

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

W a r u n k i p r z e d p i a t y.

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

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

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcyja.—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 536.

O G Ł O S Z E N I A.

CAPSULAE CONTRA TAENIAM

Z pomiędzy wielu środków przeciwbaczących *Extr. filicis mar. aeth.* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacye w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła”: 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filiksowy), 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy), 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem, że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotne doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera. Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterk cytryny. Zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego, ażeby wydalic martwego tasiemca.

KEFIR

naszego wyrobu, nagrodzony listem pochwalnym I klasy na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera, ul. Nalewki — *Borowskiego*, ul. Przejazd — *D-ra Heinricha*, plac Teatralny — *Karpińskiego*, ul. Elekoralna — *Kucharzewskiego*, ul. Miodowa — *Lilpopa*, ul. Nowy-Swiat — *Rutkowskiego*, ul. Długa — *Sobolewskiego*, ul. Dzika — *Turskiego*, ul. Karmelicka — *Wendy i Wiorogórskiego*, ul. Krakow.-Przedm. — *Ziemińskiego*, ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

(55)—12—9

ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok X—1888, w dwóch częściach, z których

I zawiera Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1886, str. 251.

II (oprawna) Rocznik lekarski, którego treść stanowią: Terapia ważniejszych chorób wewnętrznych. Przepisy dokonywania dezynfekcji przy chorobach zakaźnych. Odrutki. Tabélka porównania skali 3-ch ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Sposób pisanía wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacje klimatyczne w Cesarstwie Ruskiem. Dokładne adresa lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i naprowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1888. Alfabet do zapisywania adresów. Tabélka do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części 1 rs. 20 kop. w miejscu, z przesłaniem pocztą 1 rs. 35 kop. Skład główny u **D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26**. Nabywać również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

Wyszło z druku dzieło p. t.

PODRĘCZNIK MEDYCyny PRAKTYCZNEJ

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatniego (9-go), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z roku 1887, dokonany przez

St. Klejna i Al. Fruchtmána.

Dzieło powyższe, obejmuje 46 ark. druku, zawiera działy następujące: choroby zakaźne, weneryczne, skórne, ustrojowe, choroby narządów oddzielnych, choroby kobiece i otrucia. Oprócz tego, na końcu książki umieszczony jest spis recept, zebrany z całej książki wraz z odnośnikami do odpowiednich rozdziałów. Obecnie wyszedł z druku zeszyt I-szy i II-gi.

Cena całego dzieła wynosi Rsr. 3 kop. 50 (a zatem jest niższą od oryginału niemieckiego), z przesyłką Rs. 4.

Zamówienia nadsyłać można do Redakcyi „Medycyny.“

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Pokrzywka barwnikowa. Podał Dr. J. Majkowski. — Streszczenia i wyciągi. 9. O kaszlu żółdkowym. 10. Zapalenie ropne otrzewny po przedziurawieniu jelita, wyleczone za pomocą laparotomii. — Odczyty kliniczne. Praktyczne uwagi o chorobach serca. Odczyt prof. d-ra B. Stiller'a. — Odcinek. Jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. d-ra Madurowicza. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

POKRZYWKA BARWNIKOWA

(*Urticaria pigmentosa*)

Podał J. Majkowski lekarz zakładu zdrojowego w Busku.

Pokrzywkę zaliczają zwykle autorowie do nerwic naczynio-ruchowych skóry. I rzeczywiście tylko za pośrednictwem układu nerwowego może przyjść do skutku tak szybkie—niekiedy natychmiastowe pojawienie się wykwitów pokrzywki, np. zaraz po zjedzeniu raków, poziomek etc., a zatem po zadrażnieniu organów, nie będących w bezpośrednim związku ze skórą. Nerwowe pochodzenie pokrzywki stwierdza także doświadczenie fizyologiczne, przy którym, po przecięciu małego nerwu skórniego, powstają wykwity pokrzywki na tej przestrzeni skóry, na której przecięty nerw się rozgałęział. Podstawą zatem fizyologiczną pokrzywki jest porażenie nerwów naczynio-ruchowych, skutkiem czego powstaje nagły przypływ krwi do skóry. W zwykłych, najczęstszych przypadkach naczynia krwionośne, jak prędko się rozszerzają, tak też i prędko się kurczą, a powstałe w skutek przekrwienia i surowiczego przesięku wykwity na skórze nagle giną. Niekiedy jednak wykwity powstają dłużej, paretyczne ściany naczyń i kapillarów przepuszczają obok surowicy czerwone ciała krwi i hematynę, z czego powstają ciała barwnikowe, jednocześnie proces wchłaniania opóźnia się; dalej w skutek nowych ataków choroby, powstają nowe wykwity i nowe zabarwienia. Słowem z pokrzywki chronicznej powstaje pokrzywka barwnikowa.

Zdawałoby się *a priori*, że powyższa forma choroby t. j. pokrzywka barwnikowa powinna by się często spotykać, tymczasem dopiero w 1869 r. została ona poraz pierwszy opisaną przez NETTELSHIP'A. Najczęściej była dotąd obserwowaną w Anglii—u dzieci. Prof. KAPOSI (Wiedeń) przedstawił w r. 1886 na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Wiedniu pierwszy przez siebie obserwowany przypadek pokrzywki barwnikowej, przyczem zauważył, że forma ta nader rzadko się przytrafia ¹⁾.

Pod nazwą pokrzywki barwnikowej rozumiemy szczególną formę długo-

¹⁾ Vierteljahresschrift für Dermatolog. u Syphilis 1886. S. 712.

trwałej pokrzywki, rozpoczynającą się zwykłymi charakterystycznymi dla pokrzywki wykwitami, które pozostają przez czas dłuższy (*urticaria perstans*), a po ustąpieniu przekrwienia i wysięku, pozostają żółto- lub ciemno-brunatne plamy, utrzymujące się niekiedy bardzo długo—miesiące, a nawet lata.

Prof. PICK (Praga), badając jeden przypadek pokrzywki barwnikowej drobnowidzowo, znalazł wynaczynienie krwi. Twierdzi on, że choroba ta powstać może jedynie przy pewnej osobnikowej skłonności, i na tej tylko drodze możemy sobie wyjaśnić tak leniwo powracający skurecz naczyń krwionośnych, jako też powolne wchłanianie wysięku i barwnika.

Mając sposobność obserwowania w roku zeszłym przypadek pokrzywki barwnikowej, pragnę podać go do wiadomości kolegów-praktyków tak z powodu rzadkości tej formy chorobnej w ogóle, jak również i pewnej odrębności niniejszego przypadku.

X. 40-letnia blondynka, silna i dobrze odżywiana, nie cierpiała dotąd na żadne choroby skórne. W Maju r. z. dostała bez żadnej przyczyny, wśród najlepszego stanu zdrowia, kilka wykwitów skórnych na krzyżu, w pasie i na udzie prawem poniżej pośladka. Wykwity te miały być czerwone i swędzące. Stopniowo przybywało ich w ciągu lata coraz więcej, a najwięcej w m. Lipcu podczas brania jodowo-słonych kąpeli w Hall, dokąd chora od lat kilku corocznie jeździ, z powodu włókniaka macicy. Kąpiele w Hall i środki przeciwko wykwitom skóry tam zalecane jak 5% roztwór β -Naphtolu w spirytusie widocznie pogarszały chorobę skórną, z tem wszystkiem chora wytrwale wzięła przeznaczone jej 30 kąpeli, poczem pojechała na wieś, gdzie w dalszym ciągu powstawały nowe wykwity pokrzywki w innych miejscach ciała, mianowicie: na udach, gołeniach, przedramionach w końcu i na rękę. W Sierpniu—oprócz plam i bombli—pojawiła się u chorej nowa, innego rodzaju wysypka. Były to bardzo drobne plamki i pęcherzyki na plecach, piersiach i szyi, powstałe jednocześnie z obfitymi potami, którym wtedy chora podlegała. W końcu Września r. z., chora powróciwszy do Warszawy, zawezwała mojej pomocy i znalazłem wówczas, co następuje:

Na krzyżu, w pasie i na tylnej powierzchni uda prawego kilkanaście plam rozrzuconych, niezlewających się z sobą, płaskich, miękkich, formy większej części nieregularnej, niektóre jednak z nich miały formę okrągłą lub owalną. Plamy wielkości paznogcia, były koloru jasno lub ciemno-brunatnego (kawowego), i nie ustępowały pod naciskiem palca. W niektórych zauważono ciemniejsze zabarwienie na obwodzie jak w pośrodku. Plamy te nie są bolesne, na nacisk wcale nie wrażliwe, lecz niekiedy swędzą. Konsystencya ich nie różni się od otaczającej skóry. Są to wykwity pokrzywki barwnikowej.

