawy miażdżycowej lub sprawy zapalnej. Można by zatem tylko myśleć o ich względnej niedomykalności. Pominąwszy już tę okoliczność, że względna niedomykalność zastawek półksiężycowych nie należy do rzeczy wcale dowiedzionych, winniśmy podnieść, że u naszej chorej obwód, z ich promieni obliczony, wystarczał w zupełności do pokrycia ujścia tętniczego. Zastawki te były nawet szersze i więcej wydłużone, niż w stanie fizjologicznym, co przemawiałoby raczej za tem, że przystosowywały się one z wolna do ujścia tętniczego, w miarę rozszerzania się światła tętnicy płucnej, lub też że, podobnie jak i rozszerzenie tętnicy płucnej, były sprawą wrodzoną. Wreszcie można by jeszcze przypuszczać, że istniała kiedyś względna niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej, która z biegiem czasu wyrównała się przez wydłużenie się zastawek półksiężycowych, jednakże przyjąłoby w takim razie, że ujście tętnicze rozszerzyło się skutkiem pierwotnego i samodzielnego rozszerze-

nia się komórki prawej, np. skutkiem zwiększenia pracy fizjologicznej, lub tak zwanego znużenia samodzielnego serca, a przypuszczenie to, zresztą mniej prawdopodobne, nie dałoby się pogodzić z brakiem rozszerzenia lub przerostu lewej komórki.

Jak zatem widzimy, żadnej z przyczyn dotąd przytoczonych, jakie następczo miażdżycę wywoływać zwykły, w naszym przypadku wykazać nie można. Również nie możemy uważać miażdżycy w gałęziach tętnicy płucnej, jako sprawę pierwotną, która następczo przysposobić miała grunt do rozwoju tętniaka. Rzecz miała się tu raczej odwrotnie. Skutkiem istniejącego już wpierv rozděcia tętniakowego tętnicy płucnej, musiały powstać zaburzenia w krążeniu, dla wyrównania których serce prawe pracowało energiczniej, w miarę tej pracy powoli przerastało, a jako takie silniej rozdymało pień tętnicy płucnej i jej gałęzie obwodowe. Wśród warunków takich musiało wzrosć i parcie ościenne, choć z natury już jest ono w tej tętnicy nieznaczne, i w ten sposób wytworzyły się warunki mechaniczne, które dały powód do powstania miażdżycy. Już K i r k e s zwraca na to uwagę, że przerosłe serce lewe w razie zwiększenia swej pracy wywołać może miażdżycę w tętnicach wielkiego koła krążenia, a Q u i n c k e (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie v. Ziemssen VI. Bd. str. 346*) podziela również w części to zapatrywanie. Jakkolwiek w małym kole krążenia skutkiem słabszego parcia ościennego w tętnicy płucnej, warunki ku temu mniej są korzystne, jednakże po dłuższym przeciągu czasu może także wytworzyć się miażdżycy. Wreszcie już i w dużym kole krążenia nie zawsze tętniak rozwija się na tle miażdżycy. I tak, Q u i n c k e zwraca uwagę, że zmiany miażdżycowe w okolicy tętniaka nie zawsze uważać należy jako sprawę pierwotną, gdyż one i następczo w tętniaku i jego otoczeniu rozwinąć się mogą. W każdym razie, gdy i żadnej podstawy konstytucyjonalnej (przymiotu, zatrucia wyskokowego) w naszym przypadku wykazać nie można, tętniak sam, jako taki, uważać należy za odleglejszą, przerost serca prawego ze zwiększoną swą czynnością jako bliższą przyczynę, mogącą z czasem dać pochop do rozwoju miażdżycy. Jeżeli, jak to B e n e k e (*Die anatomischen Grundlagen des Constitutions-anomalieen des Menschen, str. 83*) na podstawie swych pomiarów twierdzi, dobrze rozwinięty, a nawet przerosły mięsień sercowy nie wywiera wpływu na pojemność światła naczyń, gdy tylko ich ściany są zdrowe, to ma to miejsce tylko wtedy, gdy przy wykonywaniu swej pracy nie napotyka na opory w obwodzie. Z tych samych pomiarów bowiem wynika, że gdzie mięsień sercowy dla pokonania przeszkód w krążeniu pracuje silniej, tam i wychodzące z niego naczynia szersze przedstawiają światło. I tak, przy zwiężeniu ujścia żylnego lewego, lub niedomykalności zastawki dwudzielnej, tętnica płucna niemal bez wyjątku na przecięciu poprzecznem szerszą okazywała średnicę, niżby tego odpowiednio do wzrostu ciała spodziewać się należało. Podobnie rzecz się ma z aortą w zaniku ziarnistym nerek lub w przypadkach niedomykalności jej zastawek półksiężycowych.

Miażdżycy raz wywołana u naszej chorej, i to na tak rozległym obszarze, musiała na odwrót oddziałać i na zachowanie się samego serca. Rozszerzenie głównych gałęzi, a zwiężenie drobnych gałązek tętnicy płucnej i zmniejszenie

sprężystości ich ścian wytworzyły nowe zapory w krążeniu, dla przewyciężenia których, serce, i tak już przerosłe, jeszcze więcej przerastać musiało. W miarę zaś, jak czynność jego stawała się silniejszą, wzmagał się także moment, sprzyjający rozwojowi miażdżycy, a w końcu, gdy serce nie mogło podolać pracy nań włożonej, wystąpiły objawy niekompensacyi,

