

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.

APTEKA Biertümpla i Gessnera

Aleja Jerozolimska Nr. 7 róg Kruczej

posiada stale na składzie świeży

Kefir i Grzybki Kefirowe.

Zapotrzebowania z prowincyi **Grzybków Kefirowych** na zrobienie jednej lub dwóch butelek Kefiru
dziennie, wysła się niezwłocznie w liście rekomendowanym, większą zaś ilość w posyłce pocztowej.
6—2

Mam honor rekomendować:

1. Peloty D-ra Caposi do wcierania frykcyj merkuryjalnych i innych substancyi,
b. praktyczne i trwałe po rs. 1.
2. Szprycki do podskórnej iniekcji sublimatu, morfiny, nadzwyczaj trwałe, z celu-
loidu. po rs. 1 k. 50
3. Szprycki szklane tryprowe systemu pr. Sigmunda po k. 25
4. Suspensoryja płócienne z dopasowaniem po k. 40
5. Katetery i sondy Nelaton'a w wszystkich numerów, oryginalne angielskie po k. 50
6. Katetery i sondy angielskie i francuzkie sztuka po k. 40
7. Irygatory metalowe Esmarcha wiszące z rurką gumową i kawką szklaną maciezną
do przemywania pochwy z kranikiem po rs. 2.
8. Spongia occlusiva (gąbki ochronne) nasycone słabym roztworem kwasu salicy-
lowego po k. 30
9. Termometry lekarskie na $\frac{1}{10}$ maskmalne z lupą i rurką przyzmatyczną, sprawdzone po rs. 3
10. Termometry lekarskie Kapellera „ „ 3
11. Termometry lekarski zwyczajne „ „ 1
12. Opatrunki jodoformowe, karbolowe, szarpie paryzkie sztuczne i t. p. po umiarkowanej cenie.

JAKÓB PIK.

Miodowa Nr. 497^A w Warszawie
Zakład filii nie posiada.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu — Nagroda Montyon.

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

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, 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 profesorów 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 oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

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

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

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencjami 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 najwęższe nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

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

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

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

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

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Malinowski. Odma piersiowa (*pneumothorax*) prawostronna w przebiegu koklusu u dziecka. — II. Rosiński. O leczeniu rozlanego zapalenia nerek ergotyną. (Dokończenie). — Przegląd bibliograficzny. „Choroby serca i wielkich pni naczyniowych“ skreślił O. W i d m a n n. Ocenil T. D u n i n. — *Dział sprawozdawczy.* 64. Samuel G r o s s. Gastrostomia, oesophagostomia, oesophagotomia interna, oesophagotomia skombinowana, oesophagectomia, rozerwanie od tyłu w leczeniu zwężen przelyku. — 65. F r a e n k e l. Kilka uwag o rozpoznawaniu wad zastawek serca. — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

I. ODMA PIERSIOWA PRAWOSTRONNA

(*pneumothorax*)

w przebiegu koklusu u dziecka.

Skreślił

Alfons Malinowski.

Antonina Olkowska, 4-o-letnia dziewczyna, córka wyrobnika z za rogatek Powązkowskich, przybyła do szpitala dzieciennego dnia 22. V. 1884 r., z objawami duszności i koklusu. Chora, od 5 tygodni cierpiąca na koklusz, w dniu 8. V. r. b. bawiąc się przed domem na ulicy, uległa przejechaniu wozem. Matka chorej twierdzi, że dwa koła przeszły przez dziecię. Wezwany w tymże dniu wieczorem, kolega Ludwik Anders znalazł dziecię w stanie upadku sił, prawie nieprzytomne, z tętnem małym, sinicą i dusznością, zresztą niezbyt silną, a na głowie i w okolicy lędźwiowej kilka siniaków; w prawem płucu objawy odmy piersiowej, oraz objawy koklusu. Po zastosowaniu odpowiednich środków (kamfora, okłady ciepłe), dziecię wróciło do przytomności i sił, objawy odmy piersiowej pozostały jednak, przyczem dziecię starało się zawsze leżyć na prawym boku; duszność nie była zbyt silną. Koklusz trwał dalej. W dniu 20 t. m. kolega Anders, ze względu na rzadkość tego powikłania choroby, był łaskaw pokazać mi małą chorą i jego też uprzejmości zawdzięczam odesłanie dziecka do szpitala, a zatem możność ściślejszej obserwacji niniejszego przypadku.

Stan obecny. Dziecię średniej budowy ciała, umiarkowanie odżywiane, leży na prawym boku i zawsze wraca do tego położenia. Przy ułożeniu chorej na wznak zauważyć możemy, że prawa połowa klatki piersiowej znajduje się w położeniu wdechowym i przy oddechanu bardzo nieznacznie się rozszerza. Przestrzenie międzyżebrowe na tejże stronie wygładzone, żyły podskórne wyraźnie rozszerzone i widoczne. Przy położeniu siedzącym lub stojącym, chora trzyma się krzywo, przedstawiając skrzywienie boczne kręgosłupa, z wypukłością ku stronie pra-

wej. Drżenie klatki piersiowej po stronie prawej od tyłu i z boku, a po części i od przodu aż do linii sutkowej, zmniejszone; odgłos opukowy od tyłu, począwszy od grzebienia łopatki ku dołowi, a od przodu od III-go żebra do łuku żeberowego, jasny, bębniasty, zwłaszcza od tyłu, z dźwiękiem metalicznym przy jednoczesnym wysłuchiowaniu. Okolica nadobojczykowa prawa wypukłona, daje odgłos opukowy przytępiony, który sięga ku tyłowi do grzebienia łopatki.

Na całej przestrzeni, dającej ogłos opukowy bębniasty, znajdujemy przy wysłuchiowaniu oddech z metalicznym przydźwiękiem, szczególnie głośnym od tyłu i z boków, mniej wyraźnym od przodu. Objaw ten znika w czasie kaszlu, wtedy bowiem słyszymy oddech nieokreślony. W wierzchołku płuca i od przodu w okolicy mostka oddech nieokreślony.

Odgłos opukowy prawego płuca prawidłowy, oddech pęcherzykowy w lewym płucu zaostrozony z rżęczeniami w grubych oskrzelach od przodu i od tyłu.

Śródpiersie i serce zepchnięte ku stronie lewej, opukiwaniem granic serca oznaczyć nie można, uderzenie wierzchołkowe wyczuć się daje na dwa palce poprzeczne poza linią sutkową lewą, w V-em międzyżebżu. Tętno czyste, tętno drobne i słabe, 120 na minutę. Stopień wątroby zaczyna się u łuku żeberowego, sięgając na dwa palce poprzeczne ku dołowi. Chora oddecha powierzchownie, 40 razy na minutę, od czasu do czasu powtarzają się spazmatyczne napady kaszlu.

Mierzenie klatki piersiowej dało następujące liczby: przez obie sutki obwód wynosi 50 ctm., prawa połowa od sutki do kręgosłupa $22\frac{1}{2}$ ctm., lewa $19\frac{1}{2}$ ctm.. W obu razach obwód prawej połowy przewyższa o 2 ctm., obwód lewej połowy; u podstawy płuc różnica jest jeszcze większą i wynosi około 4 ctm..

Brzuch nieznacznie wzdęty, łąknienie dobre, wypróżnienia codziennie prawidłowe, ciepłota ciała $37,5^{\circ}$ C.. Sinica twarzy bardzo nieznaczna, kończyny ciepłe.

Przy poruszaniu i wstrząsaniu chorej, nie znajdujemy pluskania, a objawy opukowe i wysłuchowe nie zmieniają się przy zmianie położenia chorej. Zbiór powyższej wymienionych objawów dawał nam typowy obraz odmy piersiowej (*pneumothorax*) prawostronnej, którą też, wraz z kolegą A n d e r s e m, rozpoznaliśmy. Chora, która w domu będąc przyjmowała bromek potasu, w szpitalu przyjmuje w dalszym ciągu środki, łagodzące napady kokluszki. Na klatkę piersiową nałożono opaskę.

Dnia 23. V. Stan chorej dosyć dobry, napady kokluszki silne, lecz niezbyt częste, chora nie leży ciągle jak poprzednio, lecz siedzi swobodnie. Oddech 34—36 na minutę. Objawy fizyczne bez zmiany w prawym płucu, w lewym rżęczenia znikły. Przy mierzeniu żadnej zmiany nie znajdujemy.

Dnia 24. V. Zjawiska przy opukiwaniu i wysłuchiowaniu bez zmiany. Przy mierzeniu, obwód prawej połowy klatki piersiowej na wysokości sutek przewyższa lewy o 2 ctm., a u podstawy płuc, o 4—5 ctm.. Stan bezgorączkowy, tętno 120, oddechów 36—40, zresztą stan ogólny dobry. Napady kokluszki mniej częste.

D. 25. V. Stan ogólny, tętno i oddechanie bez zmiany. W górnych częściach prawego płuca nie słyhać brzmienia metalicznego ani oddechu, w dolnych brzmienie słyszalne. Żadnych rżężeń w płucach. Obwód na wysokości sutek i u podstawy prawej połowy klatki piersiowej tylko o 1 ctm. przewyższa obwód lewej połowy.

D. 26. V. oddech jeszcze powierzchowny, 40 na minutę, lecz prawa połowa klatki piersiowej większy przy tem bierze udział. Brzmienia metalicznego wcale nie słyhać,

natomiast od tyłu występuje słaby oddech pęcherzykowy, jak również z boku; od przodu oddechu nie słycać. Odgłos opukowy prawidłowy, granice płuca oznaczyć się dają. Uderzenie serca wierzchołkowe pod sutką lewą, w V-em międzyżebżu; górna granica wątroby powróciła na VI-e żebro. Na wysokości sutek obwód obu połów klatki piersiowej jednakowy, t. j. $18\frac{1}{2}$ ctm. (od jednej sutki do drugiej).

Dnia 27. V. W płucu prawem od przodu oddech bardzo słaby, od tyłu silniejszy, pęcherzykowy; drobne rozrzucone rżenia. Odgłos opukowy prawidłowy, bez różnicy w obu płucach. W lewym płucu rżenia wilgotne. Położenie serca i wątroby w prawidłowym miejscu oznaczyć się daje. Obwód piersi na wysokości sutek 35 ctm., każdej z połów $17\frac{1}{2}$. Skrzywienie kręgosłupa zmniejsza się.

Dnia 28 V. Oddechów 44, tętno 120. Uderzenie wierzchołkowe serca na wewnątrz linii sutkowej. Skrzywienie kręgosłupa mniejsze, od przodu jednak za- uważać można, że obojczyk prawy leży wyżej niż lewy i górna połowa prawej połowy klatki piersiowej cokolwiek wypukłona. Oddech pęcherzykowy w całym prawym płucu słyszalny, lubo od przodu bardzo jeszcze słaby. Napady koklusu mniej częste, lecz silne, stan ogólny chorej wyborny, przechadza się ona od trzech dni po pokoju. Siniaki na plecach znikły.

Dnia 29. V. Odechów 40 na minutę. Zjawiska opukowe i wysłuchowe prawie bez zmiany.

Dnia 30. V. Obwód na wysokości sutek 47 ctm., od sutki zaś do kręgosłupa z obu stron 36. Oddech pęcherzykowy w prawym płucu silniejszy. U dołu chwila- mi słycać oddźwięk metaliczny przy wydechu. Granice serca i wątroby prawidłowe.

Dnia 1. VI. W prawym płucu liczne rżenia wilgotne i trzeszczące oraz suche świszczące. Skrzywienia kręgosłupa nie ma. Położenie obu obojczyków na jednym poziomie.