Wykwity chronologicznie późniejsze i inny mające wygląd znajdujemy daleko obficie nagromadzone na wewnętrznej i przedniej powierzchni prawego uda, mniej obficie na goleni prawej i udzie lewym. Skóra na górnej przedniej powierzchni prawego uda jest nieco zgrubiała, ciemno czerwona, podwyższonej ciepłoty, miejscami pokryta łuskami, po oddaleniu których znajdujemy czerwone, suche i swędzące powierzchnie, gdzie nigdzie zaś wilgotne i ślimaczące. Przeważa więc tu, a raczej komplikuje pierwotne cierpienie następca prysz-

czyca (*Eczema*), która powstała wskutek drapania a raczej tarcia, oraz potu, co zgadza się z twierdzeniem chorej, która utrzymuje, że od drapania wstrzymywała się i dla tego znaków charakteryzujących drapanie nie znajdujemy, lecz za to miejsca te jako najwięcej swędzące i wydzielające pot, zniewalały chorą do tarcia, w skutek czego powstała pryszczycza. W okolicy tych miejsc pryszczycowych a nawet i pośród nich dają się odróżnić wykwity ciemno-czerwone—prawie sine, w kształcie oddzielnych, okrągłych lub owalnych plam, wielkości grochu polnego lub fasoli, nieco nad poziom skóry wystające i twardszej konsystencji. Niektóre z tych wykwitów—o ile traciły swój kolor czerwony a przechodziły w siny, brunatno-czerwony i brunatny t. j. nabierały cechy pokrzywki barwnikowej—o tyle stawały się więcej płaskimi, miększymi w dotyku i ostrzej ograniczonymi. Tylko co opisane wykwity na udach i goleniach przedstawiają peryod przejściowy pokrzywki chronicznej w pokrzywkę barwnikową.

Wykwity najświeższej formacji—przed 2—3 tygodniami powstałe—znajdujemy na przedramionach i rękę w okolicy stawu napięstkowego tak po stronie grzbietowej jak i dłoniowej. Wykwity te są mniejsze niż poprzednie, wielkości prosa, pszenicy lub polnego grochu, ciemno-czerwone, nieco nad powierzchnią skóry w kształcie płaskich guzików wystające, nieregularnie rozrzucone, formy mniej więcej okrągłej. Wykwity te swędzą i palą i przedstawiają wszystkie cechy pokrzywki guziczkowej (*Urticaria papulosa sive lichen urticatus*).

Oprócz powyżej opisanych wykwitów pokrzywki długotrwałej i barwnikowej, znajdujemy jeszcze u chorej potówki (*sudamina*) na piersiach, plecach i szyi.

Rozpoznanie. Świeżych wykwitów pokrzywki, przedstawiających się zwykle w kształcie charekterystycznych bąbli (*pomphi*) w naszym przypadku nie znajdujemy. Lecz nie ulega żadnej wątpliwości, że w początku choroby miały one miejsce na krzyżu, w pasie, gdzie obecnie znajdujemy wykwity pokrzywki barwnikowej. Później powstałe wykwity na udach i goleniach również straciły już swoją pierwotną formę bąbli i przedstawiają się już to jako ograniczone wykwity pokrzywki długotrwałej (*Urticaria chronica v. perstans*), już to jako brunatne plamy pokrzywki barwnikowej. A zatem wykwity pierwotne znajdujemy tylko na rękę i przedramionach pod postacią pokrzywki guziczkowej (*Urticar. papulosa v. lichen urticatus*). Co do tej ostatniej, należałoby—dla ugruntowania naszego rozpoznania—wykluczyć następujące choroby skórne.

1. **Różyczka wysiękowa wielokształtna** HEBRY (*Erythema exsudativum multiforme Hebrae*) odznacza się symetrycznem rozmieszczeniem i tylko na wyprostnych powierzchniach kończyn, co w naszym przypadku miejsca nie miało.

2. **Liszaj czerwony płaski** (*Lichen ruber planus*) wyklucza się z powodu braku środkowego zagłębienia i charakterystycznego połysku właściwego pojedyńczym wykwitom tej choroby.

Dla dokładniejszego scharakteryzowania pokrzywki barwnikowej, która w podręcznikach zaledwie *de nomine* bywa wspominana, uważam za potrzebne wyróżnić umiejscowienia choroby na przedniej powierzchni uda naszego przy-

padku od 2 chorób pasożytniczych, często w tych okolicach ciała natrafiających—a mianowicie: od ostudy (*Erythrasma v. Pityriasis versicolor*) i pryszczycy obrzeżnej (*Eczema marginatum*). Obie te choroby biorą zwykle początek od składki płciowo-udowej, kiedy w naszym przypadku składka ta jest zupełnie wolną od choroby. *Erythrasma* okazuje zwykle cechy ostudy pstrej (*Pityriasis versicolor*) t. j. rozległe żółto-brunatne plamy z łuseczkami, dającymi się łatwo zetrzeć; zaś *Eczema marginatum* posiada cechy pryszczycy, szerzącej się po brzegach, przez powstawanie nowych guziczków lub pryszczyków z nacieczeniem skóry i łuseczkami.

Wykwity, spostrzegane u naszej chorej na krzyżu i w pasie, a które przeszły już w rzeczywistą pokrzywkę barwnikową, należałoby odróżnić od Żółcia płaskiego (*Xanthoma v. Xanthelasma planum*) który odznacza się swoim umiejscowieniem—prawie wyłącznie na powiekach i twarzy—jak równie znacznie jaśniejszem zabarwieniem (jasno-żółtem) jakie chyba na schyłku pokrzywki barwnikowej obserwować się dało.

W końcu i wykwity przymiotowe—plamiste i guziczkowe (*Syphilis cutanea maculosa et papulosa*) jak równie i przymiot barwnikowy (*Syphil. pigmentosa*) w rozbiegającym przez nas przypadku z łatwością daje się wykluczyć, dla braku ogólnej charakterystyki dla wykwitów przymiotowych (kolor, ugrupowanie, nacieczenie i konsystencya etc.) jako też z powodu nieistnienia objawów przymiotu jako choroby ogólnej (braku zajęcia gruczołów limfatycznych etc.). Prócz tego wyróżniały się jeszcze nasze wykwity od przymiotu barwnikowego brakiem ściśle okrągłej lub owalnej formy, oraz brakiem okrągłego, bezbarwnego rąbka (*halo*) naokoło pojedynczych wykwitów, co zwykle przymiot barwnikowy charakteryzuje.

Przebieg choroby i leczenie.

Najdawniejsze wykwity (na krzyżu i w pasie) i najświeższe (na rękę i przedramionach) zalecono obmywać 3 razy dziennie spiryt. salicylowym (*Rp. Acid. salicylic. 2,00. Spir. vini gal. 180,00, Glycerini puri 20,00*) poczem pudrować pudrem ryżowym, co znakomicie uśmierzało swędzenie. Oprócz tego penzlowano pojedyncze wykwity *Tinct. Rusci aether* raz na dobę wieczorem. Wykwity na wewnętrznej powierzchni uda, skomplikowane pryszczycą, zostały pokryte płatkami płótna, posmarowanego *Ung. Diachyl. alb. vaselinat.* i zabandażowane opaską flanelową. Powyższy opatrunek zakładano wieczorem na całą noc go pozostawiając, nazajutrz rano obcierano resztki maści skubanką, zwilżano skórę spirytusem salicylowym i posypywano pudrem cynkowym. Po 2 tygodniach pryszczycza ustąpiła, a pozostały czerwone, sine lub sino-brunatne wykwity pokrzywki, które—równie jak i inne—zapenzlowano *Tinct. Rusci*, co spowodowało na drugi już dzień powrót pryszczycy moknącej (*Eczema madidans*), wymagającej odpowiedniego leczenia. Drażliwość skóry w tych miejscach t. j. na wewnętrznej powierzchni uda ujawniała się także po każdej kąpieli. Dopiero w połowie Listopada pryszczycza stanowczo ustąpiła. Zdecydowałem się zastosować tu masę Wilkinsona (*Rp. Sulfur. depur. Ol. Rusci aa 5,00 Sapon virid. Vaseline. alb aa 10,00 Cretae albae 2,00. M. f. Ung. D. S.*), którą posmarowano cienko penszlem szczecinowym. Skutek okazał się wybournym: żadnego po-

drażnienia skóry—wykwity pokrzywkowe bladły i wsesały się, tak że wkrótce zrównały się z wykwitami barnikowemi na krzyżu i w pasie. Ostatecznie wszystkie wykwity mogły być traktowane jednakowo t. j. *Tinct. Rusci*. Pod wpływem tego środka brunatne plamy stały się coraz jaśniejszemi—swędzenie zupełnie ustąpiło—nowe wykwity wcale się nie pojawiły. Ze względu na to, że zupełne odbarwienie może być kwestyą długiego czasu, zarzucono użycie *Tinct. Rusci*, zalecając chorej kąpiele sodowe i obmywanie spirytusem salicylowym. Nadmienię mi wypada, że najpóźniej powstałe wykwity pod postacią pokrzywki guziczkowej (*Urticaria papulosa v. lichen urticatus*) na rękę i przedramionach znikły najwcześniej. Nie więcej niż w ciągu miesiąca przeszły one zwykłe barwy: z czerwono-sinych, w sine, brunatne i żółte, w końcu skóra wróciła do zupełnie normalnego zabarwienia. Przedewszystkiem objaśniam to faktem, że wykwity te były mniejsze, z nieznacznem nacieczeniem skóry, a być także może, że i staranniejšie traktowanie ze strony chorej tych miejsc—jako odkrytych i widocznych—mogło mieć wpływ na pędsze ich ustąpienie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

9. Dr. Ed. BULL. O kaszlu żołądkowym. Każdy kaszel powstaje w krtani w ten sposób, iż zamknięta głośnia otwiera się raptownie wskutek silnego parcia powietrza w tchawicy. Zdrażnienie bądź samej krtani, bądź innej okolicy ciała zostaje dośrodkowo przeniesionem do ośrodka kaszlowego w rdzeniu przedłużonym, poczem odśrodkowo wywołuje kurcze wydechowe, powodujące zwiększone ciśnienie powietrza w tchawicy. Doświadczenie i badanie pozwala przypuszczać, iż prócz krtani punktem wyjścia dla kaszlu może być podrażnienie nosa, gardzieli, tchawicy, oskrzeli, opłucnej żebrowej, przełyku, uszu, kiszki, wątroby, śledziony, narządów płciowych kobiecych i skóry; brak natomiast danych uzasadniających możliwość kaszlu, zależnego od żołądka, czyli tak zwanego „kaszlu żołądkowego“.