Czy to, jak sądzimy, pierwotne tętniakowe rozcięcie tętnicy płucnej było sprawą nabytą, czy wrodzoną, na pewno orzec nie można. Jestto faktem powszechnie wiadomym, że zmiany chorobowe w tętnicy płucnej po największej części bywają wrodzone. Brak wyraźniejszych zmian miażdżycowych na wewnętrznej ścianie głównego pnia tętnicy płucnej i jej tętniakowego rozszerzenia, prawidłowa grubość ścian tętnicy w temże miejscu, prawidłowo się przedstawiająca warstwa środkowa i zewnętrzna, niemożność wysledzenia z wywiadów jakiegoś momentu etjologicznego; zdają się przemawiać wielce za tem, że mieliśmy do czynienia ze sprawą wrodzoną. Sam wiek chorej nie przemawia bardzo przeciw temu, gdyż z zestawień H. Meyer'a i Peacock'a (*Krankheiten des Herzens von Duchek, str. 66*) wynika, że z niektórymi wadami wrodzonymi, mianowicie ze zwięzieniem ujścia tętnicy płucnej, jej pierścienia zastawkowego, lub ze zwięzieniem tętnicy płucnej w ogólności, mogą chorzy żyć względnie bardzo długo, bo niekiedy dosięgnąć 57 roku życia, a zdanie Normak'a, Chewers'a (*Krankheiten des Herzens von Duchek, str. 159*) jakoby zboczenia tego rodzaju, gdy się objawiać poczną po 30 roku życia, uważać należało za nabyte, zdaje się nie być poparte ścisłymi dowodami. Z powodu bardzo względnego czasu, w jakim pojawiają się pierwsze objawy wrodzonych wad tętnicy płucnej, słusznie utrzymuje Duchek, że często uważano niektóre przypadki wad tętnicy płucnej za wrodzone i na odwrót, choć może je inaczej tłómaczyć należało. Chcąc też być oględnym we wnioskach, nie chcemy sprawy tej rozstrzygać na pewno, przedstawiając tylko na podniesieniu ważności przypadku naszego ze względu na objawy kliniczne i zboczenia anatomiczne, na stole sekcyjnym znalezione.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r Ż. Króweczyński. C. k. Radca Sanitarny we Lwowie. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 1883 r. str. 445 in 8-vo. Przedmowa. Spis rzeczy. Dzieło ofiarowane D-rowsi Józefowi Majerowi, na pamiątkę uroczystego obchodu 50-letniego jubileuszu.

Ocenił Edward Klink,

Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

W początkach 1875 r. powzięto w Krakowie myśl, zbiorowemi siłami utworzyć Wydawnictwo dzieł lekarskich. Głównem zadaniem i celem tego Wydawnictwa było i jest do dziś dnia: wzbogacić piśmiennictwo polskie, już to dziełami oryginalnemi, już tłómaczeniami dzieł znakomitych z obcych języków, treści przyrodniczej lekarskiej, nadto rozbudzić ruch samodzielny, naukowo - literacki, pomiędzy naszymi lekarzami. Środkiem do osiągnięcia wymienionych celów miało być: wydawanie nakładem Wydawnictwa lub ułatwienie wydawania tak dzieł

jak i podręczników przyrodniczych i lekarskich. Przedewszystkiem pomysłano o wydawaniu dzieł oryginalnych, odpowiadających obecnemu stanowisku nauki i dlatego z samego już początku starano się o zjednanie takich współpracowników, którzyby podjęli się chętnie opracowania dzieł, odnoszących się do specjalności przez nich uprawianych.

Wydawnictwo lekarskie nie było wcale przedsięwzięciem księgarsko-handlowem, wypłynęło ono z poczucia obowiązku dla rozwoju piśmiennictwa ojczystego. Wydawnictwo krakowskie nie miało na celu wcale korzyści materialnych, gdyż zyski osiągnąć się mające, miały być przysądzone autorom i tłumaczom. Wydawnictwo krakowskie powstało w owym czasie, gdy nastąpiła już chwila przełomu wydawnictwa. Biblijoteki umiejętności lekarskich, wydawanej przez ś.p. prof. Girsztowta w Warszawie, w chwili, gdy to ostatnie przerzuciło się na drogę czysto spekulacyjną i wydawało jedynie tłumaczenia, po większej części bardzo niestaranne i niedokładne, a w dodatku i złym polskim językiem dokonane. Tem większą jest więc zasługa Wydawnictwa krakowskiego, że nie ułękło się w owej chwili Biblijoteki umiejętności lekarskich i, że pomimo trudności, już przy samym początku Wydawnictwa powstających, bądź z powodów czysto drukarskich, bądź też z powodu braku dzieła oryginalnego na samym początku, ręk nie opuszczało. Dalszy rozwój Wydawnictwa był pomyslniejszy i dziś, pomimo niezwykłych trudności, stale napotykanych przy zamawianiu dzieł oryginalnych, postęp wprawdzie nie jest tak szybki, jak się spodziewano i jak zapowiadano, ale jest stały, bo prawie corocznie przybywa literaturze lekarskiej polskiej jedno dzieło oryginalne, z różnych działów medycyny. Z dzieł oryginalnych, dotychczas wydanych przez wydawnictwo Krakowskie, mamy następujące;

A. J u r a s z. *Laryngoskopija*. 1878 r.

O. W i d m a n. *Choroby serca i tętnic*. 1878 r.

A. R o t h e. *Psychopatologia-forensis*. 1879 r.

H. J o r d a n. *Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy*. Część I. 1881 roku.

Ż. K r ó w c z y Ń s k i. *Syfilidologija*. 1883 r.

Przypatrzwszy się bliżej naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, przekonujemy się, że bardzo znacznie rozwinęło się ono w prasie peryjodycznej i rozwija się w tym kierunku coraz bardziej, lecz pojawienie się u nas książki oryginalnej lekarskiej polskiej, należy do niezwykłych rzadkości, tembardziej gdy to dzieło jest wynikiem samodzielnych poszukiwań i pracy sumiennej autora. Dzieł oryginalnych w naszej literaturze, zajmujących się ważnym działem medycyny: chorobami wenerycznymi, jest niezmiernie mało i można by je policzyć na palcach jednej ręki. Niewątpliwie najznakomitszem dziełem polskim jest Wojciecha O c z k i „*Frzymiot*” z 1581 r.. W następnych wiekach pojawiły się wprawdzie pojedyncze broszury, popularne poradniki i dziełka przeważnie kompilacyjne, w których obficie czerpano z dzieła O c z k i, ale po większej części są to prace bez wartości, zawierające przepisy sposobów popularnego leczenia przymiotu. Dopiero na początku XIX wieku, około 1830 roku aż do chwili obecnej, coraz bardziej ożywia się u nas ruch naukowy i przytem jednocześnie poglądy na przymiot i choroby weneryczne wogóle całkowicie się zmieniają. W tym czasie wychodzą w kraju rozprawy, dziełka popularne, bądź tłumaczone z obcych języków, już bardziej zgodne z pojęciami w nauce ówczesnej istniejących i wydane, albo osobno, albo drukowane w pismach peryjodycznych lekarskich, podówczas wychodzących (Dziennik medycyny chirurgicznej i farmaceutycznej, przez Cesarskie Tow. Lek wydawany w Wilnie. Pamiętnik Towarzystwa Lek. Warszawskiego, Tygodnik lekarski i t. d.). Już w ostatnich dziesiątkach lat liczba pojedynczych rozpraw, artykułów, streszczeń z prasy za-

granicznej z działu chorób przymiotowych, pomieszczonych w pismach peryjodycznych, jest tak znaczna, że nie ma prawie ani jednej kwestyi na polu nauki chorób wenerycznych, którejby nieporuszano i nie badano. Ale niestety, dzieła oryginalnego, któreby zawierało zupełny całokształt nauki o chorobach wenerycznych — nie było.

