

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

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

OGŁOSZENIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 45,
oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich.

0—14

K U M Y S

z mleka kłaezy wyrabiany przez Tatarów w Nowo-Mińsku pod nadzorem Lekarza—sprzedaje się
tamże i w Apteece E. FIJAŁKOWSKIEGO plac Teatralny w Warszawie. 1—1

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**

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

12—7

Zakład Leczniczy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

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

Sezon letni od 15 Maja.

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 następującymi środkami leczniczymi
1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza
Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapia, leczenie zgęszczeniem i rozrzedzeniem powietrzem.
2) Kuracja kumysem naturalnym, kuracja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracja wodami żelazistemi Nałęczowskiemi (szezawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (błotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezręczności żołądka - kiszki, w niezręczności dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Blizsze objaśnienia udziela Administracja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy).

16—9

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpieli, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w Pastylki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—14

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 używana 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 artretycznej rozwijających się. 30—14

OPNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinia najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

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

Sprzedaje się we wszystkich składach materjałów aptecznych i aptekach w Rosyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—2

GAZETA LEKARSKA.

Treść. Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. W. Dybek. — I. K. Chęłchowski. Przypadek uciśnięcia rozgałęzi tętnicy płucnej prawej. — Przegląd bibliograficzny. Syfilidologia. Napisał D-r Ż. Krówezyński. Ocenił E. Klinck. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie.* A. Sokółowski. Jakie jest znaczenie tak zwanej płwociny kulistej pod względem rozpoznawczym. 16. A. Sokółowski. Jaka jest wartość rozpoznawcza tak zwanej płwociny rdzawej — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Ś. p.

D-r Med. WŁODZIMIERZ DYBEK.

„Służmy poczciwej sławie“.

Rzednieją z dniem każdym szeregi profesorów bylej Szkoły Głównej; jeden za drugim do snu wieczystego strudzona kładzie głowę. I znów zamknęło się trumny wieko nad zwłokami jednego z najdzielniejszych. W ustronnej wiosce w Łęczyckiem, w Topoli, daleki od gwaru wielkiego świata w d. 20 b. m. dokonał w ciszy skolatanego licznemi burzami żywota ś. p. D-r med. Włodzimierz Aleksander Dybek, mąż potężnego umysłu i wzniosłego serca, dzięki olbrzymim swym zdolnościom, obszernej wiedzy i pracy niestrudzonej, winien był z wyżyn naukowego stanowiska rozsiewać długo promienie dzielnego swego ducha. Hojnie od natury obdarzony niepospolitemi zdolnościami, po ojcu Andrzejowi dziedzic dobrze krajowej nauce lekarskiej zasłużonego nazwiska, a po dziadzie ze strony matki, Jerzym D-rze Arnoldzie, wytrwalej naukowej pracy spadkobierca, zdawał się ś. p. Włodzimierz od najmłodszych lat niejako przeznaczonym na to, by kiedyś zajaśnieć wspaniale na ojczystej wiedzy świeczniku.

Urodzony dnia 12 Grudnia 1824 r. w Warszawie, w rodzinnem mieście ukończył nauki gimnazyjalne i przez dwa lata kształcił się w szkole pedagogicznej, ze szczególnem zamiłowaniem zajmując się matematyką, która też później przez całe życie ulubione, obok medycyny, zmarłego studyum stanowiła i stała się zapewne ważną podstawą umysłową jego ścisłego naukowego poglądu, którym w tak wysokim stopniu celował. W r. 1842 udał się do Berlina, gdzie po ukończeniu Wydziału lekarskiego i napisaniu rozprawy „*De pulmonum emphysemate vesiculari*“ w r. 1847 stopień doktora medycyny uzyskał, a po powrocie do kraju osiadł jako praktykujący lekarz w Warszawie. Tu, pośród ówczesnej ciszy i posuchy naukowej, należał ś. p. Dybek do owych dzielnych, co świętemu ogniewi wiedzy wygasać nie dozwolali. Sam pełen nauki i umysłowego zapału dzielił się chętnie w koleżeńskim kole obfitym plonem zdobytych wia-

domości. Wkrótce po otwarciu Akademii medyko-chirurgicznej powołany został na katedrę patologii i terapii ogólnej i tenże przedmiot wykladał i w byłej Szkole Głównej. Niedługo wszakże młodzież uniwersytecka i szersze naukowe koła Warszawy cieszyć się mogły świetnym profesorem, co obszernie umiejętności zasoby umiał w jędrnej i ścisłej naukowej szacie „potoczystem uwydatnić słowem“. Już w r. 1864 zniewolony porzucić katedrę i rodzinne miasto, przebywał we wschodniej Rosyi, oddany zawsze skrzętnej i mozolnej naukowej pracy i w rozległej mierze pełniąc naokół obowiązki lekarza i zacnego człowieka. W r. 1870 widzimy go powtórnie w Warszawie, niosącego na pożytek bliźnich rozległe zasoby wielkiej swojej wiedzy i stokroć hojniejsze może jeszcze dary szlachetnego, gorącego serca. Komuż bo niewiadome są jego szczere, poświęcone i bezinteresowne trudy dla ubogiej ludności podczas epidemii cholerycznej 1872 roku?

W naukowym ruchu ś. p. D y b e k zawsze żywy brał udział, zasilając Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego licznymi pracami; należał też do wydawnictwa biblioteki umiejętności lekarskich i przeglądu postępów nauki lekarskiej, wydawanych przez ś. p. G i r s z t o w t a. Ważniejsze z prac jego są:

O gastrycyzmie ze stanowiska fizjologii i wymiotach, jako środka lekarskim w chorobach ostrych. Pamiętnik. 1856.

Sprawozdania z czynności Tow. lekarskiego Warszawskiego w r. 1857, 1858, 1859, 1870, drukowane w Pamiętniku Tow. lek. Warszawskiego.

Sprawozdania z oddziału chorych mężczyzn gorączkowych. Pam. 1860 r..

Operacja, mająca na celu radykalne wyleczenie przepukliny pachwinowo-mosznowej, wykonana przez prof. G i r s z t o w t a: Pamiętnik T. lek. W. 1860.

Sprawozdanie z rozpraw o dławcu na posiedzeniach Tow. lek. Warsz. 1862 roku prowadzonych. Pamiętnik. 1861.

Oleje ozonizowane, jako środek przeciwko gruźlicy. Pamiętnik. T. 44. 1860.

Pulweryzatory S a l e s - G i r o n ' a, M a t h i e u g ' o i Antoniego H a n n ' a. Pamiętnik Tow. lek. Warsz. 1861.

Wykład wstępny patologii szczegółowej w c. k. med.-chir. Akademii. Tygodnik lekarski. 1862.

D r Ferdynand D w o r z a c z e k. Życiorys. Tygodnik ilustr. 1876.

Terapija ogólna. Warszawa 1876 w bibl. Um. lek., najpoważniejsze i najgłówniejsze z dzieł D y b k a.

We wszystkich naukowych pracach zmarłego widnieje bystry, krytyczny, teoretycznymi mrzonkami nieobałamucony pogląd przyrodniczy na życiowe sprawy; wnioskowanie jest zawsze logiczne i ścisłe, rzecz można, matematyczne, a język jędrny, jasny i dobitny. Takim też było i żywe słowo w wykładzie. Wolen od błyskliwych retorycznych kwiatów, styl jego był dosadny, choć często, dzięki wielkiej myślowej treści, nie odrazu dla płytszych umysłów dostępny.

Do rozgłośnych, rozrywanych stołecznych praktyków Ś. p. D y b e k nie należał nigdy, choć pewno w najwyższym stopniu umysłowe ku temu posiadał warunki; stała temu na przeszkodzie niezwykle cicha, tylko iscie podniosłym umysłem właściwa, skromność, bez najlżejszego chępliwości cienia i do ostatecznych granic posunięta etyczna drażliwość ś. p. Włodzimerza w stosunkach z kolegami i cherymi, brzydząca się wszystkim, co w tej szlachetnej duszy za konkurencyjny uchodzić mogło środek, a wielka publika nie ma, niestety, tego deli-

katnego zmysłu, by zawsze blichtr zewnętrzny od istotnej, wewnętrznej odróżnić wartości.

Ale za to u tej lepszej, choć mniej licznej części, imię *Dybka* wymawiano zawsze z najszczerzą czcią dla jego niepospolicie bystrego lekarskiego oka, głęboko krytycznego rozumu i niewymownie słodkiego, pełnego uroku obejścia. Cenili go też wysoko wszyscy światli i zacni koledzy, co pod skromną zewnętrzną, ascetyczną niemal osłoną, znajdowali w nim zawsze nieprzebrane skarby ściślej i gruntownej nauki, prawego charakteru i serca, bijącego żywo dla każdej lepszej ludzkiej i obywatelskiej sprawy.

Niedługo trwał i ponowny pobyt *S. p. Włodzimierza* w Warszawie. Rodzinne nieszczęścia uderzyły srodze w szlachetną pierś uczuciowego człowieka. On, dzielny lekarz, co tysiącom chorych w ciężkiem niebezpieczeństwie niósł skuteczną radę i pomoc, bezsilny i złamany zapłakać musiał rozpacznie nad mogiłą prawie dorosłych ukochanych swych dzieci. Ten pocisk był nad jego siły. Znekany, porzucił praktykę, skruszył naukowe pióro, którem tak dzielnie władał i wyjechał do Rzymu, by w religii szukać ukojenia ciężkiej swej żałoby, stęskniony wszakże za krajem przed parą laty powrócił, by znaleźć grób cichy na rodzinnej ziemi.

Spoczywaj więc spokojnie *Czcigodny Mężu*, po twardym znoju ciężkiego, a pełnego zasług życia; imię *Twe* nie zaginie w nauki naszej rocznikach, ani wygaśnie z pamięci współbraci, którym niosłeś wiedzę i spokój i zdrowie, dla których pięknym świeciłeś przykładem, jako głęboko myślący uczoney, biegły, racjonalny i na niedolę ludzką zawsze czuły lekarz, szlachetny kolega i zacny obywatel, a lekką niech Ci będzie ziemia ojców *Twoich*, boś ją, jak syn prawy, gorącem umiłował sercem!

D-r Aleksander Fabian.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROFESORA POPOWA.

I. PRZYPADEK UCISNIĘCIA ROZGAŁĘZIEN TĘTNICY PŁUCNEJ PRAWEJ.

Opisał

K. Chelchowski.

Dnia 20. XI. 1882 r., przybyła do kliniki *A. K.*, żebraczka. Chora, kobieta 54-letnia, miernie zbudowana, bardzo wychudła, z ogólnym wyglądem charłaczym, skórą żółtą, pomarszczoną, nie gorączkuje (ciepłota 36° C. przy tętnie 84 na minutę), oddecha głośno i z trudnością. Skarży się na osłabienie, duszność klucie w lewym boku i suchy kaszel. Chociaż z trudnością, przecież chodzić może, nawet pod górę. Duszność męczy ją zawsze jednakowo; wzmagą się tylko na zimnem powietrzu; silniejszych napadów nie bywa. Klucia w boku doznaje tylko podczas ruchu, kaszlu i głębszego oddechania.

Przypadłości te trapią ją od bardzo dawna; 12 lat temu po 2 miesięcznym kaszlu dostała bardzo obfitego krwotoku płucnego, aż do utraty przytomności.

Krwioplucie trwało jeszcze z tydzień, poczem chora powoli wróciła do sił i czuła się niezłe aż dor. 1881, w którym to roku krwotoki płucne, wprawdzie mniej obfite, ale 2 razy się powtórzyły, 3-ci miał miejsce w końcu Stycznia 1882 r. Od 13. II. do 9. V. leżała w szpitalu; w karcie szpitalnej zaznaczono duszność, kaszel, krwioplucie, obecność rzeżeń w prawym płucu, brak gorączki przez cały czas pobytu. Chora opuściła szpital z poprawą, ale od 2 miesięcy osłabła bardziej, od czasu do czasu miewała wymioty i biegunkę; duszność i kaszel się powiększyły. Od miesiąca doznaje klucia w boku. Do łóżka wcale się nie kładła.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej, ze wsi z gub. Radomskiej; w Warszawie mieszka od 1863 r. Niezameżna, nigdy nie rodziła. Miesiączkowała od 13 do 46 roku życia, dość nieregularnie, często z bólami. Będąc jeszcze młodą dziewczyną, chorowała na zimnicę i żółtaczkę. Około 20 roku życia miała wrzód na częściach płciowych bez objawów następnych, jakby się zdawało. Od bardzo dawna białe upławy, które trwają do ostatniego czasu. Często dawała sobie puszczać krew. Od dzieciństwa pijała wódkę. Nałogową pijaczką, jak mówi, nie była.

Chora oddecha ze współudziałem mięśni szyjowych; wdech i wydech są przedłużone, głośnie; wdech nieco świszczący, jakby stenotyczny. Częstość oddechu 48 razy na minutę. Krtani odbywa nieznaczne ruchy ku górze i na dół. W objętości i ruchach oddechowych obu połów klatki piersiowej widocznej różnicy nie ma. Granice odgłosu płucnego są obniżone o jedno żebro (z tyłu na XII żebrze, w liniach pachowych prawej i lewej na IX, przymostkowej lewej pod V, sutkowej lewej pod VI). Wyjątek stanowi przednia powierzchnia prawej połowy klatki piersiowej. Tu na przestrzeni, ograniczonej z prawej i lewej strony liniami sutkową i przymostkową prawą, od góry zaś — dolnym brzegiem IV żebra, odgłos wypukowy jest zupełnie tępy. Powyżej tej czworobocznej przestrzeni aż do prawego obojczyka odgłos w porównaniu z lewą stroną jest stłumiony. Daleko słabsze stłumienie znajduje się z tyłu, w prawej okolicy nadgrzebieniowej i górnej części podgrzebieniowej. Na lewej połowie klatki piersiowej słychać szmer oddechowy pęcherzykowy przedłużony. W górnej części prawej połowy klatki piersiowej oddech jest bardzo słaby, nieokreślony; drżenie osłabione. Przy wysłuchiwaniu głosu wyraźnej różnicy między dwiema stronami nie ma. We wspomnianym już czworoboku bezwzględnej tępości nie słychać wcale oddechu, nie czuć drżenia klatki piersiowej. Nad dolną częścią lewego płuca od brzegu mostka do dołu pachowego słychać podczas i po wydechu bardzo szorstki szmer tarcia, dający się wyczuć i ręką. Pod lewym obojczykiem podczas wdechu czuć lekkie drżenia. Nigdzie ani wilgotnych, ani suchych rzeżeń. Uczucie duszności nie dosięga bardzo wysokiego stopnia. Kaszel niezbyt częsty. Płwocina bardzo skąpa, śluzowa.

Uderzenia serca nie widać i nie czuć. Tępość serca z lewej strony nie daje się wcale wypukać; odgłos płucny przechodzi bezpośrednio w tympanityczny. Natomiast z prawej strony istnieje opisana już przestrzeń tępego odgłosu, zachodząca cokolwiek na prawą połowę mostka, a ku dołowi zlewająca się z tępością wątroby. Tępość serca czyste, słabe; słychać je od prawej sutki do lewego dołu pachowego, najwyraźniej na mostku. Pod prawą sutką obok tonu skurczowego

słychać szmer podmuchowy. Szmer ten jest dostępny dla ucha prawie na całej prawej połowie klatki piersiowej, bo od kręgosłupa do prawej linii sutkowej. Dalej na lewo nie sięga. Ku górze nie przekracza grzebienia łopatki z tyłu, a III żebra z przodu. Najwyraźniej przecież słychać go tuż pod sutką i u kąta łopatki. Ułożenie chorej, wzmocnienie działalności serca (po ruchu lub wypiciu wina), uciskanie żył szyjowych, podnoszenie rąk, zatrzymanie oddechu, wszystko to nie wywiera na szmer żadnego wpływu. Tętno 84 na minutę, małe, prawie nitkowate, w prawej kończynie nieco pełniejsze, opieszale (*pulsustardus*). Żyły na przedniej powierzchni klatki piersiowej rozszerzone dokoła sutek, zwłaszcza lewej. Ani sinicy, ani obrzęku. Błony śluzowe blade, skóra i rogówki nieco żółtawe. Po ruchu, po użyciu środków podniecających, daje się zauważyć słabe tętnienie w dolku i jeszcze słabsze u prawego brzegu mostka.

Brzuch niebolesny; wątroba i śledziona niewyczuwalne; język czysty, łaknienie średnie, stolce w ostatnich dniach prawidłowe.

Ilość moczu z doby 1250 ctm. sześciennych. Ciężar właściwy 1013; barwa blada; odczyn słabo kwaśny; białka ani śladu. Białe upławy; gruczoły pachwinowe i szyjowe nieco powiększone; żadnych śladów przymiotu.

Na obu kolanach kuliste, niebolesne, chelboczące guzy; większy lewy (wielkości pięści) istnieje od dzieciństwa; mniejszy, prawy, od kilku lat. Prawa żrenica mniejsza od lewej.

Po zbadaniu chorej nie umiałem postawić rozpoznania, któreby tłómaczyło wszystkie objawy. Prawdopodobniejszem od innych (np. od tętniaka aorty) wydawało mi się lewostronne zapalenie opłucnej w okresie wsysania wysięku. Przypuszczałem, że serce, przesunięte poprzednio przez wysięk na prawo, przyrosło w tem nowem położeniu, a w jednym z większych naczyń (najprędzej w żyłę głównej górnej) w skutek zgięcia lub skręcenia powstał opisany szmer. Zmiany w płucach uważałem za stare, śródmiąższowe, nie postępujące (brak gorączki, rzeżeń, plwociny). Prof. P o p o w, rozbierając przypadek na wykładzie, odnosił szmer do prawej tętnicy płucnej, a znajdując jednocześnie i objawy zwiężenia oskrzela (oddech nieco stenotyczny, osłabienie szmerów oddechowych po prawej stronie) rozpoznawał obecności guza w klatce piersiowej, uciskającego prawe oskrzela i tętnicę płucną. Tępość znaleziona po prawej stronie mostka, zależałaby po części od samego guza, po części od serca, wypartego przezeń ku przodowi. Co do natury guza, to mógłby to być ziarniniak przymiotowy (ze względu na anamnezę); ale może też są to powiększone gruczoły oskrzelowe, tętniak wrzście. Chorej zalecono wino, naparstnicę (*inf. e gr. vj—5vj*), suche bańki.