Do dziś dnia kaszlem żołądkowym nazywają najnieskuszniej, nawet niektórzy lekarze chrząkanie i kaszel, towarzyszące przewlekłym nieżytom żołądka u palaczy i pijaków; tu jednak siedliskiem cierpienia bywa zazwyczaj gardziel; zdarzające się niejednokrotnie przy kaszlu takim wymioty niczego nie dowodzą, zależą one bowiem od działania tłoczni brzusznej, wywołanego silnymi napadami kaszlu; fakt zaś, iż niekiedy po wymiotach kaszel ustępuje, dowodzi jedynie iż wraz z massami wymiotnymi wydalonym został śluz, drażniący drogi oddechowe. Inni znów szukają w żołądku przyczyny kaszlu u osobników niedokrwistych z objawami niestrawności, zapewniając o tem, iż kaszel w tych warunkach jest najczęściej zwiastunem poczynającej się sprawy gruźliczej w szczytach płucnych.

Kwestyą czy kaszel żołądkowy rzeczywiście istnieje zajmowali się ostatniemi czasy liczni badacze. Między innemi zabierali głos w tej sprawie NOTHNA-GEL, KOHTS, EBSTEIN, EDELFSEN, NAUNYN i STRÜBING; wszyscy jednak wyrażają się z powątpiewaniem, gdyż żaden odnośnego przypadku nie spostrzegali. Badania zaś fizyologiczne na zwierzętach, a nawet bezpośrednie drażnienie żołądka ludzkiego przez przetokę nie mogą stanowczo sprawy rozstrzygać, gdyż niema w tych razach żadnych zaburzeń unerwienia, które warunkują powstawanie kaszlu na drodze odruchowej.

Autor podaje opis przypadku, w którym u chorej, dotkniętej przewlekłym cierpieniem żołądkowym, przy braku objawów pozwalających przypuszczać hysterye wystąpiły gwałtownie napady męczącego kaszlu, powtarzające się

prawie bezustannie w dzień i w nocy. Środki nasenne żadnego działania nie wywierały; nie można było przy najstaranniejszem badaniu wszystkich narządów wykazać zmian chorobowych, usprawiedliwiających tak niezwykle i męczący kaszel; w szczycie jedynie prawego płuca istniały objawy fizykalne (stępienie, oddech wydłużony), wskazujące zbliżnienie sprawy dawnej, bynajmniej zaś nie warunkowały kaszlu, który przed kilkoma dopiero dniami wystąpił. Przy ucisku okolicy żołądka napady kaszlu widocznie się wzmacniały, podczas gdy ucisk innych okolic ciała pozostawał bez wyraźnego wpływu. Wobec tego zdecydował się B., aby leczenie skierować wyłącznie przeciwko objawom żołądkowym; skutek był nads spodziewanie pomyślny: chora pozostawała w łóżku i była karmiona li tylko z pomocą odżywczych lewatyw; wewnątrznie przyjmowała zawiesinę azotanu bismutu w wodzie letniej (3:100) 4 razy dziennie; okład gorący na okolicę żołądka. Po pierwszej zaraz dawce kaszel znacznie się zmniejszył; na drugi dzień napady występowały bardzo rzadko, a po trzech dniach takiego leczenia nie pojawiały się zupełnie. Bismut odstawiono i zalecono wodę karlsbadzką, okłady i leżenie w łóżku; stopniowo chora zaczęła przyjmować pokarmy. Skoro po takiej kuracji chora czuła się już zupełnie dobrze, pozwolono jej podnieść się z łóżka; natychmiast jednak wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy żołądka i krwawe wymioty w ilości łyżeczki od kawy (objaw ten występował dwukrotnie i poprzednio). Kilkodniowy pobyt w łóżku wpłynął zbawiennie na ponowną poprawę, lecz następna próba podniesienia się była znów niefortunna, gdyż obok powyższych dolegliwości nastąpił powrót kaszlu, równie męczącego, jak poprzedni; zalecono ponownie bismut i okłady, poczem chora w stanie znacznej poprawy prawie bez bólów i bez kaszlu została wypisana. Trzy dni jednak zaledwie cieszyła się poprawą: po powrocie do swych zajęć i do zwykłych pokarmów dostała znów bólu w okolicy żołądka i wystąpił gwałtowny kaszel; chora powróciła do szpitala. Zalecono poprzedni sposób leczenia, dyetę mleczną z proszkiem mięsnym, a w miarę poprawy stanu ogólnego, zwłaszcza zaś w miarę poprawy trawienia, wszystkie dolegliwości stopniowo ustępowały i chora po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu została wypisana bez bólów i bez kaszlu.

Na zasadzie powyższego spostrzeżenia, autor wyłączając wszystkie inne możliwe przyczyny kaszlu, a wyłączyć je miał prawo, wobec braku objawów chorobowych ze strony płuc, krtani, gardzieli i w obec prawidłowego stanu układu nerwowego, oraz na podstawie pomyślnego wyniku zaleconych środków leczniczych, dochodzi do przekonania, iż w danym przypadku kaszel zależał li tylko od sprawy chorobowej w żołądku, czyli że był to typowy przypadek tak zwanego kaszlu żołądkowego.

Wreszcie zastanawia się autor nad tem, jakie cierpienie żołądka mogło wywoływać opisane powyżej przypadki; rozbiera kolejno możliwość istnienia wrzodu lub następcej blizny i zrostów z narządami sąsiednimi, do stanowczych wniosków jednak niedochodzi. Przypuszcza również, iż objawy żołądkowe mogły być wyłącznie natury nerwowej, lecz w takim razie, o ile mi się zdaje, całe spostrzeżenie przemawiało by raczej za hysteryą, której jednym z objawów był kaszel.

(*Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. 41. Zesz. 4 i 5*). W. Szumlański.

10. LÜCKE. Zapalenie ropne otrzewny po przedziurawieniu jelita wyleczone za pomocą laparotomii. Autor zwraca uwagę na szczupłą ilość spostrzeżeń, w których przystępowano do otworzenia jamy brzusznej w obec istniejącego zapalenia otrzewny przedziurawieniu kiszki. Przed rokiem LÜCKE ogłosił przypadek, w którym otworzył jamę brzuszną z zejściem pomyślnem przy zapaleniu otrzewny spowodowanem przez przedziurawienie się jelita w czasie trwania durzycy. W obecnym przypadku autor dokonał otworzenia jamy brzusznej u chłopca 17-letniego dotychczas zdrowego, u którego prawie bez przyczyny wystąpiły objawy gwałtownego bólu brzucha, wzdęcie, z podniesioną ciepłotą i przy-

śpieszonym tętnem. Jama otrzewny zawierała dużą ilość ropy zmieszanej z kałem; miejsca przedziurawienia nie można było odnaleźć, prawdopodobnie nastąpiło już złepne zapalenie otrzewny ograniczone na miejscu przedziurawienia. Przemyto jamę roztworem sublimatu (1—2000), ranę zeszyto, a do przestrzeni Douglasa założono gruby sączek, przez który codziennie dokonywano przemywania. Ciepłota prawidłowa, chory skarżył się tylko na niewielką bolesność i wzdęcie w prawym podżebrzu, co autor tłumaczy istnieniem ograniczonego złepnego zapalenia otrzewny, jakie na szczęście dla chorego nastąpiło po przedziurawieniu się jelita; 10-go dnia po operacji sączek usunięto. Niespodzianie w 3 tygodniu po operacji ciepłota u chorego się podniosła; wystąpił ból gwałtowny w prawym podżebrzu i w prawym boku; stopień przy opukiwaniu dochodziło do 4 żebra; objawy podniesionej duszności. Autor wtedy dokonał przecięcia opłucnej i z tej ostatniej wypuścił ze 3000 cnt. ropy. Badając palcem jamę opłucnej, autor w przeponie brzusznej znalazł otwór prowadzący do jamy brzusznej; przez ten ostatni wprowadził sączek wystający na zewnątrz w ranie dokonanej dla przecięcia opłucnej. Przemywanie kwasem bornym; po 2 miesiącach chory zupełnie uzdrowiony opuścił szpital. LÜCKE sądzi, że w danym przypadku u osobnika musiał istnieć jakiś wrzód w kiszkiach, który pod wpływem urazu, nawet nieznaczego, przedziurawił jelito i dał bodziec do wytworzenia się ropnego zapalenia otrzewny; na miejscu zaś przedziurawienia powstało złepne zapalenie otrzewny ograniczone, które w następstwie przeszło na opłucną i wywołało ropne tej ostatniej zapalenie; najlepszym dowodem tego łączność, jaka istniała pomiędzy jamą opłucnej a otrzewny. Przedziurawienia idiopatycznych wrzodów dają lepsze rokowanie niż wrzodów durzycowych w obec laparatomii, jaką się dokonywa przy obecności objawów zapalenia otrzewny, naturalnie rokowanie tem pomyślniejsze, o ile wcześniej dokonano otworzenia jamy brzusznej. LÜCKE do przemywania jamy brzusznej radzi używać sublimatu w roztworze 1—2000.