Dopiero w roku 1874 pokazały się prawie jednocześnie dwa dzieła, tłómaczone z języka niemieckiego a mianowicie: 1) *Wykład chorób wenerycznych*, podług dzieł przeważnie *Zeissla*, *Redera* i innych. Warszawa 1874 r., a to dzięki inicjatywie i poparciu materialnemu śp. D-ra K. *Pawlikowskiego* i 2) *Wykład chorób wenerycznych* podług *Redera*, uzupełniony, Warszawa 1873 r., wydany w Wydawnictwach Biblioteki umiejętności lekarskich. Oba te dzieła w krótkim czasie wyczerpane zostały, a potrzeba dzieła oryginalnego okazała się jednak bardzo wielką.

Stowarzyszenie wydawnicze krakowskie dobrze rozważyło ten brak syfilidologii oryginalnej, i po rozmyśle — zaprosiło do tej pracy jednego z młodych syfilidologów D-ra *Ż. Krówczyskiego*, który pracując już to w oddziale D-ra *Zarewicza* w Krakowie i samodzielnie jako lekarz ordynujący w szpitalu powszechnym we Lwowie w oddziale wenerycznym, przez czas dłuższy, dostateczną miał możność gruntownego poznania przedmiotu i wiedzę do napisania dzieła oryginalnego, na wezwanie tak zaszczytne przez wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie. W 10 lat przeszło po wyjściu dwóch polskich tłómaczonych dzieł o chorobach wenerycznych, dziś złożył nam autor swój trud kilkoletni, w postaci dzieła oryginalnego polskiego o przymiocie traktującego, którem obecnie bliżej musimy się zająć.

Syfilidologia *Krówczyskiego* jest na poly oryginalna a w części oparta na obcych pracach, jak to zresztą sam autor w przedmowie do swego dzieła wyznaje: „Wśród szybkiego rozwoju nauki nie zdołałem wszystkiego sam stwierdzić, zbadać i doświadczać. Opierać się więc musiałem w pewnej części na obcych pracach.“ Ale autor usiłuje obce zapatrywania, poglądy i teoryje, poddawać krytyce i tu również spożytkowyywa własne spostrzeżenia i doświadczenie, a tym sposobem nadaje pracy swej więcej piętno oryginalne. Autor pisząc dzieło swoje, miał przede wszystkim na uwadze potrzeby lekarzy praktycznych. Dzieło całe rozpada się na trzy części: **Część I** (str. 1—131) zawiera: wstęp, etjologiję i symptomatologiję przymiotu. **Część II** (str. 131—349) zawiera: opis zakażenia przymiotowego, zmiany chorobowe, spostrzegane na skórze i błonach śluzowych, a także zmiany w pojedynczych narządach. Przymiot wrodzony i złośliwy. **Część III** (str. 249—429) zawiera: opis leczenia przymiotu rtęcią, jodem, tak zwanego leczenia wyczekującego, leczenia pomocniczego i miejscowego niektórych objawów przymiotu. W tym dziale umieszczono rozdział o syfilizacyi i waceynacyi.

Przystępujemy obecnie do krótkiego streszczenia całego dzieła, według przytoczonego powyżej porządku.

Przymiot jest chorobą przewlekłą, zaraźliwą i zarazkową, powstaje przez zaszczepienie i odziedziczenie, cechuje się początkowo zmianami na skórze i błonach śluzowych, później sięga do głębszych tkanek. Choćoba rozpoczyna się *pięrowtym objawem*, który rozwija się w miejscu zaszczepienia zarazka; przy odziedziczeniu choroby brakuje owrzodzenia pierwotnego. Niektóre wstępy i opisy starożytnych lekarzy, co do powstawaniu przymiotu, dają tylko pozorne dowody istnienia przymiotu w starożytności. U pisarzy wieków średnich, nie znajdujemy również ścisłych dowodów, pomimo, iż niektóre opisy chorób, przedstawiają wiele podobieństwa do niektórych objawów przymiotu. W sta-

rożytności znano tylko miejscowe zmiany na częściach płciowych, ale nie przypuszczano wcale związku ich z objawami ogólnymi. Dopiero w końcu XV w., przymiot wystąpił jako choroba ogólna.

Nie będziemy przytaczali tu rozmaitych poglądów i dowodów autorów przemawiających lub zwalających różne teoryje o przyczynach powstawania choroby, wybuchu jej jako choroby epidemicznej w końcu XV w. i która wówczas uległa nasileniu, a przechodzimy do geograficznego rozpostarcia się przymiotu. W Europie przymiot jest wszędzie rozprzestrzeniony, oprócz Islandyi, gdzie nawet zaniesiony przymiot nie szerzy się na tej wyspie. Przymiot bardzo jest rozpowszechniony w Rosyji, Szwecyi i Norwegii, gdzie w niektórych miejscowościach panuje epidemicznie. W Austryi, w niektórych prowincjach, choroba endemicznie się sroży; najwięcej rozszerzoną jest w Węgrzech, u Rumunów, a co się tyczy Galicyi, rozkrzewiony jest przymiot szczególnie między ludnością żydowską. W Multanach, Wołoszczyźnie, Serbii, Turcyi północnej choroba bardzo jest rozpowszechniona.

W Azyi najbardziej rozprzestrzeniony jest przymiot w Syberyi i Chinach i bywa tam u Europejczyków groźniejszym aniżeli u krajowców. W Afryce, a mianowicie w Tunisii, Algieryi i Egipcie, przymiot jest bardzo rozpowszechniony. U murzynów, zamieszkujących zachodnią część Afryki, panuje przymiot endemicznie i jest tam znany pod nazwami: *Pian*, *Yaws*, *Framboesia*. W Australii niektóre okolice od przymiotu wyludniły się. W Ameryce przymiot nie jest częstszy jak w Europie, najbardziej rozprzestrzeniony jest w Meksyku. Na szerzenie się przymiotu niewątpliwie wpływają: urządzenia policyjno-lekarskie, stosunki społeczno-hygieniczne, klimat i rasa. Wogóle powiedzieć można, że przebieg choroby przymiotowej jest tem powolniejszy, im niższą jest średnia ciepłota okolicy, a w miarę wzrostu średniej ciepłoty przebieg przymiotu jest szybszy.

Dla oznaczenia przymiotu, który występował w różnych okolicach i krajach niekiedy pod niezwykłą formą używano różnych nazw; nazwano przymiot: *Pian*, *Yaws*, *Radesyge*, *Sibbens* i t. d.. Dziś już z całą pewnością przyjmujemy, że wszystkie te choroby są tylko przymiotem a zmienność w objawach i różnaitość postaci wysypek, jaka się objawiała, zależy niewątpliwie, od klimatu, od warunków i urządzeń społecznych i higienicznych.

