

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemysystolia cordis*. (Leyden). — II. A. Malinowski. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. (Dokończenie). — III. A. Sokółowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy*: 22. W. Kirchner. O wpływie chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu. Weber-Liel. Przyczynek do sposobu działania przetworów chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu u ludzi. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 22 Lutego 1882. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

*Hemysystolia cordis* (Leyden).

Opracował D-r J. Pawiński,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Pod nazwą „połowiczny skurcz serca“ (*hemysystolia cordis*) rozumiemy obraz kliniczny, w którym na dwa uderzenia serca jedno tylko przypada tętno. Ponieważ zaś połowiczny skurcz serca polega na naprzemiennem kurczeniu się to prawej, to lewej komórki, zatem zaliczony być powinien do zaburzeń rytmu, z tem jednak zastrzeżeniem, iż rytm ten, choć nieprawidłowy, odmienny od rytmu normalnie bijącego serca, posiada jednakże pewną, stałą, powtarzającą się miarowość, zbliża się więc z jednej strony do allorytmii (*allorhythmia*), a z drugiej do właściwej arytmii (*arhythmia*). Co się tyczy stosunku, jaki pomiędzy rytmem ruchów serca i rytmem uderzeń tętna istnieje, to przyjmujemy zwykle, że pojęcia rytmu serca i tętna są jednoznaczne, to jest przyjmujemy, iż każda zmiana rytmu ruchów serca spowodowuje podobną zmianę w ruchach tętna. Są jednak przypadki, w których rytm serca odmienny jest od rytmu tętna, przynajmniej dla badającego palca; i tak np. położywszy jedną rękę na okolicę serca, a końce palców drugiej na tętnicy promieniowej, zauważymy, że serce uderza o klatkę piersiową dwa razy tyle co tętno. O zjawisku tem spotykamy dość częste wzmianki zwłaszcza u autorów, dla których jeszcze opukiwanie i osłuchiwanie było nieznanem lub mało przystępnem, np. u Seneca, Testy, Kreysig'a i którzy z tego powodu ważną zwracali uwagę na objawy dla wzroku i dotyku dostępne. Co do wad zastawek serca, to taka niestosunkowość pomiędzy rytmem lub siłą uderzenia wierzchołkowego z jednej, a tętna z drugiej strony, zdarza się według naszych spostrzeżeń najczęściej przy zwiężeniu otworu przedsionkowo-komorowego lewego, dalej przy niedostateczności zastawki dwudzielnej, niekiedy zaś, co się tyczy siły uderzenia wierzchołkowego i siły tętna, ale nie rytmu, przy zwiężeniu ujścia tetniczego lewego

(*stenosis ostii arteriosi sinistri*). Niestosunkowość siły uderzenia wierzchołkowego względnie do siły tętna bywa zwykle tego rodzaju, iż uderzenie wierzchołkowe jest mocne, bystre, a niekiedy tak silne, że palec przyłożony do góry unosi, a tętno tymczasem jest bardzo słabe, niekiedy zaś zaledwie wyczuć się daje. Co się zaś tyczy do niestosunkowości rytmu, to poruszenia serca t. j. wierzchołka tegoż mogą być częstsze, aniżeli tętna; i tak np. serce uderza 80 razy, a tętno tylko 40 na minutę. K r e y s i g, który w cennym 4-tomowym dziele swoim baczną zwraca uwagę na niezgodność czyli dysbarmonię pomiędzy uderzeniem wierzchołkowym serca (*Herzschlag*) a tętnem, stara się w sposób następujący wnosić o cierpieniu prawej lub lewej połowy serca z nie normalnego uderzenia serca i tętna.

Powiada on, że przy cierpieniach l e w e j p o ł o w y serca istnieje większa skłonność do zbieżeń w uderzeniu wierzchołkowym i tętnie, aniżeli przy chorobach prawej; co zaś do dysharmonii między uderzeniem serca a tętnem, to takowa występuje według K r e y s i g'a głównie przy zwężeniu; przy rozszerzeniu zaś jam istnieje zgodność pomiędzy uderzeniem serca a tętnem.

Przy cierpieniach prawej połowy zachodzą odwrotne stosunki, a mianowicie: mała skłonność do zbieżeń w uderzeniu wierzchołkowym i tętnie, i brak dysharmonii pomiędzy 1-szem a 2-gim nawet wobec nieprawidłowego tętna.

Nietylko K r e y s i g, ale i wielu innych autorów późniejszych, jak A n d r a l, A d a m s, S t o k e s, którzy pomimo wprowadzenia do nauki nowych metod badania nie przestali być sumiennymi spostrzegaczami przy łóżku chorego, zgadzają się, że niezgodność pomiędzy siłą lub częstotnością uderzeń serca i tętna t r a f i a się głównie w zwężeniu ujścia żylnego lewego (*stenosis ostii venosi sinistri*).

W j a k i ż s p o s ó b o b j a ś n i ć m o ż n a p o w s t a w a n i e t e j d y s h a r m o n i i ?

Zwężeniu ujścia żylnego lewego towarzyszy zwykle dość znaczny przerost komórki prawej, większy nawet, niż przy niedostateczności zastawki; komórka prawa w stanie przerostu będąca, przesuniętą bywa ku mostkowi przez rozszerzone przedsionki nad i z tyłu za nią leżące, lewa zaś komórka, wypchnięta ze swego pierwotnego położenia, zwrócona jest więcej ku tyłowi, tym sposobem mało się przyczynia do powstawania uderzenia wierzchołkowego. W tym ostatnim więc główny udział przyjmuje p r a w a k o m ó r k a. Ponieważ zaś przy zwężeniu otworu przedsionkowo-komorowego lewego napelnienie komórki lewej krwią bywa małe, zatem fala tętna będzie słaba, tymczasem zaś uderzenie wierzchołkowe, zależne w tym razie głównie od prawego serca, będzie silne, wydatne. W ten więc sposób objasnić bardzo łatwo sprzeczność pomiędzy siłą uderzenia wierzchołkowego a siłą tętna. Później wspomnimy jeszcze, dlaczego nawet wtedy, kiedy przerost prawej komórki nie będzie tak znaczny, zachodzi niekiedy tak uderzająca różnica pomiędzy siłą uderzenia serca i tętna. Co zaś do różnej częstotności uderzeń serca i tętna, to objaśnienie będzie następujące: wiadomo, że przy zwężeniu (*stenosis ostii venosi sinistri*) napelnienie lewej komórki bywa niedostateczne, niekiedy nawet tak małe, iż chociaż następuje skurcz lewej komórki jednocześnie ze skurczem prawej, mimo to fala krwi wypchnięta do aorty i wogóle

do układu tętniczego jest tak nieznaczna, iż nie będzie w stanie rozszerzyć tętnicy zwłaszcza obwodowej np. promieniowej, oddalonej od serca i tym sposobem dla badającego palca, dla naszego zmysłu dotyku, stanie się niedostępną. W takim razie brakować będzie jednego tętna, gdy tymczasem w czasie braku tętna występujące uderzenie wierzchołkowe, zależne w tym razie głównie od skurczu prawej komórki, będzie silne i wydatne.

Przy niedostateczności zastawki dwudzielnej warunki powstawania dysharmonii pomiędzy uderzeniem wierzchołkowym a tętnem, są nieco odmienne, aniżeli przy zwięźeniu; mimo to jednak obie te wady mają to wspólne, iż niewielka tylko ilość krwi dostaje się do układu tętniczego. Chociaż przy istniejącej niedomykalności lewa komórka jest dostatecznie napełniona krwią, podczas skurczu jednak odpływ krwi z komórki odbywa się w dwóch kierunkach: ku przedsionkowi i ku aortie, rozumie się więc samo przez się, że ilość krwi przyływająca do aorty, będzie znacznie mniejszą, aniżeli wtedy, kiedy w skutek zamknięcia zastawki dwudzielnej krew wypchniętą być może tylko w kierunku do układu tętniczego. Ponieważ zaś niedostateczności zastawki dwudzielnej towarzyszy często nietylko przerost prawej komórki ale nawet i lewej, zatem zdarzyć się może, iż uderzenie wierzchołkowe będzie silne a tętno słabe, niekiedy zaś tętno stanie się tak małe, fala tak słabą, iż puls w tętnicy promieniowej nie wyczujemy. Tym sposobem ilość uderzeń serca będzie większą, aniżeli ilość uderzeń tętna i że n. p. na każde dwa uderzenia wierzchołkowe wypadnie jedno tętno. Co się zaś tyczy objawów wysłuchowych, to przyłożwszy stetoskop w okolicy wierzchołka serca, usłyszymy przy niedostateczności na jedno tętno 2 szmery i 2 tony w następującym porządku: szmer skurczowy, ton rozkurczowy, przy zwięźeniu zaś ujścia przedsionkowo-komórkowego lewego tak samo 2 szmery i 2 tony, tylko w innym porządku, a mianowicie: ton skurczowy szmer rozkurczowy lub presystoliczny; po dłuższej pauzie ton skurczowy szmer rozkurczowy lub presystoliczny. Ponieważ zaś przy wspomnianych dwóch wadach przerost łączy się najczęściej z rozszerzeniem jamy prawego serca, albo też w późniejszych okresach choroby rozszerzenie (*dilatatio*) zastępuje miejsce przerostu, zatem powstać bardzo łatwo może t. z. względna niedostateczność zastawki trójdzielnej (*insufficiencia relativa*). Podczas więc każdego skurczu serca krew z prawej komórki przedostaje się do przedsionka i tym sposobem przyczynić się może do powstania tętna żylnego. Otóż w przypadkach, kiedy wskutek małej fali krwi w układzie tętniczym tętno znika prawie zupełnie, przynajmniej dla zmysłu dotyku i na 2 uderzenia serca 1 tętno przypadnie, tętno żyłne odpowiadać będzie zupełnie uderzeniom serca tak, że na 1 tętno arteryjalne 2 tętna żyłne przypadną. P o n i e w a ż zaś 2-gie tętno żyłne odpowiadało uderzeniom serca, a tętno arteryjalne zjawiało się tylko co 2-gie uderzenie serca, wyprowadzono więc wniosek, że tylko ten skurcz serca był całkowity, ogarniający lewą i prawą połowę, któremu odpowiadało tętno arteryjalne, w czasie zaś 2-go uderzenia serca, kiedy tętna w promieniowej nie czujemy, a tętno jednak żyłne widocznem jest nawet dla samego wzroku, kurczy się tylko prawa komórka, lewa zaś pozostaje w stanie beczynnym, jakby w odpoczynku, słowem, że lewa komórka ulega skurczowi tylko co drugie uderzenie serca. Obraz

kliniczny odpowiadający owemu naprzemiennemu działaniu raz całego serca, to znowu prawej tylko komórki, nazwano „*hemisystolia cordis*“. Pierwszym, który nazwę tę do nauki wprowadził, był prof. L e y d e n.

Zanim przystąpimy do rozwiązania pytania, czy rzeczywiście w obrazie *hemisystoliae cordis* odbywa się połowiczny skurcz serca, niech nam wolno będzie przytoczyć najprzód historyczne dane i genezę w mowie będącego zjawiska. R i e g e l twierdzi, że pierwszą wzmiankę o nierównoczesnym skurczu serca uczynił C h a r c e l a y. Ten ostatni ogłosił kilka spostrzeżeń, w których tętnienie w tętnicy i żyłce szyjowej nie było jednoczesne; często pomimo obecności tętna żylnego brakowało tętna arteryjального. Prócz tego C h a r c e l a y czyni wzmiankę o przypadku pomieszczonym w rozprawie D-r P r e s s a t (Paris 1837), w którym obserwowano również podobne objawy. Na mocy tych spostrzeżeń D-r C h a r c e l a y twierdzi, że w niektórych cierpieniach serca obie komórki kurczą się niejednocześnie, podobnie jak to ma miejsce u zwierząt przy wiwisekcjach. Że C h a r c e l a y mógł być pierwszym, który z obrazu klinicznego opisywanego później pod mianem *hemisystolia cordis* wniósł o niejednoczesnym skurczu serca, na to się chętnie zgadzamy z R i e g e l e m, że jednak C h a r c e l a y nie był pierwszym, który na podobny obraz niejednoczesnego skurczu serca i uderzenia tętna zwrócił uwagę, na to znajdujemy nie mało dowodów w pracach: S e n a k'a, C o r v i s s a r t'a, T e s t y, K r e y s i g'a, L a e n n e c'a, a nawet w daleko wcześniejszym dziele Th. W i l l i s'a <sup>1)</sup> z XVII wieku wydanem w Hadze 1674 r.