Dnia 2. VI. Stan bez zmiany.

Dnia 3. VI. W dniu wypisania dziecka z oddziału, zanotowałem co następuje: Stan bezgorączkowy wogóle dobry, tętno 120, oddechów 40 na minutę. Ruchy obu połów klatki piersiowej widoczne i prawie bez żadnej różnicy. Oddech od tyłu i z boków pęcherzykowy, cokolwiek słabszy niż po stronie lewej, od przodu dosyć jeszcze słaby. Przy opukiwaniu różnicy żadnej, jak również przy mierzeniu.

Przebieg choroby wynosił ogółem dni 26, pobyt w szpitalu dni 12, w ciągu których stan zdrowia polepszał się z dnia na dzień. Stała częstość oddechów 40 na minutę tłómaczyć się daje zastępczą czynnością lewego płuca, które w dniu przybycia chorej do szpitala było również rozszerzone ($19\frac{1}{2}$ ctm.), a w dniu wypisania obwód jego na wysokości sutki był o $1\frac{1}{2}$ ctm. mniejszy.

Ponieważ odma piersiowa w wieku dzieciennym nadzwyczaj rzadko się zdarza, przeto do powyższego spostrzeżenia uważam za konieczne dodać parę uwag, dotyczących powstawania i leczenia tej choroby. Główne przyczyny wywołujące odnę piersiową bywają:

1) Sprawy zapalne w płucach, dochodzące do owrzodzeń i przerwania listka opłucnej, a zatem różne zapalenia przewlekłe, z rozszerzeniem oskrzeli i wytworzeniem ropni, rozpadem ropnym nacieków zapalnych, np. po odrze; zatory, ropnie przerzutowe i zgorzel płuc.

2) Ropne zapalenie opłucnej, przy otwarciu się ropnia bezpośrednio do jednego z większych oskrzeli, może mieć za następstwo odmę piersiową (*pyo-pneumothorax*). Po wydaleniu części ropy przy silnym kaszlu, przy następującym zaraz silnym wdechu, wchodzi do jamy opłucnej niewielka ilość powietrza na miejsce wyrzuconej ropy. Jeżeli ropień otwiera się do płuca nieuciśniętego, a zatem zdolnego do kurczenia się, wtedy daleko więcej powietrza wnika do jamy opłucnej na miejsce skurczonego płuca.

3) Wpływy traumatyczne w wajątkowych tylko razach wywołują odmę piersiową, a mianowicie przy kokluszu w następstwie silnych napadów kaszlu. Koklusz, jak wiadomo, często powikłany bywa przez rozedmę brzezną międzyzrazikową i podopłucną. Bezpośrednie uderzenie, wstrząśnienie, przejechanie klatki piersiowej, tak z uszkodzeniem żeber jak i bez takowego, może być również przyczyną odmy. Rany przenikające klatki piersiowej jak i niezręcznie wykonane przekłucie w celach leczniczych również do bardzo rzadkich należą przyczyn.

W naszym przypadku działały przyczyny tej ostatniej kategorii w sposób podwójny: z zewnątrz i z wewnątrz. Chora, cierpiąca na koklusz, została przejechaną. Sam koklusz w okresie napadów wikła się ze spazmatycznym zwieraniem głośni, przyczem płuco rozdyma się do najwyższego stopnia. W chwili przestradchu zwykle napad się powtarza i wzmaga, a nawet u zdrowych, jak twierdzi Gosselin, nagłośnia zamyka się instynktowo, płuco rozszerza się i przy działaniu bodźca odpowiedniej siły rozrywa się, zwykle w okolicy górnego płata ¹⁾. Nie ulega wątpliwości, że zjawiska te miały miejsce u naszej chorej w chwili przypadku. Przejechanie o tyle tu odegrało rolę, że, powodując przestradch, wywołało tem samem zamknięcie głośni i napad kokluszu, jak to zwykle bywa u dzieci. W tych warunkach, rozerwanie płuca z łatwością musiało nastąpić. Bardzo słabe i nieznanne ślady urazu, brak wszelkich złamań, pozwalają nam wykluczyć przejechanie, siniaki bowiem powstać mogły przy upadnięciu na bruk.

Przy odmie w wysokim stopniu, uciśnięte płuco zwykle zostaje odsuniętem ku śródpiersiu i kręgosłupowi; w razie zrostów, odma jest ograniczoną. Odma, wywołana przez przyczyny wymienione pod 1), t. j. przez sprawy zapalne płuca, a nawet niekiedy i ta, która powstaje pod wpływem bodźców zewnętrznych, wikła się zwykle z ropnem zapaleniem opłucnej, szczególnie wtedy, jeżeli ciało obce w jamie opłucnej zostanie. Przemieszczenie sąsiednich narządów: serca, wątroby, przepony, jak to miało miejsce w naszym przypadku, skrzywienie kręgosłupa, zaburzenia w oddechaniu i t. p., są to następstwa odmy, dochodzące do tem większych rozmiarów, im więcej powietrza wnika do jamy opłucnej.

W przypadku naszym mieliśmy typowy obraz choroby i dla tego w tem miejscu nic w tym względzie dodawać nie będziemy. Co się tyczy zejścia, to jeżeli uduszenie nie nastąpi w chwili przerwania opłucnej, duszność powoli się zmniejsza i wyleczenie nastąpić może wskutek wessania się powietrza i zarośnięcia opłucnej. Nieprzyjemnem powikłaniem odmy bywa niekiedy zapalenie opłucnej z wysiękiem ropno-surowicznym.

¹⁾ cf. Litten'a: O chorobach narządów piersiowych, wywołanych przez uderzenie. Zeitschrift f. kl. Med. T. V. Z. I oraz referat w Gaz. Lek. 1883. Nr. 8.

Leczenie przy grożącym uduszeniu polega na przekłuciu cieniutkim trójgranicem klatki piersiowej, w celu zmniejszenia ucisku na płuco, serce i wielkie naczynia; niekiedy przekłucie potrzeba kilkakrotnie powtarzać. Przy ograniczonej odmie nigdy nie zachodzi potrzeba przekłucia. Okłady zimne na klatkę piersiową, oraz środki narkotyczne do wewnątrz stanowią cały nasz terapeutyczny arsenał. W naszym przypadku ograniczyłem się tylko do użycia tlenku cynku z chininą przeciwko kokluszowi i nałożenia przepaski uciskającej na klatkę piersiową. Powikłań żadnych nie było, a wessanie powietrza nastąpiło w ciągu dni dwudziestu sześciu.

II. O LECZENIU ROZLANEGO ZAPALENIA NEREK ERGOTYNA.

Napisał

D-r R o s i ń s k i.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 37).

Na potwierdzenie powyższych wywodów, pozwolę sobie z dziesięciu, ergoty-
ną wyleczonych przypadków choroby, przytoczyć pokrótce następujące :

I przypadek. Bruno Eksner, chłopiec 9 miesięcy liczący, zachorował w Li-
stopadzie 1882 r. na bardzo lekką płonicę. Po kilku tygodniach, matka dziecka
zauważyła małe nabrzmienie twarzy, które jednakowoż miało bez śladu i dla
tego nie zwracało na siebie szczególniejszej uwagi. W Marcu 1883 r., a więc
w trzy miesiące później, wystąpiły u dziecka drgawki i wymioty. Przywołany 22.
III. znalazłem, oprócz powyższych objawów, znaczne nabrzmienie powiek lewego
oka i puchlinę na odnośnej stronie twarzy, lewej ręce i obu nogach. W mo-
czu, wydalany po kilka zaledwie kropli na raz, znaczna ilość białka. Płuca i serce
prawidłowe. Ciepłota 37,6° C., tętno 110. Pomimo młodego wieku chorego przepisałem:

Rp. *Ergotini dialisati* 1,0
Aq. destillat. 100,0
Syrup. Rubii Idaei 30,0

MDS. Co godzina łyżeczkę od kawy.

Po wyżyciu tego leku, ustały drgawki, wymioty przychodziły już nie tak czę-
sto, ale puchlina pozostała. Kazałem zatem to samo lekarstwo powtórzyć, a po za-
życiu drugiego grammu, 25. III. stan chorego znacznie się polepszył. Moczenie było
obfite, wymioty ustały zupełnie, puchlina także się zmniejszyła. Zostawiłem więc
chorego przy tem samem lekarstwie, dodawszy tylko *vini aerenensis* 20 grm.. Do 30.
III. dziecko ciągle ergotyne zażywało. Puchlina pozostała tylko na kończynach
dolnych, podczas gdy twarz i kończyny górne otęchły zupełnie. W moczu zawsze
jeszcze białka dość dużo; przepisałem.

Rp. *Tinc. ferri pomati* 10,0
DS. Trzy razy na dzień 5 kropel.

Po trzech tygodniach znalazłem chorego w stanie prawie zupełnie prawidło-
wym, bez puchliny, z małą ilością białka w moczu, które przy dalszem zażywaniu
żelaza zupełnie znikło. W przypadku tym, dziecko wyżyło od 22 do 30 Marca,
a zatem w przeciągu dziesięciu dni, 4 gramy *ergotini dialisati*, co na wiek tak mło-
dy jest dawką bardzo znaczną. Energiczne działanie było tu jednakowoż konie-
cznem wobec grożącej mocznicy, której początki już się w drgawkach objawiały.
Przepisuję zaś u dzieci *ergotinum dialisatum* dla tem większego zabezpieczenia się
przeciw możliwej nieczystości leku.

II przypadek. Michał Przybył, 46 lat mający robotnik, silnej budowy ciała, do jesieni 1880 r. cieszył się zupełnem zdrowiem; w tym czasie stracił łaknienie, dawną swą siłę do pracy i zauważył, że około kostek występuje puchlina. Pomimo wzmagających się ciągle objawów choroby, pracował jeszcze przez całą prawie zimę. Ku wiosnie tak mu jednak nogi nabrzękły, że musiał się położyć do łóżka. Będąc zavezwanym do chorego 5-go Kwietnia 1881 r., znalazłem stan następujący. Chory bardzo osłabiony, wychudły, mówi cichym głosem, brak łaknienia, nogi i moszna opuchłe. W skąpo wydzielanym moczu dużo białka. Płuca i serce zdrowe; język lekko obłożony, ciepłota prawidłowa, tętno 90. Zaleciłem mleczną dyjetę i octan potasu.

Po dwóch tygodniach, 25 Kwietnia zastałem chorego znacznie gorzej. Puchlina się wzmogła i rozszerzyła na ściany brzucha, a mocz zagotowany zamieniał się prawie do połowy na skrzeple białko. Zaleciłem:

Rp. *Ergotini* 10,0
Aq. destill. 60,0

MDS. Cztery razy na dzień łyżeczkę.

Lek ten kazałem ciągle zażywać, przekonawszy się po kilku dniach, że choro-
ba się nie wzmaga i chory obficie mocz wydziela. Do 15 Maja, pod wpływem
ciągle tego samego środka, znikła puchlina ze ścianek brzucha i moszny, ograni-
czając się tylko na dolnych kończynach. Zapiisałem:

Rp. *Ergotini* 5,0
Tincturae ferri pomati 25,0

MDS. 4 razy na dzień po 25 kroplek.

Do 25 Maja, do którego to czasu chory wyżył 40 gramów ergotyny, stan je-
go polepszył się o tyle, że nogi już tylko do kolan lekko były obrzmiałe i w mo-
czu znajdowała się daleko mniejsza ilość białka. Przytem chory odzyskał sił
o tyle, że codzień i na dużą ilość spotrzebowanej ergotyny, zapiisałem czystą
tincturam ferri pomati. Pod wpływem jednak samego żelaza, poprawa nie nastę-
powała; przeciwnie puchlina zaczęła się wzmagać, tak, że 21 Czerwca znalazłem
chorego znów w łóżku ze znacznie opuchłemi nogami i mosznami. Powróciłem
zatem do ergotyny, zapisując jak wyżej:

Rp. *Ergotini* 5,0
Tincturae ferri pomati 25,0

MDS. 4 razy na dzień po 30 kroplek.