Przez pierwsze 4 dni stan jej nieco się poprawił: tętno nieco pełniejsze, duszność mniejsza, szmer tarcia powoli zniknął. Dnia 26. XI. po olejku rycynowym, zaleconym z powodu zaparcia stolca, kilkanaście wypróżnień. Chora bardzo osłabiona tętno 72. Dnia 27. XI. Tętno 72; biegunka ustała; brak łaknienia. Dnia 28. XI. tętno 60; chora miała kilka razy wymioty (po jedzeniu, lekarstwie), skarży się na ból głowy. Bardzo osłabiona, apatyczna; głos cichy; w moczu białka nie ma. *Inf. Valer. e 5j—5vj*. Dnia 29. XI. tętno 60, oddechów 18; wymioty były raz jeden jeszcze; chora bardzo osłabiona, na pół senna, wstać sama nie może; ani pokarmów, ani lekarstw nie chce przyjmować; wódki także

nie chce; ból głowy. Dnia 30. XI. Chora od rana majaczy, wstaje z łóżka, chodzi po sali, opowiada innym wesoło ze śmiechem, że ją czeka blizka śmierć, że ją chcą otruć, że serce w niej umarło. Żrenice rozszerzone; wymiotów nie było; kilka stolców; na nic się nie skarży, w ciągu jadała trochę, raz miała wymioty. Wieczorem umarła.

Przez krótki czas jej pobytu w klinice, szmer skurczowy zawsze było slychać, chociaż niekiedy bywał słabszym. Tętno w okolicy serca i wielkich tętnic zawsze były czyste.

Badanie zwłok, wykonane przez prosektora *Przewóskiego*, wykazało co następuje.

Prawe płuco jest znacznie zmniejszone. Bardzo silne i grube zrosty włókniste łączą przednią jego powierzchnię z opłucną żebrową; słabsze z osierdziem. Górna i dolna część płuca, również i tylna powierzchnia, są wolne. Cała średnia część płuca zapadnięta, skurczona. W głębi wyczuwa się twardy, nierówny guz, wielkości pięści, zajmujący cały prawie średni zraz i dolną część górnego; od opłucnej oddziela go miąższ, zawierający powietrze. Na powierzchni rozkroju guza widać tkankę czarną, jednolitą, zbitą, chrząstkowatej spójności, zupełnie bezpowietrzną, prawie bezkrwistą, w pośród niej przecięcia oskrzeli i naczyń. Z głównej masy guza w zdrowy miąższ płucny wnikają twarde, czarne smugi włókniste, dochodzące do opłucnej. U obwołu średniego zrazu w rozszerzeniu jednego z mniejszych oskrzeli znajduje się kamyczek. Dolny zraz i pozostała większa część górnego, zawierają powietrze, mierną ilość krwi; nigdzie żadnych stwardnień, ani jam. We wnętrzu płuca zbita tkanka guza i zlewające się z nią powiększone, twarde, ciemno-brunatne gruczoły oskrzelowe tworzą jakby obrączkę, która na przestrzeni 1 ctm. uciska obie gałęzie prawej tętnicy płucnej i prawego oskrzela tuż za miejscem ich podziału, oraz żyłę płucną. Tętnica i oskrzele, przeznaczone dla zrazów górnego i średniego są uciśnięte silniej; tętnica przepuszcza zaledwie pióro kruce, oskrzele jest spłaszczone, żyła płucna, towarzysząca im, zgięta pod kątem. Błony, śluzowa w oskrzeli i wewnętrzna w tętnicy, pofałdowane. Jeden z gruczołów oskrzelowych, leżący pomiędzy oskrzelem i tętnicą, w środkowej swej części uległ rozmiękczeniu, zawiera ciemny, gęsty płyn. W mniejszym nieco stopniu obrączka uciska tętnicę i oskrzele, idące do dolnego zrazu prawego płuca. Powyżej obrączki główny pień prawego oskrzela i tętnicy płucnej są silnie rozszerzone (*Pneumonia interstitialis; stenosis bronchi dextri et arteriae pulmonalis dextrae*).

Lewe płuco, w dolnej części przyrosłe, pokrywa serce, opada mało, jest blade, małokrwiste. Stwardnień nigdzie nie zawiera z wyjątkiem wnetki, gdzie czarne, twarde gruczoły oskrzelowe i zbita szara tkanka okołoskrzelowa, przypominają obraz, znaleziony w prawym płucu. Ani ściśnięcia oskrzeli, ani tętnic, nie ma. Błona śluzowa obu oskrzeli czerwona, sucha, okazuje podłużne i poprzeczne prążkowanie.

Serce małe, nieco przesunięte na prawo, połączone zrostami ze skurczonym średnim zrazem prawego płuca. Ścianka lewej komórki zcieńczała, ciemno-brunatna. Nieznaczne zgrubienie na brzegu zastawki dwudzielnej. Przerost prawej komórki. Przerost i rozszerzenie prawego przedsionka. Zastawki tętnic

prawidłowe. Obwód aorty tuż nad zastawką 7 ctm., tętnicy płucnej 8. W aorcie kilka wysepek ateromatycznych tylko nad zastawką obok otworów tętnic wieńcowych. Liczniejsze nieco wysepki w tętnicy płucnej. Śledziona nieco powiększona, twarda. Wątroba zmniejszona (długość 20 ctm., szerokość 11 ctm. grubość 8 ctm.), powierzchnia jej słabo ziarnista, zwłaszcza w lewym zrazie, spójność twarda; środkowe części zrazików nastrzyknięte krwią. Pęcherzyk żółciowy zawiera 4 kamyki. Nerki o połowę zmniejszone; otoczka schodzi z trudnością; powierzchnia słabo ziarnista; warstwa korowa zcieńczała, czerwona; spójność twarda (*nephritis mixta*). Jajniki zanikłe; objawy przewlekłego niezytu macicy, kiszek i żołądka; obrzęk mózgu i jego opon; na obu kolanach *bursitis praepatellaris*.

Badanie mikroskopowe wykazało, że część guza, położona bliżej wnęki prawego płuca, składała się prawie wyłącznie z ubogiej w komórki, włóknistej, czarno zabarwionej tkanki łącznej. Wśród niej widać tylko oskrzela ugniecione i nacynia ze ściankami zgrubiałymi (zwłaszcza błoną wewnętrzną, często zupełnie zarosnięte. Tylko gdzieś niegdzie się zdarzały ślady pęcherzyków płucnych. W ugniecionych oskrzelach pojedyncze chrząstki czasami zamiast układać się obok siebie w jednej linii są jakby zwicmięte na zewnątrz. Im bliżej zdrowego mięszu płucnego, tem bardziej występowało drobnokomórkowe nacieczenie dookoła oskrzeli, nacyn i w zgrubiałem rusztowaniu międzypęcherzykowem. Zdarzały się i pojedyncze komórki olbrzymie. Pęcherzyki płucne uciśnięte, światło ich zwykle wolne; rzadziej zawierały nieliczne wielkie komórki nabłonkowe z ziarnistym barwnikiem. Wszystko to stanowi obraz czystego zapalenia płuc śródmiąższowego.

Badanie pośmiertne wyjaśniło dostatecznie objawy, znalezione za życia. Ów szmer skurczowy na prawej połowie klatki piersiowej powstał oczywiście w uciśniętych gałęziach prawej tętnicy płucnej. Że objawy wysłuchowe w obec daleko posuniętych zmian w płucu były stosunkowo nieznaczne, zależało to od zwężenia odpowiedniego oskrzela. Przesunięcie serca za życia wydawało się daleko większem, niż to sekcya wykazała. Da się to wytłómaczyć, jeżeli zwrócimy uwagę, że lewe serce było zanikłe i pokryte przez rozdęte płuco; prawa połowa serca przeciwnie była w stanie przerostu, a z powodu skurczenia się prawego płuca, dotykała klatki piersiowej na daleko większej, niż zwykle, przestrzeni. Wreszcie tępość serca zlewała się z tępością, zależną od zgęszczenia w prawem płucu. Nierówność źrenic pochodziła zapewne od uciśnięcia nerwu współczulnego, co w podobnych przypadkach nieraz spostrzegano.

Nie umiem powiedzieć, co wywołało u chorej objawy przedśmiertne: wymioty, biegunkę, majaczenie i odpowiadający im obrzęk mózgu. Możliwy jest uważać za mocznicę, a może też były one następstwem przewlekłego zatrucia wyskokiem.

Nie można także rozstrzygnąć tego, czy zapalenie płuc śródmiąższowe było w danym przypadku pochodzenia przymiotowego. Przemawiałaby za tem przypuszczeniem obecność cierpienia i w drugim płucu, zajęcie przez sprawę chorobową wnęki płuca i średniego zrazu, szerzenie się wzdłuż oskrzeli. Brak innych objawów późnego przymiotu nie pozwala na odpowiedź stanowczą. Częste i obfite krwotoki płucne prawdopodobnie zależały od zapalenia płuc śródmiąż-

szowego, któremu tak często towarzyszą, a nie od zwężenia tętnicy. W przeciwnym bowiem razie musiałyby one powstawać nie w obrębie zwężonych gałęzi, ale ze zdrowych tętnic pod wpływem obocznego napływu krwi. Tymczasem ślady dawnych krwotoków (nagromadzenie barwnika) znajdowały się tylko w skurzonej części płuca, tej samej właśnie, w której się rozgałęziały uciśnięte tętnice.

W literaturze rzadko były opisywane przypadki zwężenia większych gałęzi tętnicy płucnej skutkiem ucisku z zewnątrz. W odnośnych spostrzeżeniach ucisk zależał już to od tętniaków aorty wstępującej, lub jej łuku, już to, jak w moim przypadku, od skurczenia płuca i powiększenia gruczołów oskrzelowych. O ile wiem, to z tej ostatniej kategorii po artykule *Immermann'a*, który zebrał kilka dawniejszych spostrzeżeń, ogłoszono 4 tylko przypadki ¹⁾. Żyły płucne w żadnym z nich nie były uciśnięte. Nadto kilkakrotnie widziano, że rozmiękły gruczoł oskrzelowy otwierał się do oskrzela i tętnicy płucnej, nie powodując ucisku, teostatniej (*Barét'y*). Objawy spostrzegane za życia opisują tylko *Immermann* i *Bettelheim*. Obydwaj słyszeli szmer skurczowy z tyłu u łopatki i w II międzyżebżu, jeden prawem, drugi lewem. Zaznaczają nadto widoczne tętnienie w okolicy tętnicy płucnej, sinicę i siłą duszność. Że jednak obok zwężenia tętnicy były w tych przypadkach obszerne zmiany w płucach, więc trudno tylko na karb pierwszego kłaść wszystkie te przypadłości. Moja chora sinicy nie miała, a mierną duszność dostatecznie tłómaczyłoby zwężenie oskrzela i włókniste zwyrodnienie prawie całej połowy jednego płuca.

Niepodobna wątpić, że zmniejszony dopływ krwi, do danej części płuca musi się odbić w ten lub inny sposób na jego odżywianiu. Rozstrzygnięcia tej kwestyi na drodze doświadczalnej stoją na przeszkodzie następczące się przy tem trudności techniczne. Pozostaje więc tymczasem zużytkować w tym celu istniejące spostrzeżenia, w których tętnica płucna była zwężona. Okazuje się z nich, że w tych przypadkach nadzwyczaj często spotykamy sprawy serowate w płucach. Według rachunku *Lebert'a* suchoty płucne występują w $\frac{1}{3}$ przypadków zwężenia tętnicy płucnej wrodzonego. *Hanst* na 77 przypadków tętniaka łuku aorty, w których tętnica płucna mogła być uciśniętą, znalazł suchoty płucne 18 razy, (dodać należy, że 35 razy nie było wzmianki o stanie płuc), Tymczasem tętniakom aorty piersiowej suchoty towarzyszyły zaledwie raz jeden na 20 przypadków.

Takie spostrzeżenia, jak niniejsze, najmniej się nadają do ocenienia tego stosunku, gdyż tu zmiany w płucach poprzedzają zwężenie naczyń. Zaznaczam jednak tę okoliczność, że i u mojej chorej i w przypadku *Immermann'a* nie było ani śladu ognisk serowatych w płucach.

¹⁾ *Immermann*. Deutsch. Arch. f. kl. Med. tom V-ty str. 235. *Bettelheim*. Wien. Med. Presse. 1869. Nr. 42. *Heller*. Virch. Arch. f. 51, str. 350 (opis preparatu). *Barét'y*. De l'adénopathie trachéo-bronchique. Thèse. 1875, str. 135. (Przytacza prócz własnego, kilka dawniejszych spostrzeżeń francuzkich, z których jednak tylko jedno nie podlega wątpliwości). *Zenker* w *Ziemssen'a* Handb., d. spec. Path. u. Ther. tom VII. Anhang str. 80 (krótka tylko wzmianka).

W przeszłym roku od 19 Marca do połowy Maja obserwowalem 19 letnia suchotnicę, nieźle jeszcze odżywianą, kaszlącą od roku, ze zgęszczeniem w górnym zrazie lewego płuca. U tej chorej w II i III lewym międzyżebrzu często bywało widoczne tętnienie, a obok 1-go tonu tętnicy płucnej stale slychać było szmer podmuchowy; szmer rozchodził się dość daleko na zewnątrz, a czasami i do wierzchołka serca. Żadnych objawów wady serca nie było. Jak się później dowiedziałem, chora zmarła 19 Czerwca. Obok zapalenia płuc serowatego i wrzodów gruźliczych w kiszkaeh znaleziono na zwłokach odnęę piersiową i zapalenie opłucnej prawostronne. Przypuszczalbym, że i tu szmer zależał od uciśnięcia jakiejś gałązki tętnicy płucnej przez miąższ zgęszczony.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r **Ż. Krówczynski**. 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.

Ocenil **Edward Klink**,
Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 25).

Dział ogólny: **Symptomatologia**, autor rozpoczyna ustępem o wyleganiu się choroby przymiotowej. Okres wylegania choroby trwać może od 10—40 dni. Zdaniem wielu pisarzy, jad po dostaniu się do ustroju natychmiast ulega wessaniu przez naczynia limfatyczne i krwionośne, utrzymują więc, że zakażenie ustroju następuje jeszcze przed wystąpieniem owrzodzenia pierwotnego. Inni twierdzą, że zakażenie dopiero następuje po pewnym czasie, zawsze przed wystąpieniem objawu pierwotnego. Niepodobna jest przyjąć zdania tych, którzy twierdzą, że choroba przymiotowa, nawet po okazaniu się pierwotnego objawu, jest czysto miejscową, jak dowodzą mianowicie zwolennicy wycinania szankrów. Okres wylegania nie odznacza się żadnym objawem, trwa od 24 godzin—90 dni.

Następnie mówi autor o szczegółach odnoszących się do rozwoju pierwotnego objawu, tak naskórce jako też i na błonie śluzowej, po czem podaje opis zewnętrznych cech objawu pierwotnego, który najczęściej się poczyna jako proste, powierzchowne owrzodzenie, owalne, które przy przebiegu dalszym przybiera bardzo rozmaitą postać.

Następnie opisane są własności stwardnienia przymiotowego, jakoto: wielkość, postać, zewnętrzny wygląd, dno, brzegi, wydzieliną, a także rozbiera autor bliżej kwestyję istnienia lub nieistnienia stwardnienia przy pierwotnym objawie i wykazuje cechy różniące pierwotne stwardnienie przymiotowe od stwardnienia wskutek nacieku zapalnego, kończy wreszcie rozdział ten kilku uwagami o ostatecznej zmianie pierwotnego objawu przymiotu.

W rozdziale: **zbożenia w rozwoju i przebiegu pierwotnego objawu** autor wykazuje, że pierwotne stwardnienie może

silnie ropieć, może wreszcie brakować wyraźnego stwardnienia; w ogóle cały rozwój stwardnienia jest przewlekły. Dostyć często bywają stwardnienia rozlane, dołączając się też może zapalenie i zgorzel do pierwotnego objawu, jednak względnie rzadko, a bardzo rzadko przyjmuje stwardnienie charakter fagedeniczny. Mniej tu stanowi w tego rodzaju przypadkach jak ość zarazka, niż budowa ustroju. Utrzymują, że po owrzodzeniach fagedenicznych przymiot bywa złośliwy.

Co się tyczy wpływu miejsca na postać pierwotnego objawu, to autor opisuje jak się przedstawia pierwotne stwardnienie u mężczyzn na skórze i wewnętrznej powierzchni napletka, na brzegu wolnym tegoż, w rowku żołądźwiowym, w gruczołkach łojowych; u kobiet zaś na wargach sromnych większych i mniejszych, lechtaczce, części pochwowej macicy i sutkach; dalej się zachowuje u obu płci w jamie ustnej, na wszystkich częściach składowych tej jamy; na palcach rąk, naokoło odbytu i odbycie samym. Autor podaje przy tym opisie cechy, wyróżniające od innych cierpień, zbliżonych z wyglądu do pierwotnego objawu przymiotu i dodaje krótki rys ich przebiegu.

Zmiany w narządach limfatycznych, a mianowicie w gruczołach i naczyniach, towarzyszą zawsze pierwotnemu objawowi; obrzmiewają przede wszystkim gruczoły najbliższe od pierwotnego stwardnienia.

Przed wytworzeniem się szankra twardego nie występuje obrzmienie gruczołów, co dowodzi, że powiększenie gruczołów zależy od wessania tworów chorobowych z pierwotnego objawu. Zmiana ta polega na nagromadzeniu komórek we wszystkich częściach gruczołu. Obrzmiewają i głębokie gruczoły biodrowe i w ogóle wszystkie gruczoły, aż do przewodu piersiowego, czemu jednak niektórzy badacze przeczą, np. L é e, który twierdzi, że zakażenie nie odbywa się za pomocą naczyń limfatycznych, lecz krwionośnych. Obrzmienie gruczołów ustępuje przez wessanie, zazwyczaj poprzedzone stłuszczeniem ich zawartości.

Następnie autor opisuje rozmaite szczegóły, odnoszące się do wielkości gruczołów, zmian miejscowych na skórze, zmian przy ropieniach w gruczołach powstałych, które najczęściej wytwarzają się przy drażnieniu wrzodu. Z ogólnych uwag przytaczamy: że w przypadkach bardzo łagodnego ogólnego przymiotu, nie wytwarza się obrzmienie gruczołów limfatycznych, chociaż inni twierdzą, że w przypadkach, w których przy macaniu nie znajdujemy powiększenia gruczołów, bynajmniej to jeszcze nie dowodzi braku zmian w nich.

Stwardnienie naczyń limfatycznych, jak pokazały badania Biesiadeckiego, polega na zmianach w ściankach pojedynczych naczyń (wewnętrznej, mięśniowej i zewnętrznej). Auspitz i Unna powstają przeciw temu tłumaczeniu, nie uważają powrózka na grzbiecie prącia za przeobrażone naczynie limfatyczne, lecz przyjmują, że przyczyną stwardnienia jest rozwój tkanki łącznej, otaczającej naczynia krwionośne i limfatyczne, a powstałym skutkiem nacieczenia komórkowego, w którym pośredniczą *vasa vasorum*.