(*Deutsche Zeit. für Chir. Tom 26, Zesz. 5 i 6—1887*). A. G-z.

ODCZYTY KLINICZNE.

Praktyczne uwagi o chorobach serca

Odczyt prof. d-ra Bertholda STILLER'A z Budapestu *)

tłumaczenie z niemieckiego.

Trzeba rzeczywiście mieć pewną odwagę, aby w tak poważnym zgromadzeniu lekarskiem, mówić o chorobach serca, mianowicie o takich, które nie tylko w praktyce prawie są codziennymi, lecz i w literaturze lekarskiej tworzą dział najlepiej opracowany. Jeżeli jednak przedsięwzięcie pozornie niewdzięczne zadanie, to czynię to w przekonaniu, że nawet i taki przedmiot jest szczególnie interesującym, albo przynajmniej nim być może. Odczyty, jakie miały miejsce w naszym towarzystwie, dotyczyły przeważnie rzadkich form chorobowych, jeszcze rzadszych przypadków, nowych środków leczniczych, a najczęściej ściśle specjalnych przedmiotów one bowiem najlepiej odpowiadały wymaganiom swoich członków, ponieważ rozszerzały zakres ich wiedzy. Wykład zaś o znanej kwestyi nie posiada wprawdzie powabu nowości, lecz wiadome fakta przedstawia w nowym indywidualnym oświetleniu, utwierdza przeto nasze wiadomości, zainteresowanie wtedy budzi się obszerniejsze. Słuchacz nie pozostaje biernym, jak przy znanym przedmiocie lecz przyjmuje w pewnej mierze czynny udział, ponieważ to co usłyszy może natychmiast

*) Częściowo wygłoszony 12 Marca 1887 r. w Towarzystwie lekarskiem w Budapesćie.

osądzić, porównać, dopełnić lub stwierdzić. Proszę więc nie oczekiwać odemnie czegoś nowego albo nieznanego, sądzę jednakże że powinny Was interessować niektóre wyniki mojego przeszło dwudziestoletniego doświadczenia na tem polu.

Zacznijmy od r o z p a t r y w a n i a chorób serca. Proszę nie uważać za żart, jeśli na początek powiem, że pierwszym warunkiem rozpoznawania jest z b a d a n i e s e r c a. W każdym razie jest wiadomym faktem to, że wielu grzeszy codziennie przeciw tej regule. Rozpoznawanie chorób serca można nazwać w ogóle łatwym, a to wskutek udoskonalonych metod badania. W niektórych przypadkach jednak bywa ono utrudnione z powodu o b j a w ó w u k r y t y c h. Te ostatnie mogą być dwojakie: obiektywne, jeżeli znaki obiektywne fizyczne są ciemne, nawet przy ściśłym badaniu. Tutaj dopomóż nam może tylko wprawa, obszerne doświadczenie i ścisła obserwacja.

Ukryte objawy mogą być także p o d m i o t o w e (subiektywne), co się zdarza daleko częściej, mianowicie kiedy chory skarży się na zupełnie inne przypadłości, aniżeli zależne od serca. Tutaj właśnie nabiera znaczenia prawdziwość, od którego rozpoczęliśmy t. j. że pierwszym warunkiem rozpoznawania jest zbadanie serca, czyli zbadanie go nawet wtedy, gdy chory nie skarży się na nie. Krótko mówiąc należy badać serce u każdego chorego. Lekarz, pracujący w szpitalu lub w klinice zapewne uważa za zbyt proste kłaść nacisk na to prawidłó, lecz tak widzi codziennie wielką liczbę chorych leczących się ambulatoryjnie ten ze zdziwieniem dowie się jak często zdarza się podmiotowa skrytość chorób serca. Z największym zajęciem czytałem niedawno w jednym z pism angielskich zestawienie Andrein CLARK'A, który zebrał tylko z ostatnich 13-tu lat swej własnej (wprawdzie podług londyńskiej miary) praktyki, nie mniej 680 przypadków, w których znalazł wadę serca u chorych nie narzekających na przypadłości sercowe.

Stosuje się to nie tylko do cięższych przypadków, lecz i do daleko posuniętych chorób serca. Widziałem w roku zeszłym człowieka 30-letniego, który od najwcześniejszej młodości pracował niezawodnie na utrzymanie jako kupiec, czuł się zupełnie silnym i zdrowym, ożenił się i po 3 tygodniowej podróży poślubnej powrócił z ogólną puchliną. Badanie wykazało. *Insuf. valv. mitralis et vulvulae aortae* w wysokim stopniu z monstrualnem powiększeniem obydwóch połów serca. Przed kilku laty spotykałem dobrze mi znajomego, bardzo zdolnego kolegę, który zawsze silny i energiczny, nawet w czasie wysiłków przy wrastającej praktyce, nagle zapadł na embolię obydwóch tętnic udowych, na którą po 2 miesięcznych cierpieniach umarł. Sekcja wykazała tak na zastawkach aorty jak i na dwudzielnej zmiany, dowodzące iż początek cierpienia musiał mieć miejsce przed wielu laty. Wszystkie zastawki były zmienione na guzikowate, twarde niedające się rozpoznać, twory. Spostrzeżenia takie wskazują potrzebę badania serca każdego chorego, a dla lekarzy domowych są przestrożą aby badać serca zdrowych członków rodziny, a to w celu uchronienia się od niemiłych niespodzianek.

Nie obawiam się znowu być uważanym za trywialnego, gdy dotknę przedmiotu, który właściwie sam przez się jest zrozumiałym, lecz według mego doświadczenia, przez niektórych kolegów nie jest dostatecznie oceniany. Jestem zdania, że nawet najlepsze książki naukowe niemieckie, nie kładą takiego nacisku na ten przedmiot, jak praktyczni anglicy. Rozpoznawanie chorób serca należy rozpatrywać z 2-ch stron. Przedewszystkiem musi być poznany rodzaj anatomiczny danej zmiany serca przy pomocy fizycznego badania.

Pod tym względem niemieckie dzieła naukowe stoją najlepiej. Oprócz tego jednak musi być oznaczony stopień fizjologicznej siły chorego serca, co dla chorego i planu leczenia stokroć jest ważniejszym, aniżeli szczegółowe oznaczenie tej lub innej wady zastawki. Innymi słowy, po-

trzeba, określić, natURALNIE nie zaniedbując najszczegółowszego rozpoznania anatomicznego, o ile to zmienione serce przy swem cierpieniu, jest zdolne do przeznaczonej mu czynności. Do tego ważnego określenia dojdziemy nie przez oznaczenie miejsca lub rodzaju szmeru, ani, co tu jest najważniejszym, przez dokładne zbadanie granic serca, lecz tylko za pomocą innych znaków, które nazywamy zaburzeniami wyrównania (*compensatio*). Na zasadzie tego podwójnego rozpoznania może okazać się olbrzymia różnica między obecnym stanem, a przyszłością 2-ch chorych, u których znajdziemy jedną i tę samą anatomiczną wadę serca. Pierwszy nieprzeczuwający swego cierpienia jest zdrowy, zdolny do pracy i może żyć długo. Drugi jest zgubiony, bez ratunku.

Nie jest moim zamiarem wdawać się w omawianie tych znaków, które badającemu lekarzowi zdradzają ową olbrzymią różnicę. O jakiegokolwiek wadzie serca byłaby mowa to znakami temi są zastoje żyłne. Nic łatwiejszego jak je rozpoznać jeżeli już są wytworzone, jeżeli duszność, sinica i obrzęki się rozwinęły. Jeżeli jednak chcemy pomódz choremu, to musimy mieć na względzie pierwsze objawy osłabienia serca i wtedy trudno jest określić przejście serca z równowagi do zaburzeń, jeżeli takowe nie powstaje nagle lub przynajmniej w krótkim czasie, w skutek jakiegokolwiek ostrej przyczyny. W większej części przypadków przejście to jest tak powolnem, że nie jesteśmy w stanie odgraniczyć jednego stanu od drugiego, z tej prostej przyczyny, że takie odgraniczenie nie istnieje w naturze. Bicie serca i krótki oddech napotyka się także przy dobrze wyrównanych wadach serca, jako następstwo pracy mięśniowej. Zwracamy jednak uwagę na zaburzenie wyrównania dla tego, że krótki oddech nie odpowiada wykonanej pracy mięśniowej, albo że występuje przy takich ruchach, które przedtem nie wpływały na oddychanie, albo że nakoniec siła odporna chorego zmniejszyła się w ogólności na zewnętrzne i wewnętrzne wpływy. Wszystkie te przypadłości zaczynają się tak niewyraźnie, że te ważne znaki bywają poznane tylko przez doświadczonego i zarazem współczującego lekarza. Widziałem często niestrawność występującą jako pierwszy objaw. Bez wątpienia była ona skutkiem zastoju organów brzusznych lecz jeszcze obiektywnie nie wykazanej.