W przedstawieniu historyi rozwoju pojęć o istocie i zaraźliwosci przymiotu, autor streszcza zapatrywania i poglądy syfilidologów z wieku XVI i XVII — na istotę przymiotu. Następnie przechodzi do opisu poszukiwań samodzielnych w końcu XVIII wieku i obecnie bieżącego dokonanych, przedewszystkiem przez znakomitego lekarza angielskiego Hunter'a (1786) i francuzkiego Ph. Ricorda, a następnie prowadzonych przez Basser'a, Rolleta (szankier mięszany), Bidentkap'a, Clerca, Kobner'a, Baumlera, Zarewicza, słowem przedstawia całą walkę, jaka się przed laty kilkudziesięciu rozpoczęła i do dziś dnia jeszcze nie jest ukończoną, walkę co do ilości zarazków i wzajemnego ich stosunku.

Po wszystkie te szczegóły odsyłamy Sz. Czytelników do dzieła, nie podobna bowiem w streszczeniu przedstawiać tej ważnej kwestyi.

Z tej walki wyszły następujące dane, które odpowiadają obecnemu stanowisku nauki:

1) Szankier miękki jest wrzodem wenerycznym miejscowym, który niezliczone razy daje się szczepić, tak na chorym z którego ropa zaraźliwa była wzięta, jako też na zdrowym i na chorym przymiotem dotkniętym. Po nim nigdy nie następują objawy ogólne. Może szankier miękki wywołać cierpienie gruczołów limfatycznych najbliższych, ich zropienie, a ropa ta ma własności wrzodu wenerycznego miejscowego.

2) Zarazek przymiotowy, znajdujący się w wydzielinie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, oraz w wydzielinie zmian przymiotowych i we krwi, wywołuje u a) zdrowych, pierwotny objaw przymiotu, b) szczepiąc zaś wydzielinę tworów przymiotu chorym, otrzymujemy wynik ujemny, albo też powstają owrzodzenia, które mają cechy zwykłego owrzodzenia szankrowego.

3) Jeżeli do wrzodu wenerycznego dołącza się stwardnienie, albo też takiego nie ma, a dołączają się objawy przymiotu ogólnego, wówczas przyjmujemy, że nastąpiło podwójne zarażenie: ropą szankra miękkiego i wydzieliną pierwotnego objawu przymiotu. Źródło takiego zarażenia jest albo podwójne, szankier miękki i zarazek przymiotowy, albo też owrzodzenie powstało przez szczepienie tworów przymiotu osobnikowi dotkniętemu już przymiotem. Podzielając wraz z Baümlerem przytoczone fakta, autor przyjmuje to mniemanie jego, że istnieje jeden tylko zarazek przymiotowy, o ile zaś jest spowinowacony z zarazkiem wywołującym szankry miękkie i zwykłe owrzodzenia. tego do dziś dnia jeszcze nie wiemy, nie znając ani chemicznych własności zarazka przymiotu, ani zarazków wywołujących owrzodzenia weneryczne.

Dla wytlómaczenia i s t o t y z a r a z k a p r z y m i o t u posilkowano się rozmaitemi teoryjami, a mianowicie: pasorzytniczą (Hallier, Salisbury, Klebs, Pisarewski). Uważano też zarazek przymiotu jako ferment chemiczny (Schoenbein, Liebig). W 1872 r. Lostorfer wystąpił z twierdzeniem, że krew chorych przymiotowych zawiera ciała mikroskopijne, bliższe zaś badania Köbnera i Biesiaddeckiego odowodniły, że twory opisane znajdują się i we krwi zdrowych.

W kwestyi z a r a ż l i w o ś c i p r z y m i o t u przekonano się, że udziela się on albo bezpośrednio przez zetknięcie, albo udziela się potomstwu; wogóle objawy wczesnego przymiotu są zaraźliwe, późnego zaś przymiotu niezaraźliwe. Stanowczo dotychczas nie stwierdzono, czy twory przymiotowe trzeciorzędne zawierają zarazek; prawdopodobnie, że nie zawierają go.

Co się tyczy przebiegu przymiotu, to choroba rozpoczyna się pierwotnym objawem, a w krótko potem występują objawy ogólne: obrzmienia gruczołów limfatycznych, zmiany na skórze i błonach śluzowych. Przebieg przymiotu może być albo łagodny, albo złośliwy. W ogóle stwierdzono, że przymiot jest tem złośliwszy, im w niekorzystniejszych warunkach znajduje się zakażony, tak we względzie klimatycznym, jako też i higieniczno-dyjetetycznym. Wszelkie choroby przewlekłe szkodzą przymiotowi i powodują wtedy cierpienie bardziej poważne. Choroby ostre, np. róża, tyfus, usuwają chwilowo lub bezpowrotnie objawy przymiotu. Przebieg choroby przedewszystkiem zależy od czynności fizjologicznych naszego ustroju.

W rozdziale następnym autor przedstawia podział choroby przymiotowej na pojedyncze okresy, przyjęte przez rozmaitych syfilidologów. I tak np. Ricord przyjmuje podział na przymiot pierwotny, drugorzędny i trzeciorzędny. Baerensprung przyjmuje podział anatomiczny: objawy drugorzędne, według niego, noszą cechy przekrwień i wysięków, a objawy trzeciorzędne uważać należy za nowotwory. Zeissl dzieli przebieg przymiotu na: okres lepieży i okres gummatów. Lanceraux zaś na 4 okresy: 1) okres utajenia, 2) okres objawu pierwotnego, 3) okres objawów ogólnych, 4) okres zmian guzowatych (*gummata*). Po tych szczegółach następuje krótki opis objawów i przebiegu w pojedynczych okresach choroby przymiotowej i podana tablica, na której przedstawionem jest, w jakim czasie, jakie występują rozmaite objawy wczesnego i późnego przymiotu.

W rozdziale: ź r ó d ł a z a r a z k a p r z y m i o t o w e g o, autor wylicza znane źródła powstawania choroby i bliżej przedstawia spostrzeżenia i doświadczenia różnych autorów w danej kwestyi, Ź r ó d ł a m i c h o r o b y s ą: wydzielina pierwotnego stwardnienia, tak zwane lepieże płaskie i ich wydzielina,

która najobficiej zawiera zarazek przymiotowy, krew w ogólnie zakażonych. mianowicie gdy pochodzi od osobnika, u którego są objawy wczesne przymiotu, szczepić można również z rezultatem dodatnim. Krew chorych, objawami późnego przymiotu dotkniętych, nie przyjmuje się przy szczepieniu, widocznie więc w krwi tych chorych nie ma zarazka przymiotowego.