Opis zmian anatomicznych pierwotnego stwardnienia, podany jest treściwie, według poszukiwań Biesiadeckiego, Auspitz'a i Unny, Cornil'a i Ranvier'a. Biesiadecki twierdzi, że tkanki, zajęte przez pierwotne stwardnienie, są mocno wypełnione komórkami, w wielkiej obfitości naczynia krwionośne otaczającymi; w późniejszych okresach same ścianki naczyń są przepelnione licznymi komórkami, wskutek czego ścianki te grubieją, a światło naczyń ulega zwięźeniu. Według A. i U. proces rozpoczyna się bujaniem komórkowym w zewnętrznej warstwie ścian naczyń, tkanka otaczająca naczynia staje się zbitszą, a rozrost tkanki w naczyniach postępuje od zewnątrz ku wewnątrz; wskutek tych zmian naczynie stają się niedrożnym. Ściany naczyń limfatycznych są lekko zgrubiałe, same naczynia pozostają drożne.

W rozdziale: rozpoznanie pierwotnego objawu przymiotu, podane są wskazówki ułatwiające rozpoznanie stwardnienia pierwotnego

i przedstawione jest rozpoznanie różniczkowe od szankra miękkiego, od owrzodzonego tworzywa przymiotowego późnego (*gumma*), raka, wilka, od owrzodzeń powstałych po rozpadzie czyraków. Oprócz tego, autor podaje wskazówki, ułatwiające rozpoznanie pierwotnego stwardnienia na języku, części pochwowej macicy, na sutkach u karmiących. Najważniejsze objawy rozpoznawcze zawsze będą stwardnienie i obrzmienie gruczołów limfatycznych, gdy te objawy nie występują oczekiwać musimy objawów ogólnych przymiotu, t. j. wysypek.

Ostatnie dwa rozdziały części I dzieła traktują o rokowaniu i leczeniu w ogóle choroby przymiotowej. Pierwotny objaw przymiotu wyjątkowo bywa złośliwy i to wtedy ma miejsce, gdy dołączy się zgorzel lub rozpad. Pierwotny objaw ustępuje często bez leczenia, tylko przy zachowaniu czystości. Przebieg przymiotu bywa łagodny, jeżeli zarazek pochodzi ze zmiany przymiotu następczego, a tem łagodniejszy, im dłuższym był okres wylegania. Groźny przymiot zwykle poprzedza i groźny objaw pierwotny; w innych jednak przypadkach bywają groźne objawy pierwotne, a lekkie objawy następcze. Rokowanie powinno się opierać na tem, z jakiego źródła pochodzi zarazek, dalej na długości okresu utajenia i wreszcie na właściwościach objawu pierwotnego.

W ogóle jednak nie można opierać rokowania tylko na ocenie stwardnienia pierwotnego, rokowanie, zdaniem autora, i słusznie, opierać się ma przede wszystkim na konstytucyi chorego.

W rozdziale o leczeniu autor mówi o leczeniu zapobiegawczem, ochronnem i tu zalicza: obmywanie po spółkowaniu, przyżeganie podejrzanych owrzodzeń powstałych po spółkowaniu, wycinanie pierwotnych stwardnień przymiotowych, czego jednak nie jest zwolennikiem. W dalszym ciągu podaje autor szereg środków opatrunkowych, wskazanych do opatrunku owrzodzeń rozmaitego charakteru, łagodnie lub złośliwie przebiegających.

Na tem kończy się część I-sza dzieła. W tej części I, jak się okazuje z powyższego streszczenia, autor przedstawił we wstępie historję przymiotu, jego dzieje w wiekach starożytnych i średnich, od końca XV wieku do naszych czasów, geograficzne rozpostarcie choroby, przebieg i okresy przymiotu. W etyologii przymiotu wyłożył o źródłach zarazka przymiotowego, o sposobie powstawania przymiotu nabytego, o warunkach działania zarazka, częstości, siedzibie i liczbie pierwotnych objawów przymiotu. W symptomatologii wyłożył o wyleganiu się, rozwoju, zboczeniach w rozwoju i przebiegu pierwotnego objawu przymiotu, o anatomicznych zmianach samego pierwotnego objawu i w naczyniach limfatycznych, wreszcie o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu pierwotnego stwardnienia.

Część II. Kiedy w części poprzedniej bliżej rozpatrywaną była choroba przymiotowa w początkowym swoim okresie, to jest w okresie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, to w części II autor przedstawia dalsze zakażenie już całego ustroju naszego, wpływ tego zakażenia na organizm i przedstawia zmiany, powstające we wszystkich tkankach i narządach naszego ustroju, które pod wpływem zakażenia zarazkiem przymiotowym się rozwijają.

Podczas gdy jedni badacze (dualiści) utrzymują, że pierwotny objaw jest już dowodem ogólnego zakażenia organizmu, drudzy tymczasem (unitaryści) uznają w pierwotnym objawie źródło, z którego zaraza się po organizmie szerzy. Po czyjej stronie słuszność, wątpliwości tej do dziś dnia nie rozstrzygnięto. W każdym razie jednak przyjąć musimy, że ani wessanie zarazka, ani jego rozrodzenie nie odbywa się zawsze w jednym tym samym czasie. Za rozwojem pierwotnego objawu następuje obrzęk gruczołów limfatycznych; zarazek szerzy się według jednej drogi naczyń limfatycznych wyłącznie, według innej drogą naczyń

krwionośnych, a mianowicie żylnych, nakoniec innijesze twierdzą, że zarówno naczynia limfatyczne jak i żyłne są tu czynne. Dumas i Vidal utrzymują, że przymiot szerzy się zapomocą tkanki łącznej i że nie znajduje się we krwi. Dodatnie wyniki szczepienia krwią stanowczo wykazują że zarazek przymiotowy we krwi znajduje się. Autor stawia słuszne zarzuty przeciw obu pierwszym twierdzeniom, a przemawia za wspólnym udziałem naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Zwiasstuny ogólnego zakażenia przymiotowego występują po 2-im okresie utajenia, który trwa od 6—7 tygodni od chwili ukazania się pierwotnego objawu, a więc występują w 9—11 tygodni od chwili zarażenia.

Objawy ogólnego zakażenia ze strony całego ustroju są bardzo rozmaite i przy ich występowaniu spostrzegamy rozmaite objawy zwiasstunne jak w ogóle przy innych gorączkowych. Spostrzegamy więc gorączkę typu przerywanego, albo ciągłego, albo z nasileniami, wreszcie typu nieprawidłowego. Oprócz gorączki bywają dreszczyki, ogólne rozłamanie, powiększenie śledziony, brak apetytu i snu.

W rozdziale następnym autor mówi o związku między zakażeniem przymiotowym a układem limfatycznym i układem tkanki łącznej; autor twierdzi, że zarazek, dostawszy się do organizmu, rozmnaża się najpierw w tkance łącznej, skąd dostawszy się do naczyń limfatycznych, wywołuje rozmnażanie się komórek w samych gruczołach, obok tego spotykamy zmiany w naczyniach limfatycznych. Takie same zmiany odbywają się w śledzionie i w szpiku kostnym. Zachodzi więc pytanie, czy w zmianach układu limfatycznego, a mianowicie w upośledzeniu narządów służących do wytwarzania krwi nie należy szukać przyczyny zakażenia.

Wielu badaczów przyjmuje przymiot za chorobą tkanki łącznej z tego powodu, że w niej występują ogólne objawy zakażenia, że zmiany w tem utkaniu łatwiej się rozwijają. Przez wyrażenie choroba tkanki łącznej rozumieć należy, że zarazek przymiotowy natychmiast rozwija swoje działanie, gdy nagromadzi się w tkance łącznej w dostatecznej ilości i gdy energia właściwa fizjologicznym tkankom o tyle się zmniejszy, iż mogą wytworzyć się zmiany chorobowe.

Zmiany przy zakażeniu występujące w najrozmaitszych narządach naszego ustroju.

Powstawanie tych zmian tłumaczymy nieprawidłowem odżywianiem ustroju zmienioną krwią. Zmiany, które często poprzedzają objawy ogólnego przymiotu lub towarzyszą wybuchowi przymiotu, albo wreszcie wytwarzają się w jego przebiegu, są bardzo rozmaite. Dowodem zboceń w ustroju jest wydzielanie się większej ilości mocznika; do wyjątkowych objawów należy wydzielanie białka i cukru, które zapewne zależne jest od przymiotu, wskutek bowiem leczenia swoistego rtęcią następuje poprawa. Nieprawidłowe odżywianie układu nerwowego wywołuje cały szereg objawów jako to: bóle głowy, bezsenność, bezbolesność, nieczułość, bóle nerwowe, porażenia. Oprócz tego w biegu choroby przed ogólnymi objawami występuje także cierpienie stawów, torebek ścięgniętych, zmiany w mięśniach, zmiany w czynnościach macicy (zakażenie bywa często przyczyną poronienia).

Przy rozbiorze pytania, jaki jest wpływ przymiotu na choroby ustrój i rozmaitych chorób na przymiot, autor przytacza szereg różnych spostrzeżeń, wykazujących wpływ przymiotu na zolży, na gruźlicę, na choroby powstałe z przyczyn traumatycznych. Wpływ ten zależy w przeważnej części od ciała składu chorego. Ostre choroby gorączkowe usuwają niekiedy objawy przymiotu niekiedy zaś usuwają je nazawsze; choroby przewlekłe zawsze przedłużają istnienie zakażenia.

Po tych uwagach ogólnych przechodzi autor do podziału ogólnych objawów przymiotu. Autor dzieli objawy przymiotu na wczesne, przejściowe i późne. Na oddzielnej tablicy przedstawiony jest podział wysypek skórnych, polegających: I) na nieznacznym nacieczeniu powierzchownych warstw skórnych (*syphilis maculosa*), II) na nacieczeniu warstw skóry około torebek włosowych i gruczołów łojowych (*syphilis papulosa et vesiculosa*), III) na nacieczeniu powierzchownych warstw skóry z powierzchownym owrzodzeniem (*syphilis pustulosa*) i IV) na nacieczeniu głębszych warstw skóry ze skłonnością do rozpadu (*syphilis tuberculosa et gummosa*). Następnie podany jest opis szczegółowy niektórych cech wysypek przymiotowych, które wogóle odznaczają się przewlekłym przebiegiem, nie towarzyszy im swędzenie, ani ból i barwa od ucisku nie znika, nadto cechują się wysypki różnokształtnością i dążnością do układania się w odcinki koła; wreszcie stałe działanie rtęci na znikanie wysypek przymiotowych jest również wybitną ich cechą.

W następnych rozdziałach autor podaje szczegółowy opis wszystkich wysypek przymiotowych, poczynając od różyczki (*roseola*) do guzów przymiotowych (*gummata*). W wykładzie tym, oprócz dokładnego opisu samej wysypki, autor podaje wiadomości o jej najczęstszym umiejscowieniu, rozbiega przebieg i zakończenie wysypek, podaje rozpoznawcze wskazówki od wysypek zbliżonych, lecz nieprzymiotowego pochodzenia, wreszcie mówi o rokowaniu i leczeniu wysypek i wylicza inne objawy przymiotu, które towarzyszą każdej z postaci wysypek.

Objawy ogólnego zakażenia na błonach śluzowych są również przedstawione w ten sam sposób jak i wysypki skórne. Przedstawiają się te zmiany pod trojaką postacią, a mianowicie pod postacią rumieniową (*erythema*), guziczkową (*erythema papulosum*) i postacią guzową (*gummata*). Zmiany chorobowe błon śluzowych rozwijają się na błonie jamy ustnej, przelyku, krtani, tchawicy, łącznicy oka, błony śluzowej części sromnych i odbytu.

Taki systematyczny przegląd zajmuje w dziele autora ustęp od str. 153—216. Streszczać tych dwóch działów nie będziemy z powodu, że zawierają rzeczy znane, przyznać jednak należy, że wykład o zmianach przymiotowych na skórze i błonie śluzowej jest systematyczny i pełny.

W końcu tego działu, autor przedstawia opis zmian mikroskopowych tworów przymiotowych w skórze i błonie śluzowej, oraz w innych narządach.

Obecnie przystępujemy do streszczenia ważnego działu, a raczej ustępów pracy autora, traktujących o zmianach przymiotowych w narządach.

Zmiany w tkance podskórnej i podśluzowej. Autor, idąc za Mauriaciem, podaje opis zmian w wymienionych tkankach, które niekiedy towarzyszą najwcześniejszym objawom przymiotu skóry. Zmiany te bywają: po 1-e, gdy obok wczesnych objawów przymiotu spotykamy na rozmaitych częściach ciała rozlane guzy, lub nieregularne nacieki, na kończynach, wielkości orzecha lub większe, podobne doguzików *erythema nodosum*; powstają one często przy objawach gorączkowych, a w następstwie ulegają wessaniu. Po 2-e, druga postać tem tylko wyróżnia się od pierwszej, że guzy i nacieki nie tworzą się równocześnie na wielu miejscach, że powstają bez gorączki, lecz również ulegają wessaniu. Po 3-cie guzy rozpadowe, które szybko ulegają rozpadowi i owrzodzeniu; nie są to wcale gummata. Oprócz tych zmian wczesnych napotykamy i gummata, które mogą być ograniczone, lub przedstawiać się pod postacią rozlanego nacieku w tkance podskórnej.

Wszelkim zmianom w układzie kostnym towarzyszą zwykle bóle, które najczęściej pojawiają się na kościach długich, powierzchow-

nie położonych, bez zmian anatomicznych w kościach. I zajęcie chorobowe okostnej, połączone z nacieczeniem zapalnym i zgrubieniem tkanki, może występować przed ogólnymi objawami przymiotu albo istnieć z nim współcześnie.

W przebiegu wczesnego przymiotu znajdujemy niekiedy małe i niepodatne wyniosłości, mocno bolesne (*periostitis*); częściej atoli występują zmiany w kościach późnym w przymiocie i wtedy bóle są niezmiernie silne. W cierpieniu kości przymiotowej natury rozróżniamy w ogóle: *periostitis syphilitica gummosa* i *ostitis gummosa*. Zmiany te mogą być rozlane lub ograniczone. Ze względu na zakończenie przymiotu kości, przyjmujemy podział na *periostitis syphilitica ossificans* i *periostitis gummosa*.

Po szczegółowym opisie wymienionych zmian chorobowych autor rozbiera pytanie, czy istnieje szkodliwy wpływ rtęci na układ kostny i czy słusznie uważano zmiany w kościach za następstwa użycia rtęci? Overbeck i Kussmaul przeczą temu, gdyż użycie rtęci nigdy nie wywołuje guzów (*gummata*), wyrastających z okostnej, lub z kości.

Zmiany w stawach należą do bardzo częstych objawów w przebiegu przymiotu tak wczesnego jakoteż i późnego i przedstawiają się we wczesnym okresie albo pod postacią samych bólów, albo pod postacią przyostrego zapalenia stawów; niekiedy przychodzi też do puchliny stawu (*hydrarthros*).

Zajęcie stawów w późnym przymiocie zdarza się rzadko; najczęściej występuje ono u osobników żółzowatych. Ze względu na miejsce wytwarzania się zmian, mamy dwa rodzaje zajęcia stawów w późnym okresie przymiotu; albo wytwarza się naciek w tkance łącznej pod błoną maziową i w samej błonie, albo też w innych razach rozpoczyna się cierpienie w końcach kości. Najczęściej ulega tym zmianom staw kolanowy. Jeżeli cierpienie ma miejsce w stawach palcowych, to niekiedy może przyjsć do wessania nacieku kostnego powstałego z rozpadu guza (*gumma*), skutkiem czego następuje zniekształtnienie palca.

Zmiany w ścięgnach we wczesnym przymiocie polegają albo 1) na surowicznym wysięku do torebki ścięgna, albo 2) na zapaleniu torebki ścięgniastej i objawiają się pod postacią wyniosłości w przebiegu ścięgna; najczęściej przebieg zapalenia jest ostrawy.

Zmiany w ścięgnach w późnych okresach przymiotu występują pod postacią nacieków przymiotowych, które są albo rozlane, albo ograniczone.

Nacieki te mogą uleść wessaniu albo rozpadowi, wreszcie mogą się przetworzyć w utkanie ścięgniaste, a przez odsadzenie się soli wapiennych mogą zwapnieć.

Zmiany w mięśniach we wczesnym przymiocie przedstawiać się mogą w rozmaitej formie zбочeń i już to jako bóle w mięśniach (*myosalgia*), jako kurcze (*contractura*), jako ogólne osłabienie mięśniowe, drżenie członków, najwidoczniejsze na kończynach górnych i polegające na kurczach i rozkurczach mięśni.

Zmiany w późnych okresach przymiotu są nader rzadkie i przedstawiają się jako nacieki rozlane, lub ograniczone (*myositis diffusa et gummatosa*). Nacieki rozlane wskutek przeobrażenia się komórek w tkankę włóknistą powodują zanik mięśnia i kurczenie się jego. Guzy (*gummata*) w mięśniach dochodzą do wielkości orzecha włoskiego, a ulegając przeobrażeniu wstęcznemu, znacznie mięknią; umiejscowiają się najchętniej w mięśniach pośladkowych, trójgłowym uda, języku, podniebieniu miękkim. Przebieg wogóle bywa bardzo powolny, a zmiany te nieleczone mogą wywołać stałe następstwa, jako to przykurczenie, stałe zgięcie i t. d..

Co się tyczy zmian w torebkach i zmian przymiotowych w członkach palców (*dactylitis syphilitica*), to wogóle powiedzieć można, że zmiany tam spostrzegane objawiają się we wczesnym przymiocie w postaci rozlanego nacieku, a w późnym pod postacią guzów *gummata*. Zmiany w torebkach maziowych i chrząstkach są w ogóle rzadkie a z chrząstek te tylko ulegają zmianie, które mają ochrząstną. W następstwie tych zmian ulegają często chrząstki nosa, krtani, chrząstki stawowe owrzodzeniu, martwieciu. *Dactylitis syphilitica* jest to zgrubienie członka, wynikłe skutkiem zmian kości lub okostnej; cierpienie to występuje bardzo późno i najczęściej występuje jako ropne zapalenie stawu. zanik tkanki kostnej, skrócenie palca.

(D. c. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Jakie jest znaczenie tak zwanej plwociny kulistej pod względem rozpoznawczym.