Przy dłuższem użyciu tego leku, puchlina zaczęła się znowu zmniejszać, tak,
że w końcu Lipca, do którego to czasu chory wyżył znowu 30 gramów ergotyny,
już tylko nogi około kostek były opuchnięte. W moczu, wydzielanym w ilości
prawidłowej, znajdowało się jednak jeszcze białko. Chory wszakże tyle się czuł
zdrowszym i silniejszym, że pomału zaczął pracować. Zaleciwszy mu dalsze zaży-
wanie *tincturae ferri pomati*, straciłem chorego z oczu. Dopiero w Lutym r. b.,
a więc po trzech latach, widziałem chorego; był on zupełnie zdrowym, w moczu
nie było śladu białka. Chory ten wyżył od 25 Kwietnia do 30 Lipca, z przerwą
jednomiesięczną, ogółem 60 gramów ergotyny, co dowodzi dostatecznie nieszkod-
liwości tego środka w wielkich dawkach i przy długim użyciu. Że zaś nie żelazo,
tylko ergotyna spowodowała wyleczenie chorego, tego dowodzi pogorszenie się cier-
pienia w miesiącu Czerwcu, w którym to czasie chory używał tylko samą *tincturam*
ferri pomati. Ponieważ dalej, ze względu na zewnętrzne stosunki chorego, ża-
dnego innego sposobu leczenia zastosować nie było można, przypadek ten jest za-
tem niewątpliwym dowodem skuteczności ergotyny, nawet w tak ciężkim przewlek-
łym przebiegu choroby. Cierpienie było tu wprawdzie jeszcze stosunkowo świe-
żem, ale też tylko wtenczas działanie leku tego jest możliwem. Tam, gdzie już
nastąpił częściowy albo całkowity zanik nerki, skutku żadnego spodziewać

się po nim nie można. Ergotyna daje nam właśnie możność stłumienia choroby i niedopuszczenia jej rozwojowi, którego smutych następstw już nie powstrzymać nie zdoła. Okazuje się się to dokładnie z następującego przypadku:

III przypadek. Paulina Schlesing, 26 lat licząca, dotąd zupełnie zdrowa, uległa w Lipcu 1883 r., wskutek zaziębnienia, zapaleniu nerek i to z tak gwałtownym przebiegiem, że w trzecim tygodniu cierpienia zastałem chorą w łóżku, niesłychanie bladą, osłabioną, wymiotującą po każdym jedzeniu, z opuchniętą twarzą, rękami i nogami. W moczu znajdowało się bardzo dużo białka. Reszta narządów w stanie prawidłowym. Kiedy leczenie stereotypowe żadnej nie spowodowało ulgi i choroba z dniem każdym się wzmagala, zapisałem w początku Sierpnia:

Rp. *Ergotini* 5,0
Aq. destill. 150,0
Syrupi Rubii Idaei 30,0

MDS. Co godzina łyżkę.

zalecając przytem trzy razy na dzień po 25 kropeł *tincturae ferri pomati*. Po wyżyciu trzech flaszek powyższego środka, puchlina zaczęła znikać, a po dwóch tygodniach zastałem chorą swobodną i wesołą przy zajęciu domowem. W przypadku tym, zupełnie świeżym, wystarczyło więc 15 gramów ergotyny, aby cierpienie zwrócić na drogę zdrowienia.

Wobec zupełnego braku leczenia zasadniczego przy rozlanem zapaleniu nerek, chciałbym powyższemi wywodami i podanym materiałem zachęcić Szanownych Kolegów do dalszych na tem polu doświadczeń, w tem przekonaniu, że w razie potwierdzenia moich zapatrywań, zyskalibyśmy w ergotynie ważny bardzo nabytek przy leczeniu chorób nerek.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

CHOROBY SERCA I WIELKICH PNI NACZYNIOWYCH wedle dzisiejszego stanu nauki skreślił D-r Oskar Widmann, prymaryjusz Szpitala powszechnego we Lwowie. Warszawa 1884.

Niejednemu z czytelników wydać się może niewłaściwem pomieszczenie w Gazecie Lekarskiej oceny dzieła, jej własnym wydanego nakładem; względ ten byłby może i słusznym, gdyby nie fakt, iż w piśmiennictwie naszym podręcznik oryginalny jest zjawiskiem, zdarzającym się raz na dwa lub trzy lata i że te, które wychodzą, po większej części li tylko pobieżne wywołują wzmianki. Zawiniłaby więc, zdaniem mojem, Redakcja Gazety Lekarskiej zarówno przed autorem jak i czytelnikami, gdyby, kierując się skrupułami, pominęła milczeniem oryginalne, w polskim języku wydane dzieło. Rzecz prosta, że ostateczne zdanie moje o dziele niniejszem, nie może być jak tylko pochlebne; nikogo to wszelako zdziwić nie powinno, boć Redakcja pisma naszego, wydając pracę kol. Widmanna, już tem samem za dobrą ją uznała. Nie o banalne zresztą pochwały nam tu chodzi, ani też handlarski interes mamy na celu; idzie nam o to, aby przedstawić czytelnikowi istotną wartość dzieła, jego zalety, a ewentualnie i wady, w tej nadziei, że uwagi nasze mogą przynieść choć skromną korzyść czytelnikom i autorowi, oraz w tem mocnem przekonaniu, że krytyka jest niezbędnym bodźcem do postępu.

Oprócz tej radości, jaką uczuwam zawsze wtedy, kiedy się mogę podzielić z ogółem wiadomością o wyjściu na świat dobrej polskiej książki, skłania mię jeszcze do napisania oceny dzieła kol. Widmanna i ta okoliczność, że przed laty

paru zdawałem już sprawę z pracy tegoż autora, ten sam dział patologii za przedmiot mającej. Kiedy w roku 1879 kol. Widmann wydał swą pracę p. t. „Choroby serca i tętnic w zarysie“ ¹⁾, pomieściłem jej ocenę w Kronice Lekarskiej, a ośmielałem się przypuścić, że uwagi moje też pewne zajęły miejsce w rzędzie bodźców, które skłoniły autora do ponownego opracowania tegoż samego przedmiotu. Jeżeli przypuszczenie moje jest słusznem, to zaiste praca krytyka opłaciła się w zupełności.

Pierwsze dzieło Widmanna obejmowało zaledwie 134 stronice, kiedy niniejsze w trójnasób niemal jest większe, o porównywaniu ich więc mowy nawet być nie może. Wprawdzie, co jest rzeczą naturalną, zachodzą pomiędzy niemi pewne podobieństwa, ale wtedy, kiedy pierwsze zaledwie początkującemu niejakię wskazówki dać mogło, drugie rozmiarami swemi zbliża się do największych podręczników o chorobach serca.

Zaczynam od przedstawienia w krótkości układu dzieła.

Część szczegółową poprzedza autor częścią ogólną, zawierającą opis anatomiczny, fizyologiczny i ogólne sposoby badania. Po zwięzłym lecz dobrym opisie anatomicznym, autor zatrzymuje się obszerniej nad działaniem mięśni serca. Autor jest gorącym zwolennikiem teorii Spring-Piotrowskiego, teorii przyjętej przez całą krakowską szkołę, wedle której zarówno skurcz jak i rozkurcz serca są aktami czynnemi, zależnemi od działalności mięśni, a mianowicie skurcz zależy od działania mięśni okrężnych, rozkurcz zaś od działania mięśni podłużnych, t. j. brodawkowych. Tym sposobem mięśnie brodawkowe, kureząc się w początku rozkurczu (*diastole*), ściągają zastawki żyłne ku komorom serca i niejako czynnie ssą krew z przedsionka. Udowodniony przez Goltz'a i Gaulle'go fakt, że siła ssąca lewej komory wynosi u psa na początku rozkurczu 320 mm. wody, da się objaśnić tylko wtedy, jeżeli i rozkurcz serca za akt, czynny uważać będziemy. Ostateczny wyrok w tej sprawie należy jeszcze do przyszłości.

Po tym wstępie fizyologicznym, autor daje opis sposobów badania, a mianowicie oglądania, obmacywania, opukiwania i osłuchiwania. W części tej autor wyłożył, wprawdzie zwięzłe, bez czezej gadaniny, ale bardzo dobrze wszystko, co dotychczas na tem polu zrobiono, nie pomijając i najnowszych prac, jak np. poszukiwań Riegela nad tętnem żylnem. Jednej tylko w tej części brakuje rzeczy, a mianowicie nauki o tętnie, która w dziele o chorobach serca miejsce koniecznie znaleźć powinna; opuszczenie to dziwi nas tem bardziej, że w pierwszej swej pracy kol. Widmann podał krótki, lecz dobry opis zmian patologicznych, jakim tętno ulega. To opuszczenie stało się powodem, że i o badaniu sfgmograficznem żadnej wzmianki w części ogólnej nie ma; wprawdzie znane mi jest zdanie autora ²⁾, na które i ja w całości się piszę, że sfgmografia dotąd żadnej korzyści dla nauki o chorobach serca nie przyniosła, nie mniej przeto nie możemy przesądzać przyszłości i uważamy za konieczne, aby lekarz przynajmniej główne krzywizny sfgmograficzne i odmiany tętna miał w pamięci. Również i achillesowa pięta auskultacyi serca, a mianowicie szmery tak zwane przypadkowe zbyt krótko zbyt zostały; utarte, a i przez kol. Widmanna powtórzone zdanie, że szmery te zależą od upośledzonej działalności mięśni sercowych (str. 61) nic nam właściwie nie tłómaczy; sądzę, że właściwem by było położyć większy nacisk na czasową niedomykalność zastawki dwudzielnej jako ich przyczynę, a także na najnowsze badania C. Paul'a i Neukirsch'a, z których wypływa, że przyczyną szmerów przypadkowych bywa względne zwiężenie aorty, uwarunkowane czasem rozszerzeniem lewej komórki. Nie powiem, aby zdania powyższe stanowczo udo-

¹⁾ Nakładem stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie.

²⁾ Patrz ocenę pracy kol. Pawińskiego w Medycynie.

wodnione były, wszelako są one pierwszą próbą racjonalnego objaśnienia szmerów przypadkowych.

Opis szczegółowy autor rozpoczyna od wad serca wrodzonych; część ta, jak to autor sam powiada, opracowana została według dzieła Rauchfuss'a. Z tego braku oryginalności autorowi zarzutu robić nie mamy prawa, wiadomo bowiem jak rzadko wspomniane cierpienia serca się zdarzają; ztąd też każdy systematyczny ich opis z natury rzeczy musi być kompilacyjnym.

Następnie idzie opis chorób osierdzia (*pericardium*); dział ten wraz z częścią ogólną opracowany jest zupełnie oryginalnie i stanowi, zdaniem mojem, najlepszą część całego dzieła. Zasługuje szczególnie na uwagę rozdział o leczeniu zapalenia osierdzia i o zrostach blaszek osierdzia; w tym ostatnim, podaje autor swój własny pogląd na przyczyny wciągania przestrzeni między-żebrowych przy tej chorobie, pogląd, który następnie przez Riegel'a rozwinięty został. Chciałbym tu tylko zwrócić uwagę na jeden ustęp, który dziś już za anachronizm uważać należy; autor mianowicie twierdzi, że wysięk osierdziowy, uciskając serce, upośledza rozkurcz najpierw przedsionków a potem komór, przez co powstają zastoje w krążeniu żylnem i t. d. (str. 153 i 154). Zdanie to, dawniej powszechnie przyjęte, dziś wobec prac François-Franck'a i Cohnheim'a ostać się nie może, obaj bowiem wspomnieni uczeni wykazali, że ciecz, zebrana w osierdziu, utrudnia tylko odpływ krwi z żył, na ruchy zaś serca wpływu nie wywiera.