Przy wielu wadach serca, szczególnie przy wadach zastawki dwudzielnej i zwężeniu lewego otworu żylnego, najpierw zastój ma miejsce w płucach. Przy tych cierpieniach, chociażby one były zupełnie wyrównane, wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej wskazuje na podniesienie ciśnienia krwi w małym krwiobiegu, wskutek nagromadzenia większej ilości krwi. Ten objaw dowodzi zarazem, że prawe serce działa dosyć silnie przeciw grożącemu zastojowi. Zastoje w płucach zdradzają się przeważnie trudnością w oddychaniu która jednakże początkowo nie jest stałą i dla tego nie może być ścisłą miarą rozpoczynającego się zastoju. Najpewniejszą wskazówką tworzącego się zastoju jest powiększenie wątroby. Ono jest jednym z pierwszych objawów osłabienia serca i dla tego może być uważane nie tylko jako zwiastun najwcześniejszego okresu zaburzenia w wyrównaniu serca, lecz przedstawia także rzeczywistą obiektywną miarę, na skali której możemy wyraźnie odczytywać stopień niedostateczności serca.

Fizjologicznie zupełnie jest jasnem dla czego wątroba bywa tak czułą wskazówką ogólnego zastoju. Wątroba mianowicie jest jedynym organem, którego dopływy krwi wychodzą po większej części nie z układu aorty, lecz najprzód przepływają włosowatą siatką organów brzusznych, a potem połączone w główny kanał żylny dostają się do wątroby, aby tamże po raz drugi przepłynąć przez układ włosowaty. W naczyniach wątrobowych przeto pędząca siła serca, jako już spotrzebowana, nie może mieć znaczenia, dla tego też wskutek braku *vis a tergo* prędkości strumienia krwi jest tak małą, że już najmniejsza przeszkoda wytwarza zastój, który wypełnia jak

gąbkę obfitą w naczynia tkanę wątrobową. Zjawisko to uderzająco było stwierdzone przy doświadczeniach na zwierzętach. Te uiekorzystne stosunki krążenia krwi, które są takimi ze względu na czynność wątroby, są tylko w małym stopniu wyrównane przez ruchy oddechowe klatki piersiowej, przy którym ujemnie ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej wchłania krew żył wątrobowych. Ten cyrkulacyjny czynnik nie wywiera jednakże swojego wpływu jedynie na żyły wątroby, lecz także i na całą krew żylną, którą płynie do jamy prawego serca. Wyjątkowo tylko oddechowe ruchy przepony przyspieszają w sposób mechaniczny krążenie żyłne wątroby, co rzeczywiście może być uważanem tylko za bardzo skromną poprawę leczniczego wątrobowego krążenia krwi.

Wydawało mi się zawsze dziwnem, że przy zastoinowej wątrobie, która, jak wiadomo, często obrzęka do wielkich rozmiarów, nie znajdujemy powiększonej śledziony. Jeżeli istnieje zastój w rozgałęzieniach żyły wrotnej, to sprowadza on jednocześnie zawrotny zastój i w całym układzie korzeni tejże, a więc i w tak zdolnej do obrzęków śledzionie. Że w rzeczywistości w okresie zaburzenia wyrównania nie daje się wykazać powiększenia śledziony, o tem codziennie można się przekonać. Ta mechaniczna zagadka, o ile wiem, nie była wspomnianą i uważaną za takową przez żadnego autora z wyjątkiem BOTKINA, który usiłuje rozwiązać ją przy pomocy hipotezy. Przytacza mianowicie fakt, że u zwierząt uduszonych znajdowano śledzionę skurczoną, mniema więc, że ten skurcz został wywołany przez jakiś czuły bodziec asfitycznej krwi. Istnienie podobnego ciała przypuszcza on w niedostatecznie utlenionej krwi chorych na serce w okresie zaburzenia wyrównania. Ciało to ma przeciwdziałać rozciągnięciu tkanki śledzionowej wskutek zastój.

Wspomniawszy już o trudnej do wytłomaczenia nieczułości śledziony na zastój sercowy, powrócimy do wątroby, posiadającej odwrotny przymiot. Jak bardzo ważnem jest zawsze kłaść nacisk na tę właściwość wątroby, może tylko ten ocenić, kto ma możność widzenia corocznie pewnej liczby chorych na serce, który przez nawet uzdolnionych lekarzy, jako chorzy na wątrobę są wysyłani do Karlsbadu i Marienbadu. Cierpią oni po większej części na takie choroby serca, przy których żadnego szmeru nie ma, ponieważ przyczyną choroby nie jest wada zastawki, lecz sprawy zwyrodniające, łatwo więc można się pomylić. Chorzy owi znajdują się w tym okresie, gdzie właściwe objawy chorób serca, jak: duszność, sinica, puchlina nie wystąpiły jeszcze na pierwszy plan, lecz gdzie zaburzenie wyrównania doszło do pierwszej stacyi t. j. wątroby. Powiększenie tego organu, w większej części wypadków, jest połączone z zaburzeniami w trawieniu. Zastój brzuszny zależny od serca pociąga często za sobą hemoroidalne krwawienia. Chorzy, o których mowa, są po większej części dobrze odżywiani, a nawet cierpią na otyłość, (mężczyźni w wieku więcej niż średnim). Wszystko to są okoliczności, które przez niezbyt doświadczonego lekarza mogą być uważane za zwyczajne cierpienie organów brzusznych. Tacy chorzy powracają do domu z Marienbadu i Karlsbadu w gorszym stanie zdrowia, prawdopodobnie więcej wskutek przymusowych męczących przechadzek, aniżeli osłabiających wód, są wychudzeni, a czasami, jak widziałem, nawet opuchnięci.

Wypadki takie uczą nas, na co ja zawsze w swoich wykładach kładę nacisk, że mianowicie przy rozpoznawaniu chorób serca opukiwanie o wiele ważniejszem jest, aniżeli wysłuchiwanie. Zdaje mi się, że pomiędzy praktykującymi lekarzami panuje przeciwne zdanie, chociaż pogląd tylko co wypowiedziany prawie matematycznie może być stwierdzonym. Wysłuchiwanie posiada znaczenie tylko przy wadach zastawek, ponieważ tylko przy nich powstają szmery, lecz i wtedy, dla wyjaśnienia szmerów opukiwanie jest nieodzownem, ponieważ ono tylko samo może wykazać powiększenie serca, odpowiadające wadom zastawek. Czy wiele istnieje chorób serca,

które nie są pochodzenia zastawkowego, w których więc w ogóle nie można znaleźć szmerów, jako znaków choroby? Sądzę, że wielu praktykujących lekarzy zbyt mało ocenia częstość tych niezastawkowych chorób serca. Według mego doświadczenia, utrzymywałbym, że w młodych latach do wieku dojrzałego, stanowią rzeczywiście większość chorób serca wady zastawek, — powyżej zaś wieku średniego przeważającymi są bez wątpienia te choroby serca, w których ani wady zastawek, ani szmery nie odgrywają żadnej roli.

To są owe powiększenia serca, które częścią powtarzają się wskutek mechanicznych przeszkód krwioobiegu w płucach, nerkach i naczyniach krwionośnych, a częścią samoistnie w skutek zwyrodniających procesów. Te ostatnie zdarzają się w praktyce i są uważane za zwyrodnienie tłuszczowe, chociaż rzeczywiście nie zawsze są niemi. Bez wątpienia mają tutaj znaczenie różne przyczynowe okoliczności, które zostały należycie ocenione dopiero w ostatnich dziesiątkach lat. Takimi są: cieleśne wysiłki, rozpustny sposób życia, sprawy zapalne mięśnia sercowego, najczęściej wskutek zmian w tętnicach wieńcowych, ogólne stwardnienia naczyń, zrosty listków osierdzia. Tutaj należą prawdopodobnie takie nerwowe wpływy trwające stale i długo jak: ciągłe wzruszenia psychiczne, nadużycie tytoniu, kawy, herbaty i napojów wysokokalorycznych. Jakie rzadkie okoliczności mogą czasami mieć wpływ, okazuje się z opublikowanego przezemnie wypadku (*Zur Pathogenese der Herzhypertrophie, Wiener Med. Wochenschrift*, 1875), w którym wrodzony brak nerki spowodował powiększenie serca. We wszystkich powyższych warunkach powstają sprawy zwyrodniające w włóknach mięśniowych serca, przez co mięsień traci na napięciu, na kurczliwości i sile odpornej, wskutek czego jamy serca rozszerzają się. Nowsze poszukiwania wykazały, że te, w najwyższym stopniu częste stany, mogą iść w parze z przerodzeniem tłuszczowem włókien mięśniowych, lecz że w wielu wypadkach nie ma ani śladów tego ostatniego. Zdaje się niewątpliwem, że sprawy zwyrodniające mięśnia sercowego mogą być rozmaitej, dotąd jeszcze ściśle nieokreślonej natury. Okazuje się zatem, że rozpoznanie przeistoczenia tłuszczowego serca, przy łożu chorego jest rzeczą bardzo niepewną, ponieważ w ogóle nie istnieje jednolity obraz tej choroby; w tym względzie zupełnie zgadzam się z Fränzel'em. Praktyczni anglicy, a za nimi Traube; określają te stany pojęciem: „*weakened heart*” (osłabione serce). Nowi niemieccy autorowie używają w tym celu miana *niedostateczność serca*. Obiedwie te nazwy przynajmniej nie przesadzają zmian anatomicznych. Przy tych wszystkich postaciach chorobowych, szmeru w ogóle nie słychać, a więc opukiwanie pozostaje najważniejszą pomocą przy rozpoznawaniu. Szmer i to skurczowy tylko czasami występuje w takich wypadkach, gdy powiększenie lewej komórki serca doszło do tego stopnia, że zastawka dwudzielna nie jest w możności zamknąć zupełnie rozszerzonego ujścia t. j. gdy się rozwinęła względna niedostateczność zastawki dwudzielnej. Niedoświadczeni lekarze uważają wtedy taki stan za pierwotną organiczną niedostateczność zastawki dwudzielnej, gdyż nie przedstawiają sobie powstawania już rozwiniętych zmian i nie zwracają uwagi na przeważające powiększenie lewego serca, czego po większej części nie ma na prawem sercu. Szmer powstały w podobny sposób również nie jest częstym, a gdzie go, jak w większej części wypadków, brak, tam jako najważniejszym punktem oparcia przy rozpoznawaniu będzie wynik opukiwania i drugorzędne objawy, a szczególnie obrzęknięcie wątroby. Według mego doświadczenia największą liczbę ofiar tych chorób serca stanowią silnie zbudowani i obficie odżywiani mężczyźni w wieku od 50 do 60 lat życia.