W dziele tem poświęca autor najprzód kilkadziesiąt stronic lekom przeciw chorobom serca używanym (*de medicamentis cardiacis*), a następnie dołącza kilka rozdziałów, dotyczących się patologii chorób serca, czyli, ściślej mówiąc, rozbiera wydatniejsze objawy chorób sercowych, jako to: „*de palpitatione cordis*“, „*de cordis tremore*“ „*de pulsu intermittente*“. Na stronie 355 w rozdziale o tętnie przepuszczającym autor tak się wyraża o dwóch jego rodzajach: *de Pathemate hoc (puls. intermit.) imprimis distinguere oportet; cujus (nivalde fallor) duae sunt distinctae fieri rationes. Nam licet quandoque pulsus intermitteat, quoniam cor pro eo tempore a motu cessat; attamen praeterea tactu indice pulsus nonnumquam in carpo intermittere videtur, dum cor in pectore celerrime ac incessanter (uti fit in tremore ejus) vibrare sentitur: cujus causam esse suspicor, quod urgente ista cordis passione, sanguinis portio tantum per exigua quaque systole in Aortam projicitur. Quare haec inanita, flaccescens, atque sarcina promovenda carens, ne frustra saepius agat, contractionem suam quandoque intermittit. Pariter hoc fieri videtur, ac circū narē exonerandam, vir. quo tempore merces difficiliter; impedita admodum depromuntur, bajulatores exportaturi ituum, redituum vices quasdam praetereunt. Porro in febribus malignis, aut funestis si quando pulsus creber, debilis fit, etiam is subinde intermittit; cujus ratio est non quod cor a motu interdum cessat (hoc enim tunc imprimis indesinenter laborat) sed quatenus sanguis non uberi satis penū, quaque systole in aortam profertur; quare haec, opere salis agendo carens, nonnumquam otatur.*

<sup>1)</sup> Za dzieło to ofiarowane nam łaskawie przez D-ra Med. K o b y l a Ń s k i e g o, naczelnego lekarza Szpitala Dzieciątka Jezus, niech nam wolno będzie wyrazić w tem miejscu uprzejme podziękowanie.

*Verum insuper pulsus quandoque intermittit, quia cordis ipsius contractio pro vice quadam suspenditur, sive pausa ejus duplo longior existit: quod quidem manu pectori admota quispiam in se ipso aut alio facile deprehendat, immo laborantes per gravamen pectoris, oppresionem, plane in se persentiunt, plane in se persentiunt, quoties cor a motu cessat.*

Z przytoczonego ustępu widzimy, że autor przyjmuje dwa główne rodzaje przepuszczającego tętna: jeden zależący jakoby od samej aorty. a drugi od samego serca. Co się tyczy pierwszego—*prima species qua propter aortae culpam excitatur*—to Willis kilkakrotnie kładzie nacisk na to, że brak tętna w tetnicach nie polega w tym razie na powstrzymaniu czynności serca, lecz że brak ten pochodzi głównie z małej ilości krwi, jaka się z komórki podczas skurczu do aorty dostaje. Aorta, otrzymawszy wtedy bardzo małą falę krwi, nie kurczy się jak powiada Willis: *ne frustra saepius agat (aorta) contractionem suam quandoque intermittit*. Ten właśnie rodzaj tętna zbliżać się będzie zupełnie do tętna przepuszczającego, spotykanego w obrazie klinicznym: *hemisystolia cordis*, jeśli tylko przestanki tętna będą perjodyczne. Przyłożywszy rękę do serca mówi dalej Willis, przekonamy się łatwo, że pomimo braku tętna serce bić nie przestało.

Drugi rodzaj przepuszczającego tętna, który od samego serca zależy—*secunda species quae ab ipso cordis procedit*—polega na tem, iż nietylko tętno, ale serce robi dłuższe pauzy.

Z powyższego podziału przekonywamy się również, iż przypisywane przez większą część badaczy Laennec'owi pierwszeństwo rozróżniania intermisyj na rzeczywiste i pozorne jest niesłusznem, podział ten spotykamy bowiem już półtora prawie wieku przedtem. Kreysig również często wspomina o różnicy pomiędzy uderzeniem serca a tętnem pod względem siły i częstości uderzeń, nie przypuszcza jednakże, aby skurcz serca miał być połowiczny, aby prawa komórka kurczyła się oddzielnie od lewej, jak to np. z następującego ustępu widzimy. W rozdziale o rozpoznawaniu różniczkowem chorób prawego i lewego serca Kreysig powiada: zdawałoby się, że ponieważ prawe serce możnaby nazwać płucnem. a lewe aortycznym, więc odróżnienie cierpień jednej i drugiej połowy serca będzie nietrudnem. Tak jednakże nie jest, trzeba bowiem pamiętać, że obie połowy są złączone do jednej wspólnej czynności, że więc zaburzenie czynności jednej oddziaływa na drugą. Zdanie, jakoby cierpienia lewego serca odbijały się więcej na tętnie, aniżeli choroby prawego, trzeba przyjmować z ostrożnością, ponieważ przy cierpieniach lewego serca tętno może być regularne. a przy cierpieniach prawego może być niekiedy nieregularnem, a to z tego powodu, że kiedy prawa komórka wykonywa nieregularne ruchy, to i lewa wciągniętą zostaje do tej nieregularności, wskutek czego tętno staje się także niemiarowem. Z tego więc widzimy, jaki nacisk kładzie Kreysig na spólczesne kurczenie się obu komórek serca, a w innych miejscach swego znakomitego dzieła, w których mówi wyraźnie o niezgodności uderzenia wierzchołkowego (*Herzschlag*) z tętnem, tak pod względem siły, jak i częstości uderzeń, o możliwości połowicznego skurczu serca nigdzie nie wspomina.

Następnie S k o d a w dziele swem o perkusyi i auskultacyi wspomina o niejednoczesnym skurczu obu komórek, wyraża się jednak o nim dość ogólnikowo, twierdząc, że niejednoczesny skurcz obu komórek może być także powodem wystąpienia 4 tonów podczas jednego tętna.

Największa jednak zasługa żywego zainteresowania się kwestyją nierównoczesnego skurczu obu komórek serca należy się L e y d e n' o w i, twórcy nazwy „*Hemisystolia cordis*“, który w 1868 r. w 44 tomie Archiwu V i r c h o w'a, opisał przypadek wady serca, połączonej z obrazem klinicznym, odpowiadającym naprzemiennemu skurczowi serca. Była to *insufficiencia valvulae mitralis et tricuspidalis*. Bez a u t o p s y i.

Główne objawy wspomnianego przypadku L e y d e n'a były następujące: uderzenie wierzchołkowe znacznie rozprzestrzenione i wzmocnione, nieregularne, ale rytmiczne, tego rodzaju, iż każdy rytm składał się z dwóch uderzeń szybko po sobie następujących, które oddzielone są od siebie mniejszą pauzą, aniżeli drugie uderzenie serca od następującego. Pierwsze z tych 2-ch uderzeń wierzchołkowych (*Spitzenstoss*) jest znacznie wyższe i twardsze (*resistenter*) aniżeli drugie. Pierwsze uderzenie spostrzega się więcej na lewo, na zewnątrz, drugie zaś więcej ku przodowi i na wewnątrz od wierzchołka serca. Wyjątkowo tylko następuje po drugim jeszcze trzecie mniejsze uderzenie wierzchołkowe w tejże samej fazie. Nietylko w okolicy wierzchołka serca, ale także w pozostałych miejscach, gdzie serce do klatki piersiowej przylega, uderzenie serca posiadało także wspomniany podwójny charakter, głównie zaś w okolicy prawej komórki. W tej jednak ostatniej okolicy stosunek obu po sobie następujących uderzeń uległ zmianie, a mianowicie, że tutaj na odwrót 1 uderzenie było słabsze od drugiego. W okolicy wierzchołka serca trzy szmery, z których pierwszy najdłuższy, drugi krótki, trzeci dość długi, szorstki, dmuchający. Wszystkie te trzy szmery słyhać u wszystkich otworów serca, tylko z różnem natężeniem. Tętno promieniowe skurczona (*sehr eng*), tętno 32 na minutę, odpowiadające w zupełności pierwszemu uderzeniu wierzchołkowemu. Na szyi tętnienie żył szyjowych wyraźne. Światło tętnicy szyjowej także zwięzione; przy dotyku tej ostatniej czujemy najprzód jej tętno, poczem następują dwa mniejsze uderzenia, które nie biorą początku w tętnicy, lecz w żyłach, ponieważ przy mocnym ucisku, wywartym w kierunku poprzecznym na żyły szyjowe, tętnienie to znika, a pozostaje tylko jedno tętno w *arteria carotis*, podobnie jak i w tętnicy promieniowej.

L e y d e n sądzi, że w przytoczonym przypadku miał do czynienia z niejednoczesnym skurczem obu komórek a mianowicie, że najprzód kurczyła się lewa komórka, bez widocznego udziału prawej, potem prawa bez widocznego współdziałania lewej.

L e y d e n przytacza następujące dane, które go skłoniły do powyższego wniosku :

1). Pierwsze uderzenie wierzchołkowe odpowiadało skurczowi lewej komórki, ponieważ wskazywało na to i izochroniczne tętno w tętnicach.

2). Drugie, słabsze uderzenie wierzchołkowe było także bezwątpienia w razem skurczu serca, nawet w okolicy prawej komórki siłą swoją przewyższało ono normalne uderzenie wierzchołkowe serca. Gdyby ono zawdzięczało swój początek skurczowi lewej komórki, to powinnyby wywołać odpowiednią falę w układzie tętniczym, ponieważ zaś podczas owego drugiego uderzenia wierzchołkowego tętna ani w tętnicy szyjowej, ani w tętnicy promieniowej wyczuć było niepodobna, przeto uderzenie to musiało być następstwem skurczu prawej komórki bez żadnego lub bardzo nieznacznego współdziałania lewej. Z tem zgadza się także i ta okoliczność,

3). że drugie uderzenie wierzchołkowe było słabsze u wierzchołka serca, a przy podstawie silniejsze, aniżeli pierwsze.

4). Zachowanie się naczyń szyjowych; tętno tętnicy szyjowej wyprzedzało tętno żyłne. (D. c. n.)

## II. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci.

Podał **A. Malinowski**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 12).

21 Listopada. Wysypka guziczkowa ta dosyć gęsto występuje na twarzy, tułowiu i kończynach, na dłoniach i podeszwach, nieżyt oskrzeli trwa, gardziel zaczerwieniona i obrzmiała, światłowstręt znaczny.

22 Listopada. Stan bez zmiany, wysypka dosyć gęsta, guziczki powiększają się. Silne zajęcie nieżytowe gardzieli.

23 Listopada, Ciepłota 39° C., w płucach liczne drobne rzeżenia, gdzieś trzeszczące, kaszel silny, polykanie utrudnione, tętno drobne 130, wysypka bardzo gęsta na twarzy i kończynach dolnych. Zalecono kamforę w emulsyi.

24 Listopada. W nocy chora majaczyła; na twarzy i tułowiu tworzą się pryszcze napelnione ropą i krwią. kaszel rzadki, w płucach liczne rzeżenia trzeszczące, język suchy, tętno drobne i słabe, 140, śpiączka, upadek sił. Wieczorem tegoż dnia chora zmarła przy objawach obrzęku płuc.

V. Fryderyk Wilhelm S. lat 3½ z silnie rozwiniętymi zolzami; leczony był przez parę miesięcy jodkiem żelaza, emulsyją tranową i t. p.

16 Czerwca 1881 r. przy silnem nateżeniu objawów nieżytych i gorączce, dochodzącej do 40° C., zachorował na odrę. Po przebyciu odry wystąpiła róża na twarzy i głowie trwająca od 7 Lipca do 16 Lipca t. r. Przez następne 2 miesiące stan chłopca był zadawalniający.