Druga połowa dzieła obejmuje choroby mięśnia sercowego i wsierdzia, wady zastawek, bicie serca nerwowe i tętniaki aorty. Część ta opracowana jest równie dobrze jak poprzedzająca; cechuje ją ta sama zwięzłość w wykładzie, bez śladu owego gadulstwa i niekrytycznego przytaczania cudzych zdań, który to przymiot zachwyca zazwyczaj tylko początkujących czytelników, dla tego że znajdują gotowy zapas erudycyi i obfity materiał do cytata. Widmann przeciwnie, przytacza obszernie tylko ten pogląd który uważa za słuszny, a cudze zdania, z jego przekonaniem nie licujące, opatruje krótką ale dosadną krytyką; tak np. kwestyję przerostu serca przy chorobach nerek, o której tyle pisano, rozstrzyga na jednej stronie, a jednak zupełnie słusznie i zgodnie ze stanem nauki; toż samo powiedziec można o tak zwanym przeroście pierwotnym serca. Jeżeli jednak pomimo tych zalet tę część dzieła stawiamy niżej od poprzedzającej, to czynimy to dla tego, że nie jest ona zupełnie oryginalną. Wprawdzie napisać dziś coś zupełnie oryginalnego o chorobach serca, coś coby nie wkraczało w dziedzinę fantazyi jak to ma miejsce u niektórych autorów francuzkich, jest rzeczą niezmiernie trudną, jeżeli zgoła możliwą, tem bardziej, że ostatnie wielkie przewroty w patologii chorób serca zaledwie że dotknęły; nie mniej przeto nie możemy zataić, że plan i układ tej części dzieła kol. Widmanna wzięty jest z najnowszego podręcznika chorób wewnętrznych Eichhorst'a. Nie twierdzą przez to bynajmniej, aby część ta pracy kol. Widmanna była prostą przeróbką dzieła Eichhorst'a; przeciwnie, Widmann wszędzie ma swój własny pogląd, często wręcz przeciwny zdaniu Eichhorst'a, niektóre ustępy opracowane są zupełnie odmiennie, np. rozdział o biciu serca nerwowem, o przeroście serca pierwotnym, pomimo tego jednak czytelnik, znający oba dzieła, nie może się opędzić myśli, że wzorem dla kol. Widmanna była praca Eichhorst'a.

Wyjątek wszelako w tym względzie stanowią ustępy o leczeniu; takowe w całym dziele napisane są zupełnie oryginalnie i w sposób zasługujący na wszelkie uznanie; doprawdy nie ma tam ani jednego wyrazu, na który bym się nie zgodził, tyle tam natomiast logiki i konsekwencyi. Byłoby do życzenia, aby nasz ogół lekarzy, wśród którego wiara w skuteczność emulsyj, ulepków, jodowania, tapsyi i t. p., tak ważne zajmuje miejsce, przejął się zasadami leczenia, w dziele Widmanna zawartemi.

Obowiązek sprawozdawczy nakazuje mi zwrócić uwagę i na braki tej części dzieła. Jest ich w ogóle nie wiele. Za najważniejszy poczytać muszę brak

wszelkiej wzmianki o zmianach tętnic wieńcowych serca (zatkanie, zwężenie, miażdżyca) i następstwach tegoż stanu. Opuszczenie to tem bardziej jest nie-usprawiedliwione, że zarówno najnowsze prace doświadczalne (Cohnheim, Samuelson), jak i spostrzeżenia kliniczne (Huber, Leyden, Fraentzel, Huchard) wykazały, jak ważny wpływ zmiany tętnic wieńcowych na działalność serca wywierają, że tylko wspomnę o dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), śmiertelnych omdleniach i t. d.. W razie gdyby dzieło Widmanna doczekało się drugiego wydania, brak ten koniecznie uzupełnić by należało. Mniejsze już ma znaczenie pominięcie lub słabe uwzględnienie chorób mikotycznych i przymiotowych serca. Ostatnia wreszcie rzecz, na którą chcę zwrócić uwagę, odnosi się do sposobu, w jaki Widmann pojmuje względną niedostateczność (*insufficiencia relativa*) zastawek trójdzielnej i dwudzielnej.

Zgodnie z dotychczas panującym przekonaniem, autor twierdzi, że niedostateczność względna zastawki trójdzielnej, a ewentualnie dwudzielnej (o której zresztą bardzo mało mówi, tak, że nie wymienia nawet stanów mogących ją wywołać), powstaje wtedy, jeżeli „albo mięśnie brodawkowe, albo nitki ścięgniste, przez to że są chorobowo zmienione, stały się krótszemi i grubsze i nie pozwalają prądowi krwi zewrzeć należycie zastawek, albo, jeżeli zwątłone mięśnie okrężne około ujścia żylnego powodują rozszerzenie pierścienia chrząstkowego czyli ujścia przedsionkowo-komórkowego“ (str. 304). Pierwsza część tego twierdzenia, t. j. ta, która odnosi się do zmian mięśni brodawkowych i nitek ścięgniętych, zupełnie jest słuszna, z tem wszelako zastrzeżeniem, że niedostateczności takiej zazwyczaj już nie zaliczamy do względnej, tem bardziej że zmiany nitek ścięgniętych bez jednoczesnych zmian zastawek prawie że się nie zdarzają. Natomiast drugie objaśnienie powstawania niedomykalności względnej, t. j. wskutek rozszerzenia pierścienia ścięgniętego, w żaden sposób zadowolnić nas nie może; jest to zdawkowa moneta, przekazywana przez jednego autora drugiemu, której jednak już czas spocząć w archiwach naukowych. Żaden z autorów, powtarzających to zdanie, nie powiada przedewszystkiem, co wpływa na to rozszerzenie pierścienia ścięgniętego, boć łatwo pojąć że „zwątlenie mięśni“, o którym mówi Widmann, jest dopiero czynnikiem biernym, mogącym ułatwić powstawanie rozszerzenia; prócz niego, potrzebaby jeszcze siły, któraby czynnie pierścień rozciągnąć mogła. Tą siłą mogłaby być tylko zwiększona ilość krwi, przepływająca w danym czasie pod zwiększonym ciśnieniem przez otwór żylny. Gdyby jednak przypuszczenie takie było prawdziwe, w takim razie najprzód: rozszerzeniu ulegać by winny otwory tętnicze, a nie żyłne, tu bowiem krew przepływa pod większym ciśnieniem, a po drugie niedostateczność względna byłaby częstszą w sercu lewem niż prawem, tu bowiem znów ciśnienie jest większe. Nadto znamy takie stany, w których przez otwór żylny przepływa zwiększona ilość krwi pod zwiększonym ciśnieniem, a jednak pierścień ścięgnięty bynajmniej rozszerzeniu nie ulega. Ma to miejsce np. w wyrównanej niedomykalności organicznej zastawki dwudzielnej; tutaj przez otwór żylny przepływa przy każdym skurczu przedsionka większa ilość krwi, niż w stanie prawidłowym (ilość prawidłowa + ta, która z komórki przeszła do przedsionka) i pod ciśnieniem zwiększonym (z powodu przerostu ścian przedsionka), a jednak, pomimo długiego trwania choroby, pierścień ścięgnięty bynajmniej rozszerzeniu nie ulega. Nadto badania bezpośrednio na ten przedmiot skierowane, a mianowicie doświadczenia Potain'a, wykazały, że pierścień ścięgnięty nie tak łatwo ulega rozszerzeniu i że do tego potrzeba siły o wiele większej niż ta, którą serce rozporządza. Trzeba więc dla objaśnienia sposobu powstawania niedomykalności względnej innego poszukać czynnika. Pod tym względem zgadzam się najzupełniej z Potain'em, że najlogiczniej jest przyjąć za przyczynę niedomykalności względnej rozszerzenie serca. Jeżeli bowiem komora serca będzie mocno rozszerzoną, wtedy nasała mięśni brodawkowych także się odsuwa od środka otworu żylnego, przez co powstaje ten sam skutek,

jak gdyby mięśnie brodawkowe lub ich nitki ścięgnięte uległy rzeczywiście, organicznemu skurczeniu, a mianowicie zastawki, w początku skurczu komory, nie będą dostatecznie zamykać otworu żylnego. Tak więc względne skrócenie mięśni brodawkowych staje się powodem względnej niedomykalności zastawek. Że tak istotnie jest, o tem przekonują nas doświadczenia Couty'ego, w zupełnie innym przedsięwzięciu celu. Autor ten, wstrzykując kotom do żył powietrze, znalazł, że takowe (powietrze) zbierało się wyłącznie w prawej połowie serca, rozszerzało do niesłychanych rozmiarów komorę prawą, przyczem powstawała niedomykalność względna zastawki trójdzielnej, objawiająca się bardzo wyraźnym tętnem żylnem. O żadnych zmianach mięśni mowy tu być nie mogło, jak również nie było rozszerzenia pierścienia ścięgniętego; jedyną przyczyną niedomykalności mogło być tylko znaczne rozszerzenie serca. Takie pojmowanie rzeczy tłómaczy nam wiele faktów, a mianowicie: 1) przyczynę częstszej niedomykalności zastawki trójdzielnej niż dwudzielnej; 2) przyczynę tak częstych szmerów skurczowych, słyszalnych u wierzchołka serca w przebiegu chorób gorączkowych. Dotychczas nazywano szmery te przypadkowymi, a ich powstawanie tłómaczono sobie „niedokrwistością“ lub „zwątlaniem mięśni“, wyrażenia które żadnego zgola nie mają znaczenia, bo w tych razach o niedokrwistości nie ma mowy, a zwątlenie mięśni samo w jakież sposób może szmer wywołać? Natomiast wiadomo, na co Heitler bardzo słusznie zwraca uwagę, że w chorobach gorączkowych rozwija się bardzo często ostre rozszerzenie serca, które aczkolwiek później, gdy mięsień sercowy siłą swą odzyska, znika zupełnie, w danej jednak chwili przedstawia warunki, korzystne dla powstawania niedomykalności względnej. 3) Autorowie piszący o przeroście serca pierwotnym, wspominają pomiędzy objawami tego cierpienia o szmerze skurczowym u wierzchołka serca; i tu także za przyczynę jego uważać należy niedomykalność względną, spowodowaną przerostem serca odśrodkowym (*hypertrophía excentrica*).

Na tem kończę uwagi moje, co do treści dzieła kol. Widmanna. Dodam jeszcze, że dołączone rysunki bardzo ułatwiają zrozumienie treści, prócz jednego z nich, a mianowicie tego, który ma przedstawiać tętno dziwacze (*pulsus paradoxus*) (str. 185). Na rysunku tętno to wygląda dość prawidłowo, a w każdym razie nie ma w niem ani śladu dziwaczności (zmniejszanie się fali krwi podczas wdechu).

Nie do treści, lecz formy odnosi się i następująca uwaga. Autor, przytaczając nazwiska pisarzy, nie cytuje nigdzie tytułów ich prac; w dziele tego pokroju podobne skrócenie za wadę poczytać należy.