Mówiąc o opukiwaniu serca pozwoliłbym sobie na następujące uwagi. Opukiwanie jest w wielu razach trudniejszym, aniżeli mniemają młodzi niedoświadczeni, chociaż liczący na swoją zręczność, lekarze. W niektórych przypadkach wykonanie, a w innych wytłumaczenie wyników opukiwania przed-

stawia wielkie trudności. U otyłych kobiet np. często jest niemożliwym otrzymanie pewnego wyniku. Zbyt rozwinięte ich piersi, nieraz doprowadzały mnie do rozpacz, gdyż nietylko przeszkadzały w oznaczeniu granic lewego serca, ale także nie pozwalają wyczuć wierzchołkowego uderzenia serca, które pomaga nam przy oryentowaniu się. Czasami nawet jest niemożliwym rozpoznać wielkość prawego serca, wskutek grubego pokładu tłuszczu, na mostku nie pokrytem przez piersi.

Uważam za zbyteczne nadmieniac, że przy oznaczaniu granic serca tylko słabe opukiwanie prowadzi do celu. Znam doskonałych, lecz ze zwyczajem za mocno pukających lekarzy, którzy prawie nigdy nie mogą wypukać stłumienia mostkowego zdradzającego powiększenie prawego serca. Trzeba następnie zwrócić uwagę i na to, czy mamy do czynienia z płaską czy wypukłą klatką piersiową. Przy pierwszej, wskutek przylegania serca na większej przestrzeni przytłumienie jest zawsze większe, przy drugiej mniejsze, aniżeli odpowiadałoby to właściwej wielkości serca. U dzieci łatwo można pomylić się uważając prawidłowo wysunięte na zewnątrz wierzchołkowe uderzenie serca za powiększenie lewego serca. U nich przecież dla orjentowania się może służyć to, że wierzchołkowe uderzenie serca znajduje się jednocześnie wyżej, a nie niżej, aniżeli prawidłowo. Przyczyną tych stosunków jest prawidłowa wypukłość przepony i warunkowane, przez to wysokie poprzeczne położenie serca. Możemy jeszcze zwrócić uwagę na to, że przy oznaczaniu granic serca o wiele dogodniejszym i więcej zasługującym na zaufanie jest opukiwanie palcem aniżeli przy pomocy plessymetru. Uważam za bardziej prowadzące do celu opukiwanie dośrodkowe we wszystkich promieniach od płuc ku sercu, aniżeli odwrotnie, ponieważ niewyraźne granice stłumienia serca w ten sposób łatwiej rozpoznać. Uważam również w praktyce za zbytęczą, a w każdym razie za nie mającą znaczenia drobiazgowość oznaczania bezwzględnego i względnego stłumienia serca. Nowych wyjaśnień nigdy przez to nie otrzymałem. Ponieważ nie należę do szczęśliwców, którzy by mogli na pewno oznaczyć stłumienia serca na pół centimetra, sądzę przeto, że jedynie opukowe oznaczenie dośrodkowego przerostu lewego serca, jakie np. napotykałyśmy przy ziarninowym zaniku nerek, udaje się tylko przy bardzo korzystnych warunkach. Istnieje wiele przypadków, w których nawet dośrodkowy przerost serca może być wykrytym więcej przez natężenie, aniżeli obszerność stłumienia.

Ze względu na stłumienie mostkowe pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegów na dwie jego postacie, o których, o ile wiem, nie wspomina żaden z autorów, co mi wydaje się tem dziwniejszem, ponieważ ja już od kilku lat je obserwuję i tłumaczę. Mianowicie u wielu prawidłowo zbudowanych osobników można wykazać, że dolna część mostka w siedzącym lub stojącym, a więc w pionowym położeniu okazuje stłumienie, które znika w położeniu poziomym. Nieznajomość tych faktów może naturalnie prowadzić do ważnych błędów rozpoznawczych. Godnem uwagi jest to, że u jednego i tego samego osobnika znalazłem przy staniu po większej części wyższe położenie górnej granicy wątroby, a więc i przepony, aniżeli przy leżeniu. Stan taki tak często widywałem, mniej więcej u każdego 15–20-go osobnika, że uważam za normę badanie każdego serca w pionowym i poziomym położeniu. Do tej pory nie posiadam pewnego wyjaśnienia dla tych, dla mnie, niewątpliwych faktów. Nie uważam wspomnianego stłumienia mostkowego za dalszy ciąg stłumienia wątroby, ponieważ ciągłość ich można było wykazać tylko w rzadkich wypadkach, a więc może to być tylko rzeczywiste przesunięcie serca. Nadzwyczaj rzadko spotykałem przeciwnie stosunki, mianowicie stłumienie mostkowe znajdowane w leżącym położeniu ginęło w położeniu pionowym. Również jeszcze rzadziej spotykałem różnice w stłumieniu lewego serca przy staniu i leżeniu.

(d. c. n.)

ODCINEK.

Jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. Madurowicza.

W dniu dzisiejszym lekarze nasi obchodzą uroczyste jubileusz 25-letni zawodu nauczycielskiego jednego z najbardziej poważanych profesorów Uniw. Jagiell. Numer dzisiejszy, na który ochoczo złożyli się byli i obecni jego uczniowie i asystenci, Komisya redakcyjna uchwaliła przeznaczyć wyłącznie na cześć Męża, który dawniej, gdy *Przegląd Lekarski* był własnością Tow. Naukowego, przez lat kilka, a obecnie znów należy do grona redakcyi. Numer niniejszy stanowi skromny dowód poważania, którego doznaje Jubilat w łonie kolegów, oraz miłości, którą Go otaczają asystenci i uczniowie.

Jakkolwiek prof. Madurowicz w kraju naszym znany jest jako znakomity ginekolog i położnik, jakkolwiek i za granicami kraju ceniony jest przez kolegów fachowych, nie będzie jednak od rzeczy, jeżeli krótko a zwięźle skreślimy zasługi jego, dla tych zwłaszcza kolegów i czytelników, którzy albo wcale nie byli w położeniu poznania go, albo zetknawszy się z nim pobieżnie nie odnieśli tego wrażenia, jakie się otrzymuje po dłuższem z nim obcowaniu i jeżeli się ma sposobność obserwowania przez szereg lat jego działalności cichej a skromnej, nie uganiającej się ani za korzyścią materyalną, ani za poklaskami ogółu. Trudnem jest zadanie, podać życiorys człowieka żyjącego i czynnego na swem stanowisku; jest ono jednak dla piszącego o tyle ułatwionem, ile że nie krępowany bliższymi stosunkami może bez uprzedzenia wypowiedzieć zdanie całkiem przedmiotowe.

Maurycy Jelita MADUROWICZ urodził się d. 16 Września 1831 r. w Kołomyi z ojca Walentego, ówczesnego komisarza przy starostwie, a późniejszego radcyi ministeryalnego i naczelnika Dyrekcyi skarbowej w Galicyi; szkoły początkowe i gimnazyalne ukończył we Lwowie; przez dwa lata uczęszczał na medycynę w Krakowie, gdzie słuchał wykładów Kozubowskiego, Majera, Sko-bła, Sawiczewskiego, Zejsznera i Czerwiakowskiego; później uczęszczał w Wiedniu na wykłady Hyrtla, Brückego, Schroffa, Rokitańskiego, Skody, Oppolze-ra, Rosasa, Schuha, Dumreichera i Kleina; tamże w r. 1855 otrzymał dyplom D-ra medycyny, a w r. 1856 doktora chirurgii i magistra położnictwa. Przez 6 lat był asystentem przy klinice ginekologicznej i położniczej proff. Gustawa i Karola Braunów. W Grudniu 1862 r. habilitował się w Krakowie jako docent prywatny położnictwa i ginekologii na podstawie rozprawy „o powstawaniu i rozpoznawaniu przepukliny krwawej,” ogłoszonej w *Przeglądzie Lekarskim* w r. 1863, a po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego w Październiku 1863 r. mianowany został zwyczajnym profesorem położnictwa teoretycznego i praktycznego i objął zarazem obowiązki prymariusza oddziału III szpitala S-go Łazarza, w którym wówczas mieścił się także oddział dzieci chorych i podrzutków. W r. 1867 ożenił się z p. Henryką Saarówną, siostrzenicą prezydenta Izby poselskiej Rady Państwa D-ra Smolki, lecz już w Marcu 1868 r. stracił żonę i dziecko; strata ta, jakoteż śmierć najmłodszego brata Aleksego, urzędnika skarbowego w Węgrzech, który w r. 1873 skonał na jego rękach, były ciosami w dwójnasób dotkliwymi dla człowieka, tak jak on przywiązanego do życia familijnego ¹⁾. Osamotniony tem goręcej zajmował się sprawami czysto zawodowymi. Dzięki jego staraniu utworzono w r. 1870 terazniejszą klinikę położniczą i z nią połączoną pierwszą w Krakowie klinikę dla chorób kobiecych,