19 Września. Chłopiec dotąd żwawy zaczął się pokładać, wystąpił nieżyt nosa, łącznie i oskrzeli. Ciepłota 39° C., gardziel zaczerwieniona, brak łaknienia, w płucach oddech zaostrozony i rozrzucone rzeżenia.

21 Września. Przy nateżeniu objawów nieżytych zauważyłem na twarzy, szyi, piersiach i kończynach górnych drobną wysypkę plamistą, dosyć jednak bladą. Gardziel silnie opuchnięta, polykanie utrudnione, kaszel, światłowstręt.

22 W. Wysypka plamista nie staje się wyraźniejszą; jednocześnie na plecach, brzuchu i w okolicy stawu łokciowego prawego widać punkcikowatą, drobniutką, zlewającą się wysypkę na skórze cokolwiek obrzmiałej. Przy ucisku palcem czerwonosć znika a po odjęciu występuje napowrót. Nieżyt gardzieli wzmagają się.

23 Września. Punkcikowata wysypka widziana dnia poprzedniego na tułowiu i kończynie górnej prawie znikła. Na całym ciele wysypka plamista bardzo wyraźna, szczególnie gęsto na twarzy i kończynach.

24 Września. Wysypka kwitnie, stan zresztą bez zmiany. Mocz stężony, zawiera białko.

28 Września. Wysypka znikła, skóra zabarwiona, sucha, naskórek pęka i zaczyna się łuszczenie. W tym przypadku rozpoznałem odrę, której *stadium eruptionis* powikłane zostało wysypką płonicową na niektórych miejscach tułowia i kończynie górnej prawej. Wysypka płonicowa po 12 godzinach znikła i wtedy wysypka plamista (odra) wystąpiła obficie na całym ciele.

Dnia 7 Października. Chory ten, nie mający szczepionej ospy ochronnej, zachorował znowu, tym razem na ospę. Guziczki bardzo nielicznie pojawiły się na skórze, a pryszcze z takowych powstałe napelniały się ropą i krwią. Wkrótce przyłączyły się krwotoki z błony śluzowej nosa, ust i kiszki (stolce krwawe) i przy objawach upadku sił i rozkładu krwi nastąpiła śmierć 21 Października. Zaznaczam w tym miejscu, iż w tym przypadku chory przebył odrę 2 razy w ciągu 4 miesięcy.

VI. Stanisława R. lat 8. Chora od kilku tygodni skarży się na ciągły ból głowy, od czasu do czasu miewa drgawki. Przytomność zakłócona czasami na chwilę powraca. Znaczne wychudnięcie, skóra wiotka, nieelastyczna, sucha; wyraz twarzy głupowaty, niekiedy uśmiech bezmyślny; źrenice rozszerzone, zez zbieżny, tętno nieregularne 60, oddech 20, nierówny, to powierzchowny, to przerywany głębokimi wdechami. Śpiączka przerywana niespokojnym rzucaniem się na łóżku. Nadczołność skóry nadzwyczajna tak, że przy dotknięciu chora rzuca się i zaczyna płakać. Przy pociąganiu palcem po skórze występują plamy *Trousseau*, znikające dosyć powoli. Ciężota 37°. Łaknienia brak, stolce zaparte, brzuch wpadnięty. Rozpoznano zapalenie opon na podstawie mózgu gruzelkowate przewlekłe. Po oczyszczeniu kanału pokarmowego zalecono bromek z jodkiem potasu.

Dnia następnego 6 Września. Ciężota 37° C., tętno 80 nierówne i drobne, oddech nieregularny, źrenice rozszerzone, chora cokolwiek spokojniejsza. Wieczorem ciężota 37° C. Wypróżnienia były obfite. Przez następne 10 dni stan chorej cokolwiek się polepszył, przytomność chwilami wracała, tętno podnosiło się do 106, lub zwalniało do 80. Ciężota stale 37° C. Przeważały objawy ucisku mózgu.

16 Września. Chora gorączkuje (39° C.), polykanie utrudnione, gardziel silnie zaczerwieniona, na migdałkach nalok szarawy. Na piersiach, brzuchu, kończynach górnych punkcikowata drobniutka gęsta wysypka. Zalecono kwas i pedzłowanie gardzieli chloranem potasu. Rozpoznano płonicę.

17 W. Chora przytomniejsza, odpowiada chociaż z trudnością na pytania, pokazuje język, podnosi się. Wysypka rozszerza się na tułów i kończyny dolne.



19 Września. Gruczoły chłonne podszczękowe obrzęknięte. Wysięk błonnicowy w gardzieli znikł, wysypka dosyć silna na całym ciele. Przytomność większa, łaknienie i pragnienie. Źrenice oddziałują na światło, zez zbieżny znikł. W nocy chora miewa halucynacje wzrokowe i słuchowe (n. p. twierdzi, że w szafie siedzi jej babka, która po nią przyszła).

20 Września. Ciepłota 38,4° C., tętno drobne, nieregularne 120, w nocy silne majaczenia. Wysypka kwitnie, gardziel oczyszcza się z wysięku.

22 Września. Wysypka zbladła, polykanie łatwiejsze, łaknienie wzrasta, wycieńczenie i upadek sił powiększa się, ciepłota 39° C., tętno bardzo słabe. Zalecono kamforę.

23 Września. Wysypka znikła, naskórek pęka i łuszczy się na piersiach i rękach, tętno cokolwiek silniejsze. Przez następne dni kilka znowu powróciły objawy ucisku mózgu, zez, rozszerzenie źrenic, częste wymioty; stan taki ciągnął się do 19 Października, w którym to dniu chora umarła przy objawach ucisku mózgu i upadku sił.

W powyższym przypadku zasługuje na uwagę wpływ ostrej choroby wysypkowej na cierpienie mózgu. Od chwili pojawienia się wysypki przez cały czas kwitnienia takowej, chora odzyskała przytomność, jednocześnie ustąpiły zez zbieżny, nieregularne oddechanie i ogólna nadczułość skóry.

Skoro tylko wysypka zniknąć zaczęła, objawy cierpienia mózgu jeden po drugim z dawnym nateżeniem zaczęły występować.

Ze spostrzeganych przezemnie powikłanych wysypek ostrych, ograniczam się tylko na przytoczeniu wyżej podanych wyraźniejszych przypadków. Powikłania takie zdarzają się podczas silnych epidemij i oprócz Barthez'a—Rilliet'a i Fleischmanna wspominają o nich liczni autorowie.

Monti i Steiner opisują odrę powikłaną przez ospę i odwrotnie. Thomass widział odrę i ospę razem przebiegające, oraz płonice i ospę. Chrostowski opisał przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającej<sup>1)</sup>.

Spostrzeżenia moje dotyczą po większej części powikłania jednej wysypki przez drugą w okresie łuszczenia, a mianowicie: ospy przez płonice, płonicy przez odrę, płonicy przez ospę, odry przez płonice. Raz jeden widziałem odrę wtórną w trzy miesiące po odrze pierwotnej.

Że ostre wysypki mogą się powtarzać i że jednokrotne ich występowanie u danego osobnika nie powinno być uważane za cechę charakterystyczną dowodzą tego przypadki spostrzegane przez autorów. Van Dieren opisuje odrę u 3-letniej dziewczynki, która zachorowała po raz pierwszy w początku Lutego 1846 roku, po raz drugi 4 Marca, po raz trzeci 12 Kwietnia, za każdym razem z objawami zwiastunnymi, wysypką i łuszczeniem naskórka. Bierbaum widział odrę trzy razy u jednej osoby w ciągu lat trzynastu.

Te tak zwane recydywy dosyć często spostrzegano w czasie epidemij, a mianowicie frankfurckiej 1861 roku. Mimo to Panum, Rosenstein i inni uważają recydywy odry za niemożliwe. Odra wtórna występować może po upływie kilku miesięcy lub lat, a nawet i po latach kilkunastu. Przypadki zja-

<sup>1)</sup> „Gazeta Lekarska“. 1881. Nr. 53.

wiającej się wysypki po 3—4 tygodniach możnaby raczej nazwać recydywami, gdy tymczasem po upływie kilku miesięcy lub lat należy przyjąć nowe zakażenie ustroju.

Odra wtórna zwykle bywa tem silniejszą, im łagodniejszym był przebieg pierwotny, niekiedy nawet kończy się zejściem śmiertelnem (Seidl). Nie zdarzyło mi się dotychczas widzieć wtórnej płonicy, Trojanowski jednak, Murchison, Gillespie, Robinson i inni autorowie opisują podobne przypadki, podając przeciąg czasu pomiędzy pierwotną a wtórną płonicą od 36 dni do lat kilkunastu, dla odry zaś wtórnej od kilku dni do lat kilkunastu.

Richardson sam trzy razy przebywał płonicę; także przypadki przytacza Gilbert Blanc, Thompson i Gillespie.

Stiebel opisuje czterokrotną płonicę u 50-letniej kobiety z łuszczeniem naskórka płatami długimi na pół stopy. Takież fakty przytacza Jahn.

Co się tyczy ospy to jednorazowe przebycie zmniejsza usposobienie dożarzenia się na czas mniej lub więcej długi. Mimo to jednak i dzisiaj, gdy szczepienie ochronne obowiązuje, zdarzają się przypadki ospy wtórnej po kilku miesiącach lub latach. Taka wtórna ospa ma mieć przebieg daleko łagodniejszy, podług zaś Hebrya daleko cięższy.

Znany przykład na Ludwiku XV, który, przebywszy ospę w dzieciństwie, zmarł mimo to na tę chorobę w 64 roku życia, zdaje się potwierdzać zdanie Hebrya.

Pierwszy i jedyny dotąd przypadek powikłania trzech wysypek: odry, ospy i płonicy, spostrzegany przezemnie w ostatnich czasach, pomieszczam na zakończenie niniejszej pracy.

VII. Wiktoryja Dominiuk, lat 8 licząca, dobrze odżywiana, ospę ochronną na szczepioną. Gorączkuje od kilku dni i uskarża się na ogólne niedomaganie 26 Lutego r. b. wieczorem ciepłota 38° C. tętno 120, język niezmiernie obłożony, podsycający; niezbyt jamy gardzielowej, nosa i łącznic, światłowstręt; na twarzy, szyi, górnej części tułowia i na kończynach górnych widać gęstą plamistą wysypkę, wzniesioną nad poziom skóry. W płucach od tyłu słychać oddech pęcherzykowy zaostrzony i rozrzucone rzeżenia.

Brzuch miernie wzdęty, łaknienia brak, pragnienie umiarkowane, moc dosyć stężony. Stolce prawidłowe. Chora kaszle, plwocina śluzowa.

27 Lutego. Ciepłota 38° C., tętno 118. Wysypka znacznie gęstsza i wyraźniejsza, zaczyna występować na dolnej części tułowia i dolnych kończynach. Na tem tle widać wysypkę guziczkową, niezbyt gęstą, rozrzuconą na twarzy, tułowiu, górnych kończynach i dłoniach. Niektóre z guziczków zaczynają przemieniać się w pęcherzyki i pryszcze. Język suchy, pragnienie większe, błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona i obrzmiała, migdałki cokolwiek powiększone. Rzeżenia w płucach obfitsze, kaszel częstszy, stolce prawidłowe. Zalecono odwar ipekakuany z kwaskiem. Wieczorem ciepłota 38,4° C. Stan ogólny bez zmiany, wysypka trwa ciągle.

28 Lutego. Ciepłota 37,6° C., tętno 110, objawy niezytowe ustępują w płucach rzeżeń mniej, na twarzy, górnych kończynach i piersiach wysypka zbladła, na innych miejscach znajduje się w okresie kwitnienia. Guziczków więcej się nie tworzy; natomiast na całym ciele tworzą się pryszcze, a niektóre z nich za-

czynają przysychać. Nieżyt jamy ustnej zmniejsza się, łaknienie wraca, stan ogólny dosyć dobry. Wieczorem ciepłota 37,4° C.

1 Marca. Ciepłota 37° C., tętno 100, stan ogólny dobry, wysypka znikła, skóra jest cokolwiek zabarwioną, naskórek pęka, pryszcze tworzą się wszędzie na skórze. Wieczorem ciepłota 40° C., tętno 150, chora użala się na silny ból głowy i kończyn, na nudności. Co parę minut wymiotuje.