Skończyłem. Panuje u nas powszechny zwyczaj, że w sądzeniu dzieł naukowych inną, o wiele surowszą, mamy miarę dla prac autorów zagranicznych, a inną, o wiele łagodniejszą, dla prac z pod polskiego wysłych pióra. Do dzieła Widmanna tej złagodzonej miary nie stosowałem i to za wszystkie pochwały wystarczyło powinno.

D-r T. Dunin.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

64. Samuel Gross. *Gastrostomia, oesophagostomia, oesophagotomia interna, oesophagotomia skombinowana, oesophagectomia, rozerwanie od tyłu, w leczeniu zwożeń przełyku.* (*Gastrostomy, oesophagostomy, internal oesophagotomy, combined oesophagotomy, oesophagotomy and retrograde divulsion in the treatment of stricture of the oesophagus*).

Z powodu częstotliwości zwożeń przełyku rakowego pochodzenia i bezskuteczności leczenia środkami terapeutycznymi, uważamy za odpowiednie dać tu w stre-

szczeniu wyniki leczenia chirurgicznego, zestawione przez największego chirurga amerykańskiego, prof. Gross'a. Oddzieliwszy zwiężenia natury rakowej od zwiężeń bliznowatych, ze względu na wielką różnicę w rokowaniu, Gross kolejno rozpatruje rozmaite operacje, wyszczególnione w nagłówku.

I. Zwiężenia rakowe. 1) *Gastrostomia*, t. j. utworzenie stałej przetoki w żołądku, celem karmienia przez nią chorego, wykonaną była 167 razy; z tej liczby w 49 przypadkach śmierć była bezpośrednim lub pośrednim wynikiem operacji (21 razy z zapalenia otrzewnej, 11 z zapalenia płuc, oskrzeli i oplucnej, 10 z szoku, 4 z *gastritis phlegmonosa*, 2 z mocznicy, 1 z posocznicy). Śmiertelność wynosi 29,34% i jest o 14,34% większą od śmiertelności przy gastrotomii z powodu ciał obcych, która wynosi tylko 3:20. Dalej w 1 przypadku śmierć nastąpiła z krwotoku z nowotworu, w 1 z uduszenia, spowodowanego przez przedziurawienie tchawicy przez raka, w 66 przypadkach z wyczerpania, wycieńczenia w ciągu okresu od 9 godzin do 1 miesiąca po operacji, 32 zaś chorych zmarło w ciągu 24 pierwszych godzin po operacji. W 14 przypadkach operacja nie była dokończoną. Z ogólnej liczby 167 przypadków, 117 chorych zmarło w ciągu 1 miesiąca, 4 chorych żyje, lecz niewiadomo jak długo żyć będą, a 46 żyło dłużej niż jeden miesiąc.

Z tej liczby 46 przypadków, w 28 śmierć nastąpiła następczo (2 w 5-ym tygodniu, 2 w 7-ym tygodniu, 9 w dwa miesiące, 2 w 3½ miesiący, 3 w trzy miesiące, 2 w cztery, 2 w pięć, 1 w sześć, 1 w siedem, 1 w siedem i pół, 2 w osiem a 1 w dziesięć).

Z pozostałych 18-u, 3-ech żyło w końcu jednego miesiąca, 2-ch w 40 dni, 4 w dwa miesiące, 2 w 3½ miesiące, 2 w 4 miesiące, 1 w 5 miesiący; 1 w 6 mies., 1 w 7 miesiący, 1 w 12 miesiący i 9 dni, a 1 żył jeszcze w 13 miesiący po operacji. Dwa ostatnie przypadki, najpomyślniejsze z całej statystyki, należą do Whitehead'a z Manchester'u.

2) *Oesophagostomia*, czyli stała przetoka na szyi, prowadząca do przelyku, uskuteczniłą była w 21 przyp., z których wyzdrowienie nastąpiło w 4. Śmierć w 17 = 80,95%, z tej ostatniej liczby 5 chorych zmarło z wyczerpania, a 12 wskutek samej operacji (7 ze szoku, 1 z posocznicy, 1 z ropnicy, 1 z zapalenia płuc, 1 z *phlegmone* śródpiersia przedniego, które to cierpienie powstało wskutek przeniknięcia zgłębnika w tkankę okołopęcherzykową i 1 z powodu przeniknięcia zgłębnika w śródpiersie tylne). We wszystkich przypadkach śmierć nastąpiła w ciągu 19 pierwszych dni po operacji, w jednym tylko w trzecim miesiącu. Z 4 chorych, którzy przeżyli, jeden żył 2, jeden 3, jeden 5, a jeden 16 miesiący (przypadek Tarenget). Po operacji tej zagrażają choremu rozmaite powikłania, których możebność wykazuje statystyka, i tak: w przypadku Holmer'a rura, używana do karmienia chorego, spowodowała owrzodzenie i przedziurawienie przelyku i zgorzel tkanki pozaprzelykowej; w przypadku Kappeler'a zgłębnik przebił przelyk, co spowodowało *phlegmone* w śródpiersiu przednim i zropienie osierdza; w przypadku Weinlechner'a rura weszła w śródpiersie tylne, gdzie znaleziono po śmierci mleko; w przypadku Annandale'a trzeba było po zrobieniu ezofagostomii przystąpić do gastrotomii, z powodu drugiego zwiężenia przy samym wpuszczeniu.

3. *Oesophagotomia interna* dokonana była w jednym przypadku przez Schiltz'a; chory żył jeszcze około 6 miesiący.

4. *Oesophagectomia*. Czerny w 1878 wyciął mały okrężny kawałek przelyku i dolny odcinek przyszył do rany; w 5 miesiący chora miała się doskonale. Bergmann wyciął 1½ cala; chory zmarł w 24 godziny z ropnego *mediastinitis*, *pericarditis*, *pleuritis*, *pneumonia*. Novaro wyciął pasek mający 2½ szerokości chory miał się dobrze jeszcze w 7 tygodniu po operacji. Billroth wyciął część przelyku od gardzieli do mostka wraz z krtanią i gruczołem tarczowym. Chorego karmiono 4 tygodnie przez zgłębnik; potem, skoro rana się zagoiła, musiano rozszerzać świeczkami otwór, który stawał się coraz węższym. Ku końcowi 6-go tygodnia *bougie* dostała się do tkanki okołoprzelykowej, śmierć z *pericarditis*, i ropnia

w śródpiersiu tylnem. Wreszcie Israel wyciął również dokoła część przelyku; śmierć na 7 dzień z *phlegmona necroticum* na szyi i zapalenia płuc.

Jestto rzeczą powszechnie wiadomą, iż rozszerzanie zgłębnikami rakowatego zwężenia przelyku nie jest niewinną operacją; podrażnienie, zapalenie, szybszy wzrost nowotworu, wreszcie przebiecie przelyku niejednokrotnie było spotrzegane. Zważywszy, że $\frac{9}{10}$ wszystkich raków przelyku jest owrzodzonych, przekonamy się, że nader mało pozostaje przypadków nadających się do katetyryzacji; czasami przeprowadzenie zgłębnika okazuje się niemożliwem, jak to było w 2 przypadkach Gross'a.

Co się tyczy operacji *oesophagectomia*, to możebną jest ona w tych bardzo rzadkich przypadkach, w których rak umiejscowionym jest bardzo wysoko.

Oesophogotomia interna, t. j. nacięcie zwężonego miejsca przelyku dotkniętego rakiem, musi być potępione z góry, jako narażające chorego na krwotok, sposoczenie i gnicie w ranie nowotworu.

Co się tyczy ezofagostomii, to śmiertelność przy niej jest dwa razy większa niż przy gastrostomii; nie przedłuża ona życia choremu o tyle, co ta ostatnia, a naraża go na niebezpieczeństwa wprowadzania zgłębnika. Dalej okazuje się bezskuteczną w przypadkach, gdzie jest drugie zwężenie poniżej miejsca operacji. W 2 przypadkach (na 21 przypadków ezofagostomii) trafiono na sam nowotwór, zamiast poniżej niego i zrobiono przetokę przez sam nowotwór, w 3-ech ponad nim.

Z tego wypadka, że gastrostomija jest dotychczas najprostszą, najbezpieczniejszą i najracjonalniejszą z 4 wymienionych operacyj przy zwężeniu rakowem. Z wzrastającym doświadczeniem polepszają się wyniki, a byłyby one jeszcze lepsze, gdyby operacja dokonywana była, jak tylko postawionem zostanie rozpoznanie cierpienia, kiedy jeszcze siły chorego nie zostały wyczerpane. Przypadki śmiertelne nie stanowią dowodu przeciw operacji, gdyż mówiąc słowy Thompson'a, wypowiedzianemi o nowotworach pęcherza, „każde wyzdrowienie jest czystym zyskiem, a każde zejście śmiertelne jest tylko przyspieszonym naturalnem zakończeniem“.

II. Zwężenia bliznowate. 1) Gastrotomija dokonana była 37 razy, z tego + 11 wskutek samej operacji (7 z zapalenia otrzewnej, 2 z szoku, 1 z ropnicy, 1 z zapalenie płuc), zatem śmiertelność wynosiła 29,62%. Z owej liczby 37 operowanych, 20 zmarło w ciągu pierwszego miesiąca, a 17 żyło dłużej niż miesiąc; średnia długość życia po operacji wynosiła 295 dni, (najkrócej 14 godzin; najdłużej 56 miesięcy); z owych 17-u, 9 zmarło następnie (1 w dwa, 1 w pięć i pół, 2 w siedem, 1 w dziesięć, 1 w osiemnaście i pół, 1 w trzydzieści sześć, 1 w czterdzieści dwa i 1 w czterdzieści osiem miesięcy), 7 chorych było przy życiu w chwili zbierania o nich wiadomości (a mianowicie: 4½, 5, 8½, 10, 40, 53, 56 miesięcy od dnia operacji). We wszystkich przypadkach powodem zwężenia było przypadkowe lub samobójcze polknięcie płynu żrącego, z wyjątkiem jednego zwężenia po zagojeniu się owrzodzenia błonicowego i trzech przymiotowej natury. W przypadku Davies-Colley'a przetoka żołądkowa zagoiła się w 8 miesięcy po operacji, przedtem już chora zaczęła przelykać i w ciągu 3 lub 8 miesięcy pozostawała przy dobrem zdrowiu; zwężenie było natury przymiotowej. W przypadku Howse'a przetoka zagoiła się w 20 miesięcy, a śmierć nastąpiła we 22 miesiące później, skutkiem zaniedbania przez chorą wprowadzenia sobie zgłębnika.

2. *Oesophagostomia* dokonana była przez Bryka, Horsey'a, Nicoladonięgo, Studsgaard'a i Zenker'a. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią (1 z ropnicy, 2 ze szoku w 24 godziny, 1 z krwotoku z żyły szyjowej wewnętrznej i z posocznicy, 1 z wyczerpania na 6-ty dzień). Średnio chory żył po operacji 40 dni.

3. *Oesophagotomia interna* skuteczną była 18 razy (Maisonneuve 3 razy, Dolbeau, Elsberg i Roe po 2, Czerny, Demons, Lannelongue,

Mackenzie, Tillaux, Trélat, Sands, Schilz, i Studsgaard po 1). Z tych 18-u chorych, 6 zmarło w ciągu 16 dni (2 z zapalenia otrzewnej, 2 z całkowitego przecięcia przelyku i z krwotoku, 1 z zapalenia opłucnej skutkiem otwarcia jej jamy). Przecięciowo żył chory po operacji 246 dni. Z 12-tu pozostałych przy życiu, o 3 brak wieści prócz tej, że wyzdrowieli; reszta żyła jeszcze w 1, 1½, w 3, w 5, w 8, w 12, w 14 miesięcy, a jeden chory w 7 lat po operacji.