¹⁾ Z dwóch braci żyjących jeszcze jeden jest pułkownikiem w armii austryjackiej, a drugi Radcą Namiestnictwa galicyjskiego i Starostą tarnopolskim.

której dotąd jest przełożonym. W roku szkolnym 1867/8, wybrany został dziekanem Wydziału lek., w 187⁵/₆, ponownie, a w r. 1880/1 piastował godność Rektora Uniw. Jag.; w latach 187⁵/₆ i 188²/₃ był komisarzem rządowym przy egzaminach ścisłych w Wydziale lek. Od r. 1858 jest członkiem Tow. lekarskiego wiedeńskiego, od r. 1864 członkiem Tow. Naukowego, w r. 1865 wybrany został członkiem Tow. lek. warszawskiego, w r. 1866 członkiem nowopowstałego Tow. lek. krakowskiego, którego prezesem był w r. 1868; od r. 1870 jest członkiem Tow. lekarzy bukowskińskich w Czerniowcach, oraz honorowym Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie; wreszcie w r. 1887 otrzymał order Korony żelaznej 3-ciej kl., a pod koniec tegoż roku Tow. lekarskie krakowskie zamianowało go swoim członkiem honorowym.

Przez cały rok oddany wyłącznie obowiązkom swym klinicznym korzysta każdym razem z wakacji letnich, aby poznać zagraniczne urządzenia zakładów położniczych, oraz znakomitości zawodowe, głównie podczas Zjazdów lekarskich, a nie mówiąc już o niemieckich i austrijskich, zwiedził zakłady w Paryżu, Londynie, Nowym Yorku i Filadelfii, a jako gorliwy i nieznużony turysta od Karpat i Alp dotarł aż do wodospadu Niagary.

Prace swoje ogłaszał zrazu w czasopismach wiedeńskich, a później wyłącznie prawie w *Przeglądzie Lekarskim*; spisu ich, jakoteż prac z kliniki jego wysłanych, a wykonanych przez jego asystentów i uczniów nie podajemy; znajdzie go czytelnik w Słowniku Kościńskiego i w Kronice Uniw. Jagiel. z r. 1887.

Służył pod nim jako asystenci kliniczni D-rowie: Teofil Stępiński, b. lekarz powiatowy w Krakowie, Adam Czyżewicz, b. wiceprezydent m. Lwowa, obecnie profesor położnictwa we Lwowie, Henryk Jordan, docent Uniw. Jag. i radzca miejski w Krakowie, Władysław Bylicki, obecnie praktykujący we Lwowie, Antoni Mars, docent Uniw. Jagiell., Jan Rosner, obecnie praktykujący we Lwowie, Stanisław Braun i Maks. Cercha; jako sekundaryusze szpitalni D-rowie: Aleks. Rybczyński, lekarz miejski w Krakowie, Ludwik Wiszniewski i Maks. Kohn, radczy miejscy i praktykujący w Krakowie, wreszcie Jan Ziemiński i Wład. Harajewicz.

Z prawdziwym zadowoleniem wewnętrznym prof. Madurowicz spoglądać może na ćwierćwiekową działalność swoją nauczycielską w Krakowie: poważny poczet lekarzy fachowych, wykształconych pod jego kierunkiem a zajmujących zaszczytne w kraju stanowiska, nierównie większy zastęp lekarzy praktykujących, którzy wiedzę swoją położniczą jemu zawdzięczają, oraz akuszerkę, których brak w kraju tak dotkliwie czuć się dawał, świadczą, że zabiegi profesora nie były płonne, a uznanie ze strony Władz i Kolegów, uznanie pochlebne i dobrowolne, wienczy zaszczytnie pracę wieloletnią, wykonywaną bez pretensyi dla siebie, ale za to z tem większą starannością i serdeczną życzliwością dla zakładów i uczniów.

Są zapewne profesorowie, większe mający zasługi literackie, lepszą obdarzeni wymową, łatwiej przystępni dla kolegów i uczniów, a mimo to nie używający takiego miru między jednymi i drugimi jak nasz Jubilat.

Prof. Madurowicz jest bowiem człowiekiem *sui generis*. Na nim sprawdza się przypuszczenie, że charakter jest wrodzony i mało co zmienia się przez wpływy korzystne lub niekorzystne. Poznaliśmy Jubilata, gdy miał lat 30; był on takim, jakim jest obecnie, a nie wątpimy, że takim samym był i przedtem. Powłoka szorstka, wyraz twarzy poważny, surowy, wcale do zbliżenia się nie zachęcający, oczy zmrużone, małomówność, a częstokroć uporcezywe milczenie, — na pierwszy rzut oka nasuwają myśl, że mamy przed sobą mizantropa, który po doznanych przykrych zawodach, jak powiada poeta, „rozbrat wieczysty światu wypowiada i sam się w dzikiej pustyni zamyka“, — a jeżeli czasem milczenie to przerywa, aby mniej lub więcej donośnym głosem karcić jakieś przeoczenie lub przewinienie podwładnych, lub strofować ucznia niepiłnego, — to

nieznający go bliżej gotów sądzić, że ten człowiek rzędny pozbawiony jest uczucia ciepłego, że umie tylko łajać, bo go nic zadowolić nie może. A jednak już przełożony jego prof. Karol Braun umiał dobrze ocenić charakter swego asystenta. Byliśmy świadkami sceny, która się odegrała w klinice położniczej wiedeńskiej, gdy prof. Braun, wiecznie uśmiechnięty, wszedł z wizytą na salę chorych, kłaniając się życzliwie w prawo i w lewo, podczas gdy postępujący za nim asystent łajał w prawo i w lewo doborowymi słówkami wiedeńskimi; gdy uczniowie nie mogli wstrzymać się od śmiechu, pod wrażeniem tej uderzającej różnicy w zachowaniu się profesora i asystenta, pierwszy odezwał się do nich: *Lassen Sie ihn nur brummen, den Madurowicz, er ist gar nicht schlimm*. To też mimo tej mrukliwości, uczniowie i doktorowie garnęli się do jego kursów operacyjnych; a garnęli się coraz bardziej, nabywszy przekonania, że u niego dużo nauczyć się można. A już wtedy opowiadano, że ten surowy asystent poza służbą wcale nie jest tak strasznym, jakim się w klinice wydaje, przytaczano niektóre fakty, z których wynikało, że nie tylko uczucia ludzkiego nie jest pozbawiony, ale nawet umie być serdecznym, nawet wesołym, naturalnie w swój sposób właściwy. Nie przestał on być poniekąd zagadką po przeniesieniu się na grunt rodzimy do Krakowa. I tu rozmaicie go oceniano, a może i niektórzy dotąd jeszcze nie są w zgodzie ze sobą, jak go ostatecznie ocenić należy. Natura to bowiem szczególna, wyjątkowa. Serce najszlachetniejsze, postępowanie zawsze honorowe, ani na włos nie zbaczające od drogi prostej, a zawsze mające na celu dobro prawdziwe bliźniego, a obok tego mrukliwość i niełatwość objawiania tej życzliwości na zewnątrz; pewna nieśmiałość i bojaźliwość w obcowaniu z nieznajomymi, obok dziecięcej prawie wesołości i naiwnej serdeczności, występującej w gronie bliższych kolegów, a zwłaszcza asystentów; troskliwość wielka o dobro chorych, a obok niej szorstkość w zetknięciu się z każdym obcym, a tem samem i z pacjentkami, która jednak z czasem ustępuje miejsca grzeczności i uprzejmości, a jak zapewniają, nawet elegancyi, a w każdym razie delikatności nawet w obec chorych najbiedniejszych, zwłaszcza klinicznych; wielkie zamiłowanie w zawodzie swoim a przytem nie ugania nie się za praktyką; gotowość do ofiar materyalnych, gdzie tego istotna i uwzględnienia godna zachodzi potrzeba, staranne tajenie dobrodziejstw, tak że istotnie ręka prawa nie wie, co daje lewa,—a przytem nieznajomość tego, co starożytni nazwali: *sacra auri fames*, a co i nowożytnym aż nadto dobrze jest znanem; wielkie wymagania w postępowaniu lekarskiem po sobie i uczniach swoich ściślejszych obok pewnej pobłażliwości w obec uchybień ze strony lekarzy nie specjalistów; serdeczne przywiązanie do przyjaciół, ich rodzin i dzieci, prawość obywatelska niezwykła, a mimo to uchodzenie za odludka,—słowem mimo pozoru przeciwnego zupełny brak pobudek egoistycznych obok bogactwa w uczucia altruistyczne. Są to przymioty cenne w wysokim stopniu, które atoli trzeba u niego wysledzić i wybadać mozolnie, bo są one jakby umyślnie przytłumione, a przynajmniej ukrywane. To też znają go najlepiej ci, co pod nim służyli, ale też asystenci jego—najbliżsi serca jego. Są zapewne profesorowie, którzy tak samo dbają o wykształcenie zawodowe i dalsze powodzenie swych asystentów, ale trudno znaleźć takiego, któryby żył z asystentami na takiej stopie koleżeńskiej, przyjacielskiej, poufalej. Pomiędzy nimi też powstała pierwotnie myśl uczczenia jubileuszu ukochanego profesora; ale myśl ta, raz rzucana, odrazu zyskała poklask nie tylko u wszystkich uczniów jego, po całym kraju rozrzuconych, ale i u wszystkich jego kolegów, a piękna uroczystość dzisiejsza będzie najlepszym dowodem, jak społeczeństwo lekarskie umie cenić prawdziwą zasługę, choć nie obleczoną w ponętą, modną szatę. Uroczystość dzisiejsza, która niezwykle obiecuje przybrać rozmiary, poucza, że zacność i szczerłość jeszcze nie przestały być przymiotami, które bez gonienia za popu-

larnością, doczekać się mogą powszechnego uznania. Takich Mężów daj nam Boże więcej, na chwałę i pożytek kraju i społeczeństwa naszego!