2 Marca. Ciepłota 39,8° C., tętno 150. W ciągu nocy często wymiotowała, nudności ciągle, język obłożony, błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona, migdałki obrzmiałe, polykanie bolesne. Łącznice silnie przekrwione, twarz czerwona. Na szyi, górnej części klatki piersiowej od przodu zaledwie widoczna gęsta punkcikowata wysypka; na przedramionach blade-czerwone podłużne plamy. Chora uskarża się na ból głowy i kończyn, zachowuje się niespokojnie a często w ciągu dnia majaczy. Zalecono wodę sodową za napój, kwasek i chininę, przestrzykiwanie gardła roztworem chloranu potasu. Wieczorem ciepłota 40,8° C.

3 Marca. Ciepłota 40,2° C., tętno 150. W nocy chora silnie majaczyła, wymioty nie tak częste, język suchy, obłożony, pragnienie wielkie. Na szyi, piersiach i górnych kończynach wysypka punkcikowata prawie jednostajnie czerwona, mniej wyraźna na dolnej części ciała, twarz cokolwiek zbladła, łącznice jednak silnie przekrwione. Pryszcze ospowe zaczynają przysychać. W gardzieli stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 40,2° C.

4 Marca. Ciepłota 39,8° C., tętno 120. Wymioty ustaly, chora mniej majaczy; ból gardzieli silniejszy, polykanie utrudnione. Na migdałkach i tylnej ścianie gardzieli wysięk szaro-żółtawy, gruczoły chłonne podszczękowe z lewej strony obrzmiałe. Wysypka kwitnie na całym tułowiu i kończynach górnych, szczególnie w okolicy stawów. Pryszcze prawie wszystkie pozasychały. Stan ogólny cokolwiek lepszy, wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem ciepłota 40,2° C.

5 Marca. Ciepłota 40° C., tętno 130. Wysypka na górnej połowie ciała bladej; w gardzieli tworzą się nowe błony, z nosa obfity cuchnący wypływ; gruczoły limfatyczne podszczękowe silnie obrzmiałe i bolesne. Wymioty znowu występują. Na dolnych kończynach wysypka kwitnie. Zaleciłem wzięwania (inhalacje) z kwasu bornego, pędzlowania gardzieli, wewnątrz chininę i wino. Wieczorem ciepłota 40,2° C. Stan bez zmiany.

6 Marca. 40,6° C., tętno 130. Wysypka znacznie zbladła, w nocy i w dzień chora majaczy, chwilami wraca do przytomności. Mowa nosowa, z nosa silny wypływ, w gardzieli sprawa błonicowa rozszerza się, gruczoły więcej obrzmiałe. Tętno drobne i małe, stolce prawidłowe. Wieczorem stan bez zmiany, ciepłota 41° C., tętno 150.

7 Marca. Ciepłota 40,3° C., tętno słabe, 150. W nocy silne majaczenia, gardziel oczyszcza się od wysięku, jednak sprawa błonicowa rozszerza się na krtań, głos ochrypły, kaszel, w płucach rzeżenia nieżytowe. Z lewej strony gruczoły chłonne podżuchwowe obrzmiały do wielkości kurzego jaja. Wysypka znikła, naskórek staje się szorstkim i zaczyna pękać. Wieczorem ciepłota 40,6° C.

8 Marca. Ciepłota 40,6° C., tętno bardzo słabe, 156. Chrypka powiększa się, polykanie dosyć trudne, pragnienie silne, łaknienia brak, kaszel. W płucach

liczne rzeżenia. W gardzieli tworzy się nowy wysięk. W ciągu nocy parę stolców wolnych. Zalecono wcieranie maści jodoformowej w okolicę obrzniętych gruczołów, pędzlowanie gardzieli roztworem bromu w glicerynie, wdychania jak poprzednio, a wewnątrz oprócz chininy i wina, odwar ipekakuany z chloranem potasu. Wieczorem ciepłota 40,6° C.

9 Marca. Ciepłota 40° C., tętno 150, cokolwiek silniejsze. na podniebieniu miękkim i lukach wysięk bloncowy, bezgłos prawie zupełny, kaszel mniejszy, w płucach mniej rzeżeń słyhać. Wypływ z nosa trwa ciągle. W moczu znalazłem białko. W ciągu dnia kilka wypróżnień płynnych, ciemnoszarych i smrodliwych. Wieczorem duszność silna, oddech świszczący, bezgłos zupełny, ciepłota 40,6° C.

10 Marca. Ciepłota 41° C., tętno 150, bardzo słabe, wysięk w gardzieli rozszerza się, duszność wzmagą się, rzeżenia tchawicze, w płucach obfite rzeżenia trzeszczące. Sinica twarzy i kończyn, ciągła nieprzytomność i majaczenie, *subsultus tendinum*. Naskórek zaczyna się łuszczyć. Tegoż dnia o godzinie 5 popołudniu chora życie zakończyła.

Z powyższego przebiegu choroby widzimy, że odra wystąpiła prawie jednocześnie i przebiegała jednocześnie z ospą. Przebieg obu tych wysypek był dosyć łagodnym. Po zniknięciu odry i ustąpieniu objawów nieżytych, chora przez 36 godzin zostawała w stanie bezgorączkowym dosyć dobrym; po upływie zaś tego czasu ciepłota z 37° C. podniosła się do 40° C. a jednocześnie wystąpiły objawy ogólne, pozwalające nam spodziewać się, iż nieukończoną jeszcze ospę powikła płonica. Ta ostatnia istotnie wystąpiła nazajutrz.

Jeżeli przyjmiemy dla odry okres utajenia 10—14 dni (Baerensprung, Ziemsen), dla płonicy 8—9 dni, a nadto dla każdej z tych chorób oddzielny specyficzny zarazek, to zastosowując te dane do naszego przypadku, musimy przypuścić, iż w danym razie zakażenie ustroju dwoma zarazkami nastąpiło mniej więcej jednocześnie, ponieważ wystąpienie obu wysypek odry i ospy było prawie jednoczesnem.

Ospa miała przebieg łagodny, jak to zwykle bywa u dzieci szczepionych.

Przez 36 godzin chora znajdowała się w stanie względnie bardzo dobrym, pomimo iż ustrój jej od 8 do 9 dni zostawał pod wpływem zakażenia płonicowego a nie był jeszcze wolnym od zakażenia zarazkiem odry i ospy.

Musielibyśmy zatem przyjąć możliwość istnienia trojakiemu rodzaju specyficznych zarazków, jednocześnie rozwijających się w ustroju, możliwość, która wyklucza wszelki pomiędzy nimi antagonizm. Nie zdaje nam się jednak niemożliwym, aby pomiędzy zarazkami tych chorób pewien związek nie miał istnieć. Aby jednak takowy określić, potrzeba dla każdej z trzech w mowie będących wysypek wykryć zarazek specyficzny (dla odry *mucor mucedo verus*, dla ospy *microsphaerae* <sup>1)</sup>), a następnie zebrać obfity kliniczny materiał przypadków powikłanych, z którego możnaby w przybliżeniu oznaczyć porządek, w jakim najczę-

---

<sup>1)</sup> Cohn. Virchow's Archiv T. 55, 229. Keber. Tamże T. 42. Krebs. Handbuch der Pat. Anat. 40, dalej Erisman, Weigert, Zuelzer i inni.

ściej wikłają się wspomniane wysypki, oraz jakim zmianom ulegają znajduwane we krwi, ślinie i t. p. niższe organizmy w różnych okresach klinicznych danej choroby i jej powikłań.

### III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOLOWYCH.

podał D-r. med. Alfred Sokolowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

Dwa następujące spostrzeżenia miałem sposobność obserwować na klinice profesora Lambła; uprzejmości kolegi Pacanowskiego zawdzięczam szczegółowe historyje chorób, które pokrótce podaję.

**Spostrzeżenie II.** W dniu 7 Lutego 1881 roku przyjętym został na klinikę terapeutyczną szpitala Ś-go Ducha Jan R., były urzędnik, lat 47 mający. Chory przedstawia obraz znacznego wyniszczenia, uskarża się głównie na silne osłabienie i kaszel. Kaszel ów rozpoczął się przed 3-ma laty, nie dokuczając wiele choremu. Od roku kaszel stopniowo wzmógł się, a jednocześnie zaczął choremu dawać się we znaki znaczny brak tchu. Od Stycznia 1881 kaszel i braku tchu coraz się zwiększały, jednocześnie i plwocina stała się obfitszą, chory na siłach zaczął coraz bardziej upadać. Usposobienie dziedziczne do suchot płucnych nie istnieje. Chory przed piętnastu laty wskutek zarażenia się uległ chorobie przymiotej, z szybko następującemi ciężkiemi objawami wtórnymi (zajęcie skóry, gardła, zapalenie tęczówki i t. p.). Leczony był metodycznie wcieraniami w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie. Od tej pory objawy cierpienia przymiotej nie występowały z wyjątkiem bólów w kościach, zjawiających się od czasu do czasu.

W dniu 12 Lutego wspólnie z kolegami Pacanowskim i Ołtuszewskim badaliśmy szczegółowo chorego, znaleźliśmy stan następujący: chory przedstawia objawy daleko posuniętego wyniszczenia, wygląda jak starzec. Stan bezgorączkowy, upadek sił znaczny, poty umiarkowane, kaszel niezbyt częsty z umiarkowaną ilością plwociny ropnej. Klatka piersiowa nieźle rozwinięta, w obu szczytach płucnych znaczne stopienie odgłosu opukowego; tamże przy wysłuchiwanii znaleźliśmy objawy zniszczenia szczególnie wyraźne w prawym szczycie z przodu (oddech jamisty, rżenia dźwięczne). Wreszcie obu płuc oddech z wydechem słabo oskrzelowym. Wątroba i śledziona nie powiększone. Mocz zawiera białko. Od czasu do czasu rozwolnienie. Głos dosyć silnie ochrypnięty. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało umiarkowane zaczerwienienie nagłośni oraz tylnej ścianki krtani, jakoteż lekkie zbrzęknięcie tej ostatniej. Lewa struna wrzekoma mocno zgrubiała. Zaczerwienienie i drobne owrzodzenia na obu strunach prawdziwych.

Przebieg choroby nie przedstawiał nic godnego uwagi; stan chorego był ciągle prawie zupełnie bezgorączkowy, od czasu do czasu tylko wieczorna ciepota nieco się podnosiła, zazwyczaj nie wyżej jak do 38,5° C.; siły zmniejszały się stopniowo, połykanie pozostało trudnem. Przy objawach zupełnego wyniszczenia chory zmarł dnia 7-go Marca 1881 r.

Badanie pośmiertne, dokonane w dniu 8 Marca, w obecności profes. L a m b l a dało wynik następujący: Oba płuca silnie przyrośnięte; po rozcięciu przedstawiają w górnych częściach kilka różnej wielkości jam z nierównymi ściankami. W pozostałych ustępach płuc widzieć się daje rozlany, znaczny rozwój tkanki łącznej, szczególnie około oskrzeli tak, że płuca są twardości włóknistej; nigdzie nie spostrzega się, ognisk serowatych (zrazikowych, bronchopneumonicznych); gdzieś tam miejsca ciemno zabarwione. Błona śluzowa oskrzeli zgrubiała, pokryta znaczną ilością śluzu.

K r t a n i. Lewa struna fałszywa silnie zgrubiała; przy przecinaniu przedstawia twardą konsystencyję; obie struny prawdziwe pokryte drobnymi owrzodzeniami. Nagłośnia i tylna ściana zaczerwienione umiarkowanie. W s e r c u zwięźenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej. W a o r c i e liczne złogi wapienne. W ą t r o b a nieco powiększona, na przecięciu przedstawia oznaki wątroby zastoinowej. Ś l e d z i o n a nieco powiększona, twarda. W n e r k a c h zmiany właściwe zapaleniu przewlekłemu. B ł o n a ś l u z o w a k i s z e k b ł a d a, pokryta śluzem; w okolicy zastawki B a u h i n ' a owrzodzenie.