4. *Oesophagotomia combinata*. Celem bezpieczniejszego przecięcia zwężenia położonego nisko, Ogston zrobił zwyczajną ezofagotomię; przez otwór rozciął na zgłębniku zwężenie, poczem wprowadził rurę elastyczną do żołądka przez nos. † 16 dnia z krwotoku z tętnicy szyjowej wspólnej.

W podobny sposób Gussenbauer operował 3 przypadki. W jednym u dziecka, po zrobieniu ezofagotomii, rozciął herniotomem jedno zwężenie na wysokości chrząstki tarczowej, drugie po nad wpustem; żywienie przez zgłębnik wprowadzony przez ranę przez pierwszy tydzień, później przez usta. 35 dnia zagojono ranę zewnętrzną, pod ten czas już zaczęto rozszerzać przelyk świeczkami, w końcu roku przechodził zgłębnik Nr. 30. W 2-im przypadku u kobiety, postąpił G. w podobny sposób i to dwukrotnie, z powodu, że wypisana po pierwszej operacji zaniedbała wprowadzać sobie zgłębnik. Podobny jest do przewyższych przypadków Bergmann'a (przetoka zagoiła się w 5 tygodni, w 3 miesiące po operacji przechodziły zgłębniki wszelkiej grubości). Wreszcie Sands stracił jednego chorego w 2 doby po operacji takiegoż rodzaju.

5. Rozerwanie od dołu (*retrograde divulsion*). W roku 1883 Loreta w Bolonii w jednym przypadku *stricturae impermeabilis* w dolnej 1/3 przelyku u 24 letniego mężczyzny, otworzył żołądek, wprowadził *divulsor* przez wpust do miejsca zwężonego, rozerwał je, poczem zeszył ranę w żołądku i brzuchu. W podobny sposób operował jeszcze dwóch chorych; wszyscy troje wyzdrowieli.

Oceniając wartość rozmaitych sposobów, Gross oświadcza się przeciw rozszerzaniu świeczkami, uważanemi przez niektórych lekarzy za najbezpieczniejszą metodę; rozszerzanie jest co najwyżej środkiem paliatywnym, musi być prowadzone do końca i zagraża ciągle niebezpieczeństwem. (W przypadku Sands'a przedziurawienie przelyku i ropień; w przypadku Billroth'a w skutek przedziurawienia *mediastinitis* i *pleuritis*). Co się tyczy rozerwania od dołu, to za mało posiadamy danych do oceny wartości tej metody. *Oesophagotomia combinata*, jeśli zwężenie jest przy wpuscie, może być zastosowaną tylko u dzieci, u których odległość zwężenia od rany na szyi jest niedaleką; zresztą po operacji tej łatwo następuje recydywa; śmiertelność przy tym sposobie wynosi 40%; przecięciowo przedłużyła życie choremu o 168 dni.

Oesophagotomia interna dała śmiertelność 33,33% i średnio przedłużyła życie o 246 dni, kiedy tymczasem te same cyfry w gastrostomii wynoszą 29,72% i 295 dni, a zatem w porównaniu z tą ostatnią mniej przedłuża życie przy większej śmiertelności.

Oesophagostomia może być oczywiście zastosowaną tylko w tych przypadkach, w których nacięcie może być zrobione poniżej zwężenia. Tymczasem na 5 przypadków, w których była dokonana w 3-ech cięciach wypadło po nad zwężeniem, w dwóch zaś pozostałych (przypadki Maydla i Annandale'a) musiała być zaniechaną dla gastrostomii, z powodu niepodatności zwężenia i obecności wtórej cieśni po nad wpustem; do tego przypomnieć należy śmiertelność przy tej operacji (patrz wyżej).

Pozostaje gastrostomija. Jest ona mniej niebezpieczną i dłużej przedłuża życie niż inne operacje, tylko co wymienione. Jeśli te ostatnie zesumować razem, to będziemy mieli 31 przypadków z † 13 = 41,93%, a średnie przedłużenie życia wynosiło 181 dni; tymczasem gastrostomija w 31 przypadkach dała † 11 = 29,72% i 295 dni, jako średnie przedłużenie życia. W 3 przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie i zagojenie przetoki. Nie ma tu niebezpieczeństwa rozdarcia,

przebiecia przelyku zgłębnikiem i związanego z niem niebezpieczeństwa krwotoku, rozedmy, ropni około-przelykowych, śródpiersiowych i opłucnych. Wobec tego gastrostomija musi być uważaną za najlepszą i najbezpieczniejszą operacyję przy prostem zwężeniu przelyku i kto wie czy Maydl nie ma słuszności, radząc bezwzględnie wykonanie jej, w razie połknięcia płynów żrących.

To samo stosuje się do zwężeń bliznowatych u dzieci, u których rozszerzenie należy do bardzo trudnych operacyj.

W końcu Gross daje następującą tabliczkę, otrzymaną po zesumowaniu wszystkich przypadków operowanych.

207 gastrostomij dało 61 przypadków śmierci = 29,47% i przedłużyło średnio życie o 82 dni.

Na 32 ezofagostomiji było 19 † = 59,3% i 52 dni.

Na 19 ezofagotomij wewnętrznych było † 6 = 31,57% i 256 dni.

Na 5 ezofagotomij skombinowanych † 2 = 40% i 168 dni.

Na 5 przypadków wycięcia przelyku † 3 = 60% i 50 dni.

W 3 przypadkach rozerwania zwężenia od tyłu, przedłużenie życia wedle posiadanych wiadomości wynosiło 22 dni.

Razem artykuł obejmuje wiadomość o 271 operacyjach z 91 † = 33,58% i średnim przedłużeniem życia = 90 dni.

The American Journal of the medical sciences, 1884. JVI, Matlakowski.9.

Wł. Matlakowski.

65. Fraenkel. Kilka uwag o rozpoznawaniu wad zastawek serca.

Wbrw przyjętemu powszechnie zdaniu, autor twierdzi, że rozpoznawanie wad zastawek serca nie jest rzeczą łatwą i nabywa się tylko drogą mozolnych studyjów klinicznych, sprawdzanych na stole sekcyjnym. Na tej drodze doszedł autor do pewnych wniosków, które początkującemu ułatwić mogą rozpoznanie. Przedewszystkiem zaleca, aby pod koniec życia nie wyrokować o wadzie serca, z tego co badanie fizykalne wykrywa. Pamiętać należy, że na parę tygodni przed śmiercią giną szmery dawniej słyszane, a ze zmianą ciśnienia w różnych odcinkach serca występują szmery skurczowe. Wady prawego serca wskutek zapalenia wsierdza należą do rzadkości w życiu zewnątrz-macicznem, gdy tymczasem u płodu zapalenie wsierdza zawsze bywa w prawem sercu. Ocenienie szmerów gra podług autora rolę podrzędną, gdyż przy wzmózonej czynności serca trudno odróżnić skurczowe od rozkurczowych, najlepiej przeto rozpoznawać daną wadę na zasadzie objawów bez pomocy stetoskopu, co autor stosownymi obrazami niedostateczności i zwężenia objaśnia. Uderzenie wierzchołkowe ważne ma znaczenie przy rozpoznawaniu wad serca, oraz rozległy szmer skurczowy w całej okolicy serca słyszalny. Ten ostatni towarzyszy zawsze zwężeniu otworu aorty.

Rozpoznanie wad aorty, autor opiera głównie na zachowaniu się tętnic ciała. Dla wad zastawki dwudzielnej cechującym jest podnoszenie się dolnej części mostka widoczne i wyczuwalne, co wskazuje na rozszerzenie prawego serca i przerost. Przy zwężeniach otworu żylnego lewego, zjawiska wysłuchowe zmieniają się często; wadę tę cechuje podług autora przerost i rozszerzenie prawego serca oraz brak szmeru skurczowego.

W końcu rozbiera autor stosunek skurezu do rozkurczu i przedstawia szematycznie szmery skurczowe, rozkurczowe, zmodyfikowane rozkurczowe i przedskurczowe; obmacywanie niekiedy więcej nam danych dostarcza niż wysłuchiwanie, tak np. pomruk przedskurczowy u wierzchołka jest zmodyfikowanym szmerem rozkurczowym. Zdwojony ton skurczowy składa się z tonu, ze zmodyfikowanego szmeru rozkurczowego lub z dwóch szmerów rozkurczowych. Od podwójnego tonu rozkurczowego należy odróżnić tak zwane rozdwojone tony tętni-

cy płucnej, które podług autora zależą od silnego napięcia tejże, wskutek zwrotnego ciśnienia krwi przy niejednakowem napięciu trzech zastawek półksiężycowych, z których jedna lub druga zamyka się nieco później.

(*Charité-Annalen*. 1884.)

A. Malinowski.

ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 37).

Dr. Chłapowski czyta „opis dwóch przypadków białaczki (*leukaemia*), leczonych przezeń w Kissingen.“

Jeżeli choroba, którą przed 40 laty pierwszy Virchow opisał pod nazwą leukemii, uchodzi dotąd za nieuleczalną, wytłómaczyć to można chyba tem, że zwykle rozpoznaną bywa dopiero w ostatnich okresach i że niedość zwracało się dotąd uwagi na stronę etyologiczną, t. j. na poznanie w każdym danym przypadku składających się na jej powstawanie przyczyn. Prócz różnych wycieńczających chorób i przez ogólnych czynników, osłabiających układ nerwowy, ważny mają wpływ na powstawanie leukemii także i wrażenia psychiczne przygnębiające. W wielu przypadkach, gdzie wyszukanie innej bezpośredniej przyczyny jest niemożliwe, tylko temu momentowi etyologicznemu, długo działającemu na wycieńczony już ustrój, powstanie i rozwój leukemii przypisać możemy. Znaczenie wpływu wrażeń przygnębiających na ustrój, wyjaśnić nam może skład moczu ludzi, wrażeniom tym podległych. W moczu takim zawsze ilość części stałych jest zmniejszoną, jako dowód zwolnienia wstecznej przemiany materii; równocześnie zaś zwiększonym jest stosunek kwasu moczowego, szczawowego i fosforowego a także i wapna. Zuelzer dowodzi, że to zwolnienie przemiany idzie zawsze w tych razach w parze z powiększonym rozkładem tkanki nerwowej; kwas fosforowy ma być swoistym produktem tego rozkładu tkanki nerwowej. U leukemicznych zachodzą podobne stosunki. Ta analogija zjawisk urologicznych utwierdza prelegenta w przypisywaniu psychicznym wpływom tak wielkiej wagi pod względem etyologicznym. Zresztą i badania Roy'a nad rytmicznymi skurczami śledziony, powstającymi niezależnie od ciśnienia krwi, a zależnymi za to od wpływu układu nerwowego, pozwalają przypuścić związek pomiędzy wrażeniami psychicznymi i zmianami rozmiarów śledziony, której rozrost nadmierny w leukemii, a zwłaszcza w tak zwanej formie śledzionowej, należy do najważniejszych rozpoznawczych objawów. Prelegent przytacza doświadczenia różnych autorów na dowód, że różne środki, które w pewnych dawkach podniecają system nerwowy i przyspieszają przemianę materii, równocześnie powodują skurcz śledziony. Przypuszcza zaś, że środki pognębiające system nerwowy, sprawiające zwolnienie przemiany materii, zwiększenie względnej ilości kwasu fosforowego w moczu, i t. d., wywołują przeciwnie rozszerzenie się śledziony przez zwalnianie i osłabienie jej rytmicznych skurczów. Wreszcie przypuszczeniem i zmianami rozmiarów śledziony lub zwalniającego śledzionę wpływu wrażeń psychicznych, utwierdza analogiją podobnego wpływu ich na ruchy innych narządów, w mięśnie gładkie zaopatrzonych.