Przegląd Lekarski, Nr 2.

L. B.

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Kokaina, tak dzielny środek znieczulający w ogóle, niedziała prawie wcale jak wiadomo, w cierpieniach żołądkowych. Dr. KIRAVAZ z tego powodu przypomina iż Indianie chcąc uczucie głodu pokonać zażywają odwar z liści *Coca* razem z popiołem rośliny *Lipta*, zawierającym obficie sole wapienne i sodowe. Tak zażyta kokaina rozpuszcza się doskonale w soku żołądkowym i działa jednostajnie na całą powierzchnię błony śluzowej. Z tego powodu K. radzi zadawać kokainę w roztworze sodowym. Nadzwyczaj też skuteczną ma być kombinacya kokainy z morfiną.

— Leczenie raka za pomocą terpentyny, oddawna już zapomniane, nowych znajduje dziś zwolenników. Prof. CLAY z Birminghamu zapewnia, że w 4-ch przypadkach raka, których rozpoznanie stwierdzonem zostało przez wielu innych lekarzy, po zastosowaniu terpentyny syryjskiej w ilości 4—10 grm. 3 razy dziennie w połączeniu z rezorcyną nastąpiło w ciągu kilku miesięcy zupełne wyleczenie.

— Dr. ROSENBUSCH zastrzykuje podskórnie 6% roztwór soli kuchennej: 1) przy szybko postępującej zapaści, 2) przy osłabieniu mięśnia sercowego skutkiem choroby ostrej, z początku 20—30 gram a później po 5 gram dziennie, 3) w razie *gastroenteritis acutissima* po silnych wymiotach, 4) przy krwotokach z płuc, z kiszki i z żołądka, 5) kiedy serce osłabło w skutek cierpień chronicznych i charłactwa (kachexyi). Używa następującej formy:

Rp. Natri chlorati 18,0

Aq. dest. 300,0

Liq. Kali caustici guttam unam

Filtra, dein Coque per minutas quinque.

Do zastrzykiwania używa się szprycki Pravaza zawierającej 5 gramm płynu. Wybór miejsca jest przy małych zastrzykiwaniach zupełnie obojętny, większe dokonywają się w dolnej części brzucha.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 1. ADAMKIEWICZ. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędnem rdzenia pancerzowego. WICHERKIEWICZ. Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego. WIDMANN. O powstaniu uderzenia serca. ZAŁĘSKI. Jeszcze słów kilka w sprawie t. zw. prób życia noworodka. W N-rze 2. MARS. Uwagi nad budową anatomiczną i położeniem topograficznym pochwy. BYLIŃSKI. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go. KOUN. Przyczynę do leczenia niepłodności wywołanej przodozgięciem macicy. BRAUN. O cięciu cesarskiem wykonanem na karlicy według metody Forry.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 1. MATLAKOWSKI. Przypadek wycięcia nerki prawej przy t. zw. *Phthisis renalis*. GLUZIŃSKI. O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka. PAWIŃSKI. O działaniu siarczanu sparteiny. PRZEWOSKI. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą. W N-rze 2. PAWIŃSKI. O działaniu siarczanu sparteiny (c. d.). MARLAKOWSKI. Przypadek wycięcia nerki prawej przy t. zw. *Phthisis renalis* (dok.). PRZEWOSKI. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą (dok.).

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 5. KOSSAKA. Przyczynę do kazuistyki rumienia wielopostaciowego. FEIGLA. Zagadkowa śmierć M. R. Otrucie czy śmierć naturalna? SZPILMANA. Zdanie sprawy z VI kongresu higienicznego w Wiedniu.

REDAKTOR I WYDAWCA, Dr. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 7 Января 1888 г.—Друк Michała Ziemkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).

STARANIEM STOWARZYSZENIA
Do wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich

W K R A K O W I E

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Pawła GUTTMANNA. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c. 2 rs. 50 kop.
- 2) D-ra Jana STEINERA. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr.—3 Rs. 70 kop.
- 3) D-ra Antoniego JURASZA, Profesora z Heidelberga. Laryngoskopija, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 25 c.
- 4) D-ra Oskara WIDMANNNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.
- 5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskim i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.
- 6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział I-szy fizjologia i dyetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.
- 7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. radcy sanitarnego we Lwowie Syfilidologija. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Złr. wa.
- 8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. Hydroterapija. Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Złr. 85 kr.
- 9) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 80 kr.
- 10) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. Higijena szkolna, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 60 kr.
- 11) „Uzupełnienia“ do dzieła własnego p. t. Laryngoskopia oraz Choroby krtani i tchawicy wydanego w r. 1879, opracowanego z uwzględnieniem nowszych nabytków laryngologii przez D-ra Przemysława PRENIAŻKA Doc. laryngologii w Uniw. Jagiell. Cena Uzupełnienia 50 c. w. a. Cena zniżona dzieła 4 złr. a wraz z Uzupełnieniem 4 złr. 50 c. w. a.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w Redakcyi Medycyny oraz w księgarniach, S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolfa w Warszawie.

K. EFIR LECZNICZY.

Specyalny zakład prawdziwego kefiru leczniczego K. Sigaliny z Kaukazu, oprócz wielu medali za kefir i grzybki nagrodzony został pochwałą I-ej klasy na wystawie higienicznej w Warszawie w 1887 r., obecnie zaś medalem srebrnym na wystawie wszechruskiej wiejsko-gospodarskiej w Charkowie. Zakład mieści się przy ul. Królewskiej N. 31 nowy (między ul. Marszałkowską a skwem kościoła ewangelickiego). Filia w Łodzi ul. Kolejna dom Fiszer. 3—1

ZAKŁAD LECZNICZY HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNY

dla chorych przychodzących,
D-rów DOBRZYCKIEGO i FRITSCHEGO

Oboźna Nr. 5.

1) **Leczenie ścieśnionem powietrzem** w dwóch gabinetach pneumatycznych, oraz stosowanie wielkiego dwucylindrowego przyrządu o dowolnie zmiennem dodatniem i ujemnem ciśnieniu, (wysięki pleurytyczne, rozdęcie płuc, astmy, kataru dróg oddechowych).

2) **Leczenie hydropatyczne.** Zakład zaopatrzony jest we wszystkie przyrządy według najnowszych wymagań nauki: kąpiele parowe, kąpiele rzymskie, kąpiele ogólne w obszernym bassenie, kąpiele wannowe, nasiadowe, natryski (prysznice) o różnych temperaturach, natryski t. zw. **szkockie**, koce, oraz wszelkie procedury w zakres hydropatyki wchodzące (osłabienie ogólne, blednica, liczne cierpienia nerwowe, początkowe cierpienia rdzenia pacierzowego, przewlekłe cierpienia żołądka i kiszek, zastarzałe reumatyzmy i t. d.)

3) **Massaż** czyli **terapia mechaniczna**, oraz kombinacja hydropatyki z massażem (skrzywienia członków, oraz zgrubienia stawów, szczególnie od wysięków zależne, chroniczne zaparcie kiszek, neuralgie obwodowego pochodzenia, i t. d.)

4) **Kąpiele: solankowe, żelaziste, igliwiowe** (skrofuły, niedokrewność, osłabienie ogólne).

5) **Inhaloterapia** czyli leczenie za pomocą **inhalacji**. Zakład posiada przyrządy wszelkich systemów i konstrukcyj do stosowania wzięcia (stany kataralne dróg oddechowych z obfitem wydzielaniem połączone, jamy oskrzelowe, cuchnąca płwocina i t. p.)

UWAGA. Zawiadamia się Szanownych kolegów, iż osobom przybyłym z prowincyi, Zakład zapewnia: wygodne pomieszkowanie, higieniczną kuchnię do stanu ich zdrowia zastosowaną, pomoc lekarską w każdej chwili, umiętną obsługę, słowem wszystko co dla przeprowadzenia kuracji jest niezbędne, i to na warunkach jak najprzystępniejszych pod osobistym kierunkiem lekarskim. O szczegółach dowieść się można na miejscu. (Oboźna N. 5).

Perly

składu: Kreosoti fagi 0,05, Bals. tolut. 0,2, z wielkiem powodzeniem w chorobach piersiowych obecnie zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23 w Warszawie. Nabywać można we wszystkich Aptekach.

103 -3-2

Kąpiele elektryczne o prądzie stałym lub przerwany wydają się pod ścisłym nadzorem lekarzy w Zakładzie hydropatyczno-pneumatycznym *Oboźna 5.*

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 7 Января 1888. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przed. N. 17.