*Diagnosis anatomica. Cavernae pulmonum lateris utriusque. Peribronchitis chronica et induratio pulmonum. Hypertrophia et induratio chordae vocalis sinistrae, exulceratio chordae verae lateris utriusque. Insufficiencia valvulae bicuspidalis et stenosis ostii atrioventricularis sinistri. Endoarteritis deformans ossificans. Gastroenteritis chronica cum ulcere in valvula Bauhinii. Nephritis mixta diffusa.*

S p o s t r z e ż e n i e III. Aleksy K., lat 29, urzędnik pocztowy, przyjęty w dniu 17 Listopada 1881 r. na klinikę wewnętrzną szpitala S-go Ducha z powodu przewlekłego cierpienia płuc. Chory opowiada, że pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej i sam cieszył się do 26 roku życia zupełnem zdrowiem. Przed trzema laty w czasie kampanii w Bułgarii przebywał zimnicę oraz dysenteryję, a wkrótce potem także zaraził się przymiotem. Objawy następcze na skórze wystąpiły bardzo szybko, chory wówczas poddany leczeniu rtęcią za pomocą wcierania. W kilka miesięcy potem zaczął kaszlać, poczem wystąpiły obfite nocne poty. Poty ustąpiły wkrótce, kaszel jednak pozostał ciągle; od 4 miesięcy pojawiło się uparte rozwolnienie niczem nie dające się powstrzymać, które chorego osłabiło i doprowadziło do zupełnego upadku sił. Przed miesiącem wystąpił dość obfity krwotok płucny. Obok tego chory zaznacza w anamnezie liczne nadużycia *in Baccho*. Przy przyjęciu stan chorego okazał się jak następuje: gorączki nie ma; uderza niezwykła bledność skóry, przedstawiająca odcień woskowy; klatka piersiowa dobrze rozwinięta, w obu szczytach płucnych nieznaczne stępienie odgłosu opakowego; oddech nieokreślony obok nieznacznej ilości rżężeń dźwięcznych. W innych częściach płuc oddech zaostrozony; kaszel nieznaczny, plwocina w skąpej ilości. Tętno serca czyste, tętno 80, mocz ciemno czerwony w ilości 600 ctm. sześć; ciężar gatunkowy 1030, zawiera białko w obfitości. Osad badany pod

mikroskopem wykazuje obecność licznych wałeczków przezroczystych, oraz drobnoziarnistych. Brzuch wzdęty, niebolesny, kilka wypróżnień na dzień ciemnego koloru, bez przymieszki ropy, mocno cuchnących.

**Przebieg choroby.** Chory w ciągu sześć - tygodniowego pobytu w Szpitalu przedstawiał mniej więcej ten sam obraz. Rozwolnienie uparcie trwało ciągle, stan pozostawał stale bezgorączkowym, ostatniemi czasy kaszel powiększył się nieco, siły słabły coraz bardziej; do tego przyłączyły się w ostatnich czasach zawroty i silne bóle głowy. Chory przy zupełnym upadku sił zmarł dnia 4 Stycznia 1882 r.

**Badanie posmiertne** dokonane w dniu 5 - tym Stycznia 1882 w obecności profesora Lamba dało wynik następujący: W jamie opłucnej zawartości płynnej nie ma; szczyt lewego płuca mocno przyrośnięty. Zraz górny mocno stwardniały, na przecięciu barwy bladoróżowej, zawiera kilka drobniutkich jamek nie mających więcej nad jeden centymetr w średnicy, reszta zrazu górnego przedstawia tkanę zbitą ciemnego koloru na przecięciu. W dolnym zrazie zgęszczenia mniejsze, przedstawiające się pod postacią ognisk zrazikowych, na przecięciu widzimy masy żółtawe na tle szarem. Prawe płuco w całości mocno przyrośnięte do opłucnej żebrowej. Zraz górny mocno stwardniały, na przecięciu widać drobne jamki, otoczone tak samo jak w lewym płucu zbitą tkanką łączną; w średnim zrazie porzrucane drobne ogniska na przecięciu żółto-szarawe; zraz dolny na przecięciu jest barwy ciemno-czerwonej; z przecięcia wypływa płyn krwawy spieniony. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, pokryta lepkiem śluzem. Błona śluzowa krtani blada.

W jamie osierdzia znajduje się nieco płynu; mięśnie serca wiotkie, zastawki prawidłowe. Wątroba twarda, brzeg jej ostry, na przecięciu sucha, polyskująca, środek zrazików ciemny, obwód blady. Śledziona duża 16 ctm., twarda, sucha, na przecięciu daje, jak i wątroba, odczyn na mączkowate zwyrodnienie (*deg. amyloidea*). Nerki długość 11 ctm., szerokość 5 ctm., twarde, otoczka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, na przecięciu powierzchnia przedstawia się suchą i gładką z odcieniem woskowym, lekko błyszczącym. Istota korowa blado-żółta, piramidy nieco ciemniejsze. Żołądek rozdęty, zawiera płyn brunatny; błona śluzowa ciemno zabarwiona i mocno macerowana, szczególnie w okolicy dna żołądka. Błona śluzowa kiszek cienkich ciemnoczerwono zabarwiona. W kiszce grubej obszerne owrzodzenia, w poprzeczniccy w odcinku, znajdującym się bliżej wątroby, cała ścianka кишки na przestrzeni 12 ctm. przedstawia mnóstwo drobnych blizn, z licznymi brodawkowatemi wzniesieniami barwy ciemno czerwonej. W kiszce prostej liczne ciemnoszare plamy nieforemnych kształtów; brzegi ich wzniesione w postaci wałeczków, środek zaklesły, zabarwiony białawo, na tem zaś tle białem widać ciemnoczerwone wysepki błony śluzowej.

*Diagnosis anatomica. Cavernae lateris utriusque, peribronchitis et induratio pulmonum bronchopneumonia nodosa. Degeneratio amyloidea hepatis, lienis et in partem renum. Colitis chronica ulcerosa callosa.* (D. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. W. Kirchner. O wpływie chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu. Weber-Liel. Przyczynek do sposobu działania przetworów chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu u ludzi. (*Monatschr. für Ohrenheilkunde etc.* Nr. 1. 1882.).

W pierwszej z tych prac, aby zyskać pewne dane o sposobie działania chininy i preparatów salicylowych na organ słuchu, wykonywał autor doświadczenia na zwierzętach. Do doświadczeń używał królików, kotów, psów, świnek morskich i myszy. Królikom, psom i kotom wprowadzał codziennie do żołądka zapomocą zgłębnika przelykowego roztwór salicylanu sodu w ilości 2-ch gramów. Króliki pozostawały przy życiu przez 8 dni i zdychały przy objawach duszności i porażenia tylnych kończyn. Rozbioru zwłok dokonywano natychmiast lub po kilku godzinach.

Najczęstsze zmiany, które autor znajdował w organie słuchowym, były następujące: przekrwienie mocne w kostnym przewodzie słuchowym, przy samej błonie bębenkowej, która w górnym odcinku przedstawiała ograniczone czerwone wypuklenie powierzchni, wielkości ziarna konopnego, po nakłóciu którego to miejsca wydzielal się żółto-krwisty płyn surowiczy. Średni i dolny odcinek błony bębenkowej były niezmiennione. Błona śluzowa jamy bębenkowej po dłuższem użyciu salicylanu sodu i chininy była bez blasku, żółto zabarwiona. W tylnym, jakoteż w przednim odcinku jamy bębenkowej znajdowały się wylewy krwi w postaci kropek i plam wielkości od dwóch do trzech milimetrów. W wielu przypadkach znaleziono po otwarciu błędnika zaczerwienienie wewnętrznej powierzchni przedsionka, który był wypełniony czerwonym płynem, a także i w ślimaku znajdowano czerwoną, płynną zawartość.

Zmiany te znajdowano w obudwóch uszach lub też tylko w jednym.

Z preparatów chininy zadawano królikom od 1 do 1,5 grama *pro dosi* w roztworze wodnym. Znajdował autor stale przepelnienie krwią opon mózgowia, przekrwienie i wylewy krwawe w jamie bębenkowej. U psów i kotów po zadaniu 1 do 2 gramów *chinini muriatici* następowała śmierć w 5 do 8 godzin. Zwierzęta te w dwie godziny po zadaniu środka wykonywały wahadłowe poruszenia głową, następował wyciek śliny, porażenie przednich kończyn, śpiączka, duszność i śmierć. Salicylan sodu psy i koty w dawce od 3-ch do 5-ciu gramów znosiły dobrze, i chociaż nie raz występowały wymioty, oraz chód niepewny, drugiego jednak dnia stan normalny powracał. U wszystkich zwierząt tak po chininie jak i po kwasie salicylowym występowało przekrwienie i krwiotoki w jamie bębenkowej. U niektórych psów zauważono mocne zaczerwienienie błędnika.

Świnkom morskim i myszom zastrzykiwano przetwory chininy i kwasu salicylowego podskórnice; pierwszym w ilości 0,5 grama, drugim 0,03 grama. Znajdowano również przekrwienie i wylewy krwi na błonie śluzowej jamy bębenkowej.

W drugiej pracy Weber-Liel streszcza rezultaty, otrzymywane u ludzi zdrowych przy zadawaniu im znacznych ilości preparatów chininy i kwasu salicylowego. Obserwacje dokonywane były w części na kilkunastu słuchaczach medycyny, w części dokonywał je autor na sobie samym. Objawy występujące po zadaniu 1-go grama chininy były następujące:

1) Stopniowy spadek ciepłoty w zewnętrznym przewodzie słuchowym w przeciągu  $2\frac{1}{4}$  godziny o  $0,56^{\circ}$  C., który to spadek następował równocześnie z obniżaniem się ogólnej ciepłoty organizmu.

2) Nie zauważono przekrwienia w przewodzie słuchowym ani na błonie bębenkowej, tak w czasie doświadczenia jakoteż i później; przeciwnie w 5-ciu przy-



padkach nieznaczne przekrwienie, istniejące wzdłuż wyrostka młotka, przed doświadczeniem znikło po zadaniu chininy.

3) Podmiotowe uczucia słuchowe występowały przecięciowo w ciągu 1-iej do  $1\frac{1}{2}$  godziny, i objawiały się w postaci szumu, dzwonienia i t. p. Znikały one stopniowo w ciągu 12-tu godzin.

4) Później niż nienormalne czucie słuchowe występowało stepienie sluchu, gdyż dopiero po 2-eh lub 3-eh godzinach. W niektórych doświadczeniach zegarek, który był przedtem słyszany w odległości 4-ech do 5-istóp, w 3 godziny po zadaniu chininy zaledwie był słyszany w odległości 1-go do 2-eh cali. Stepienie sluchu nie trwa dłużej od szumu w uszach.

5) Jednocześnie z podmiotowemi uczuciami słuchowemi wystąpiły u 8-miu osób objawy zawrotu głowy, które niekiedy były tak znaczne, że chód po prostej linii był niemożliwy.

Po zadaniu salicylanu sodu  $4\frac{1}{2}$  do 5-ciu gramów w 2-eh dawkach co kwadrans objawy były następujące.

1) W ciągu 2-eh do 3-eh godzin ciepłota w przewodzie słuchowym zewnętrznym spadła o  $0,35^{\circ}$  C.

2) Nie występowało przekrwienie przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej, a przedtem istniejące nie znikalo.

3) Szum lub dzwonienie w uszach występowały w przeciągu  $2\frac{1}{2}$  do 4-eh godzin i trwały dłużej niż po zadaniu chininy. U autora szum znikł dopiero po 5-ciu dniach.

4) Najwidoczniejszym było we wszystkich doświadczeniach stepienie sluchu. Stepienie to trwało niekiedy bardzo wyraźnie przez kilka dni. U autora np. przez 6 dni, u 3-eh osób, które przedtem już miały sluch stepiony skutkiem cierpienia uszów, takowy znacznie się pogorszył i dopiero po 8 miu dniach wrócił do pierwotnego stanu.

5) Zawroty głowy występowały później niż szum w uszach.

Porównywując objawy po zadaniu kwasu salicylowego z takimiż objawami po zadaniu chininy, widzimy, że przy pierwszym jest mniejszy spadek ciepłoty ucha i znaczniejsze stepienie sluchu, które trwa daleko dłużej niż po zażyciu chininy; przeciwnie poprzednio istniejące przekrwienie wzdłuż wyrostka młotka nie znika przy kwasie salicylowym, co ma miejsce przy chininie.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 48. 1881.).