Ważnem byłoby to przypuszczenie stwierdzić co do śledziony obserwacją na zdrowych i na chorych. Rozjaśniłoby to etyologię wielu obrzmień śledziony i wielu przypadków leukemii, w których innego momentu etyologicznego, prócz przygnębiających wrażeń, znaleźć nie można. Stwierdzenie tego przypuszczenia dałoby ważną wskazówkę dla leczenia.

Prelegent wylicza następnie rozmaite środki i metody ogólnego i miejscowego leczenia śledzionowej postaci leukemii, czyniąc nad niektórymi z nich swoje własne uwagi, oparte na dwóch przez się obserwowanych przypadkach chorobowych. Dwa te przypadki, z których jeden zwłaszcza odznaczał się nader wielkim guzem śledziony i charakterystycznymi zmianami krwi, były przez prelegenta obserwowane w Kissingen, gdzie pod wpływem dobrych higienicznych warunków, picia wód i kąpiei, jako też przy pomocy elektryzacji śledziony nastąpiło znaczne polepszenie ogólnego stanu zdrowia.

II Posiedzenie. Przewodniczący D-r Chodounsky z Pragi, sekretarz D-r Arensztein z Kutna. D-r Alfred Wolfram ma odczyt „o lasecznikach gruźliczych“. W przeszło 60 przypadkach, podejrzanych o gruźlicę, jakie autor miał sposobność obserwować w klinice krakowskiej, z badania płwociny, kału, ropy i t. d. pod względem zawierania laseczników gruźliczych, jeżeli takowe było uwiecznione dodatnim wynikiem, napewno sprawę gruźliczą w odpowiednich narządach rozpoznać było można. Wobec tego przyjąć należy, że gdy w płwocinie z płuc wykrztuszonej znajdują się laseczniki gruźlicze, to posiadamy objaw patognomiczny dla gruźlicy płucnej. Badanie tego rodzaju pewnością wyników, jakie daje we wczesnych już okresach suchot płucnych, przewyższa wszystkie inne metody fizykalnego badania. Z obecności laseczników wnosić zawsze można o poczynającym się już rozpadzie ognisk gruźliczych. Naodwrot, z nieobecności laseczników w płwocinach, jeszcze o nieobecności sprawy gruźliczej w płucach wnosić nie wolno. Autor powołał się w tej mierze na odnośne własne spostrzeżenia. Również nie sądzi on, aby z ilościowego stosunku i kształtu laseczników jakieś pewniejsze wnioski wyprowadzić się dały. Tak samo, żadnego przyczynowego związku między gorączką a ilością laseczników wykazać nie można.

Prof. Chodounsky czyta rzeez p. t. „Rzut oka na leczenie gruźlicy“. Odkryty przez Koch'a *bacillus* nie jest jedyną i bezpośrednią przyczyną gruźlicy; dziedziczna skłonność, słabość organizmu z jakiegokolwiek przyczyny, stałe drażnienie mięszu płuc, a wogóle zastoje i niezbyt w szczytach płuc, usposabiają płuca do przyjęcia lasecznika. Leczenie miejscowe i ogólne jednakowo są ważne; zadaniem ich jest podnieść siły, odzyskać ład w krążeniu krwi w szczytach płuc, dbać o dokładne rozszerzanie się klatki piersiowej, wzmacniać jej mięśnie i podnieść czynność serca. Prócz pewnych środków leczniczych, najważniejszym jest leczenie klimatyczne. Prelegent zwraca uwagę, że miasta wogóle powinny być usunięte z klimatoterapii płuc i podaje na to liczne dowody. Za klimat górski leczniczy, w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, uważa prelegent klimat miejscowości, wzniesionych przynajmniej na 1000 metrów po nad poziom morza. W końcu odczytu D-r Ch. przytacza ścisłe wskazania i przeciwwskazania do leczenia suchot płucnych klimatem górskim.

Następuje odczyt D-ra Nawroczyńskiego „o tężcu przewlekłym“. Spostrzegany przypadek tężca po amputacji, pobudził D-r N. do zaszczipienia ropy z chorego królikowi, przez wstrzyknięcie tężce pod skórę. Zwierzę po kilku dniach dostało drgawek i zdechło. Z tego D-r N. wyciąga wniosek, że tężce jest chorobą zakaźną, chorobą krwi, a nie nerwów, i że zarazek może być przeniesiony z człowieka na królika. Badanie pośmiertne nie było wykonanem.

W dyskusji D-r Gluziński i Jentys wątpią, czy objawy spostrzegane u królika były właściwie tężcem.

D-r Pacanowski zwraca uwagę na ogromną wrażliwość królika i na możność wywołania u tego zwierzęcia objawów przytoczonych już samem zaszczipieniem jakiegokolwiek ropy.

D-r Koszutski potwierdza to i przypomina o wynikach badań Kühn'a t Hübner'a, którzy zaszczipiali królikom normalną ślinę pod skórę, w skutek czego następowała posocznica, ropne przerzuty i śmierć wśród kurezów całego ciała.

III Posiedzenie. Przewodniczący prof. D-r Chodounsky z Pragi, następnie D-r Rejehman z Warszawy. D-r Koszutski czyta „o leczeniu dyfteryi jednochlorkiem rtęci“. Leki rtęciowe stosowano już od dawna przeciwko dyfteryi. Bretonneau zachwalał je energicznie jako „eliminatory“, lecz z powodu niestosownego natenczas, ustrój cały podkopującego, sposobu ich użycia, zaniechanemi zostały. Dopiero Gräfe zaczął ich znowu używać w 1854 roku i to w błonicy zapaleniu spojówki, zewnątrz i wewnątrz, często nawet aż do powstania ślinotoku, na który to objaw dość wiele liczyć się zdawał. Cyjanek rtęci (*hydrargyrum cyanatum*) zachwalał przeciw dyfteryi na zjeździe lekarzy homeopatów w Dreźnie D-r Villers z Petersburga w 1869 r..

Zadaniem Orth'a, od dwunastu przeszło lat używanym jest cyjanek rtęci z dobrym skutkiem we Francyi i w Ameryce. Wyniki leczenia tymże środkiem w Rosyji i w Niemczech podali nam: Eriksen, Sollden, Edlefsen, Schultz, Rothe, i D-r Annuehat z Lignicy. Ostatni przytacza 120 przypadków błonicy leczonych cyjankiem rtęci, z których tylko 14 skończyły się niepomyślnie.

W 1882 roku polecił przeciw dyfteryi D-r Kaulich dwuchlorek rtęci (sublimat). Już Koch wykazał, że z całego zastępu środków przeciwnilnych najwięcej na dwuchlorek rtęci liczyć możemy, bo tenże w rozpuszczeniu 1 na 1000 mikrokoki i ich zarodki, choćby najodporniejsze, zniszczyć jest w stanie. Na mocy tego doświadczenia zaczęto używać sublimat w chirurgii i położnictwie, i otrzymano nader zadawalniające wyniki. Kaulich, polecając dwuchlorek rtęci, twierdzi, że tenże nie dopuszcza w dyfteryi głębokiego zniszczenia błony śluzowej, że powstrzymuje objawy ogólnego zatrucia i że niszcząc szybko błoniszczę złogi, chroni od miejscowych recydyw. Do pędzlowania w ustach, gardzieli i nosie używał roztworu 0,05—0,10 na 100,0 wody przekroplonej i zalecał, aby tym roztworem pędzlować cztery razy dziennie, a w groźnych przypadkach nawet co 2 godziny. Zachęcony dobrymi wynikami Kaulich'a, prelegent postanowił wypróbować skuteczność sublimatu przy dyfteryi. W tym celu postanowił środek ten stosować w chwili wywiązywania się (*in statu nascendi*), co można osiągnąć przy pomocy soli kuchennej i jednochlorku rtęci w postaci delikatnego proszku *calomelanos vapore paratus*. Najpierw więc przestrzykiwał miejsca zajęte 2—5% roztworem soli kuchennej, albo też zalecał płukania tym roztworem (co przyczynia się też do oczyszczenia błony śluzowej od śluzu, ropy, cząstek błon i t. p., a następnie posypywał je, za pomocą rozpylacza Leite'r'a, *calomelano vapore parato*. Stosownie do wieku chorego, głównie zaś odpowiednio do objętości błoniszczych złogów, stopnia nekrozy i wysokości ciepłoty ciała posypywał prelegent zajęte miejsce 0,2—0,4 *calomelano vapore parato*, raz lub 2 razy dziennie. Część kalomelu, pod wpływem soli kuchennej, zamienia się na sublimat, a pozostała większa część zostaje przez chorego połknięta i wywołuje obfite stolce, powodujące opadanie gorączki. W przestawkach pomiędzy stosowaniem kalomelu, chorzy płuczą co kilka godzin gardło, powyżej wzmiankowanym roztworem soli kuchennej. To leczenie stosował prelegent tak przy samoistnej jak i przy połączonej ze szkarlatyną błonicy. We wszystkich 36 przypadkach, w ten sposób leczonych, nastąpiło już po kilku dniach zupełne wyleczenie. Za tą metodą leczenia przemawia też łatwość stosowania i tani koszt. Po wykładzie tym wywiązało się ożywiona dyskusja, w której zabierali głos D-rowie Wolfram, Arensztein, Handelsmann, Rejehman i prelegent. Przewodniczący natenczas D-r Rejehman zwrócił się z prośbą do obecnych kolegów, aby zechcieli wypróbować powyżej podaną metodę leczniczą, do czego zachęcić powinny tak wyniki prelegenta jak i kolegów Arenszteina i Handelsmanna, którzy już mieli sposobność metodę D-ra Koszutkiego w praktyce zastosować.

W końcu posiedzenia D-r Rejehman przeczytał pracę swą p. t. „Przyczynę do drobnowidzowej morfologii kału“ i przedstawił liczne rysunki odpowiednich preparatów drobnowidzowych. Praca ta wkrótce będzie w Gazecie Lekarskiej wydrukowana.

IV posiedzenie. Przewodniczący D-r Kwaśnicki; zastępcy przewodniczącego D-rowie Handelsmann i Szerbel; sekretarz D-r Gluziński.

Na porządku dziennym było załatwienie wniosku kol. Jaworskiego, przekazanego sekcji przez pierwsze ogólne posiedzenie, co do założenia pisma, poświęconego pracom doświadczalnym. Po dyskusji, w której brali udział D-rowie Kwaśnicki, Rejehman i Gluziński, na wniosek kol. Rejehmana postanowiono prosić relakcyję istniejącego już podobnego czasopisma, mianowicie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, aby zechciała w najbliższym numerze zamieścić prace doświadczalne, na Zjeździe przedstawione.

Następnie Doc. Jaworski czyta rzecz p. t.: „O wpływie wody karlsbadzkiej na czynność przewodu pokarmowego“. Prelegent przedstawia w streszczeniu obszerną pracę doświadczalną, obejmującą przeszło 150 doświadczeń nad wpływem wody karlsbadzkiej na przewod pokarmowy. Doświadczenia wykonał prelegent w klinice prof. Korezyńskiego w Krakowie w ten sposób, że po wypiciu dokładnie odmierzonych ilości wody karlsbadzkiej o różnych ciepłotach, po pewnym czasie badał zawartość żołądka, moczu, kału, jakoteż obserwował na chorych wpływ stosowania wody karlsbadzkiej na przebieg choroby.