Jak to powszechnie wiadomo, w okresach nieco dalej posuniętych suchot płucnych chorzy wyrzucają wielce charakterystyczną plwocinę, przedstawiającą się pod postacią okrągłych, zbitych kulek różnej wielkości, które bądź to pływają zupełnie odzielnie w naczyniu napelnionem wodą, lub też nawet spadając na dno, bardzo długo zachowują swoją pierwotną postać. Masy te, które składają się przeważnie ze śluzu i ciałek ropnych, od dawien dawna zwano *sputum globosum*; uważano plwocinę takową za charakterystyczną dla daleko posuniętych suchot płucnych do tego stopnia, że wielu autorów plwocinę taką nazywało po prostu plwociną jamistą (*karernöses sputum*). Plwocina ta, która w daleko posuniętych suchotach przy fizykalnie dających się wykazać jamach suchotniczych, posiada małe znaczenie rozpoznawcze, zyskuje natomiast wielką rozpoznawczą doniosłość w tych przypadkach, gdzie przy obecności takowej badanie fizykalne chorego nie wykazuje nam jam, a tylko nieznaczne zgęszczenie mięszu płucnego; w tych razach bowiem plwocina jest dowodem niemal stanowczym poczynającego się w głębi rozpadu tkanki płucnej; taka plwocina nieraz na bardzo długi przeciąg czasu poprzedza tak zwane objawy klasyczne jam suchotniczych; które nawet nieraz do samej śmierci chorego mogą nie wystąpić; rzecz prosta, że w tych razach plwocina ta jest ważnym znakiem rozpoznawczym, ważniejszym jednakże jest wykazanie w niej za pomocą drobnowidzu włókien elastycznych, które, jak to moje dawniejsze badania nad tym przedmiotem wykazały, występują nawet już w bardzo wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie badanie fizykalne wykazuje zaledwie nieznaczne zgęszczenia. (Bliższe szczegóły pod tym względem ogłosiłem w r. 1877 w *Deutsche med. Wochenschrift* w pracy p. t. „*Ueber das Vorkommen von elastischen Fasern im Auswurf der Lungenschwindsichtigen*).

Zachodzi teraz pytanie, czy plwocina kulista może występować u osobników, nie przedstawiających żadnych zmian głębszych mięszu płucnego? Otóż na to pytanie możemy dać zupełnie potwierdzającą odpowiedź, nauczeni następującym przypadkiem, który to pokrótce podaje:

O., posługaczka szpitalna, wstąpiła na mój oddział w szpitalu S-go Ducha 15 Stycznia 1883 r. z powodu kaszlu i duszności od dawna trwającej. Przy badaniu chorej znaleźliśmy wysoko posuniętą wadę (niedostateczność) zastawki

dwudzielnej ze znacznem rozszerzeniem prawej komórki. W obu płucach w dolnych ustępach przewlekły obrzęk oraz objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli. Nigdzie zmian wypukowych wykryć nie można było. Chora mocno kaszle, plwocina tejże obok dość znacznej ilości masy śluzowej i pianistej, przedstawia nader charakterystyczne kawałki okrągławe i zbite (*sputum globosum*), opadające na dno naczynia. Plwocina ta przedstawiała się zupełnie taką, jaką widzimy zazwyczaj przy daleko posuniętych suchotach płucnych. Badanie pod drobnowidzem wykazywało przeważnie ciała ropne. Badanie, czy nie ma laseczników gruźliczych (*bacillus tuberculosis*), dało wynik ujemny.

Chora przy objawach stopniowo zwiększającej duszności zmarła w dniu 9 Marca. W ciągu prawie 2 miesięcznego pobytu chorej na oddziale kilkakrotnie występowała charakterystyczna plwocina, były jednakże całe tygodnie, gdzie chora niemal nie odkasliwała.

Badanie posmiertne wykazało: znaczne stłuszczenie serca, rozszerzenie komórki prawej; niedostateczność zastawki dwudzielnej; w wysokim stopniu przewlekły nieżyt oskrzeli, nawet najdrobniejszych, nigdzie jednakże zgęszczenia mięszu płucnego wykryć nie można było, toż samo rozszerzenia oskrzeli. Jednem słowem, mieliśmy obok wady serca, li tylko do czynienia z przewlekłym nieżytem oskrzeli, bez żadnych zmian mięszu płucnego.

Podobny przypadek, spostrzegalem jeszcze w roku 1873 w szpitalu Dzieciątka Jezus, będąc podówczas także asystentem szpitalnym. U chorej dotkniętej dużym tętniakiem aorty, w ciągu kilkudniowego pobytu w szpitalu występowała stale również plwocina kulista w dosyć znacznej obfitości. Chora zmarła nagle wskutek pęknięcia tętniaka. Badanie posmiertne wykazało wielki tętniak łuku i części wstępującej aorty; w płucach oprócz nieżytu oskrzeli żadnych zmian w mięszu wykryć się dało.

Wszystko wyżej powiedziane stwierdza, że tak zwana plwocina kulista, chociaż w większości przypadków jest wielce ważnym znakiem rozpoznawczym, nigdy jednakże nie może być uważana za objaw patognomoniczny suchot płucnych.

A. Sokołowski.

16. Jaka jest wartość rozpoznawcza tak zwanej plwociny rdzawej.

Jak to powszechnie wiadomo, w przebiegu ostrego włóknikowego zapalenia płuc występuje wielce charakterystyczna plwocina, zwana powszechnie plwociną pneumoniczną; jest ona rdzawa, ciągnąca się, lepka, najczęściej ciemno-pomarańczowego koloru. Plwocinę taką we wszystkich podręcznikach zaliczają do objawów patognomonicznych ostrego krupowego zapalenia płuc. Plwocina ta ma szczególnie wielką doniosłość rozpoznawczą przy zapaleniach odcinków środkowych płuca, w których właśnie oprócz gorączki i owej plwociny nie mamy żadnych innych objawów fizykalnych, charakterystycznych dla krupowego zapalenia płuc. Plwocina ta jednakże, będąca w ogromnej większości przypadków nader ważnym znakiem rozpoznawczym ostrego zapalenia płuc, nie jest nim zawsze, jak to poucza następujące spostrzeżenie.

21-letni, tego zbudowany oficer, dostał w pierwszych dniach Listopada r. z. silnych dreszczy i gorączki, w połączeniu z silnym suchym kaszlem. Chorego widziałem coś na 5-ty, czy 6-ty dzień choroby i wówczas znalazłem stan na w pół przytomny, język suchy, ciepłotę około 40° C.; kaszel męczący, niewielką ilość lepkiej rdzawej plwociny; oddech niezwykle przyspieszony. Badanie fizykalne dało rezultat prawie zupełnie ujemny, nigdzie stopienia wykryć nie można było, oddech w obu płucach nierówny, zaostrozony, tu i ówdzie

porozrzucane suche rzeżenia. Na podstawie tak charakterystycznej plwociny rozpoznano ostre zapalenie płuc centralne. W ciągu kilku dni następnych stan, pozostawał mniej więcej taki sam; chory był nawpół przytomny, kaszel trwał ciągle z charakterystyczną ciemno-pomarańczową plwociną, która wykazywała pod drobnowidzem obecność włóknika i ciałek czerwonych krwi. W płucach objawy pozostawały bez zmiany.

Dopiero około 12 dnia choroby wystąpił w lewym szczycie płucnym lekki oddech nieokreślony, drobne rzeżenia trzeszczące; przy opukiwaniu lekkie przytłumienie odgłosu. Plwocina wyżej wzmiankowana ustąpiła miejsca śluzoropnej, występującej w coraz większej ilości; stan gorączkowy trwał dalej; wystąpiły poty nocne, a stan coraz bardziej zbliżał się do ostrej postaci suchot płucnych (*phtisis acuta*). I w istocie zmiany w płucach stawały się coraz wyraźniejszymi tak, że już w końcu Listopada istniały wyraźne oznaki zniszczenia tkanki płucnej; chory niel coraz bardziej przy objawach zwykłych galopujących suchot i zmarł pierwszych dniach Marca r. b. Widzimy więc, że w tym przypadku mieliśmy plwocinę wyżej wzmiankowaną, która stała się powodem z początku błędnego rozpoznania; nie ulega bowiem kwestyi, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia odrazu z ostro powstałym zapaleniem płuc zrazikowem (*pneumonia lobularis*), które doprowadziło do ostrych suchot płucnych. Przypadek ten przypomina tę okoliczność, na którą dawno temu zwrócił uwagę B u h l, że zwykle zapalenie płuc nie przechodzi nigdy w sprawę serowatą czyli suchotniczą, a że zapalenia tego rodzaju są odrazu zapaleniami natury serowatej, czyli jak B u h l je nazywał. *acute genuine desquamative-Pneumonie*. Może być więc, że i B u h l ma rację i że przypadki, gdzie ostre zapalenie płuc przechodzi w serowate, dadzą się podciągnąć pod kategorię przypadku, który tu pokrótce opisałem. Rzecz ta w każdym razie zasługuje na bliższą uwagę i należałoby przypadki tak zwanego centralnego zapalenia płuc krupowego poddać jeszcze ściślejszemu rozbirowi.

Plwocina rdzawa ma również występować czasem przy ostrej gruźlicy płuc (*tuberculosis miliaris pulmonum*); tak przynajmniej podaje J u e r g e n s e n; ja dotychczas przypadku podobnego nie widziałem; natomiast widziałem kilkakrotnie rdzawą plwocinę w przebiegu już istniejących przewlekłych suchot płucnych, gdzie o wystąpieniu ostrej sprawy zapalnej mowy być nie mogło, plwocina bowiem taka występowała nieraz w okresie zupełnie bezgorączkowym choroby.

Z przytoczonego powyżej widzimy, że tak zwana plwocina rdzawa, chociaż w większości przypadków jest wielce cennym znakiem rozpoznawczym, nie może być jednakże uważaną za objaw patognomoniczny ostrego włóknikowego zapalenia płuc.

A. Sokołowski.

ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

Wskutek odebranych w ostatnich dniach listach tak prywatnych, jak zbiorowych listów, a mianowicie od towarzystw lekarskich warszewskiego i krakowskiego, listów wyrażających życzenie, ażeby z powodu kolneydeneyi we Wrześniu b. r., różnych zjazdów naukowych i uroczystości narodowych, zjazd czwarty lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbył się dopiero w roku 1884, widzi się niżej podpisany wydział gospodarczy zniewolonym do przelożenia terminu tego Zjazdu ostatecznie i nieodwołalnie w 2-go Czerwca 1884 roku. Wydział gospodarczy

stanowczo przecież zaznaczona, że przygotowaniu do Zjazdu przez tę zmianę żadnej nie doznają przerwy i ma nadzieję, że lekarze i przyrodnicy polscy tem ogólniej pracami i udziałem licznym Zjazd nasz poprą. Uprasza się wszystkie pisma o powtórzenie tej wiadomości.

Poznań, dnia 11 Czerwca 1883.

D-r B. Wicherkiewicz,
przewodniczący.

D-r Osowski,
sekretarz.

D-r Jarnutowski,
skarbnik.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Gmina tutejsza starozakonnych otrzymała zawiadomienie, iż suma 9000 rs. udzielana szpitalowi starozakonnych corocznie przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej nie będzie już w roku przyszłym wypłaconą. Dla pokrycia wyniknąć ztąd mogących braków. Zarząd szpitala starozakonnych podniósł kosztą opłaty chorych, jak to dowiadujemy się z ogłoszeń w tymże szpitalu w każdej sali wywieszonych, a brzmiących: „Zarząd szpitala starozakonnych w Warszawie. Podaje do powszechnej wiadomości, iż na zasadzie postanowienia Rady Miejskiej Warszawskiej Dobroczynności Publicznej z dnia 3 Stycznia r. b., zatwierdzonego przez JW. Ministra spraw wewnętrznych pod dniem 16 Marca z. r. za Nr. 1963, opłata kosztów kuracyjnych za leczenie chorych w szpitalu starozakonnych, pobierana dotychczas po kop. 22½ dziennie, podwyższoną zostaje do kop. 30 dziennie za każdego chorego, a to od dnia 13 Lipca r. b. Chorzy stale w Warszawie zamieszkałi, którzy udowodnią ubóstwo swoje, leczeni będą i nadal bezpłatnie“.

— Kolega D-r C i u n k i e w i e z listownie uprasza nas o zawiadomienie, iż d. 1 Października r. b., czynności w zakresie dentystyki wchodzące rozdziela na: 1) gabinet operacyjny, 2) gabinet dla plomb, 3) gabinet dla protezy (zęby sztuczne, obturatory, aparaty stosowane przy złamaniach szczęki i t. d.); koledzy chcący się wydoskonalić w dentystyce, mogą korzystać z liczego materiału, jakim rozporządza kol. C i u n k i e w i e z. Czas potrzebny do obznajmienia się z przedmiotem wynosić powinien, zdaniem kol. C., co najmniej rok jeden.

Marsylja. Rząd Rzeczypospolitej Francuzkiej decyzją wydaną w d. 16 Czerwca r. b. podarował część gruntu położonego nad morzem (*pointe d'Endoume*) na założenie Muzeum zoologii morskiej, oddając takowe w zawiadywanie tutejszego *faculté des sciences*.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 25. G l u z i ń s k i. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). (Dalszy ciąg). — S c h a i t t e r. Śmierć z zezadzenia. (Dalszy ciąg). — R o s e n b l a t t. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od roku 1879—1882 (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 25. T a l k o. Kaustyczne działanie kalomelu na spojówkę.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D u n i u W ą s o w i e z. Farmakognozyja. Zeszyt 2 Lwów 1883.

F i a l k o w s k i. Śluczaj atropinnojj ekcemy. Odbitka z „Medyckiego Wiestnika“ 1883.

— Głaznyja sanitarnyja stancyi. Odbitka z „Wojenno Sanitarnago Diela“ 1883.

— Nieskolko słow po dowodu naznaczenia jodoforma w oftalmologiczeskiej terapeutilne. Odbitka z „Medyckiego Wiestnika“. 1883.

Na pomnik Mickiewicza złożył: D-r Słomiński z Tykocina, gub. Łomżyńskiej kop. 50.— Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 982, 5 Złr., 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Maj 1883 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

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

A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

WINCENTEGO KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Elektoralna N. 35



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

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

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:

- Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rsr.
- Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 50 kop.
- Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 20 kop.
- Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o:

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

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

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

Tran lekarski oczyszczony, butelka 50 kop.

Tran lekarski zwyyczajny, butelka 40 kop.

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

Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussu i korzenia granatu, cena dozy 3 rs.

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

W. Karpiński.

10-6

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

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

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 materjałów aptecznych i aptekach Rossyi



SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu i Kazańska 3. u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20-2

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

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

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIENI, I WYMAGAĆ, JAKO 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 obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

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

Należy wystrzegać się podrobieni, 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 et 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 sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

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

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

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

Należy wystrzegać się podrobieni 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.

GŁÓWNY SKŁAD WÓD NATURALNYCH ZE ŹRÓDEŁ CZERPANYCH

przy Aptece Magistra Farmaceyi

LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

w WARSZAWIE, ulica Marszałkowska wprost Zielonego Placu.

Zawiadamia, że nadeszły tegorocznego wiosennego czerpania wody lecznicze, ze wszystkich źródeł krajowych i zagranicznych, mianowicie: galicyjskie, węgierskie, czeskie i austriackie, niemieckie belgijskie i francuzkie. Nadto rozmaite produkta źródlowe do wewnątrz używane, jak sole, pastylki i. t. p.—oraz do zewnątrz na kąpiele i okłady, sole i lugi i. t. d.

Osobom biorącym w większych ilościach wody, odstępuje się odpowiedni rabat od cen.

Obstalunki przyjmują się ustne i piśmienne i takowe załatwiane są spiesznie—za dostawę zaś do domów i dworców kolei nie dolicza się.

Wysyła się także kolejami transporta wód na tak zwany przekaz („Nachnahme”) odbierającego nie inaczey jednak, jak za zaliczeniem $\frac{1}{4}$ wartości, mogącej pokryć koszt należny kolejom za przewóz.

Broszur ze źródeł dostarcza się bezpłatnie.

L. Ziemiński.

Adres dla telegramów

L. Ziemiński Aptekarz w Warszawie.

Adres zaś dla listów jak wyżej.

4—4

Stacja kolejowa
Muszyna Krynica
z dworca kolejowe-
go do Zakładu 10
kilometrów, godzina
jazdy. Przy dworcu
siłkary i wózki górals-
kie.

KRYNICA

Poczta i Telegraf
tutzież biuro wy-
wiadoweze w sa-
mym zakładzie.

w Galicyi w pow. Nowo Sąddeckim

CES. KRÓL. ZAKŁAD ZDROJOWO-KAP ELOWY

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

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

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

Ostatnia kurlista wykazuje, przeszło 4,000 gości.

Podezas sezonu ordynuje sześciu p. p. lekarzy.

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

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

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

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

Na razie wysiąść można w hotelu Krakowskim, pod Koroną

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

Ces. Król. Zarząd Zakładu zdrojowego w Krynicy.

6—4

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA NADZWYCZAJ WZMACNIAJĄCA
zawierająca
chloran dwuwęglan i arsenian sodu
(28 milligr. arsen : sodowego na litr.)

Zażywać 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 :

Dr. Leon Tannenbaum

ordynuje od 20-go b. m.

w **Ciechocinku**

(dom Müllera). 4-4

B U S K O

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale

w Busku zamieszkuje, ordynuje

w domu własnym. 6-5

B U S K O

Dr. J. Majkowski

Lekarz zakładowy, udziela porady z rana w gabinecie lekarskim zakładu, po połu-
dniu w swoim mieszkaniu na folwarku rządowym. 6-4

DR. H. PRZEŹDZIECKI

praktykuje jak lat poprzednich

w **Francensbadzie**

(Goldener Stern). 6-4

W I W O N I C Z U

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

Dr. Klemens Dębicki

jako lekarz zakładu. 5-4

Dr. Tadeusz Dworski

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

Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran.

10-4

Dr. Karol Dębicki

udzielać będzie porady lekarskiej jak w roku zeszłym

w **Francensbadzie**. 6-6

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w **Iwoniezu**

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

6-5

DR. WIKTOR ŻELAZOWSKI

b. sekundaryjusz szpitala Krakowskiego

ordynuje w sezonie tegorocznym, tak jak w roku zeszłym, w **Karlshadzie**.

Mieszka: Andreasgasse „Wilde Taube“.

6-6

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

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

OGŁOSZENIA.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 45,
oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich.

0—14

K U M Y S

z mleka kłaezy wyrabiany przez Tatarów w Nowo-Mińsku pod nadzorem Lekarza—sprzedaje się
tamże i w Apteece E. FIJAŁKOWSKIEGO plac Teatralny w Warszawie. 1—1

Dr. Med. Czesław Stiche

przez cały letni sezon ordynuje w **KARLSBADZIE**

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

12—7

Zakład Leczniczy

Stacja drogi
żelaznej Nadwi-
ślańskiej.

NAŁĘCZÓW

CAŁY ROK OTWARTY.

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

Sezon letni od 15 Maja.