*E. Modrzejewski.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

**Posiedzenie kliniczne z d. 22 Lutego 1882 r.** P. Prezydent miasta nadesłał odezwe z prośbą, aby Towarzystwo Lekarskie wybrało pięciu lekarzy, którzyby wzięli udział w pracach podkomisyi. mającej na celu zbadanie, o ile projekt przygotowany przez Radę miejską dobroczynności publicznej co do ulepszeń i reform w szpitalach Warszawskich jest odpowiedni, wyczerpujący i uzasadniony.

Podkomisyja ta ma zbadać następujące kwestyje:

- 1). Jaka właściwie liczba łóżek w szpitalach naszych jest nieodzownie potrzebną?
- 2). Polepszenie poreyj szpitalnych i odpowiednie ich unormowanie.
- 3). Urządzenie Instytutu położniczego oraz oddziału dla dzieci, dotkniętych chorobami zaraźliwemi.

**Baranowski** w skutek tego objaśnia, że już raz komitet utworzony przy Magistracie Warszawskim, wezwał Towarzystwo Lekarskie, aby wzięło współudział w jego pracach przez wydelegowanie z łona swego jednego lekarza. Delegatem tym został **Baranowski**. Tymczasem **Baranowski** przekonał się, że komisya, do której został wybranym, ma za zadanie odszukania źródeł, z których możnaby poczerpnąć fundusze, nieodzowne do zaspokojenia wydatków na szpitale rosnących z każdym rokiem. Ta to, więcej finansowa niż szpitalna komisya, wobec obszernego, nade-

śląnego jej przez Radę M. dobroczyn. publicznej programu reform, obciążającego budżet przyszłych wydatków o 200,000 rs., uznała ważność proponowanych reform, radaby jednakże na zasadzie dokładnych danych nabyć bliższego przeświadczenia o ich konieczności. W tym celu z łona swego wysadziła podkomitet, złożony z pp. Baranowskiego, Makowieckiego, Puchalskiego, Scholzego i Spiessa, poruszając mu rozpatrzenie: 1) dyjety szpitalnej; 2) kwestyi urządzenia osobnych oddziałów dla idyotów i nieuleczalnych, a więc powiększenia liczby łóżek szpitalnych; 3) kwestyi, czy dotychczasowa ilość łóżek w szpitalach jest w ogóle wystarczającą; 4) sprawy odpowiedniego urządzenia Instytutu porodowego; 5) sprawy urządzenia osobnych oddziałów dla dzieci, dotkniętych chorobami zaraźliwymi. W podkomitecie tym zauważono brak s'ł specjalnych, potrzebnych do rozpatrzenia tych tak zawitych i licznych kwestyj. Złąd odezwa p. Prezydenta, żądająca wydelegowania przez Tow. Lek. 5 członków do owego podkomitetu. Z liczby tej dwóch kolegów ma być też wybranych do komisji, która będzie rozpatrywać kwestyję relew szpitalnych. Towarzystwo postanowiło wybrać 1-go chemika, 1-go higienistę, 1-go ordynatora szpitalnego, 1-go akuszerę i 1-go z kolegów, bliżej obznajomionych z administracją szpitalną w ogóle. Przy głosowaniu tajnym wybrano 1-go Nenckiego, 2-go Markiewicza, 3-go Klinka, 4-go Rogowicza i 5-go Orłowskiego.

Sokołowski przeczytał pracę swą „O suchotach przymiotowych płuc“. Praca ta *in extenso* pomieszczoną będzie w „Gazecie Lekarskiej“. Nie od rzeczy będzie jednak zakomunikowanie w tem miejscu Szanownym Czytelnikom głosów, które w tym ciekawym przedmiocie zabierali kol. Baranowski i Dobrski.

Zdaniem Baranowskiego spostrzeżenia autora są bardzo ważne, szczególnie z tego względu, że, poparte sekeyjami, zyskują na ścisłości. Uważa jednak mówca, że przypadki te są bardzo jednostronne, jeżeli weźmiemy pod uwagę całą kwestyję cierpień płucnych u suchotników; wszystkie one dotyczą zmian, które powstały już przy dość daleko posuniętem charactwie ogólnem. Pierwszy przypadek jest nieco młodszy, bo cierpienie, o którym mowa, rozwinęło się podczas weześniejszych okresów przymiotu, ale za to przypadek ten powikłany był przez zimnicę i t. d. Z tych więc 3 przypadków niepodobna wnioskować o rozmaitego rodzaju zmianach, mogących się pojawiać w płucach u syfilityków. Dla tego to zapewne Sokołowski podaje w wątpliwość tak wiarogodne spostrzeżenia, jak Williams'a Schnitzler'a i t. d. Mówca widział dużo takich przypadków, opierając się tedy na własnych spostrzeżeniach, doszedł do wniosku, że się takowe dadzą podzielić na 3 kategoryje:

1) Gdzie przy istniejącem charactwie przymiotowem w późnych okresach tej choroby pojawia się cierpienie płuc, prowadzące do ostatecznego zburzenia organizmu, do śmierci. Przypadki, opisane przez Sokołowskiego, odnoszą się właśnie do tej kategoryi.

2) Niezbyt rzadko cierpienie płuc pojawia się wśród wezesnych okresów choroby przymiotowej. Brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, a za to łączność z objawami przymiotu w innych narządach naprowadza nas na właściwe w tych razach rozpoznanie śródmiąższowego zapalenia przymiotowego płuc. Tu leczenie przeciwprzymiotowe może dać jaknajlepsze wyniki. Sokołowski twierdzi, że przymiotowe zapalenie płuc nie zdarza się we wezesnych okresach przymiotu. Takie zajęcie trzewiów jednocześnie z wystąpieniem syfildów skórnych jest bezwarunkowo możliwe; powinniśmy pod tym względem wziąć pod uwagę choćby pogląd Hebr'y na tę sprawę. Takie cierpienie płuc, pojawiające się podczas trwania bardzo wezesnych objawów przymiotu na skórze, obserwował Baranowski w ostatnich niemal dniach w trzech przypadkach. We wszystkich tych 3 przypadkach leczenie specyficzne wydało wyborny rezultat. W każdym razie, rokowanie może pozostać wątpliwe w formach, należących do tej kategoryi, choćby z tego względu, że pomimo wyzdrowienia po sprawie takiej w płucach danego osobnika pozostają pozostałości, tkanka białkowa i t. d., które obecnością swą już usposabiają miąższ do następczych zmian chorobnych z zejściem w suchoty.

3) Do trzeciej kategoryi należą te przypadki, w których jednocześnie chory dostaje zapalenia płuc przymiotowego i gruźlicy. Tu zmiany występują łącznie i kombinują się nawzajem. Te przypadki istotnie dają rokowanie złe, a leczenie antyprzymiotowe jako szkodliwe może być wręcz przeciwwskazanem.

Dobrski stara się dowieść, że w pracy Sokołowskiego znaleźć można kilka sprzeczności i tak:

a) Sokołowski zgadza się z Rosnerem na zdanie, że rozpoznawanie suchoty płucnej przymiotowej *ex juvantibus et nocentibus* jest rzeczą niewłaściwą, a tymczasem sam opowiada, że chorego w Goersbersdorfie dawał jodek potasu i dopiero gdy ten ostatni nie przynosił korzystnych zmian w przebiegu choroby, rozpoznawał Sokołowski, że ta ostatnia nie była istoty przymiotowej.

b) Nawet ten wniosek Sokołowskiego jest niewłaściwy, gdyż wynik ujemny po zastawieniu jodku potasu nie jest bynajmniej dowodem, żeby w danym razie cierpienie nie było natury przymiotowej, mogło bowiem ustąpić pod wpływem leczenia rtęcią. Tak się właśnie stało z dwoma chorem, leczonemi poprzednio w Goersbersdorfie jodkiem potasu.

Mówca jest zdania, że w wielu na pozór najcięższych przypadkach leczenie antyprzymiotowe z największą korzyścią dla chorego użyte być może. Kilka takich przypadków przytacza Dobrski na poparcie swego zdania, czerpiąc je z własnej praktyki.

Sokołowski w obronie swoich wniosków odpowiada najpierw Baranowskiemu, że tytułem pracy swej chciał właśnie ściśle określić kategorie cierpień, z natury swej przymiotowych, opisuje więc nie cierpienie płuc syfilityków, lecz przymiotowe suchoty płuc, których dwie formy rozróżnia: 1-a z dobrem zejściem (prawdopodobnie *pneumonia gummosa*) i 2-a *pneumonia interstitialis*, prowadząca do zniszczeń mązszu. Tylko w formie pierwszej leczenie rtęciowe może być skuteczne. Dobrskiego zarzuty odpiera w ten sposób.

Wszystkie spostrzeżenia, z literatury przedmiotu poczerpnięte, analizował niezmiernie krytycznie i zauważył, iż bardzo wiele z nich grzeszy brakiem ścisłości badania i opisu i do tej właśnie kategorii widzi się zmuszonym odnieść także przypadki przez oponenta za cytowane; żadnego z nich nie może bez zastrzeżeń i wątpliwości postawić w szeregu zapaleń płuc przymiotowych. Co się tyczy sprzeczności, pod lit. a wykazanej, to Sokołowski stawiał rozpoznawanie takie *ex juvantibus et nocentibus* przed laty i przyznaje sam w swej pracy najwyraźniej, że wówczas postępował niewłaściwie. Dziś ani jodku potasu przymiotowym takim nie daje, ani rozpoznania na tak niewłaściwej drodze nie stawia.

Posiedzenie skończyło się o godz. 10-ej, gdyż niezmiernie interesujące rozprawy, które starałem się tu jaknajtreściwiej zanotować dużo zajęły czasu. Pomimo to dalszy ciąg rozpraw zapisano na porządek dzienny następnego posiedzenia. Posiedzenia kliniczne zaczynają trwać nieco dłużej, a to z powodu znacznej zapasu prac, zapisanych w biurze Towarzystwa. Niektórzy więc członkowie niewłaściwie gniewają się o to, że tradycyjnalna godzina 9 przechodzi, a posiedzenie się nie kończy, zdaniem naszym dowodzi to tylko ożywienia i ważności rozpraw, których bez szkody dla naukowego ich interesu nie godzi się przerywać. Mybyśmy właśnie gorąco pragnęli, żeby takie rozprawy bwały jak najczęstszymi, a członkowie dyskutujący jak najswobodniejszymi pod względem czasu, wydzielanego im na czysto naukowe przemówienia. Sekretarz Towarzystwa R. Jasiński.

## Wiadomości bieżące.

**Paryż.** Tutejszy wydział lekarski z pomocą zagranicznych towarzystw lekarskich i biur statystycznych różnych krajów ogólną liczbę żyjących lekarzy we wszystkich krajach cywilizowanych obliczył na 182.000. W stosunku do ludności najwięcej ich jest we Francji, bo 26,000. W kraju tym zajmują się lekarze stosunkowo bardzo licznie polityką. Na 547 członków Izby deputowanych, jest lekarzy 44.

**Berlin.** Dotychczas na utworzenie zakładu imienia Virchowa (Rudolf Virchow - Stiftung) zebrano 76,612 marek i 28 fenigów.

— Dotychczasowi prywatni docenci: D-r M. Bernhardt i E. Bauman mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi na tutejszym uniwersytecie.

**Monachium.** Pod przewodnictwem D-ra księcia Karola Teodora Bawarskiego utworzył się tu komitet dla wystawienia pomnika w kształcie biustu zmarłemu prof. L. v. Buchlowi.

**Wiedeń.** Zmarł tu d. 18 Marca r. b. D-r Wincenty Kletzinsky znany chemik sądowy, były asystent przy katedrze chemii patologicznej tutejszego uniwersytetu.

— Do czasu wyboru następcy, zastępczo klinikę chorób wewnętrznych po prof. Duchek'u prowadzić będzie D-r Drasche.

**Wrocław.** D-r H. Gierke, były profesor w Tokio (Japonii), mianowany został nadzwyczajnym profesorem tutejszego uniwersytetu.

**Erlangen.** Zmarł tu znany z prac z dziedziny dyjagnostyki fizycznej chorób, profesor D-r Wintrich.

# PILULES DE BLANCARD

z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.

przeciw : *Skrofułom, bladaczce, małokrwiści i braku menstruacji, etc. etc.*

*NB.* — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Pigulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykiety, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystrzegac należy się podrabian.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1875

## ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków *Pankreatyny, Diastasis i Pepsyny*

### ZUPEŁNIE TRAWIACY

POKARMY  
TLUSTE  
MACZYSTE  
I ŻYLASTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIW

Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,  
W Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## Preparata żelazno-manganowe

Préparations ferro-manganiques

P. BURIN DU BUISSON

zatwierdzone przez Akademię Medyczną w Paryżu.