Co się tyczy zachowania w tym względzie tworów fizjologicznych i patologicznych, to ślina jamy ustnej nie zawiera zarazka przymiotowego, jeżeli nie ma zmian przymiotowych w jamie ustnej; podobnie i wydzielina gruczołów łzowych i potu zarazka nie zawierają. Co do mleka kobiet zdania są podzielone, chociaż szczepienia mleka dawały niekiedy rezultat dodatni. Nasienie męskie, według Mirenza nie zawiera zarazka i nie jest przeszczepialne. Co do tworów patologicznych chorego przymiotowego, to najprawdopodobniej wydzieliny patologiczne, nie pochodzące z rozpadu tworów przymiotowych i istota rozpadowa tworów chorobowych nie zawierają zarazka przymiotowego. Co się tyczy szczepienia ospy, dziecka chorego na przymiot na zdrowe, to doświadczenia wykazały: że nie limfa a domieszka krwi, lub istota rozpadowa tworów przymiotowego jest źródłem przymiotu, limfa zaś pośredniczy w zakażeniu, zachowując w sobie zarazek. Po tym rozdziale, w którym są zestawione ciekawe uwagi w kwestyi zaraźliwości przymiotu i tworów patologicznych naszego ustroju, autor opisuje sposoby powstawania przymiotu, które, jak wiadomo, są nadzwyczaj rozmaite, podaje warunki działania zarazka i korzystnego wessania tegoż. Po krótkiej wzmiance o reinfekcyi przymiotem, autor przedstawił kwestyję czystości pierwotnych objawów przymiotu (dzieci i starzy mniej się zarażają, kobiety mniej jak mężczyźni) i umiejscowienia się pierwotnego objawu przymiotu; co do liczby pierwotnych objawów to zwykle spostrzegamy tylko jedno stwardnienie, czasami bywa jednak ich i kilka. (C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. M. J. Rossbach. O powstawaniu śluzu w drogach oddechowych.

Najwidoczniejszym objawem większej części cierpień dróg oddechowych jest w rozmaity sposób i w różnej mierze wydzielana plwocina. Przed wprowadzeniem fizykalnych metod badania, laryngo i rynoskopu, była ona poprostu jedynym pochwycić się dającym znakiem wewnętrznych zmian przy chorobach narządu oddechowego i jako taki, stanowiła główny przedmiot badania lekarskiego. Nie dziw więc, że od najdawniejszych czasów aż do dni dzisiejszych spotykamy w lekarskiej literaturze mnóstwo opisów i postrzeżeń nad wydzielaniem śluzowej plwociny w chorobach; ogólne zebranie tych opisów aż do roku 1855 znajduje się w nader skrętnie opracowanej rozprawie Biermera (*Die Lehre vom Auswurf. Würzburg. 1855*), który też sam licznymi spostrzeżeniami naukę o plwocinie wzbogacił, a nowy do nich przyczynek dostarczył 1861 r. Bamberger (*Zur Lehre vom Auswurf*). Ale wszystkie te spostrzeżenia odnoszą się tylko do wyglądu, barwy, zapachu, chemicznych i drobnowidzowych składników plwociny już na zewnątrz ustroju wyrzuconej. O fizjologicznem i patologicznem powstawaniu śluzu, o wpływie układu nerwowego i krążenia krwi przy jego tworzeniu wewnątrz dróg oddechowych, o zmianach w jego wydzielaniu pod wpływem rozmaitych leków i metod leczniczych do ostatnich czasów żadnych niemal nie mieliśmy wiadomości.

Jak wiemy, pierwsze fizjologiczne spostrzeżenia nad powstawaniem śluzu w ogólności podjął był Henle w 1838 r. (*Ueber Schleim und Eiterbildung und ihr Verhältniss zur Oberhaut*). Sądzi on, że „jak na skórze odbywa się złuszcza-

nie naskórka, tak i w pewnych miejscach błony śluzowej podobne złuszczenia nabłonka w stanie prawidłowym, stopniowo, ale ciągle się odbywa. Odłuszczone wszakże tutaj cząsteczki nie przedstawiają się, jak naskórkowe, w postaci suchych łuszek, lecz stanowią ciągliwe, zawsze jeszcze bardzo przewilgocone błonki, tworzące tak zwaną śluzową powłoczkę wszystkich błon śluzowych, dającą się łatwo zetrzeć, lub wodą splukać, a którą i sama natura różnemi sposobami usuwa. Tak np. śluzową, czyli nabłonkową (dwie te nazwy są dla H. jednoznaczne) powłoczkę gałki ocznej łączy ciągle ku nosowi splukują. A może też od czasu do czasu zwiększone wydzielanie „soku śluzowego“ (jak, podług H. słusznie *Burda* nazywa wodnisto przezroczystą wydzielinę gruczołów śluzowych) rozrzedza i zmywa odłuszczony nabłonek. Należy więc odróżnić pierwszą odmianę śluzu, który się składa z prawidłowo złuszczonej wierzchniej warstwy nabłonka i którego drobnowidzowe pierwiastki tem się od wszystkich innych dokładnie wyróżniają, że komórki w stosunku do jąder są bardzo wielkie, płaskie i słabo ze sobą pospajane. Nie wszędzie, lecz tylko tam, gdzie nabłonek dość gruby pokład stanowi, takie stopniowe powierzchniowe jego złuszczenie się odbywa. Nabłonek stożkowy i migawkowy oddziela się tylko w pewnych, właściwych okolicznościach, patologicznie, albo też i u zdrowego w pewnych tylko okresach np. w pochwie podczas miesiączkowania“. Tak więc *Henle* uważa prawidłową śluzową powłoczkę błon śluzowych jedynie i wyłącznie za przetwórczy wyrób odłuszczonego nabłonka i sądzi, że tylko niekiedy, tu i ówdzie, płynniejsza wydzielina, tak zwany sok śluzowy, na powierzchnię błony śluzowej się wylewa. Wypowiada on to jeszcze dosadniej na innem miejscu w ten sposób: „w rodzinie śluzów należałoby odróżnić trzy gatunki: a) nabłonek, b) wydzielinę gruczołów śluzowych, czyli sok śluzowy i c) ropę czyli śluz ropiasty“. Aż do jego czasów, powiada, nazywano wszystkie prostszej budowy gruczoły, otwierające się na błonie śluzowej „gruczołami śluzowemi“. Spodziewano się ich wszędzie, gdzie za życia lub po śmierci błony śluzowe powłoczkę śluzową okryte znajdowano i uważano tę powłoczkę za wydzielinę gruczołów śluzowych. Teraz, gdy wiadomo, że śluzowa powłoka, tam, gdzie ją spotykamy za życia, jest odłuszczonym, a gdzie ją znajdujemy po śmierci, zmacerowanym nabłonkiem, można będzie i wydzielinę gruczołów śluzowych z jej swoistemi i różnorodnemi własnościami łatwiej rozpoznać. Przedewszystkiem, mówi H., porozumieć się należy, co w potocznem znaczeniu ma się śluzowym sokiem nazywać. Jeśli oprócz wydzielin, które przez obecność właściwego w nich ciała, odznaczają się jako specyficzne (sok żołądkowy, ślina i t. p.) istnieją jeszcze inne, które się wylewają na większe przestrzenie błon śluzowych i mniej więcej wspólne posiadają cechy, to mamy prawo zwać te wydzieliny, *wydzielinami śluzowemi*, a gruczoły, z których pochodzą, *gruczołami śluzowemi*“.