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 następującymi środkami leczniczymi
1) Leczenie wodą w specjalnie urządzonym Instytucie hydropatycznym. Gimnastyka lecznicza
Dyjetetyczne stołowanie chorych. Elektroterapija, leczenie zgęszczeniem i rozrzedzeniem powietrzem.
2) Kuracyja kumysem naturalnym, kuracyja mleczna i serwatkowa. 3) Kuracyja wodami żelazistemi Nałęczowskiemi (szezawa żelazista) oraz wszelkimi innymi wodami mineralnymi naturalnymi i sztucznymi, kąpiele żelaziste Nałęczowskie, kąpiele borowinowe (błotne) oraz wszelkie inne kąpiele sztuczne. Nałęczów jest wskazanym we wszystkich chorobach przewlekłych, głównie zaś nerwowych, niezręczności żołądka - kiszkiowych, w niezręczności dróg oddechowych, osłabieniach ustroju bezkrwistości, bladaczce, chorobach kobiecych i t. d.

Cena całodziennego utrzymania z leczeniem od trzech rubli dziennie.

Blizsze objaśnienia udziela Administracyja Zakładu.

Dr. G. Doliński, (Dyrektor Zakładu).

Dr. A. Sokołowski, (Konsultant sezonowy).

16—9

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

D. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpieli, 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—14

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 artretycznej rozwijających się. 30—14

OPNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinija najpierwszych lekarzy Europy

Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

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

Sprzedaje się we wszystkich składach materjałów aptecznych i aptekach w Rosyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj 20—2

GAZETA LEKARSKA.

Treść. Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. W. Dybek. — I. K. Chęłchowski. Przypadek uciśnięcia rozgałęzi tętnicy płucnej prawej. — Przegląd bibliograficzny. Syfilidologia. Napisał D-r Ż. Krówezyński. Ocenił E. Klinck. (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie.* A. Sokółowski. Jakie jest znaczenie tak zwanej płwociny kulistej pod względem rozpoznawczym. 16. A. Sokółowski. Jaka jest wartość rozpoznawcza tak zwanej płwociny rdzawej — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Ś. p.

D-r Med. WŁODZIMIERZ DYBEK.

„Służmy poczciwej sławie“.

Rzednieją z dniem każdym szeregi profesorów bylej Szkoły Głównej; jeden za drugim do snu wieczystego strudzona kładzie głowę. I znów zamknęło się trumny wieko nad zwłokami jednego z najdzielniejszych. W ustronnej wiosce w Łęczyckiem, w Topoli, daleki od gwaru wielkiego świata w d. 20 b. m. dokonał w ciszy skolatanego licznemi burzami żywota ś. p. D-r med. Włodzimierz Aleksander Dybek, mąż potężnego umysłu i wzniosłego serca, dzięki olbrzymim swym zdolnościom, obszernej wiedzy i pracy niestrudzonej, winien był z wyżyn naukowego stanowiska rozsiewać długo promienie dzielnego swego ducha. Hojnie od natury obdarzony niepospolitemi zdolnościami, po ojcu Andrzejowi dziedzic dobrze krajowej nauce lekarskiej zasłużonego nazwiska, a po dziadzie ze strony matki, Jerzym D-rze Arnoldzie, wytrwalej naukowej pracy spadkobierca, zdawał się ś. p. Włodzimierz od najmłodszych lat niejako przeznaczonym na to, by kiedyś zajaśnieć wspaniale na ojczystej wiedzy świeczniku.

Urodzony dnia 12 Grudnia 1824 r. w Warszawie, w rodzinnem mieście ukończył nauki gimnazyjalne i przez dwa lata kształcił się w szkole pedagogicznej, ze szczególnem zamiłowaniem zajmując się matematyką, która też później przez całe życie ulubione, obok medycyny, zmarłego studyum stanowiła i stała się zapewne ważną podstawą umysłową jego ścisłego naukowego poglądu, którym w tak wysokim stopniu celował. W r. 1842 udał się do Berlina, gdzie po ukończeniu Wydziału lekarskiego i napisaniu rozprawy „*De pulmonum emphysemate vesiculari*“ w r. 1847 stopień doktora medycyny uzyskał, a po powrocie do kraju osiadł jako praktykujący lekarz w Warszawie. Tu, pośród ówczesnej ciszy i posuchy naukowej, należał ś. p. Dybek do owych dzielnych, co świętemu ogniewi wiedzy wygasać nie dozwolali. Sam pełen nauki i umysłowego zapału dzielił się chętnie w koleżeńskim kole obfitym plonem zdobytych wia-

domości. Wkrótce po otwarciu Akademii medyko-chirurgicznej powołany został na katedrę patologii i terapii ogólnej i tenże przedmiot wykladał i w byłej Szkole Głównej. Niedługo wszakże młodzież uniwersytecka i szersze naukowe koła Warszawy cieszyć się mogły świetnym profesorem, co obszernie umiejętności zasoby umiał w jędrnej i ścisłej naukowej szacie „potoczystem uwydatnić słowem“. Już w r. 1864 zniewolony porzucić katedrę i rodzinne miasto, przebywał we wschodniej Rosyi, oddany zawsze skrzętnej i mozolnej naukowej pracy i w rozległej mierze pełniąc naokół obowiązki lekarza i zacnego człowieka. W r. 1870 widzimy go powtórnie w Warszawie, niosącego na pożytek bliźnich rozległe zasoby wielkiej swojej wiedzy i stokroć hojniejsze może jeszcze dary szlachetnego, gorącego serca. Komuż bo niewiadome są jego szczere, poświęcone i bezinteresowne trudy dla ubogiej ludności podczas epidemii cholerycznej 1872 roku?

W naukowym ruchu ś. p. D y b e k zawsze żywy brał udział, zasilając Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego licznemi pracami; należał też do wydawnictwa biblioteki umiejętności lekarskich i przeglądu postępów nauki lekarskiej, wydawanych przez ś. p. G i r s z t o w t a. Ważniejsze z prac jego są:

O gastrycyzmie ze stanowiska fizjologii i wymiotach, jako środka lekarskim w chorobach ostrych. Pamiętnik. 1856.

Sprawozdania z czynności Tow. lekarskiego Warszawskiego w r. 1857, 1858, 1859, 1870, drukowane w Pamiętniku Tow. lek. Warszawskiego.

Sprawozdania z oddziału chorych mężczyzn gorączkowych. Pam. 1860 r..

Operacja, mająca na celu radykalne wyleczenie przepukliny pachwinowo-mosznowej, wykonana przez prof. G i r s z t o w t a: Pamiętnik T. lek. W. 1860.

Sprawozdanie z rozpraw o dławcu na posiedzeniach Tow. lek. Warsz. 1862 roku prowadzonych. Pamiętnik. 1861.

Oleje ozonizowane, jako środek przeciwko gruźlicy. Pamiętnik. T. 44. 1860.

Pulweryzatory S a l e s - G i r o n'a, M a t h i e u g'o i Antoniego H a n n'a. Pamiętnik Tow. lek. Warsz. 1861.

Wykład wstępny patologii szczegółowej w c. k. med.-chir. Akademii. Tygodnik lekarski. 1862.

D r Ferdynand D w o r z a c z e k. Życiorys. Tygodnik illustr. 1876.

Terapija ogólna. Warszawa 1876 w bibl. Um. lek., najpoważniejsze i najgłówniejsze z dzieł D y b k a.

We wszystkich naukowych pracach zmarłego widnieje bystry, krytyczny, teoretycznemi mrzonkami nieobałamucony pogląd przyrodniczy na życiowe sprawy; wnioskowanie jest zawsze logiczne i ścisłe, rzecz można, matematyczne, a język jędrny, jasny i dobitny. Takim też było i żywe słowo w wykładzie. Wolen od błyskliwych retorycznych kwiatów, styl jego był dosadny, choć często, dzięki wielkiej myślowej treści, nie odrazu dla płytszych umysłów dostępny.

Do rozgłośnych, rozrywanych stołecznych praktyków Ś. p. D y b e k nie należał nigdy, choć pewno w najwyższym stopniu umysłowe ku temu posiadał warunki; stała temu na przeszkodzie niezwykle cicha, tylko iscie podniosłym umysłem właściwa, skromność, bez najlżejszego chępliwości cienia i do ostatecznych granic posunięta etyczna drażliwość ś. p. Włodzimerza w stosunkach z kolegami i cherymi, brzydząca się wszystkim, co w tej szlachetnej duszy za konkurencyjny uchodzić mogło środek, a wielka publika nie ma, niestety, tego deli-

katnego zmysłu, by zawsze blichtr zewnętrzny od istotnej, wewnętrznej odróżnić wartości.

Ale za to u tej lepszej, choć mniej licznej części, imię *Dybka* wymawiano zawsze z najszczerzą czcią dla jego niepospolicie bystrego lekarskiego oka, głęboko krytycznego rozumu i niewymownie słodkiego, pełnego uroku obejścia. Cenili go też wysoko wszyscy światli i zacni koledzy, co pod skromną zewnętrzną, ascetyczną niemal osłoną, znajdowali w nim zawsze nieprzebrane skarby ściślej i gruntownej nauki, prawego charakteru i serca, bijącego żywo dla każdej lepszej ludzkiej i obywatelskiej sprawy.

Niedługo trwał i ponowny pobyt *S. p. Włodzimierza* w Warszawie. Rodzinne nieszczęścia uderzyły srodze w szlachetną pierś uczuciowego człowieka. On, dzielny lekarz, co tysiącom chorych w ciężkiem niebezpieczeństwie niósł skuteczną radę i pomoc, bezsilny i złamany zapłakać musiał rozpacznie nad mogiłą prawie dorosłych ukochanych swych dzieci. Ten pocisk był nad jego siły. Znekany, porzucił praktykę, skruszył naukowe pióro, którem tak dzielnie władał i wyjechał do Rzymu, by w religii szukać ukojenia ciężkiej swej żałoby, stęskniony wszakże za krajem przed parą laty powrócił, by znaleźć grób cichy na rodzinnej ziemi.

Spoczywaj więc spokojnie *Czcigodny Mężu*, po twardym znoju ciężkiego, a pełnego zasług życia; imię *Twe* nie zaginie w nauki naszej rocznikach, ani wygaśnie z pamięci współbraci, którym niosłeś wiedzę i spokój i zdrowie, dla których pięknym świeciłeś przykładem, jako głęboko myślący uczoney, biegły, racjonalny i na niedolę ludzką zawsze czuły lekarz, szlachetny kolega i zacny obywatel, a lekką niech Ci będzie ziemia ojców *Twoich*, boś ją, jak syn prawy, gorącem umiłował sercem!

D-r Aleksander Fabian.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROFESORA POPOWA.

I. PRZYPADEK UCISNIĘCIA ROZGAŁĘZIEN TĘTNICY PŁUCNEJ PRAWEJ.

Opisał

K. Chelchowski.

Dnia 20. XI. 1882 r., przybyła do kliniki *A. K.*, żebraczka. Chora, kobieta 54-letnia, miernie zbudowana, bardzo wychudła, z ogólnym wyglądem charłaczym, skórą żółtą, pomarszczoną, nie gorączkuje (ciepłota 36° C. przy tętnie 84 na minutę), oddecha głośno i z trudnością. Skarży się na osłabienie, duszność klucie w lewym boku i suchy kaszel. Chociaż z trudnością, przecież chodzić może, nawet pod górę. Duszność męczy ją zawsze jednakowo; wzmagą się tylko na zimnem powietrzu; silniejszych napadów nie bywa. Klucia w boku doznaje tylko podczas ruchu, kaszlu i głębszego oddechania.

Przypadłości te trapią ją od bardzo dawna; 12 lat temu po 2 miesięcznym kaszlu dostała bardzo obfitego krwotoku płucnego, aż do utraty przytomności.

Krwioplucie trwało jeszcze z tydzień, poczem chora powoli wróciła do sił i czuła się niezłe aż dor. 1881, w którym to roku krwotoki płucne, wprawdzie mniej obfite, ale 2 razy się powtórzyły, 3-ci miał miejsce w końcu Stycznia 1882 r. Od 13. II. do 9. V. leżała w szpitalu; w karcie szpitalnej zaznaczono duszność, kaszel, krwioplucie, obecność rzeżeń w prawym płucu, brak gorączki przez cały czas pobytu. Chora opuściła szpital z poprawą, ale od 2 miesięcy osłabła bardziej, od czasu do czasu miewała wymioty i biegunkę; duszność i kaszel się powiększyły. Od miesiąca doznaje klucia w boku. Do łóżka wcale się nie kładła.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej, ze wsi z gub. Radomskiej; w Warszawie mieszka od 1863 r. Niezameżna, nigdy nie rodziła. Miesiączkowała od 13 do 46 roku życia, dość nieregularnie, często z bólami. Będąc jeszcze młodą dziewczyną, chorowała na zimnicę i żółtaczkę. Około 20 roku życia miała wrzód na częściach płciowych bez objawów następczych, jakby się zdawało. Od bardzo dawna białe upławy, które trwają do ostatniego czasu. Często dawała sobie puszczać krew. Od dzieciństwa pijała wódkę. Nałogową pijaczką, jak mówi, nie była.

Chora oddecha ze współudziałem mięśni szyjowych; wdech i wydech są przedłużone, głośnie; wdech nieco świszczący, jakby stenotyczny. Częstość oddechu 48 razy na minutę. Krtani odbywa nieznaczne ruchy ku górze i na dół. W objętości i ruchach oddechowych obu połów klatki piersiowej widocznej różnicy nie ma. Granice odgłosu płucnego są obniżone o jedno żebro (z tyłu na XII żebrze, w liniach pachowych prawej i lewej na IX, przymostkowej lewej pod V, sutkowej lewej pod VI). Wyjątek stanowi przednia powierzchnia prawej połowy klatki piersiowej. Tu na przestrzeni, ograniczonej z prawej i lewej strony liniami sutkową i przymostkową prawą, od góry zaś — dolnym brzegiem IV żebra, odgłos wypukowy jest zupełnie tępy. Powyżej tej czworobocznej przestrzeni aż do prawego obojczyka odgłos w porównaniu z lewą stroną jest stłumiony. Daleko słabsze stłumienie znajduje się z tyłu, w prawej okolicy nadgrzebieniowej i górnej części podgrzebieniowej. Na lewej połowie klatki piersiowej słychać szmer oddechowy pęcherzykowy przedłużony. W górnej części prawej połowy klatki piersiowej oddech jest bardzo słaby, nieokreślony; drżenie osłabione. Przy wysłuchiwaniu głosu wyraźnej różnicy między dwiema stronami nie ma. We wspomnianym już czworoboku bezwzględnej tępości nie słychać wcale oddechu, nie czuć drżenia klatki piersiowej. Nad dolną częścią lewego płuca od brzegu mostka do dołu pachowego słychać podczas i po wydechu bardzo szorstki szmer tarcia, dający się wyczuć i ręką. Pod lewym obojczykiem podczas wdechu czuć lekkie drżenia. Nigdzie ani wilgotnych, ani suchych rzeżeń. Uczucie duszności nie dosięga bardzo wysokiego stopnia. Kaszel niezbyt częsty. Płwocina bardzo skąpa, śluzowa.

Uderzenia serca nie widać i nie czuć. Tępość serca z lewej strony nie daje się wcale wypukać; odgłos płucny przechodzi bezpośrednio w tympanityczny. Natomiast z prawej strony istnieje opisana już przestrzeń tępego odgłosu, zachodząca cokolwiek na prawą połowę mostka, a ku dołowi zlewająca się z tępością wątroby. Tony serca czyste, słabe; słychać je od prawej sutki do lewego dołu pachowego, najwyraźniej na mostku. Pod prawą sutką obok tonu skurczowego

słychać szmer podmuchowy. Szmer ten jest dostępny dla ucha prawie na całej prawej połowie klatki piersiowej, bo od kręgosłupa do prawej linii sutkowej. Dalej na lewo nie sięga. Ku górze nie przekracza grzebienia łopatki z tyłu, a III żebra z przodu. Najwyraźniej przecież słychać go tuż pod sutką i u kąta łopatki. Ułożenie chorej, wzmocnienie działalności serca (po ruchu lub wypiciu wina), uciskanie żył szyjowych, podnoszenie rąk, zatrzymanie oddechu, wszystko to nie wywiera na szmer żadnego wpływu. Tętno 84 na minutę, małe, prawie nitkowate, w prawej kończynie nieco pełniejsze, opieszale (*pulsustardus*). Żyły na przedniej powierzchni klatki piersiowej rozszerzone dookoła sutek, zwłaszcza lewej. Ani sinicy, ani obrzęku. Błony śluzowe blade, skóra i rogówki nieco żółtawe. Po ruchu, po użyciu środków podniecających, daje się zauważyć słabe tętnienie w dolku i jeszcze słabsze u prawego brzegu mostka.

Brzuch niebolesny; wątroba i śledziona niewyczuwalne; język czysty, łaknienie średnie, stolce w ostatnich dniach prawidłowe.

Ilość moczu z doby 1250 ctm. sześciennych. Ciężar właściwy 1013; barwa blada; odczyn słabo kwaśny; białka ani śladu. Białe upławy; gruczoły pachwinowe i szyjowe nieco powiększone; żadnych śladów przymiotu.

Na obu kolanach kuliste, niebolesne, chelboczące guzy; większy lewy (wielkości pięści) istnieje od dzieciństwa; mniejszy, prawy, od kilku lat. Prawa żrenica mniejsza od lewej.

Po zbadaniu chorej nie umiałem postawić rozpoznania, któreby tłómaczyło wszystkie objawy. Prawdopodobniejszem od innych (np. od tętniaka aorty) wydawało mi się lewostronne zapalenie opłucnej w okresie wsysania wysięku. Przypuszczałem, że serce, przesunięte poprzednio przez wysięk na prawo, przyrosło w tem nowem położeniu, a w jednym z większych naczyń (najprędzej w żyłę głównej górnej) w skutek zgięcia lub skręcenia powstał opisany szmer. Zmiany w płucach uważałem za stare, śródmiąższowe, nie postępujące (brak gorączki, rzężeń, plwociny). Prof. P o p o w, rozbierając przypadek na wykładzie, odnosił szmer do prawej tętnicy płucnej, a znajdując jednocześnie i objawy zwiężenia oskrzela (oddech nieco stenotyczny, osłabienie szmerów oddechowych po prawej stronie) rozpoznawał obecności guza w klatce piersiowej, uciskającego prawe oskrzela i tętnicę płucną. Tępość znaleziona po prawej stronie mostka, zależałaby po części od samego guza, po części od serca, wypartego przezeń ku przodowi. Co do natury guza, to mógłby to być ziarniniak przymiotowy (ze względu na anamnezę); ale może też są to powiększone gruczoły oskrzelowe, tętniak wrzście. Chorej zalecono wino, naparstnicę (*inf. e gr. vj—5vj*), suche bańki.