1. Proszek żelazno-manganowy zawiera siarczan żelaza i siarczan manganu, połączony z kwasem winnym, dwuwęglanem sodu i cukrem, w celu utworzenia wody gazowej, którą się przepisuje w dawce biorąc łyżeczkę od kawy proszku, do szklanki wody lub wina.

2. Pigułki z jodku żelaza i manganu są pokryte niepsującą się powłoką i zawierają każda 5 etg. (jeden gram) jodku żelazo-manganowego. Przepisują się w dawce 2—4 pigulek dziennie.

3. Pigułki z węglanu żelaza i manganu mieszczą w sobie 10 centigrammów węglanu żelazo-manganowego; przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

4. Pastyłki z mleczanu żelaza i manganu. Każda pastylka zawiera 5 centigrammów mleczanu żelazo-manganowego, przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

*NB.* Te rozmaite preparata dają pomyślne skutki w kuracyi: bladaczki, bezkrwiści, przypadłościach limfatycznych, skrofuleznych i t. d. Godnem jest uwagi, że chorzy wyleczeni przez ich zażywanie, są daleko mniej narażeni na recydywy niż wyleczeni za pomocą preparatów żelaznych.

# VICTORIA

## woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkie ni wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichsall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitz*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rzecz ra l. stanu Prof. *D-ra D. Lambła*, prym *D-ra Koblańskiego*, *D-ra Kryżego* *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemysystolia cordis*. (Leyden). — II. A. Malinowski. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. (Dokończenie). — III. A. Sokołowski. O suchotach płucnych przymiotowych. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy*: 22. W. Kirchner. O wpływie chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu. Weber-Liel. Przyczynek do sposobu działania przetworów chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu u ludzi. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 22 Lutego 1882. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

*Hemysystolia cordis* (Leyden).

Opracował D-r J. Pawiński,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Pod nazwą „połowiczny skurcz serca“ (*hemysystolia cordis*) rozumiemy obraz kliniczny, w którym na dwa uderzenia serca jedno tylko przypada tętno. Ponieważ zaś połowiczny skurcz serca polega na naprzemiennem kurczeniu się to prawej, to lewej komórki, zatem zaliczony być powinien do zaburzeń rytmu, z tem jednak zastrzeżeniem, iż rytm ten, choć nieprawidłowy, odmienny od rytmu normalnie bijącego serca, posiada jednakże pewną, stałą, powtarzającą się miarowość, zbliża się więc z jednej strony do allorytmii (*allorhythmia*), a z drugiej do właściwej arytmii (*arhythmia*). Co się tyczy stosunku, jaki pomiędzy rytmem ruchów serca i rytmem uderzeń tętna istnieje, to przyjmujemy zwykle, że pojęcia rytmu serca i tętna są jednoznaczne, to jest przyjmujemy, iż każda zmiana rytmu ruchów serca spowodowywa podobną zmianę w ruchach tętna. Są jednak przypadki, w których rytm serca odmienny jest od rytmu tętna, przynajmniej dla badającego palca; i tak np. położywszy jedną rękę na okolicę serca, a końce palców drugiej na tętnicy promieniowej, zauważymy, że serce uderza o klatkę piersiową dwa razy tyle co tętno. O zjawisku tem spotykamy dość częste wzmianki zwłaszcza u autorów, dla których jeszcze opukiwanie i osłuchiwanie było nieznanem lub mało przystępnem, np. u Seneca, Testy, Kreysig'a i którzy z tego powodu ważną zwracali uwagę na objawy dla wzroku i dotyku dostępne. Co do wad zastawek serca, to taka niestosunkowość pomiędzy rytmem lub siłą uderzenia wierzchołkowego z jednej, a tętna z drugiej strony, zdarza się według naszych spostrzeżeń najczęściej przy zwiężeniu otworu przedsiódkowo-komorowego lewego, dalej przy niedostateczności zastawki dwudzielnej, niekiedy zaś, co się tyczy siły uderzenia wierzchołkowego i siły tętna, ale nie rytmu, przy zwiężeniu ujścia tetniczego lewego

(*stenosis ostii arteriosi sinistri*). Niestosunkowość siły uderzenia wierzchołkowego względnie do siły tętna bywa zwykle tego rodzaju, iż uderzenie wierzchołkowe jest mocne, bystre, a niekiedy tak silne, że palec przyłożony do góry unosi, a tętno tymczasem jest bardzo słabe, niekiedy zaś zaledwie wyczuć się daje. Co się zaś tyczy do niestosunkowości rytmu, to poruszenia serca t. j. wierzchołka tegoż mogą być częstsze, aniżeli tętna; i tak np. serce uderza 80 razy, a tętno tylko 40 na minutę. K r e y s i g, który w cennym 4-tomowym dziele swoim baczną zwraca uwagę na niezgodność czyli dysbarmonię pomiędzy uderzeniem wierzchołkowym serca (*Herzschlag*) a tętnem, stara się w sposób następujący wnosić o cierpieniu prawej lub lewej połowy serca z nie normalnego uderzenia serca i tętna.

Powiada on, że przy cierpieniach l e w e j p o ł o w y serca istnieje większa skłonność do zbieżeń w uderzeniu wierzchołkowym i tętnie, aniżeli przy chorobach prawej; co zaś do dysharmonii między uderzeniem serca a tętnem, to takowa występuje według K r e y s i g'a głównie przy zwężeniu; przy rozszerzeniu zaś jam istnieje zgodność pomiędzy uderzeniem serca a tętnem.

Przy cierpieniach prawej połowy zachodzą odwrotne stosunki, a mianowicie: mała skłonność do zbieżeń w uderzeniu wierzchołkowym i tętnie, i brak dysharmonii pomiędzy 1-szem a 2-gim nawet wobec nieprawidłowego tętna.

Nietylko K r e y s i g, ale i wielu innych autorów późniejszych, jak A n d r a l, A d a m s, S t o k e s, którzy pomimo wprowadzenia do nauki nowych metod badania nie przestali być sumiennymi spostrzegaczami przy łóżku chorego, zgadzają się, że niezgodność pomiędzy siłą lub częstotnością uderzeń serca i tętna t r a f i a się głównie w zwężeniu ujścia żylnego lewego (*stenosis ostii venosi sinistri*).

W j a k i ż s p o s ó b o b j a ś n i ć m o ż n a p o w s t a w a n i e t e j d y s h a r m o n i i ?

Zwężeniu ujścia żylnego lewego towarzyszy zwykle dość znaczny przerost komórki prawej, większy nawet, niż przy niedostateczności zastawki; komórka prawa w stanie przerostu będąca, przesuniętą bywa ku mostkowi przez rozszerzone przedsionki nad i z tyłu za nią leżące, lewa zaś komórka, wypchnięta ze swego pierwotnego położenia, zwrócona jest więcej ku tyłowi, tym sposobem mało się przyczynia do powstawania uderzenia wierzchołkowego. W tym ostatnim więc główny udział przyjmuje p r a w a k o m ó r k a. Ponieważ zaś przy zwężeniu otworu przedsionkowo-komorowego lewego napelnienie komórki lewej krwią bywa małe, zatem fala tętna będzie słaba, tymczasem zaś uderzenie wierzchołkowe, zależne w tym razie głównie od prawego serca, będzie silne, wydatne. W ten więc sposób objasnić bardzo łatwo sprzeczność pomiędzy siłą uderzenia wierzchołkowego a siłą tętna. Później wspomnimy jeszcze, dlaczego nawet wtedy, kiedy przerost prawej komórki nie będzie tak znaczny, zachodzi niekiedy tak uderzająca różnica pomiędzy siłą uderzenia serca i tętna. Co zaś do różnej częstotności uderzeń serca i tętna, to objaśnienie będzie następujące: wiadomo, że przy zwężeniu (*stenosis ostii venosi sinistri*) napelnienie lewej komórki bywa niedostateczne, niekiedy nawet tak małe, iż chociaż następuje skurcz lewej komórki jednocześnie ze skurczem prawej, mimo to fala krwi wypchnięta do aorty i wogóle

do układu tętniczego jest tak nieznaczna, iż nie będzie w stanie rozszerzyć tętnicy zwłaszcza obwodowej np. promieniowej, oddalonej od serca i tym sposobem dla badającego palca, dla naszego zmysłu dotyku, stanie się niedostępną. W takim razie brakować będzie jednego tętna, gdy tymczasem w czasie braku tętna występujące uderzenie wierzchołkowe, zależne w tym razie głównie od skurczu prawej komórki, będzie silne i wydatne.

Przy niedostateczności zastawki dwudzielnej warunki powstawania dysharmonii pomiędzy uderzeniem wierzchołkowym a tętnem, są nieco odmienne, aniżeli przy zwięźeniu; mimo to jednak obie te wady mają to wspólne, iż niewielka tylko ilość krwi dostaje się do układu tętniczego. Chociaż przy istniejącej niedomykalności lewa komórka jest dostatecznie napełniona krwią, podczas skurczu jednak odpływ krwi z komórki odbywa się w dwóch kierunkach: ku przedsionkowi i ku aortie, rozumie się więc samo przez się, że ilość krwi przyływająca do aorty, będzie znacznie mniejszą, aniżeli wtedy, kiedy w skutek zamknięcia zastawki dwudzielnej krew wypchniętą być może tylko w kierunku do układu tętniczego. Ponieważ zaś niedostateczności zastawki dwudzielnej towarzyszy często nietylko przerost prawej komórki ale nawet i lewej, zatem zdarzyć się może, iż uderzenie wierzchołkowe będzie silne a tętno słabe, niekiedy zaś tętno stanie się tak małe, fala tak słabą, iż puls w tętnicy promieniowej nie wyczujemy. Tym sposobem ilość uderzeń serca będzie większą, aniżeli ilość uderzeń tętna i że n. p. na każde dwa uderzenia wierzchołkowe wypadnie jedno tętno. Co się zaś tyczy objawów wysłuchowych, to przyłożwszy stetoskop w okolicy wierzchołka serca, usłyszymy przy niedostateczności na jedno tętno 2 szmery i 2 tony w następującym porządku: szmer skurczowy, ton rozkurczowy, przy zwięźeniu zaś ujścia przedsionkowo-komórkowego lewego tak samo 2 szmery i 2 tony, tylko w innym porządku, a mianowicie: ton skurczowy szmer rozkurczowy lub presystoliczny; po dłuższej pauzie ton skurczowy szmer rozkurczowy lub presystoliczny. Ponieważ zaś przy wspomnianych dwóch wadach przerost łączy się najczęściej z rozszerzeniem jamy prawego serca, albo też w późniejszych okresach choroby rozszerzenie (*dilatatio*) zastępuje miejsce przerostu, zatem powstać bardzo łatwo może t. z. względna niedostateczność zastawki trójdzielnej (*insufficiencia relativa*). Podczas więc każdego skurczu serca krew z prawej komórki przedostaje się do przedsionka i tym sposobem przyczynić się może do powstania tętna żylnego. Otóż w przypadkach, kiedy wskutek małej fali krwi w układzie tętniczym tętno znika prawie zupełnie, przynajmniej dla zmysłu dotyku i na 2 uderzenia serca 1 tętno przypadnie, tętno żyłne odpowiadać będzie zupełnie uderzeniom serca tak, że na 1 tętno arteryjalne 2 tętna żyłne przypadną. P o n i e w a ż zaś 2-gie tętno żyłne odpowiadało uderzeniom serca, a tętno arteryjalne zjawiało się tylko co 2-gie uderzenie serca, wyprowadzono więc wniosek, że tylko ten skurcz serca był całkowity, ogarniający lewą i prawą połowę, któremu odpowiadało tętno arteryjalne, w czasie zaś 2-go uderzenia serca, kiedy tętna w promieniowej nie czujemy, a tętno jednak żyłne widocznem jest nawet dla samego wzroku, kurczy się tylko prawa komórka, lewa zaś pozostaje w stanie beczynnym, jakby w odpoczynku, słowem, że lewa komórka ulega skurczowi tylko co drugie uderzenie serca. Obraz

kliniczny odpowiadający owemu naprzemiennemu działaniu raz całego serca, to znowu prawej tylko komórki, nazwano „*hemisystolia cordis*“. Pierwszym, który nazwę tę do nauki wprowadził, był prof. L e y d e n.