Gruczoły śluzowe (t. j. wszystkie gruczoły, których przewody wyprowadzające otwierają się na błonach śluzowych) zachowują się względem błon śluzowych podług H., tak, jak gruczoły potowe względem skóry i to, co wiemy o jednych, z pożytkiem do drugich odnieść można. Zdrowy spokojny człowiek nie poci się i wydzielanie przez skórę i jej gruczoły w tak małej odbywa się ilości, że tylko lekką utrzymuje wilgotność. Fizjologicznie czynność gruczołów potowych pod pewnemi warunkami na czas jakiś się wzmacnia, przez działanie np. gorąca, zmęczenia, pracy mięśniowej, podniecających wzruszeń, rozgrzewających napojów, zmniejsza się przez zimno, strach i t. p., patologicznie stale bywa wzmożona przy wielu chorobach ogólnych, patologicznie też pomniejszać się lub całkiem ustawać może przy niektórych chorobach wysypkowych lub przy cukromoczu. Porównajmy analogiczne stany błon śluzowych. W stanie spoczynku są wilgotne, ale bez wodnistej wydzieliny; fizjologicznie wydzielina się wzmacnia np. gruczołów śluzowych jamy ustnej i ślinianek przy żuciu, lub na widok

smakowitych potraw, lecz przy wzruszeniu i t. d.. Patologicznie znajdujemy obfite wydzielanie soku śluzowego w tak zwanych gorączkach śluzowych, w biegunkach, zmniejszenie zaś w pierwszym okresie nieżytów i w gorączkach zapalnych.“ I tak mówi H e n l e. Widzimy więc, że w r. 1838 jeszcze nawet jasnego nie miano pojęcia zkad śluz pochodzi; że w stanie normalnym uważano pokrywę nabłonkową za jedyne źródło śluzu, a gruczołom śluzowym czasowo tylko sok śluzowy wydzielać kazano; że nadto w tym względzie nie opierano się nawet wcale na pośrednich badaniach, lecz wiele rzeczy wprost *per analogiam* ze skórą wnioskowaną, że nakoniec wcale jeszcze nie badano i nie opisywano wydzielania śluzu we właściwych drogach oddechowych, lecz jedynie w łatwo dostępnych miejscach ciała.

Dopiero w 1870r. Antoni H e i d e n h a i n, w pracowni wrocławskiej brata swego R u d o l f a, podjął badania nad budową gruczołów groniastych i wykazał, że gdy w błonach śluzowych gęby, gardzieli, tchawicy i przelyku znajdują się u człowieka, psa, świni, cielęcia i królika tylko jednego rodzaju gruczoły, t. j. gruczoły śluzowe, to w nosie istnieją dwa rodzaje gruczołów, mianowicie śluzowe, tylko w okolicy węchowej (*regio olfactoria*) i surowicze na pozostałej powierzchni błony śluzowej nosa, tak, że nawet H. waha się tę drugą część błony nazywać śluzową, skoro w niej nie ma właściwych gruczołów śluzowych; zresztą, podobnie jak H e n l e, twierdzi, że powstawanie śluzu w tem miejscu odbywa się tylko przez śluzowe przeistoczenie nabłonka (*degeneratio mucosa*).

W okolicy węchowej gruczoły śluzowe, obszernie przez M a x a S c h u l t z e ' g o opisane, a które pierwszy u zwierząt ssących opisał B o w m a n, i które dla tego za przykładem K ö l l i k e r a gruczołami B o w m a n a n a nazywano, przedstawiają się jako wązkie torebki, o małym świetle przekroju, otoczone 4-ma do 6-ciu wielokątnymi zaokrąglonymi komórkami z wielkiem, zwykle ośrodkowo położonem, jądrem.

Zupełnie różne od nich są gruczoły drugiej części błony śluzowej nosa. Nabłonek ich przewodów wyprowadzających jest stożkowy i okazuje to samo zjawisko obwodowego rozstrzępienia, jakie H e n l e i P f l ü g e r opisali w wyprowadzających przewodach ślinianek. Zraziki same okazują obraz nieco podobny do zrazików ślinianki podżuchwowej po jej podrażnieniu. A i mikrochemiczny odczyn wykazuje zupełną różnicę tych gruczołów od gruczołów śluzowych; świeże komórki rozjaśniają się w kwasie azotnym mocno rozcieńczonym (0,05%), natomiast przy 10% tegoż kwasu kurczą się z uwydatnieniem jąder; za dodaniem 2% kwasu octowego komórki pęcznieją nieco i jądra się uwidoczniają, przy większem stężeniu kwasu pęcznieją silniej, tak, że już tylko jądra są widoczne, gdy tymczasem zarysy komórek się zacierają; przy największem stężeniu komórki i jądra kurczą się aż do niepoznania.

Przy drażnieniu nerwów gruczołowych (drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego) u żyjącego psa, następuje mniej lub więcej obfite wydzielanie, tak, że gdy drażnić oględnie i w przestankach, a bodziec tylko stopniowo wzmacniać, to można otrzymać dość znaczne ilości wodnisto jasnej, lekko-płynnej i nieciągliwej cieczy, która za dodaniem kwasu octowego nie daje osadu, z kwasem azotnym zaś, z garbnikiem, chlornikiem rtęci, wyraźny tworzy osad, nie zawiera więc mucyny, lecz tylko ślady białka. Z tego powodu Ant. H e i d e n h a i n sądzi się uprawnionym do uważania gruczołów błony śluzowej w niewęchowej części nosa nie za gruczoły śluzowe (*gland. muciparae*), lecz za gruczoły surowicze (*gland. serosae*). Najpiękniej i najwyraźniej znajdował on je u psa, widział je wszakże dokładnie i u człowieka, jakoteż u królika.