Przez pierwsze 4 dni stan jej nieco się poprawił: tętno nieco pełniejsze, duszność mniejsza, szmer tarcia powoli zniknął. Dnia 26. XI. po olejku rycynowym, zaleconym z powodu zaparcia stolca, kilkanaście wypróżnień. Chora bardzo osłabiona tętno 72. Dnia 27. XI. Tętno 72; biegunka ustała; brak łaknienia. Dnia 28. XI. tętno 60; chora miała kilka razy wymioty (po jedzeniu, lekarstwie), skarży się na ból głowy. Bardzo osłabiona, apatyczna; głos cichy; w moczu białka nie ma. *Inf. Valer. e 5j—5vj*. Dnia 29. XI. tętno 60, oddechów 18; wymioty były raz jeden jeszcze; chora bardzo osłabiona, na pół senna, wstać sama nie może; ani pokarmów, ani lekarstw nie chce przyjmować; wódki także

nie chce; ból głowy. Dnia 30. XI. Chora od rana majaczy, wstaje z łóżka, chodzi po sali, opowiada innym wesoło ze śmiechem, że ją czeka blizka śmierć, że ją chcą otruć, że serce w niej umarło. Żrenice rozszerzone; wymiotów nie było; kilka stolców; na nic się nie skarży, w ciągu jadała trochę, raz miała wymioty. Wieczorem umarła.

Przez krótki czas jej pobytu w klinice, szmer skurczowy zawsze było slychać, chociaż niekiedy bywał słabszym. Tętno w okolicy serca i wielkich tętnic zawsze były czyste.

Badanie zwłok, wykonane przez prosektora *P r z e w ó s k i e g o*, wykazało co następuje.

Prawe płuco jest znacznie zmniejszone. Bardzo silne i grube zrosty włókniste łączą przednią jego powierzchnię z opłucną żebrową; słabsze z osierdziem. Górna i dolna część płuca, również i tylna powierzchnia, są wolne. Cała średnia część płuca zapadnięta, skurczona. W głębi wyczuwa się twardy, nierówny guz, wielkości pięści, zajmujący cały prawie średni zraz i dolną część górnego; od opłucnej oddziela go miąższ, zawierający powietrze. Na powierzchni rozkroju guza widać tkankę czarną, jednolitą, zbitą, chrząstkowatej spójności, zupełnie bezpowietrzną, prawie bezkrwistą, w pośród niej przecięcia oskrzeli i naczyń. Z głównej masy guza w zdrowy miąższ płucny wnikają twarde, czarne smugi włókniste, dochodzące do opłucnej. U obwodu średniego zrazu w rozszerzeniu jednego z mniejszych oskrzeli znajduje się kamyczek. Dolny zraz i pozostała większa część górnego, zawierają powietrze, mierną ilość krwi; nigdzie żadnych stwardnień, ani jam. We wnętrzu płuca zbita tkanka guza i zlewające się z nią powiększone, twarde, ciemno-brunatne gruczoły oskrzelowe tworzą jakby obrączkę, która na przestrzeni 1 ctm. uciska obie gałęzie prawej tętnicy płucnej i prawego oskrzela tuż za miejscem ich podziału, oraz żyłę płucną. Tętnica i oskrzele, przeznaczone dla zrazów górnego i średniego są uciśnięte silniej; tętnica przepuszcza zaledwie pióro kruce, oskrzele jest spłaszczone, żyła płucna, towarzysząca im, zgięta pod kątem. Błony, śluzowa w oskrzelu i wewnętrzna w tętnicy, pofałdowane. Jeden z gruczołów oskrzelowych, leżący pomiędzy oskrzelem i tętnicą, w środkowej swej części uległ rozmiękczeniu, zawiera ciemny, gęsty płyn. W mniejszym nieco stopniu obrączka uciska tętnicę i oskrzele, idące do dolnego zrazu prawego płuca. Powyżej obrączki główny pień prawego oskrzela i tętnicy płucnej są silnie rozszerzone (*Pneumonia interstitialis; stenosis bronchi dextri et arteriae pulmonalis dextrae*).

Lewe płuco, w dolnej części przyrosłe, pokrywa serce, opada mało, jest blade, małokrwiste. Stwardnień nigdzie nie zawiera z wyjątkiem wnęki, gdzie czarne, twarde gruczoły oskrzelowe i zbita szara tkanka okołoskrzelowa, przypominają obraz, znaleziony w prawym płucu. Ani ściśnięcia oskrzeli, ani tętnic, nie ma. Błona śluzowa obu oskrzeli czerwona, sucha, okazuje podłużne i poprzeczne prążkowanie.

Serce małe, nieco przesunięte na prawo, połączone zrostami ze skurczonym średnim zrazem prawego płuca. Ścianka lewej komórki zcieńczała, ciemno-brunatna. Nieznaczne zgrubienie na brzegu zastawki dwudzielnej. Przerost prawej komórki. Przerost i rozszerzenie prawego przedsionka. Zastawki tętnic

prawidłowe. Obwód aorty tuż nad zastawką 7 ctm., tętnicy płucnej 8. W aorcie kilka wysepek ateromatycznych tylko nad zastawką obok otworów tętnic wieńcowych. Liczniejsze nieco wysepki w tętnicy płucnej. Śledziona nieco powiększona, twarda. Wątroba zmniejszona (długość 20 ctm., szerokość 11 ctm. grubość 8 ctm.), powierzchnia jej słabo ziarnista, zwłaszcza w lewym zrazie, spójność twarda; środkowe części zrazików nastrzyknięte krwią. Pęcherzyk żółciowy zawiera 4 kamyki. Nerki o połowę zmniejszone; otoczka schodzi z trudnością; powierzchnia słabo ziarnista; warstwa korowa zcieńczała, czerwona; spójność twarda (*nephritis mixta*). Jajniki zanikłe; objawy przewlekłego niezytu macicy, kiszek i żołądka; obrzęk mózgu i jego opon; na obu kolanach *bursitis praepatellaris*.

Badanie mikroskopowe wykazało, że część guza, położona bliżej wnęki prawego płuca, składała się prawie wyłącznie z ubogiej w komórki, włóknistej, czarno zabarwionej tkanki łącznej. Wśród niej widać tylko oskrzela ugniecione i nacynia ze ściankami zgrubiałymi (zwłaszcza błoną wewnętrzną, często zupełnie zarosniętą). Tylko gdzieś niegdzie się zdarzały ślady pęcherzyków płucnych. W ugniecionych oskrzelach pojedyncze chrząstki czasami zamiast układać się obok siebie w jednej linii są jakby zwicmięte na zewnątrz. Im bliżej zdrowego miąższu płucnego, tem bardziej występowało drobnokomórkowe nacieczenie dookoła oskrzeli, naczyn i w zgrubiałem rusztowaniu międzypęcherzykowym. Zdarzały się i pojedyncze komórki olbrzymie. Pęcherzyki płucne uciśnięte, światło ich zwykle wolne; rzadziej zawierały nieliczne wielkie komórki nabłonkowe z ziarnistym barwnikiem. Wszystko to stanowi obraz czystego zapalenia płuc śródmiąższowego.

Badanie pośmiertne wyjaśniło dostatecznie objawy, znalezione za życia. Ów szmer skurczowy na prawej połowie klatki piersiowej powstał oczywiście w uciśniętych gałęziach prawej tętnicy płucnej. Że objawy wysłuchowe w obec daleko posuniętych zmian w płucu były stosunkowo nieznaczne, zależało to od zwężenia odpowiedniego oskrzela. Przesunięcie serca za życia wydawało się daleko większem, niż to sekcya wykazała. Da się to wytłómaczyć, jeżeli zwrócimy uwagę, że lewe serce było zanikłe i pokryte przez rozdęte płuco; prawa połowa serca przeciwnie była w stanie przerostu, a z powodu skurczenia się prawego płuca, dotykała klatki piersiowej na daleko większej, niż zwykle, przestrzeni. Wreszcie tępość serca zlewała się z tępością, zależną od zgęszczenia w prawem płucu. Nierówność źrenic pochodziła zapewne od uciśnięcia nerwu współczulnego, co w podobnych przypadkach nieraz spostrzegano.

Nie umiem powiedzieć, co wywołało u chorej objawy przedśmiertne: wymioty, biegunkę, majaczenie i odpowiadający im obrzęk mózgu. Możliwy jest uważać za mocznicę, a może też były one następstwem przewlekłego zatrucia wyskokiem.

Nie można także rozstrzygnąć tego, czy zapalenie płuc śródmiąższowe było w danym przypadku pochodzenia przymiotowego. Przemawiałaby za tem przypuszczeniem obecność cierpienia i w drugim płucu, zajęcie przez sprawę chorobową wnęki płuca i średniego zrazu, szerzenie się wzdłuż oskrzeli. Brak innych objawów późnego przymiotu nie pozwala na odpowiedź stanowczą. Częste i obfite krwotoki płucne prawdopodobnie zależały od zapalenia płuc śródmiąż-

szowego, któremu tak często towarzyszą, a nie od zwężenia tętnicy. W przeciwnym bowiem razie musiałyby one powstawać nie w obrębie zwężonych gałęzi, ale ze zdrowych tętnic pod wpływem obocznego napływu krwi. Tymczasem ślady dawnych krwotoków (nagromadzenie barwnika) znajdowały się tylko w skurzonej części płuca, tej samej właśnie, w której się rozgałęziały uciśnięte tętnice.

W literaturze rzadko były opisywane przypadki zwężenia większych gałęzi tętnicy płucnej skutkiem ucisku z zewnątrz. W odnośnych spostrzeżeniach ucisk zależał już to od tętniaków aorty wstępującej, lub jej łuku, już to, jak w moim przypadku, od skurczenia płuca i powiększenia gruczołów oskrzelowych. O ile wiem, to z tej ostatniej kategorii po artykule *Immermann'a*, który zebrał kilka dawniejszych spostrzeżeń, ogłoszono 4 tylko przypadki ¹⁾. Żyły płucne w żadnym z nich nie były uciśnięte. Nadto kilkakrotnie widziano, że rozmiękły gruczoł oskrzelowy otwierał się do oskrzela i tętnicy płucnej, nie powodując ucisku, teostatniej (*Barét'y*). Objawy spostrzegane za życia opisują tylko *Immermann* i *Bettelheim*. Obydwaj słyszeli szmer skurczowy z tyłu u łopatki i w II międzyżebżu, jeden prawem, drugi lewem. Zaznaczają nadto widoczne tętnienie w okolicy tętnicy płucnej, sinicę i siłą duszność. Że jednak obok zwężenia tętnicy były w tych przypadkach obszerne zmiany w płucach, więc trudno tylko na karb pierwszego kłaść wszystkie te przypadłości. Moja chora sinicy nie miała, a mierną duszność dostatecznie tłómaczyłoby zwężenie oskrzela i włókniste zwyrodnienie prawie całej połowy jednego płuca.

Niepodobna wątpić, że zmniejszony dopływ krwi, do danej części płuca musi się odbić w ten lub inny sposób na jego odżywianiu. Rozstrzygnięcia tej kwestyi na drodze doświadczalnej stoją na przeszkodzie następczące się przy tem trudności techniczne. Pozostaje więc tymczasem zużytkować w tym celu istniejące spostrzeżenia, w których tętnica płucna była zwężona. Okazuje się z nich, że w tych przypadkach nadzwyczaj często spotykamy sprawy serowate w płucach. Według rachunku *Lebert'a* suchoty płucne występują w $\frac{1}{3}$ przypadków zwężenia tętnicy płucnej wrodzonego. *Hanst* na 77 przypadków tętniaka łuku aorty, w których tętnica płucna mogła być uciśniętą, znalazł suchoty płucne 18 razy, (dodać należy, że 35 razy nie było wzmianki o stanie płuc), Tymczasem tętniakom aorty piersiowej suchoty towarzyszyły zaledwie raz jeden na 20 przypadków.

Takie spostrzeżenia, jak niniejsze, najmniej się nadają do ocenienia tego stosunku, gdyż tu zmiany w płucach poprzedzają zwężenie naczyń. Zaznaczam jednak tę okoliczność, że i u mojej chorej i w przypadku *Immermann'a* nie było ani śladu ognisk serowatych w płucach.

¹⁾ *Immermann*. Deutsch. Arch. f. kl. Med. tom V-ty str. 235. *Bettelheim*. Wien. Med. Presse. 1869. Nr. 42. *Heller*. Virch. Arch. f. 51, str. 350 (opis preparatu). *Barét'y*. De l'adénopathie trachéo-bronchique. Thèse. 1875, str. 135. (Przytacza prócz własnego, kilka dawniejszych spostrzeżeń francuzkich, z których jednak tylko jedno nie podlega wątpliwości). *Zenker* w *Ziemssen'a* Handb., d. spec. Path. u. Ther. tom VII. Anhang str. 80 (krótka tylko wzmianka).

W przeszłym roku od 19 Marca do połowy Maja obserwowalem 19 letnia suchotnicę, nieźle jeszcze odżywianą, kaszlącą od roku, ze zgęszczeniem w górnym zrazie lewego płuca. U tej chorej w II i III lewym międzyżebrzu często bywało widoczne tętnienie, a obok 1-go tonu tętnicy płucnej stale slychać było szmer podmuchowy; szmer rozchodził się dość daleko na zewnątrz, a czasami i do wierzchołka serca. Żadnych objawów wady serca nie było. Jak się później dowiedziałem, chora zmarła 19 Czerwca. Obok zapalenia płuc serowatego i wrzodów gruźliczych w kiszkaeh znaleziono na zwłokach odnęę piersiową i zapalenie opłucnej prawostronne. Przypuszczalbym, że i tu szmer zależał od uciśnięcia jakiejś gałązki tętnicy płucnej przez miąższ zgęszczony.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

SYFILIDOLOGIJA.

napisał D-r **Ż. Krówczynski**. 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.

Ocenil **Edward Klink**,
Starszy ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 25).

Dział ogólny: **Symptomatologia**, autor rozpoczyna ustępem o wyleganiu się choroby przymiotowej. Okres wylegania choroby trwać może od 10—40 dni. Zdaniem wielu pisarzy, jad po dostaniu się do ustroju natychmiast ulega wessaniu przez naczynia limfatyczne i krwionośne, utrzymują więc, że zakażenie ustroju następuje jeszcze przed wystąpieniem owrzodzenia pierwotnego. Inni twierdzą, że zakażenie dopiero następuje po pewnym czasie, zawsze przed wystąpieniem objawu pierwotnego. Niepodobna jest przyjąć zdania tych, którzy twierdzą, że choroba przymiotowa, nawet po okazaniu się pierwotnego objawu, jest czysto miejscową, jak dowodzą mianowicie zwolennicy wycinania szankrów. Okres wylegania nie odznacza się żadnym objawem, trwa od 24 godzin—90 dni.

Następnie mówi autor o szczegółach odnoszących się do rozwoju pierwotnego objawu, tak naskórce jako też i na błonie śluzowej, po czem podaje opis zewnętrznych cech objawu pierwotnego, który najczęściej się poczyna jako proste, powierzchowne owrzodzenie, owalne, które przy przebiegu dalszym przybiera bardzo rozmaitą postać.

Następnie opisane są własności stwardnienia przymiotowego, jakoto: wielkość, postać, zewnętrzny wygląd, dno, brzegi, wydzieliną, a także rozbiera autor bliżej kwestyję istnienia lub nieistnienia stwardnienia przy pierwotnym objawie i wykazuje cechy różniące pierwotne stwardnienie przymiotowe od stwardnienia wskutek nacieku zapalnego, kończy wreszcie rozdział ten kilku uwagami o ostatecznej zmianie pierwotnego objawu przymiotu.

W rozdziale: **zbożenia w rozwoju i przebiegu pierwotnego objawu** autor wykazuje, że pierwotne stwardnienie może

silnie ropieć, może wreszcie brakować wyraźnego stwardnienia; w ogóle cały rozwój stwardnienia jest przewlekły. Dostyć często bywają stwardnienia rozlane, dołączając się też może zapalenie i zgorzel do pierwotnego objawu, jednak względnie rzadko, a bardzo rzadko przyjmuje stwardnienie charakter fagedeniczny. Mniej tu stanowi w tego rodzaju przypadkach jak ość zarazka, niż budowa ustroju. Utrzymują, że po owrzodzeniach fagedenicznych przymiot bywa złośliwy.

Co się tyczy wpływu miejsca na postać pierwotnego objawu, to autor opisuje jak się przedstawia pierwotne stwardnienie u mężczyzn na skórze i wewnętrznej powierzchni napletka, na brzegu wolnym tegoż, w rowku żołądźwiowym, w gruczołkach łojowych; u kobiet zaś na wargach sromnych większych i mniejszych, lechtacze, części pochwowej macicy i sutkach; dalej się zachowuje u obu płci w jamie ustnej, na wszystkich częściach składowych tej jamy; na palcach rąk, naokoło odbytu i odbycie samym. Autor podaje przy tym opisie cechy, wyróżniające od innych cierpień, zbliżonych z wyglądu do pierwotnego objawu przymiotu i dodaje krótki rys ich przebiegu.

Zmiany w narządach limfatycznych, a mianowicie w gruczołach i naczyniach, towarzyszą zawsze pierwotnemu objawowi; obrzmiewają przede wszystkim gruczoły najbliższe od pierwotnego stwardnienia.

Przed wytworzeniem się szankra twardego nie występuje obrzmienie gruczołów, co dowodzi, że powiększenie gruczołów zależy od wessania tworów chorobowych z pierwotnego objawu. Zmiana ta polega na nagromadzeniu komórek we wszystkich częściach gruczołu. Obrzmiewają i głębokie gruczoły biodrowe i w ogóle wszystkie gruczoły, aż do przewodu piersiowego, czemu jednak niektórzy badacze przeczą, np. L é e, który twierdzi, że zakażenie nie odbywa się za pomocą naczyń limfatycznych, lecz krwionośnych. Obrzmienie gruczołów ustępuje przez wessanie, zazwyczaj poprzedzone stłuszczeniem ich zawartości.

Następnie autor opisuje rozmaite szczegóły, odnoszące się do wielkości gruczołów, zmian miejscowych na skórze, zmian przy ropieniach w gruczołach powstałych, które najczęściej wytwarzają się przy drażnieniu wrzodu. Z ogólnych uwag przytaczamy: że w przypadkach bardzo łagodnego ogólnego przymiotu, nie wytwarza się obrzmienie gruczołów limfatycznych, chociaż inni twierdzą, że w przypadkach, w których przy macaniu nie znajdujemy powiększenia gruczołów, bynajmniej to jeszcze nie dowodzi braku zmian w nich.