Ważniejsze wyniki, do jakich Jaworski doszedł, są następujące:

Wprowadzona woda karlsbadzka w ilości ćwierci litra do żołądka czczego znika przeciętnie dopiero w przeciągu 2—5 kwadransów zupełnie, a mianowicie, co do plynu, pozostaje go zaledwie czwarta część po upływie jednego kwadransa, i to przy picciu wody ogrzanej do 55° C. mniej niż przy zwyczajnej ciepłocie. Cudo soli, to te znikają później, niż woda, bo po 3—4 kwadran-

sach: najwcześniej siarczan sodu, następnie dopiero węglan sodu, jeżeli żołądek nie wydziela w nadmiarze kwasu żołądkowego, a potem dopiero znika sól kuchenna. Zawartość zaś żołądka zostaje zaraz zubożoną i oddziaływa do 15 minut alkalicznie, a odąd od 1—2 kwadransów obojętnie lub słabo kwaśno, poczem kwaśność coraz wyżej się podnosi i w przeciągu 6—8 kwadransów dochodzi do *maximum*, które niekiedy bywało mało co mniejszem, niż kwaśność, osiągnięta podczas trawienia białka, stwierdzona w pracy, którą prelegent wspólnie z D-rem Gluzińskim wykonał. Kwaśność, osiągnąwszy *maximum*, długo się utrzymuje, opadając zwolna całemi godzinami, nim sok stanie się ostatecznie znów obojętnym. Siła trawiąca zawartości żołądka w pierwszych dwóch kwadransach zupełnie przez wodę karlsbadzką zostaje zniszczoną, potem wraca bardzo zwolna i to nie w miarę i nie w parze z wytwarzaniem się kwasu żołądkowego, lecz w miarę znikania soli z żołądka, tak że *optimum* trawienia zawartości żołądka leży poza *maximum* jej kwaśności.

Duże dawki $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ litra wody karlsbadzkiej pozostają w żołądku o wiele dłużej, gdyż sole można jeszcze w zawartości żołądka wysledzić po 4—6 kwadransach, przycem opóźnia się znacznie występowanie soku kwaśnego i trawiącego. Powtarzane zaś dawki sprawiają przytępienie czynności żołądka, objawiające się nie tylko opóźnieniem wydalania soli żołądka, późnem występowaniem *maximum* kwaśności i *optimum* trawienia zawartości żołądkowej, lecz nawet zupełnem na kilka godzin zniesieniem wydzielenia się kwasu i fermentu trawiącego.

W pierwszych dniach stosowania wody karlsbadzkiej, kwaśność zawartości żołądka bardzo znacznie się podnosi, później zaś przy dłuższem systematycznem stosowaniu wody, następuje bardzo znaczne obniżenie, a jeżeli to obniżenie przekracza pewne granice, to siła trawiąca zawartości żołądka słabnie. Obniżenie czynności wydzielniczej może się posunąć, aż do oddziaływania alkalicznego i utraty siły trawiącej. Śluz pod wpływem wody karlsbadzkiej w żołądku zostaje rozpuszczony i wydalony. Żółć pod wpływem wody karlsbadzkiej obficie się wydziela i w miarę dłuższego stosowania wody coraz w większej ilości się pojawia w żołądku.

Wpływ wody karlsbadzkiej, wprowadzonej przez żołądek, na jelita jest bardzo mały: kurczenia, przelewania, w ogóle znacniejszego ruchu jelit, jak to ma miejsce przy stosowaniu soli karlsbadzkiej, wcale zauważyć nie można było. Mocz dopiero po dawce $\frac{1}{2}$ litra po 8—10 godzinach zostaje zalkalizowany, po dawce $\frac{3}{4}$ litra już po 3—4 godzinach. (C d. n.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 14 b. m. zmarł doktor filozofii Jakób Natanson, były professor chemii byłej Szkoły Głównej. Obszerniejszą wzmiankę o życiu i działalności zmarłego profesora Natanson podamy w jednym z najbliższych numerów.

Berlin. D-r Koch wkrótce ma rozpocząć wykłady bakterjologii, na które obowiązkowo uczęszczać będą musieli ci z lekarzy urzędowych całego Państwa Niemieckiego, którzy przez odpowiednie rządy związkowe na to będą przeznaczeni.

Lipsk. Wkrótce otwartą zostanie przy tutejszym uniwersytecie szkoła dentyścyczna, pod kierunkiem prof. Hesse. Istnieje podobno zamiar, aby taką samą szkołę otworzyć przy Uniwersytecie Berlińskim.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

— *Przegląd lekarski* Nr. 37. Schaiter. Przypadek usiłowanego morderstwa i samobójstwo przez przecięcie powłok brzusznych.—Schramm. Przyczynki do nauki o wyluszczeniu wola.

— *Medycyna* Nr. 37. Zawadzki. Notatki Sądowo Lekarskie.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 7 Сентября 1884 г. Друк. К. Ковалевскаго Крѣлевска Nr. 23.

**ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR
KATAR** Pluc i osłabienie
piersiowe, **SUCHOTY PŁUCNE, Astma**

Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

KROPEL LIWONIENSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

TROUETTE-PERRET

Składających się z Kreozotu bukowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego

Przetwór ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zalecanym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych chorobach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrawia, pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najuporczywszych, dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropeł, rano i wieczorem.

Skład główny : TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU
jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknięcia fałszerstw należy uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej flasce.

W Warszawie u D-ra Heinricha, Barcza, Ziemińskiego, aptekarzy i u drogistów Gallego, Ludw. Spiessa i Syna, Mrozowskiego i Zeuschnera.



Pigułki Meynet z Ekstraktu z Tranu Rybiego.
Zatwierdzone przez Paryżką Akademię Medyczną. Zalecane przez wszystkich lekarzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigułki Meynet sprzedają się w pudełkach albo we flakonach. Wymagać na etykiecie znak fabryczny, jak obok, i podpis G. Meynet, niebieskim atramentem.

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

LEKARZ

potrzebnym jest do Strykowa, powiat Brzeziński. Pensja roczna Rsr. 400. Wiadomość u aptekarza Michalskiego, st. poczt. Główno. 2—1

Biblioteka matematyczno-fizyczna, wydana pod red. M. A. Baranieckiego z zapomog. Kassy pomocy naukowej im. Mianowskiego,

Seryja I tom I: **Początki arytmetyki** M. Berkmana, kop. 65. Ser. I tomy II i III: **Wiadomości początkowe z fizyki** S. Kramsztyka, kop. 30 i kop. 45. Ser. III tom I: **Arytmetyka**, kurs teoretyczny M. A. Baranieckiego, rub. 1 kop. 70. Ser. IV tom IV: **Geometria analityczna** W. Zajczkowskiego, rs. 3.

W druku: ser. I, tom IV: **Wiadomości początkowe z geografii fizycznej i meteorologii** A. W. Wilkowskiego; ser. IV, tom II: **Rozwiązywanie równań liczebnych** J. Sochockie go

6—5

EMSKA VICTORIAQUELLE

słynąca z większej od wszelkich innych wód zawartości kwasu węglanego, a więc do użytku domowego najbardziej zalecenia godna.

Pastyłki Emskie

z plombą ołowianą.

Sól źródłana emska

w płynie.

Sprzedają w znaczniejszych składach wód mineralnych i aptekach, König Wilhelms-Felsenquellen, Bad Ems.

8—9

KURYER CODZIENNY

PISMO SPOŁECZNE, POLITYCZNE I LITERACKIE

Wychodzi w Warszawie codziennie, nie wyłączając świąt i niedziel (oprócz Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy).

Niezależnie od codziennego feljetonu, w osobnym, dwa razy tygodniowo wychodzącym dodatku do KURYERA, drukowane są powieści w takiej formie, że po skończeniu mogą być oprawione w osobne książki.

Obecnie drukuje się powieść p. t. **OJCIEC MARCYALA A. Delpita** — nowo przybywający prenumeratorowie od 1-go października otrzymają początek powieści bezpłatnie.

Wyłącznie prenumeratorowie Kuryera Codziennego mogą nabywać nowe stereotypowe odbicie

Encyklopedyi Powszechnej

(Treść wiedzy ludzkiej)

w 12 Tomach i 13 obejmujący 2 Suplementa

za cenę niepraktykowanie niską, a mianowicie:

Tom objętości 30 arkuszy druku w wielkiej ósemce za 60 kop. Z przesyłką pocztową 85 kop.

Dla nabywców nieprenumerujących „Kuryera“ cena tomu Encyklopedyi wynosi w Warszawie Rs. 1, kop. 25, na prowincyi Rs. 1 kop. 50.

Nowo przybywający prenumeratorowie Kuryera, mają prawo do nabywania Encyklopedyi, począwszy od tomu 1-go w ratach miesięcznych tak w Warszawie jak i na Prowincyi.

Co miesiąc wychodzi tom jeden.

WARUNKI PRENUMERATY

w Warszawie:

Miesięcznie . . .	rs. — kop. 50
Kwartalnie . . .	1 „ 50
Półrocznie . . .	3 „ —
Rocznie . . .	6 „ —

na Prowincyi i w Cesarstwie:

Miesięcznie . . .	rs. — kop. 75
Kwartalnie . . .	2 „ 25
Półrocznie . . .	4 „ 50
Rocznie . . .	9 „ —

Za odnośnienie do domu dopłaca się kop. 5 miesięcznie.

Cena Kuryera wraz z Encyklopedją:

w Warszawie:

Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 10
Kwartalnie . . .	3 „ 30
Półrocznie . . .	6 „ 60
Rocznie . . .	13 „ 20

na Prowincyi i w Cesarstwie:

Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 60
Kwartalnie . . .	4 „ 80
Półrocznie . . .	9 „ 60
Rocznie . . .	19 „ 20

Adres Redakcyi: Czysta Nr. 6.

Wydawca Hipolit Orgelbrand.

1—1

PIERWSZA W KRAJU

Specjalna Fabryka środków opatrunkowych

POD FIRMĄ

„Warszawska Fabryka środków opatrunkowych”

zostająca pod nadzorem b. Asystenta Uniwersytetu Królewskiego, Chemika p. Przemysława Rakowskiego, ma zaszczyt donieść że wyrabia wszelkie środki opatrunkowe, z materiałów wyborowych, przy ścisłym zastosowaniu się do wskazań p. p. Chirurgów. — Umiarkowane ceny, staranne opakowanie, stawiają wyrób krajowy na równi z zagranicznym.

Sprzedaż tylko hurtowa. Adres: Warszawska Fabryka środków opatrunkowych,

Włodzimierska 3.

3—1

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 49, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 49.

0—21

Dla lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu

J. COHNHEIM'A:

Odczyty z Patologii Ogólnej.

Przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Trzy tomy: T. I. str. 608. T. II. str. 262. T. III str. 340. Spis alfabetyczny str. 20. Ogółem 76½ arkuszy druku. Cena 5.rs.

S. JACCOUD:

Wykład Patologii Szczegółowej.

Przekład z 7-go wydania z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznymi. Trzy tomy. T. I. str. 928. T. II str. 984. T. III. str. 961. Ogółem 185 arkuszy druku. Cena rs. 13

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

15—2

Wody mineralne Krynicky

należące do szeczaw żelazistych i ze swej skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński, w Kijowie Marcinczyk, Seidl, w Warszawie Heinrich, Lilpop, Kucharzewski, Ziemiński, w Wilnie Gruszewski.

Broszur i wyjaśnień udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy w Galicyi, ostatnia stacja Muszyna, kolei Tarnowsko-Leluchowskiej.

24—23.

Доволено Цензурою, Варшава 7 Сентября 1884 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 23.