W doskonałem najnowszem opracowaniu fizjologii spraw wydzielania przez Rudolfa H e i d e n h a i n ' a (w wielkim podręczniku 6-cio tomowym fizjologii H e r m a n n ' a), z pomiędzy gruczołów surowicznych, lub jak je H. nazywa, gruczołów białkowych, opracowane są ślinianki przyuszne

i gruczoły łzowe, z pomiędzy śluzowych zaś, gruczoły: podżuchwowy, podjęzykowy i oczodołowy i wspomniane są gruczołki jamy ustnej. natomiast gruczoły krtani i tchawicy zupełnie nie zostały uwzględnione, a nawet H. mniema, że jeszcze wcale nie jest pewną rzeczą, ażali w tych częściach, obok gruczołów śluzowych, nie znajdują się również gruczoły surowicze. Tak więc, aż do ostatnich czasów nasze fizjologiczne wiadomości o wydzielaniu śluzu w drogach oddechowych jeszcze nawet nie orzekły z pewnością, czy znajdujące się w błonie śluzowej tych narządów gruczoły w ogóle prawdziwy śluz wydzielają. Otóż zbadanie właśnie tego faktu i wypełnienie przez to tak ważnego dla patologii i terapii braku stanowi przedmiot poszukiwań Rossbach'a, które tu streścić zamierzaliśmy.

(D. c. n.)

Pubian.

LIST OTWARTY.

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

W kilku ostatnich numerach Gazety Lekarskiej, w rubryce ogłoszeń znajduje się doniesienie, wedle którego młody lekarz, który w roku zeszłym ordynował w jednym z najbardziej uczęszczanych zakładów kąpielowych Galicyi, w bieżącym sezonie w tem samym miejscu zajmować się będzie praktyką. Pozwalam sobie za pośrednictwem Gazety Lekarskiej zapytać się uprzejmie młodego Kolegi, czy zamierza u przekazanych mu w opiekę chorych tak samo jak w roku zeszłym stosować swe siły „magnetyczne“ (nawet wbrew ich woli), albowiem w razie, gdyby obstawał przy swoim zamiarze, byłbym wraz z drugimi Kolegami zniewolonym do udzielania chorym, udającym się do owego zakładu, stanowczych instrukcyj, gdyż nie uznajemy stanu hypnotycznego za środek „pomocniczy“ przy leczeniu, ale nawet uważamy takowy w ogóle za mniej lub więcej szkodliwy dla zdrowia.

D-r H. H.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Jak zapewniają dzienniki polityczne, zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć we Wrześniu r. b. w Poznaniu, z powodu przypadającego w tymże czasie obchodu uroczystości odsieczy Wiednia przez Sobieskiego, odłożony został na d. 2 Czerwca 1884.

Praga. D-r Spina, były asystent prof. Strieckera w Wiedniu, znany z polemiki w kwestyi łaseczników gruzliczych, mianowany został profesorem zwyczajnym patologii ogólnej i odświadczałnej tutejszego czeskiego uniwersytetu.

Wiedeń. W d. 13 b. m. nastąpiło tu odsłonięcie tablicy pamiątkowej, umieszczonej przez Towarzystwo lekarzy Wiedeńskich na domu w którym mieszkał i umarł Skoda.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 24. Głuźński. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). — Schramm. Polip nosopółkowy, wyluszczenie przez jamę ustną. — Schaitter. Śmierć z zaccadzenia

— *Medycyna.* Nr. 24. Schaitter. Śmierć skutkiem pęknięcia wątroby.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Kołaczkowski. Szezawnica, zdrojowisko i stacyja klimatyczna. Kraków. 1883.

Skórczewski. Klimatologija Krynicy. Kraków. 1883.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 9 Іюня 1883 г. Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 23.

Zakład leczniczo-kąpielowy

S Ł A W I N E K

Wody mineralne żelaziste naturalne

(o trzy wiorsty od Lublina)

otwarty od 20 Maja do końca Września.

Komunikacyja nader ułatwiona omnibusami zakładowemi, kursującemi kilka razy dziennie. Wanny nowe miedziane, sposób ogrzewania ulepszony, kąpiele rzeczne, prysznic. Mieszkania umeblowane wygodnie, restauracyja, bilard, czytelnia, sala balowa, gimnastyka, lekarz zdrojowy na miejscu. Wody mineralne naturalne i sztuczne wszelkiego rodzaju.

Długoletnie doświadczenie i świeżo dokonany z wszelką ścisłością rozbiór chemiczny, wykazały, że wody Sławinkowskie użyte tak wewnątrz jak i w kąpielach, skutecznemi są w następujących chorobach: w blednicy, niedokrwistości, nieżytkach przewlekłych żołądka i kiszek, krwotokach z nich, hemoroidach, zapaleniu przewlekłem rdzenia pancerzowego, również w chorobach kobiecych jako to: w nieżytkach wszelkiego rodzaju macicy, braku i utrudnieniu czyszczeń miesięcznych, w białych upławach, niepłodności, w nieżytkach i kurczach pęcherza, nareszcie przeciwko zmazanom nocnym, niemocy męskiej i ogólnemu osłabieniu.

Administracyjja Zakładu ma honor upraszać W.W. P.P. lekarzy, o zaopatrzenie wysyłanych przez nich do wód Sławinkowskich chorych w stosowne instrukcyje przez nich podpisane, tak dla dokładnej statystyki jak i dla zastosowania się do nich.

6—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. H E I N E C H

istniejący

Zaopatrzone zostały w **Sól Vichy do kąpeli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracyi do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—13

Zakład Leczniczy

Stacyja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

Sezon letni od 15 Maja.

5 godzin drogi
od Warszawy,
godzina od Lu-
blina, Poczta
i telegraf na
miejscu.

Zakład obszerny i wytwornie urządzonej w miejscowości malowniczej i odznaczającej się pod względem sanitarnym. Posiada przeszło 150 wygodnie urządzonych pokoi gościnnych i liczne wille prywatne w bliskości zakładu położone. Zakład rozporządza następującemi środkami leczniczymi: 1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza. Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczonym i rozrzedzonym powietrzem, 2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistem Nałęczowskimi (szczawa żelazista) oraz wszelkiemi innemi wodami mineralnemi naturalnemi i sztuczniemi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (blotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, nieżytkach żołądko-kiszkowych, w nieżytkach dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Bliższe objaśnienia udziela Administracyjja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy).