Stwardnienie naczyń limfatycznych, jak pokazały badania Biesiadeckiego, polega na zmianach w ściankach pojedynczych naczyń (wewnętrznej, mięśniowej i zewnętrznej). Auspitz i Unna powstają przeciw temu tłumaczeniu, nie uważają powrózka na grzbiecie prącia za przeobrażone naczynie limfatyczne, lecz przyjmują, że przyczyną stwardnienia jest rozwój tkanki łącznej, otaczającej naczynia krwionośne i limfatyczne, a powstałym skutkiem nacieczenia komórkowego, w którym pośredniczą *vasa vasorum*.

Opis zmian anatomicznych pierwotnego stwardnienia, podany jest treściwie, według poszukiwań Biesiadeckiego, Auspitz'a i Unny, Cornil'a i Ranvier'a. Biesiadecki twierdzi, że tkanki, zajęte przez pierwotne stwardnienie, są mocno wypełnione komórkami, w wielkiej obfitości naczynia krwionośne otaczającymi; w późniejszych okresach same ścianki naczyń są przepelnione licznymi komórkami, wskutek czego ścianki te grubieją, a światło naczyń ulega zwięźeniu. Według A. i U. proces rozpoczyna się bujaniem komórkowym w zewnętrznej warstwie ścian naczyń, tkanka otaczająca naczynia staje się zbitszą, a rozrost tkanki w naczyniach postępuje od zewnątrz ku wewnątrz; wskutek tych zmian naczynie stają się niedrożnym. Ściany naczyń limfatycznych są lekko zgrubiałe, same naczynia pozostają drożne.

W rozdziale: rozpoznanie pierwotnego objawu przymiotu, podane są wskazówki ułatwiające rozpoznanie stwardnienia pierwotnego

i przedstawione jest rozpoznanie różniczkowe od szankra miękkiego, od owrzodzonego tworzywa przymiotowego późnego (*gumma*), raka, wilka, od owrzodzeń powstałych po rozpadzie czyraków. Oprócz tego, autor podaje wskazówki, ułatwiające rozpoznanie pierwotnego stwardnienia na języku, części pochwowej macicy, na sutkach u karmiących. Najważniejsze objawy rozpoznawcze zawsze będą stwardnienie i obrzęknięcie gruczołów limfatycznych, gdy te objawy nie występują oczekiwać musimy objawów ogólnych przymiotu, t. j. wysypek.

Ostatnie dwa rozdziały części I dzieła traktują o rokowaniu i leczeniu w ogóle choroby przymiotowej. Pierwotny objaw przymiotu wyjątkowo bywa złośliwy i to wtedy ma miejsce, gdy dołączy się zgorzel lub rozpad. Pierwotny objaw ustępuje często bez leczenia, tylko przy zachowaniu czystości. Przebieg przymiotu bywa łagodny, jeżeli zarazek pochodzi ze zmiany przymiotu następczego, a tem łagodniejszy, im dłuższym był okres wylegania. Groźny przymiot zwykle poprzedza i groźny objaw pierwotny; w innych jednak przypadkach bywają groźne objawy pierwotne, a lekkie objawy następcze. Rokowanie powinno się opierać na tem, z jakiego źródła pochodzi zarazek, dalej na długości okresu utajenia i wreszcie na właściwościach objawu pierwotnego.

W ogóle jednak nie można opierać rokowania tylko na ocenie stwardnienia pierwotnego, rokowanie, zdaniem autora, i słusznie, opierać się ma przede wszystkim na konstytucyi chorego.

W rozdziale o leczeniu autor mówi o leczeniu zapobiegawczem, ochronnem i tu zalicza: obmywanie po spółkowaniu, przyżeganie podejrzanych owrzodzeń powstałych po spółkowaniu, wycinanie pierwotnych stwardnień przymiotowych, czego jednak nie jest zwolennikiem. W dalszym ciągu podaje autor szereg środków opatrunkowych, wskazanych do opatrunku owrzodzeń rozmaitego charakteru, łagodnie lub złośliwie przebiegających.

Na tem kończy się część I-sza dzieła. W tej części I, jak się okazuje z powyższego streszczenia, autor przedstawił we wstępie historję przymiotu, jego dzieje w wiekach starożytnych i średnich, od końca XV wieku do naszych czasów, geograficzne rozpostarcie choroby, przebieg i okresy przymiotu. W etyologii przymiotu wyłożył o źródłach zarazka przymiotowego, o sposobie powstawania przymiotu nabytego, o warunkach działania zarazka, częstości, siedzibie i liczbie pierwotnych objawów przymiotu. W symptomatologii wyłożył o wyleganiu się, rozwoju, zboczeniach w rozwoju i przebiegu pierwotnego objawu przymiotu, o anatomicznych zmianach samego pierwotnego objawu i w naczyniach limfatycznych, wreszcie o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu pierwotnego stwardnienia.

Część II. Kiedy w części poprzedniej bliżej rozpatrywana była choroba przymiotowa w początkowym swoim okresie, to jest w okresie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, to w części II autor przedstawia dalsze zakażenie już całego ustroju naszego, wpływ tego zakażenia na organizm i przedstawia zmiany, powstające we wszystkich tkankach i narządach naszego ustroju, które pod wpływem zakażenia zarazkiem przymiotowym się rozwijają.

Podczas gdy jedni badacze (dualiści) utrzymują, że pierwotny objaw jest już dowodem ogólnego zakażenia organizmu, drudzy tymczasem (unitaryści) uznają w pierwotnym objawie źródło, z którego zaraza się po organizmie szerzy. Po czyjej stronie słuszność, wątpliwości tej do dziś dnia nie rozstrzygnięto. W każdym razie jednak przyjąć musimy, że ani wessanie zarazka, ani jego rozrodzenie nie odbywa się zawsze w jednym tym samym czasie. Za rozwojem pierwotnego objawu następuje obrzęk gruczołów limfatycznych; zarazek szerzy się według jednej drogi naczyń limfatycznych wyłącznie, według innej drogą naczyń

krwionośnych, a mianowicie żylnych, nakoniec innijesze twierdzą, że zarówno naczynia limfatyczne jak i żyłne są tu czynne. Dumas i Vidal utrzymują, że przymiot szerzy się zapomocą tkanki łącznej i że nie znajduje się we krwi. Dodatnie wyniki szczepienia krwią stanowczo wykazują że zarazek przymiotowy we krwi znajduje się. Autor stawia słuszne zarzuty przeciw obu pierwszym twierdzeniom, a przemawia za wspólnym udziałem naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Zwiasstuny ogólnego zakażenia przymiotowego występują po 2-im okresie utajenia, który trwa od 6—7 tygodni od chwili ukazania się pierwotnego objawu, a więc występują w 9—11 tygodni od chwili zarażenia.

Objawy ogólnego zakażenia ze strony całego ustroju są bardzo rozmaite i przy ich występowaniu spostrzegamy rozmaite objawy zwiasstunne jak w ogóle przy innych gorączkowych. Spostrzegamy więc gorączkę typu przerywanego, albo ciągłego, albo z nasileniami, wreszcie typu nieprawidłowego. Oprócz gorączki bywają dreszczyki, ogólne rozłamanie, powiększenie śledziony, brak apetytu i snu.

W rozdziale następnym autor mówi o związku między zakażeniem przymiotowym a układem limfatycznym i układem tkanki łącznej; autor twierdzi, że zarazek, dostawszy się do organizmu, rozmnaża się najpierw w tkance łącznej, skąd dostawszy się do naczyń limfatycznych, wywołuje rozmnażanie się komórek w samych gruczołach, obok tego spotykamy zmiany w naczyniach limfatycznych. Takie same zmiany odbywają się w śledzionie i w szpiku kostnym. Zachodzi więc pytanie, czy w zmianach układu limfatycznego, a mianowicie w upośledzeniu narządów służących do wytwarzania krwi nie należy szukać przyczyny zakażenia.

Wielu badaczów przyjmuje przymiot za chorobą tkanki łącznej z tego powodu, że w niej występują ogólne objawy zakażenia, że zmiany w tem utkanii łatwiej się rozwijają. Przez wyrażenie choroba tkanki łącznej rozumieć należy, że zarazek przymiotowy natychmiast rozwija swoje działanie, gdy nagromadzi się w tkance łącznej w dostatecznej ilości i gdy energia właściwa fizjologicznym tkankom o tyle się zmniejszy, iż mogą wytworzyć się zmiany chorobowe.

Zmiany przy zakażeniu występujące w najrozmaitszych narządach naszego ustroju.

Powstawanie tych zmian tłumaczymy nieprawidłowem odżywianiem ustroju zmienioną krwią. Zmiany, które często poprzedzają objawy ogólnego przymiotu lub towarzyszą wybuchowi przymiotu, albo wreszcie wytwarzają się w jego przebiegu, są bardzo rozmaite. Dowodem zbieżności w ustroju jest wydzielanie się większej ilości mocznika; do wyjątkowych objawów należy wydzielanie białka i cukru, które zapewne zależne jest od przymiotu, wskutek bowiem leczenia swoistego rtęcią następuje poprawa. Nieprawidłowe odżywianie układu nerwowego wywołuje cały szereg objawów jako to: bóle głowy, bezsenność, bezbolesność, nieczułość, bóle nerwowe, porażenia. Oprócz tego w biegu choroby przed ogólnymi objawami występuje także cierpienie stawów, torebek ścięgniętych, zmiany w mięśniach, zmiany w czynnościach macicy (zakażenie bywa często przyczyną poronienia).

Przy rozbiorze pytania, jaki jest wpływ przymiotu na choroby ustroj i rozmaitych chorób na przymiot, autor przytacza szereg różnych spostrzeżeń, wykazujących wpływ przymiotu na zolży, na gruźlicę, na choroby powstałe z przyczyn traumatycznych. Wpływ ten zależy w przeważnej części od ciała składu chorego. Ostre choroby gorączkowe usuwają niekiedy objawy przymiotu niekiedy zaś usuwają je nazawsze; choroby przewlekłe zawsze przedłużają istnienie zakażenia.

Po tych uwagach ogólnych przechodzi autor do podziału ogólnych objawów przymiotu. Autor dzieli objawy przymiotu na wczesne, przejściowe i późne. Na oddzielnej tablicy przedstawiony jest podział wysypek skórnych, polegających: I) na nieznacznym nacieczeniu powierzchownych warstw skórnych (*syphilis maculosa*), II) na nacieczeniu warstw skóry około torebek włosowych i gruczołów łojowych (*syphilis papulosa et vesiculosa*), III) na nacieczeniu powierzchownych warstw skóry z powierzchownym owrzodzeniem (*syphilis pustulosa*) i IV) na nacieczeniu głębszych warstw skóry ze skłonnością do rozpadu (*syphilis tuberculosa et gummosa*). Następnie podany jest opis szczegółowy niektórych cech wysypek przymiotowych, które wogóle odznaczają się przewlekłym przebiegiem, nie towarzyszy im swędzenie, ani ból i barwa od ucisku nie znika, nadto cechują się wysypki różnokształtnością i dążnością do układania się w odcinki koła; wreszcie stałe działanie rtęci na znikanie wysypek przymiotowych jest również wybitną ich cechą.

W następnych rozdziałach autor podaje szczegółowy opis wszystkich wysypek przymiotowych, poczynając od różyczki (*roseola*) do guzów przymiotowych (*gummata*). W wykładzie tym, oprócz dokładnego opisu samej wysypki, autor podaje wiadomości o jej najczęstszym umiejscowieniu, rozbiega przebieg i zakończenie wysypek, podaje rozpoznawcze wskazówki od wysypek zbliżonych, lecz nieprzymiotowego pochodzenia, wreszcie mówi o rokowaniu i leczeniu wysypek i wylicza inne objawy przymiotu, które towarzyszą każdej z postaci wysypek.

Objawy ogólnego zakażenia na błonach śluzowych są również przedstawione w ten sam sposób jak i wysypki skórne. Przedstawiają się te zmiany pod trojaką postacią, a mianowicie pod postacią rumieniową (*erythema*), guziczkową (*erythema papulosum*) i postacią guzową (*gummata*). Zmiany chorobowe błon śluzowych rozwijają się na błonie jamy ustnej, przelyku, krtani, tchawicy, łącznicy oka, błony śluzowej części sromnych i odbytu.

Taki systematyczny przegląd zajmuje w dziele autora ustęp od str. 153—216. Streszczać tych dwóch działów nie będziemy z powodu, że zawierają rzeczy znane, przyznać jednak należy, że wykład o zmianach przymiotowych na skórze i błonie śluzowej jest systematyczny i pełny.

W końcu tego działu, autor przedstawia opis zmian mikroskopowych tworów przymiotowych w skórze i błonie śluzowej, oraz w innych narządach.

Obecnie przystępujemy do streszczenia ważnego działu, a raczej ustępów pracy autora, traktujących o zmianach przymiotowych w narządach.

Zmiany w tkance podskórnej i podśluzowej. Autor, idąc za Mauriaciem, podaje opis zmian w wymienionych tkankach, które niekiedy towarzyszą najwcześniejszym objawom przymiotu skóry. Zmiany te bywają: po 1-e, gdy obok wczesnych objawów przymiotu spotykamy na rozmaitych częściach ciała rozlane guzy, lub nieregularne nacieki, na kończynach, wielkości orzecha lub większe, podobne doguzików *erythema nodosum*; powstają one często przy objawach gorączkowych, a w następstwie ulegają wessaniu. Po 2-e, druga postać tem tylko wyróżnia się od pierwszej, że guzy i nacieki nie tworzą się równocześnie na wielu miejscach, że powstają bez gorączki, lecz również ulegają wessaniu. Po 3-cie guzy rozpadowe, które szybko ulegają rozpadowi i owrzodzeniu; nie są to wcale gummata. Oprócz tych zmian wczesnych napotykamy i gummata, które mogą być ograniczone, lub przedstawiać się pod postacią rozlanego nacieku w tkance podskórnej.

Wszelkim zmianom w układzie kostnym towarzyszą zwykle bóle, które najczęściej pojawiają się na kościach długich, powierzchow-

nie położonych, bez zmian anatomicznych w kościach. I zajęcie chorobowe okostnej, połączone z nacieczeniem zapalnym i zgrubieniem tkanki, może występować przed ogólnymi objawami przymiotu albo istnieć z nim współcześnie.

W przebiegu wczesnego przymiotu znajdujemy niekiedy małe i niepodatne wyniosłości, mocno bolesne (*periostitis*); częściej atoli występują zmiany w kościach późnym w przymiocie i wtedy bóle są niezmiernie silne. W cierpieniu kości przymiotowej natury rozróżniamy w ogóle: *periostitis syphilitica gummosa* i *ostitis gummosa*. Zmiany te mogą być rozlane lub ograniczone. Ze względu na zakończenie przymiotu kości, przyjmujemy podział na *periostitis syphilitica ossificans* i *periostitis gummosa*.

Po szczegółowym opisie wymienionych zmian chorobowych autor rozbiera pytanie, czy istnieje szkodliwy wpływ rtęci na układ kostny i czy słusznie uważano zmiany w kościach za następstwa użycia rtęci? Overbeck i Kussmaul przeczą temu, gdyż użycie rtęci nigdy nie wywołuje guzów (*gummata*), wyrastających z okostnej, lub z kości.

Zmiany w stawach należą do bardzo częstych objawów w przebiegu przymiotu tak wczesnego jakoteż i późnego i przedstawiają się we wczesnym okresie albo pod postacią samych bólów, albo pod postacią przyostrego zapalenia stawów; niekiedy przychodzi też do puchliny stawu (*hydrarthros*).

Zajęcie stawów w późnym przymiocie zdarza się rzadko; najczęściej występuje ono u osobników żółzowatych. Ze względu na miejsce wytwarzania się zmian, mamy dwa rodzaje zajęcia stawów w późnym okresie przymiotu; albo wytwarza się naciek w tkance łącznej pod błoną maziową i w samej błonie, albo też w innych razach rozpoczyna się cierpienie w końcach kości. Najczęściej ulega tym zmianom staw kolanowy. Jeżeli cierpienie ma miejsce w stawach palcowych, to niekiedy może przyjsć do wessania nacieku kostnego powstałego z rozpadu guza (*gumma*), skutkiem czego następuje zniekształtnienie palca.

Zmiany w ścięgnach we wczesnym przymiocie polegają albo 1) na surowicznym wysięku do torebki ścięgna, albo 2) na zapaleniu torebki ścięgniastej i objawiają się pod postacią wyniosłości w przebiegu ścięgna; najczęściej przebieg zapalenia jest ostrawy.

Zmiany w ścięgnach w późnych okresach przymiotu występują pod postacią nacieków przymiotowych, które są albo rozlane, albo ograniczone.

Nacieki te mogą uleść wessaniu albo rozpadowi, wreszcie mogą się przetworzyć w utkanie ścięgniaste, a przez odsadzenie się soli wapiennych mogą zwapnieć.

Zmiany w mięśniach we wczesnym przymiocie przedstawiać się mogą w rozmaitej formie zбочeń i już to jako bóle w mięśniach (*myosalgia*), jako kurcze (*contractura*), jako ogólne osłabienie mięśniowe, drżenie członków, najwidoczniejsze na kończynach górnych i polegające na kurczach i rozkurczach mięśni.

Zmiany w późnych okresach przymiotu są nader rzadkie i przedstawiają się jako nacieki rozlane, lub ograniczone (*myositis diffusa et gummatosa*). Nacieki rozlane wskutek przeobrażenia się komórek w tkankę włóknistą powodują zanik mięśnia i kurczenie się jego. Guzy (*gummata*) w mięśniach dochodzą do wielkości orzecha włoskiego, a ulegając przeobrażeniu wstęcznemu, znacznie mięknią; umiejscowiają się najchętniej w mięśniach pośladkowych, trójgłowym uda, języku, podniebieniu miękkim. Przebieg wogóle bywa bardzo powolny, a zmiany te nieleczone mogą wywołać stałe następstwa, jako to przykurczenie, stałe zgięcie i t. d..

Co się tyczy zmian w torebkach i zmian przymiotowych w członkach palców (*dactylitis syphilitica*), to wogóle powiedzieć można, że zmiany tam spostrzegane objawiają się we wczesnym przymiocie w postaci rozlanego nacieku, a w późnym pod postacią guzów *gummata*. Zmiany w torebkach maziowych i chrząstkach są w ogóle rzadkie a z chrząstek te tylko ulegają zmianie, które mają ochrząstną. W następstwie tych zmian ulegają często chrząstki nosa, krtani, chrząstki stawowe owrzodzeniu, martwieciu. *Dactylitis syphilitica* jest to zgrubienie członka, wynikłe skutkiem zmian kości lub okostnej; cierpienie to występuje bardzo późno i najczęściej występuje jako ropne zapalenie stawu. zanik tkanki kostnej, skrócenie palca.

(D. c. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Jakie jest znaczenie tak zwanej plwociny kulistej pod względem rozpoznawczym.

Jak to powszechnie wiadomo, w okresach nieco dalej posuniętych suchot płucnych chorzy wyrzucają wielce charakterystyczną plwocinę, przedstawiającą się pod postacią okrągłych, zbitych kulek różnej wielkości, które bądź to pływają zupełnie odzielnie w naczyniu napelnionem wodą, lub też nawet spadając na dno, bardzo długo zachowują swoją pierwotną postać. Masy te, które składają się przeważnie ze śluzu i ciałek ropnych, od dawien dawna zwano *sputum globosum*; uważano plwocinę takową za charakterystyczną dla daleko posuniętych suchot płucnych do tego stopnia, że wielu autorów plwocinę taką nazywało po prostu plwociną jamistą (*karernöses sputum*). Plwocina ta, która w daleko posuniętych suchotach przy fizykalnie dających się wykazać jamach suchotniczych, posiada małe znaczenie rozpoznawcze, zyskuje natomiast wielką rozpoznawczą doniosłość w tych przypadkach, gdzie przy obecności takowej badanie fizykalne chorego nie wykazuje nam jam, a tylko nieznaczne zęszczenie mięszu płucnego; w tych razach bowiem plwocina jest dowodem niemal stanowczym poczynającego się w głębi rozpadu tkanki płucnej; taka plwocina nieraz na bardzo długi przeciąg czasu poprzedza tak zwane objawy klasyczne jam suchotniczych; które nawet nieraz do samej śmierci chorego mogą nie wystąpić; rzecz prosta, że w tych razach plwocina ta jest ważnym znakiem rozpoznawczym, ważniejszym jednakże jest wykazanie w niej za pomocą drobnowidzu włókien elastycznych, które, jak to moje dawniejsze badania nad tym przedmiotem wykazały, występują nawet już w bardzo wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie badanie fizykalne wykazuje zaledwie nieznaczne zęszczenia. (Bliższe szczegóły pod tym względem ogłosiłem w r. 1877 w *Deutsche med. Wochenschrift* w pracy p. t. „*Ueber das Vorkommen von elastischen Fasern im Auswurf der Lungenschwindsichtigen*“).

Zachodzi teraz pytanie, czy plwocina kulista może występować u osobników, nie przedstawiających żadnych zmian głębszych mięszu płucnego? Otóż na to pytanie możemy dać zupełnie potwierdzającą odpowiedź, nauczeni następującym przypadkiem, który to pokrótce podaje:

O., posługaczka szpitalna, wstąpiła na mój oddział w szpitalu S-go Ducha 15 Stycznia 1883 r. z powodu kaszlu i duszności od dawna trwającej. Przy badaniu chorej znaleźliśmy wysoko posuniętą wadę (niedostateczność) zastawki

dwudzielnej ze znacznem rozszerzeniem prawej komórki. W obu płucach w dolnych ustępach przewlekły obrzęk oraz objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli. Nigdzie zmian wypukowych wykryć nie można było. Chora mocno kaszle, plwocina tejże obok dość znacznej ilości masy śluzowej i pianistej, przedstawia nader charakterystyczne kawałki okrągławe i zbite (*sputum globosum*), opadające na dno naczynia. Plwocina ta przedstawiała się zupełnie taką, jaką widzimy zazwyczaj przy daleko posuniętych suchotach płucnych. Badanie pod drobnowidzem wykazywało przeważnie ciała ropne. Badanie, czy nie ma laseczników gruźliczych (*bacillus tuberculosis*), dało wynik ujemny.

Chora przy objawach stopniowo zwiększającej duszności zmarła w dniu 9 Marca. W ciągu prawie 2 miesięcznego pobytu chorej na oddziale kilkakrotnie występowała charakterystyczna plwocina, były jednakże całe tygodnie, gdzie chora niemal nie odkasliwała.

Badanie posmiertne wykazało: znaczne stłuszczenie serca, rozszerzenie komórki prawej; niedostateczność zastawki dwudzielnej; w wysokim stopniu przewlekły nieżyt oskrzeli, nawet najdrobniejszych, nigdzie jednakże zgęszczenia mięszu płucnego wykryć nie można było, toż samo rozszerzenia oskrzeli. Jednem słowem, mieliśmy obok wady serca, li tylko do czynienia z przewlekłym nieżytem oskrzeli, bez żadnych zmian mięszu płucnego.

Podobny przypadek, spostrzegalem jeszcze w roku 1873 w szpitalu Dzieciątka Jezus, będąc podówczas także asystentem szpitalnym. U chorej dotkniętej dużym tętniakiem aorty, w ciągu kilkudniowego pobytu w szpitalu występowała stale również plwocina kulista w dosyć znacznej obfitości. Chora zmarła nagle wskutek pęknięcia tętniaka. Badanie posmiertne wykazało wielki tętniak łuku i części wstępującej aorty; w płucach oprócz nieżytu oskrzeli żadnych zmian w mięszu wykryć się dało.

Wszystko wyżej powiedziane stwierdza, że tak zwana plwocina kulista, chociaż w większości przypadków jest wielce ważnym znakiem rozpoznawczym, nigdy jednakże nie może być uważana za objaw patognomoniczny suchot płucnych.

A. Sokołowski.

16. Jaka jest wartość rozpoznawcza tak zwanej plwociny rdzawej.

Jak to powszechnie wiadomo, w przebiegu ostrego włóknikowego zapalenia płuc występuje wielce charakterystyczna plwocina, zwana powszechnie plwociną pneumoniczną; jest ona rdzawa, ciągnąca się, lepka, najczęściej ciemno-pomarańczowego koloru. Plwocinę taką we wszystkich podręcznikach zaliczają do objawów patognomonicznych ostrego krupowego zapalenia płuc. Plwocina ta ma szczególnie wielką doniosłość rozpoznawczą przy zapaleniach odcinków środkowych płuca, w których właśnie oprócz gorączki i owej plwociny nie mamy żadnych innych objawów fizykalnych, charakterystycznych dla krupowego zapalenia płuc. Plwocina ta jednakże, będąca w ogromnej większości przypadków nader ważnym znakiem rozpoznawczym ostrego zapalenia płuc, nie jest nim zawsze, jak to poucza następujące spostrzeżenie.

21-letni, tego zbudowany oficer, dostał w pierwszych dniach Listopada r. z. silnych dreszczy i gorączki, w połączeniu z silnym suchym kaszlem. Chorego widziałem coś na 5-ty, czy 6-ty dzień choroby i wówczas znalazłem stan na w pół przytomny, język suchy, ciepłotę około 40° C.; kaszel męczący, niewielką ilość lepkiej rdzawej plwociny; oddech niezwykle przyspieszony. Badanie fizykalne dało rezultat prawie zupełnie ujemny, nigdzie stopienia wykryć nie można było, oddech w obu płucach nierówny, zaostrozony, tu i ówdzie

porozrzucane suche rzeżenia. Na podstawie tak charakterystycznej plwociny rozpoznano ostre zapalenie płuc centralne. W ciągu kilku dni następnych stan, pozostawał mniej więcej taki sam; chory był nawpół przytomny, kaszel trwał ciągle z charakterystyczną ciemno-pomarańczową plwociną, która wykazywała pod drobnowidzem obecność włókniaka i ciałek czerwonych krwi. W płucach objawy pozostawały bez zmiany.

Dopiero około 12 dnia choroby wystąpił w lewym szczycie płucnym lekki oddech nieokreślony, drobne rzeżenia trzeszczące; przy opukiwaniu lekkie przytłumienie odgłosu. Plwocina wyżej wzmiankowana ustąpiła miejsca śluzoropnej, występującej w coraz większej ilości; stan gorączkowy trwał dalej; wystąpiły poty nocne, a stan coraz bardziej zbliżał się do ostrej postaci suchot płucnych (*phtisis acuta*). I w istocie zmiany w płucach stawały się coraz wyraźniejszymi tak, że już w końcu Listopada istniały wyraźne oznaki zniszczenia tkanki płucnej; chory niel coraz bardziej przy objawach zwykłych galopujących suchot i zmarł pierwszych dniach Marca r. b. Widzimy więc, że w tym przypadku mieliśmy plwocinę wyżej wzmiankowaną, która stała się powodem z początku błędnego rozpoznania; nie ulega bowiem kwestyi, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia odrazu z ostro powstałym zapaleniem płuc zrazikowem (*pneumonia lobularis*), które doprowadziło do ostrych suchot płucnych. Przypadek ten przypomina tę okoliczność, na którą dawno temu zwrócił uwagę B u h l, że zwykle zapalenie płuc nie przechodzi nigdy w sprawę serowatą czyli suchotniczą, a że zapalenia tego rodzaju są odrazu zapaleniami natury serowatej, czyli jak B u h l je nazywał. *acute genuine desquamative-Pneumonie*. Może być więc, że i B u h l ma rację i że przypadki, gdzie ostre zapalenie płuc przechodzi w serowate, dadzą się podciągnąć pod kategorię przypadku, który tu pokrótce opisałem. Rzecz ta w każdym razie zasługuje na bliższą uwagę i należałoby przypadki tak zwanego centralnego zapalenia płuc krupowego poddać jeszcze ściślejszemu rozbirowi.

Plwocina rdzawa ma również występować czasem przy ostrej gruźlicy płuc (*tuberculosis miliaris pulmonum*); tak przynajmniej podaje J u e r g e n s e n; ja dotychczas przypadku podobnego nie widziałem; natomiast widziałem kilkakrotnie rdzawą plwocinę w przebiegu już istniejących przewlekłych suchot płucnych, gdzie o wystąpieniu ostrej sprawy zapalnej mowy być nie mogło, plwocina bowiem taka występowała nieraz w okresie zupełnie bezgorączkowym choroby.

Z przytoczonego powyżej widzimy, że tak zwana plwocina rdzawa, chociaż w większości przypadków jest wielce cennym znakiem rozpoznawczym, nie może być jednakże uważaną za objaw patognomoniczny ostrego włókniakowego zapalenia płuc.

A. Sokołowski.

ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

Wskutek odebranych w ostatnich dniach listach tak prywatnych, jak zbiorowych listów, a mianowicie od towarzystw lekarskich warszewskiego i krakowskiego, listów wyrażających życzenie, ażeby z powodu kolneydeneyi we Wrześniu b. r., różnych zjazdów naukowych i uroczystości narodowych, zjazd czwarty lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbył się dopiero w roku 1884, widzi się niżej podpisany wydział gospodarzy zniewolonym do przelożenia terminu tego Zjazdu ostatecznie i nieodwołalnie w 2-go Czerwca 1884 roku. Wydział gospodarzy

stanowczo przecież zaznaczona, że przygotowaniu do Zjazdu przez tę zmianę żadnej nie doznają przerwy i ma nadzieję, że lekarze i przyrodnicy polscy tem ogólniej pracami i udziałem licznym Zjazd nasz poprą. Uprasza się wszystkie pisma o powtórzenie tej wiadomości.

Poznań, dnia 11 Czerwca 1883.

D-r B. Wicherkiewicz,
przewodniczący.

D-r Osowski,
sekretarz.

D-r Jarnutowski,
skarbnik.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Gmina tutejsza starozakonnych otrzymała zawiadomienie, iż suma 9000 rs. udzielana szpitalowi starozakonnych corocznie przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej nie będzie już w roku przyszłym wypłaconą. Dla pokrycia wyniknąć ztąd mogących braków. Zarząd szpitala starozakonnych podniósł kosztą opłaty chorych, jak to dowiadujemy się z ogłoszeń w tymże szpitalu w każdej sali wywieszonych, a brzmiących: „Zarząd szpitala starozakonnych w Warszawie. Podaje do powszechnej wiadomości, iż na zasadzie postanowienia Rady Miejskiej Warszawskiej Dobroczynności Publicznej z dnia 3 Stycznia r. b., zatwierdzonego przez JW. Ministra spraw wewnętrznych pod dniem 16 Marca z. r. za Nr. 1963, opłata kosztów kuracyjnych za leczenie chorych w szpitalu starozakonnych, pobierana dotychczas po kop. 22½ dziennie, podwyższoną zostaje do kop. 30 dziennie za każdego chorego, a to od dnia 13 Lipca r. b. Chorzy stale w Warszawie zamieszkałi, którzy udowodnią ubóstwo swoje, leczeni będą i nadal bezpłatnie“.

— Kolega D-r C i u n k i e w i e z listownie uprasza nas o zawiadomienie, iż d. 1 Października r. b., czynności w zakresie dentystyki wchodzące rozdziela na: 1) gabinet operacyjny, 2) gabinet dla plomb, 3) gabinet dla protezy (zęby sztuczne, obturatory, aparaty stosowane przy złamaniach szczęki i t. d.); koledzy chcący się wydoskonalić w dentystyce, mogą korzystać z liczego materiału, jakim rozporządza kol. C i u n k i e w i e z. Czas potrzebny do obznajmienia się z przedmiotem wynosić powinien, zdaniem kol. C., co najmniej rok jeden.

Marsylja. Rząd Rzeczypospolitej Francuzkiej decyzją wydaną w d. 16 Czerwca r. b. podarował część gruntu położonego nad morzem (*pointe d'Endoume*) na założenie Muzeum zoologii morskiej, oddając takowe w zawiadywanie tutejszego *faculté des sciences*.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski*. Nr. 25. G l u z i ń s k i. Kilka słów o zejściu zapalenia włóknikowego (*pneumonia crouposa*) w zapalenie międzymiąższowe (*pneumonia interstitialis*). (Dalszy ciąg). — S c h a i t t e r. Śmierć z zezadzenia. (Dalszy ciąg). — R o s e n b l a t t. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od roku 1879—1882 (Dalszy ciąg).

— *Medycyna*. Nr. 25. T a l k o. Kaustyczne działanie kalomelu na spojówkę.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D u n i n W ą s o w i e z. Farmakognozyja. Zeszyt 2 Lwów 1883.

F i a l k o w s k i. Śluczaj atropinnojj ekcemy. Odbitka z „Medyckiego Wiestnika“ 1883.

— Głaznyja sanitarnyja stancyi. Odbitka z „Wojenno Sanitarnago Diela“ 1883.

— Nieskolko słow po dowodu naznaczenia jodoforma w oftalmologiczeskiej terapeutilne. Odbitka z „Medyckiego Wiestnika“. 1883.

Na pomnik Mickiewicza złożył: D-r Słomiński z Tykocina, gub. Łomżyńskiej kop. 50.— Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 982, 5 Złr., 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Maj 1883 roku księgarni W-go Wendego i S-ki.

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

A P T E K A

MAGISTRA FARMACYI

WINCENTEGO KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Elektoralna N. 35



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

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

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:

- Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rsr.
- Wino Rabarbarowe** z korą chiną królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 50 kop.
- Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 20 kop.
- Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o:

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

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

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

Tran lekarski oczyszczony, butelka 50 kop.

Tran lekarski zwyyczajny, butelka 40 kop.

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

Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussu i korzenia granatu, cena dozy 3 rs.

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

W. Karpiński.

10-6

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

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

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 materjałów aptecznych i aptekach Rossyi



SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu i Kazańska 3. u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20-2

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 PODROBIEŃ, 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 obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

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

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

Nabywać można w Paryżu u Clin et 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 sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

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

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

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

GŁÓWNY SKŁAD WÓD NATURALNYCH ZE ŹRÓDEŁ CZERPANYCH

przy Aptece Magistra Farmacyi

LEONARDA ZIEMIŃSKIEGO

w WARSZAWIE, ulica Marszałkowska wprost Zielonego Placu.

Zawiadamia, że nadeszły tegorocznego wiosennego czerpania wody lecznicze, ze wszystkich źródeł krajowych i zagranicznych, mianowicie: **galicyjskie, węgierskie, czeskie i austriackie, niemieckie belgijskie i francuzkie.** Nadto rozmaite produkta źródlowe do wewnątrz używane, jak **sole, pastylki i. t. p.**—oraz do zewnątrz na kąpiele i okłady, sole i lugi i. t. d.

Osobom biorącym w większych ilościach wody, **odstępuje się odpowiedni rabat od cen.**

Obstalunki przyjmują się ustne i piśmienne i takowe załatwiane są spiesznie—**za dostawę zaś do domów i dworców kolei nie dolicza się.**

Wysyła się także kolejami transporta wód na tak zwany przekaz („Nachnahme”) odbierającego nie inaczey jednak, jak za zaliczeniem $\frac{1}{4}$ wartości, mogącej pokryć koszt należny kolejom za przewóz.

Broszur ze źródeł dostarcza się **bezpłatnie.**

L. Ziemiński.

Adres dla telegramów

L. Ziemiński Aptekarz w Warszawie.

Adres zaś dla listów jak wyżej.

4—4

Stacja kolejowa
Muszyna Krynica
z dworca kolejowe-
go do Zakładu 10
kilometrów, godzina
jazdy. Przy dworcu
siłkry i wózki górals-
kie.

KRYNICA

Poczta i Telegraf
tutzież biuro wy-
wiadoweze w sa-
mym zakładzie.

w Galicyi w pow. Nowo Sąddeckim

CES. KRÓL. ZAKŁAD ZDROJOWO-KAP ELOWY

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

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

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

Ostatnia kurlista wykazuje, przeszło 4,000 gości.

Podezas sezonu ordynuje sześciu p. p. lekarzy.

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

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

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

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

Na razie wysiąść można w hotelu Krakowskim, pod Koroną

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

Ces. Król. Zarząd Zakładu zdrojowego w Krynicy.

6—4

LA BOURBOULE

WODA MINERALNA NADZWYCZAJ WZMACNIAJĄCA
zawierająca
chloran dwuwęglan i arsenian sodu
(28 milligr. arsen : sodowego na litr.)

Zażywać 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 :

Dr. Leon Tannenbaum

ordynuje od 20-go b. m.

w **Ciechocinku**

(dom Müllera). 4-4

BUSKO

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy, stale

w Busku zamieszkuje, ordynuje

w domu własnym. 6-5

BUSKO

Dr. J. Majkowski

Lekarz zakładowy, udziela porady z rana w gabinecie lekarskim zakładu, po połu-
dniu w swoim mieszkaniu na folwarku rządowym. 6-4

DR. H. PRZEŹDZIECKI

praktykuje jak lat poprzednich

w **Francensbadzie**

(Goldener Stern). 6-4

W IWONICZU

ordynuje podczas sezonu kąpielowego

Dr. Klemens Dębicki

jako lekarz zakładu. 5-4

Dr. Tadeusz Dworski

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

Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran.

10-4

Dr. Karol Dębicki

udzielać będzie porady lekarskiej jak w roku zeszłym

w **Francensbadzie**.

6-6

D-r Adam Świrski

Lekarz zakładu zdrojowego

w **Iwoniezu**

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

6-5

DR. WIKTOR ŻELAZOWSKI

b. sekundaryjusz szpitala Krakowskiego

ordynuje w sezonie tegorocznym, tak jak w roku zeszłym, w **Karlshadzie**.

Mieszka: Andreasgasse „Wilde Taube“.

6-6