16—8

Plaster Thapsia

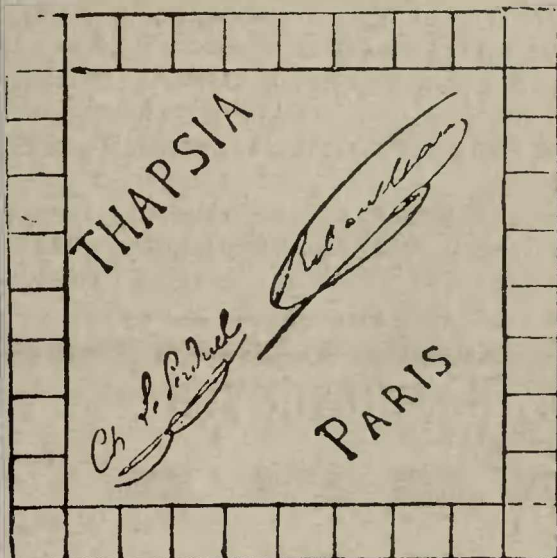
LE PERDIEL-REBOULLEAU

jedynie przyjęty w Szpitalach

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY
ZE ŚRODKÓW

przeciw

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



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

w Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,
Spiessa i Syna, Sierputowskiego, Zeuschnera,
Ziemnińskiego i Lilpota.

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA NADZWYCZAJ WZMACNIAJĄCA
zawierająca

chloran dwuwęglan i arsenian sodu
(28 milligr. arsen : sodowego na litr.)

Zazywac od pół szklanki do trzech
dziennie przed lub w czasie jedzenia.

Wzmacnia dzieci słabe i lymfatyczne, oraz
pomaga na choroby skórne i organów odde-
chowych, Febry perjodyczne i szkrofuty,
Używa się także jako napój i płókanie przeciw
Bronchiom, zas do umywania przeciw lekkim
świerzbom. SKŁAD:

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

D-ra Emmerta. Wykład chirurgii szczegóło-
wej. Tom. I str. 666 Tom. II str. 744. Ze 175
drzeworytami. Za rsr. dwa.

D-ra Cohnsteina. Wykład położnictwa. Str
289. Z 21 drzeworytami. Za rsr. jeden.

D-ra B. Skórczewskiego. Dyjetetyka ką-
pielowa. Str. 355. Za rsr. 1 kop. 20.

D-ra W. Kosmowskiego. Rys higieny dzieci.
Str. 229, Za kop. 50.

6-4

Dr. Leon Tannenbaum

ordynuje od 20-go b. m.

w Ciechocinku

(dom Müllera).

4-3



Główny Zakład Wyrobu Wód Mineralnych,

W SYFONACH I BUTELKACH,

Magistra farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie Nr. 3 Mirowska.

Wysyła Wody Mineralne na prowincyję, po cenach możliwie umiarkowanych. Składy
Wód Mineralnych znajdują się w większej części aptek warszawskich, oraz w wielu aptekach na
prowincyi i w Cesarstwie.

Zakład mój rozporządza 20-ma tysiącami syfonów paryzkich, maszyną parową i lieznemi apa-
ratami najnowszej budowy, a pojmując rozumie współzawodnictwo, zasadzam je na ciągłym
postępie i jaknajdokładniejszym wyrobie.

Wody Mineralne w butelkach i syfonach, oraz Syropy do wód gazowych, znajdują się
zawsze na składzie.

W. Karpinski.

10-5



OPNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofalicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych i aptekach w Rossyi.

SKŁADY

u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3

u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—1

WODY MINERALNE NATURALNE

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE

K. LILPOPA

ulica Nowy-Świat obok Ordynackiej otrzymał wprost ze źródeł pierwsze tegoroczne transporta.

Razem z wodami nadeszły wyrabiane z nich sole, pastylki, mydła, oraz szlamy i ługi mineralne. Broszurki nadsyłane ze źródeł i przewodnik dla leczących się wodami, osobom biorącym wody apteka udziela bezpłatnie. **Ekspedycja możliwie szybka.** 3—3

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMĄ

D. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegoroczne 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—13

VICTORIA woda gorzka NATURALNA

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

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu Ducheka, rad. dworu Bambergera, Auspitz, 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—9

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 żółzow, również w wielu przewlekłych postaciach chorób skórnych, wyrabiany jest w aptece GĘBCZYŃSKIEGO w Ciechociuku.

Dostać go można w składzie materyjałów aptecznych Mrozowskiego i w wielu aptekach Warszawskich.

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

WARSZAWSKI DOM ZDROWIA

6. Szpitalna 6.

Przyjmuje na stałe pomieszczenia chorych, dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiety, spodziewające się słabości.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie wiadomość na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy zakładu.

J. Brzeziński (Nowozielna 36). K. Dobrski (Marszałkowska 50).

J. Gutwein (Plac Grzybowski 10), A. Thieme (Marszałkowska 38). 12—6

ZAKŁAD LECZNICZY DLA CHORYCH NA ŻOŁĄDEK

w WARSZAWIE,

przy ulicy Kruczej Nr. 13bb.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych, dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek. W ambulatoryjum zakładu niżej podpisany udziela porady przychodzącym chorym od godz. 10—11 rano.

O bliższych warunkach dowiedzieć się można na miejscu, lub w mieszkaniu kierującego zakładem przy ul. Przejazd Nr. 10.

Dr. M. Rejchman. 12—6

B U S K O

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

6—5

Dr. WALERY BUJAKOWSKI

STALE ORDYNUJE

w Druskienikach.

6 6

Gubernija
KIELECKA

S O L E C

Powiat
STOPNICKI

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

6—6

Dr. Franciszek Chłapowski

praktykować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Kissingen**

6—3

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, powiat Rawski)

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra J. BIELINSKIEGO

Obszerny, wygodnie i kompletnie urządzony zakład leczniczy kąpielowy, przez cały rok, w zimie i w lecie otwarty.

Racjonalna hydroterapija ścisły internat. Wszelkie wody mineralne wprost ze źródeł sprowadzane. Obłite zdroje wybornej wody do kąpeli i picia. Kąpiele rzeczne. Elektryczność. Gimnastyka. Mleczarnia. Zdrowy klimat, malownicze położenie. W lecie stała muzyka.

Internat i restauracyja dla starozakonnych. Poczta codzienna. Komunikacyja osobowa karetami pocztowymi przez Grójec, na które zapisywać się na poczeko w Warszawie.

Lekarze ordynujący: Jan Bielicki i Leon Rzeźniowski

Objaśnienia na miejscu lub w Aptece H. Kucharzewskiego w Warszawie, Senatorska 480.

Ceny bardzo umiarkowane zaczynając od dwóch rubli za całodzienne utrzymanie z leczeniem i kąpielkami.

7—4