Zanim przystąpimy do rozwiązania pytania, czy rzeczywiście w obrazie *hemisystoliae cordis* odbywa się połowiczny skurcz serca, niech nam wolno będzie przytoczyć najprzód historyczne dane i genezę w mowie będącego zjawiska. R i e g e l twierdzi, że pierwszą wzmiankę o nierównoczesnym skurczu serca uczynił C h a r c e l a y. Ten ostatni ogłosił kilka spostrzeżeń, w których tętnienie w tętnicy i żyły szyjowej nie było jednoczesne; często pomimo obecności tętna żylnego brakowało tętna arteryjального. Prócz tego C h a r c e l a y czyni wzmiankę o przypadku pomieszczonym w rozprawie D-r P r e s s a t (Paris 1837), w którym obserwowano również podobne objawy. Na mocy tych spostrzeżeń D-r C h a r c e l a y twierdzi, że w niektórych cierpieniach serca obie komórki kurczą się niejednocześnie, podobnie jak to ma miejsce u zwierząt przy wiwisekcjach. Że C h a r c e l a y mógł być pierwszym, który z obrazu klinicznego opisywanego później pod mianem *hemisystolia cordis* wniósł o niejednoczesnym skurczu serca, na to się chętnie zgadzamy z R i e g e l e m, że jednak C h a r c e l a y nie był pierwszym, który na podobny obraz niejednoczesnego skurczu serca i uderzenia tętna zwrócił uwagę, na to znajdujemy nie mało dowodów w pracach: S e n a k'a, C o r v i s s a r t'a, T e s t y, K r e y s i g'a, L a e n n e c'a, a nawet w daleko wcześniejszym dziele Th. W i l l i s'a <sup>1)</sup> z XVII wieku wydanem w Hadze 1674 r.

W dziele tem poświęca autor najprzód kilkadziesiąt stronic lekom przeciw chorobom serca używanym (*de medicamentis cardiacis*), a następnie dołącza kilka rozdziałów, dotyczących się patologii chorób serca, czyli, ściślej mówiąc, rozbiera wydatniejsze objawy chorób sercowych, jako to: „*de palpitatione cordis*“, „*de cordis tremore*“ „*de pulsu intermittente*“. Na stronie 355 w rozdziale o tętnie przepuszczającym autor tak się wyraża o dwóch jego rodzajach: *de Pathemate hoc (puls. intermit.) imprimis distinguere oportet; cujus (nivalde fallor) duae sunt distinctae fieri rationes. Nam licet quandoque pulsus intermitteat, quoniam cor pro eo tempore a motu cessat; attamen praeterea tactu indice pulsus nonnumquam in carpo intermittere videtur, dum cor in pectore celerrime ac incessanter (uti fit in tremore ejus) vibrare sentitur: cujus causam esse suspicor, quod urgente ista cordis passione, sanguinis portio tantum per exigua quaque systole in Aortam projicitur. Quare haec inanita, flaccescens, atque sarcina promovenda carens, ne frustra saepius agat, contractionem suam quandoque intermittit. Pariter hoc fieri videtur, ac circum nares exonerandam, vir. quo tempore merces difficilius; impeditae admodum depromuntur, bajulatores exportaturi ituum, redituum vices quasdam praetereunt. Porro in febribus malignis, aut funestis si quando pulsus creber, debilis fit, etiam is subinde intermittit; cujus ratio est non quod cor a motu interdum cessat (hoc enim tunc imprimis indesinenter laborat) sed quatenus sanguis non uberi satis penus, quaque systole in aortam profertur; quare haec, opere salis agendo carens, nonnumquam otatur.*

<sup>1)</sup> Za dzieło to ofiarowane nam łaskawie przez D-ra Med. K o b y l a n s k i e g o, naczelnego lekarza Szpitala Dzieciątka Jezus, niech nam wolno będzie wyrazić w tem miejscu uprzejme podziękowanie.



*Verum insuper pulsus quandoque intermittit, quia cordis ipsius contractio pro vice quadam suspenditur, sive pausa ejus duplo longior existit: quod quidem manu pectori admota quispiam in se ipso aut alio facile deprehendat, immo laborantes per gravamen pectoris, oppresionem, plane in se persentiunt, plane in se persentiunt, quoties cor a motu cessat.*

Z przytoczonego ustępu widzimy, że autor przyjmuje dwa główne rodzaje przepuszczającego tętna: jeden zależący jakoby od samej aorty. a drugi od samego serca. Co się tyczy pierwszego—*prima species qua propter aortae culpam excitatur*—to Willis kilkakrotnie kładzie nacisk na to, że brak tętna w tetnicach nie polega w tym razie na powstrzymaniu czynności serca, lecz że brak ten pochodzi głównie z małej ilości krwi, jaka się z komórki podczas skurczu do aorty dostaje. Aorta, otrzymawszy wtedy bardzo małą falę krwi, nie kurczy się jak powiada Willis: *ne frustra saepius agat (aorta) contractionem suam quandoque intermittit*. Ten właśnie rodzaj tętna zbliżyć się będzie zupełnie do tętna przepuszczającego, spotykanego w obrazie klinicznym: *hemisystolia cordis*, jeśli tylko przestanki tętna będą perjodyczne. Przyłożywszy rękę do serca mówi dalej Willis, przekonamy się łatwo, że pomimo braku tętna serce bić nie przestało.

Drugi rodzaj przepuszczającego tętna, który od samego serca zależy—*secunda species quae ab ipso cordis procedit*—polega na tem, iż nietylko tętno, ale serce robi dłuższe pauzy.

Z powyższego podziału przekonywamy się również, iż przypisywane przez większą część badaczy Laennec'owi pierwszeństwo rozróżniania intermisyj na rzeczywiste i pozorne jest niesłusznem, podział ten spotykamy bowiem już półtora prawie wieku przedtem. Kreysig również często wspomina o różnicy pomiędzy uderzeniem serca a tętnem pod względem siły i częstości uderzeń, nie przypuszcza jednakże, aby skurcz serca miał być połowiczny, aby prawa komórka kurczyła się oddzielnie od lewej, jak to np. z następującego ustępu widzimy. W rozdziale o rozpoznawaniu różniczkowem chorób prawego i lewego serca Kreysig powiada: zdawałoby się, że ponieważ prawe serce możnaby nazwać płucnem. a lewe aortycznym, więc odróżnienie cierpień jednej i drugiej połowy serca będzie nietrudnem. Tak jednakże nie jest, trzeba bowiem pamiętać, że obie połowy są złączone do jednej wspólnej czynności, że więc zaburzenie czynności jednej oddziaływa na drugą. Zdanie, jakoby cierpienia lewego serca odbijały się więcej na tętnie, aniżeli choroby prawego, trzeba przyjmować z ostrożnością, ponieważ przy cierpieniach lewego serca tętno może być regularne. a przy cierpieniach prawego może być niekiedy nieregularnem, a to z tego powodu, że kiedy prawa komórka wykonywa nieregularne ruchy, to i lewa wciągniętą zostaje do tej nieregularności, wskutek czego tętno staje się także niemiarowem. Z tego więc widzimy, jaki nacisk kładzie Kreysig na spólczesne kurczenie się obu komórek serca, a w innych miejscach swego znakomitego dzieła, w których mówi wyraźnie o niezgodności uderzenia wierzchołkowego (*Herzschlag*) z tętnem, tak pod względem siły, jak i częstości uderzeń, o możliwości połowicznego skurczu serca nigdzie nie wspomina.

Następnie S k o d a w dziele swem o perkusyi i auskultacyi wspomina o niejednoczesnym skurczu obu komórek, wyraża się jednak o nim dość ogólnikowo, twierdząc, że niejednoczesny skurcz obu komórek może być także powodem wystąpienia 4 tonów podczas jednego tętna.

Największa jednak zasługa żywego zainteresowania się kwestyją nierównoczesnego skurczu obu komórek serca należy się L e y d e n' o w i, twórcy nazwy „*Hemisystolia cordis*“, który w 1868 r. w 44 tomie Archiwu V i r c h o w'a, opisał przypadek wady serca, połączonej z obrazem klinicznym, odpowiadającym naprzemiennemu skurczowi serca. Była to *insufficiencia valvulae mitralis et tricuspidalis*. Bez a u t o p s y i.

Główne objawy wspomnianego przypadku L e y d e n'a były następujące: uderzenie wierzchołkowe znacznie rozprzestrzenione i wzmocnione, nieregularne, ale rytmiczne, tego rodzaju, iż każdy rytm składał się z dwóch uderzeń szybko po sobie następujących, które oddzielone są od siebie mniejszą pauzą, aniżeli drugie uderzenie serca od następującego. Pierwsze z tych 2-ch uderzeń wierzchołkowych (*Spitzenstoss*) jest znacznie wyższe i twardsze (*resistenter*) aniżeli drugie. Pierwsze uderzenie spostrzega się więcej na lewo, na zewnątrz, drugie zaś więcej ku przodowi i na wewnątrz od wierzchołka serca. Wyjątkowo tylko następuje po drugim jeszcze trzecie mniejsze uderzenie wierzchołkowe w tejże samej fazie. Nietylko w okolicy wierzchołka serca, ale także w pozostałych miejscach, gdzie serce do klatki piersiowej przylega, uderzenie serca posiadało także wspomniany podwójny charakter, głównie zaś w okolicy prawej komórki. W tej jednak ostatniej okolicy stosunek obu po sobie następujących uderzeń uległ zmianie, a mianowicie, że tutaj na odwrót 1 uderzenie było słabsze od drugiego. W okolicy wierzchołka serca trzy szmery, z których pierwszy najdłuższy, drugi krótki, trzeci dość długi, szorstki, dmuchający. Wszystkie te trzy szmery słyhać u wszystkich otworów serca, tylko z różnem natężeniem. Tętno promieniowe skurczona (*sehr eng*), tętno 32 na minutę, odpowiadające w zupełności pierwszemu uderzeniu wierzchołkowemu. Na szyi tętnienie żył szyjowych wyraźne. Światło tętnicy szyjowej także zwięzione; przy dotyku tej ostatniej czujemy najprzód jej tętno, poczem następują dwa mniejsze uderzenia, które nie biorą początku w tętnicy, lecz w żyłach, ponieważ przy mocnym ucisku, wywartym w kierunku poprzecznym na żyły szyjowe, tętnienie to znika, a pozostaje tylko jedno tętno w *arteria carotis*, podobnie jak i w tętnicy promieniowej.

L e y d e n sądzi, że w przytoczonym przypadku miał do czynienia z niejednoczesnym skurczem obu komórek a mianowicie, że najprzód kurczyła się lewa komórka, bez widocznego udziału prawej, potem prawa bez widocznego współdziałania lewej.

L e y d e n przytacza następujące dane, które go skłoniły do powyższego wniosku :

1). Pierwsze uderzenie wierzchołkowe odpowiadało skurczowi lewej komórki, ponieważ wskazywało na to i izochroniczne tętno w tętnicach.

2). Drugie, słabsze uderzenie wierzchołkowe było także bezwątpienia w razem skurczu serca, nawet w okolicy prawej komórki siłą swoją przewyższało ono normalne uderzenie wierzchołkowe serca. Gdyby ono zawdzięczało swój początek skurczowi lewej komórki, to powinnyby wywołać odpowiednią falę w układzie tętniczym, ponieważ zaś podczas owego drugiego uderzenia wierzchołkowego tętna ani w tętnicy szyjowej, ani w tętnicy promieniowej wyczuć było niepodobna, przeto uderzenie to musiało być następstwem skurczu prawej komórki bez żadnego lub bardzo nieznacznego współdziałania lewej. Z tem zgadza się także i ta okoliczność,

3). że drugie uderzenie wierzchołkowe było słabsze u wierzchołka serca, a przy podstawie silniejsze, aniżeli pierwsze.

4). Zachowanie się naczyń szyjowych; tętno tętnicy szyjowej wyprzedzało tętno żyłne. (D. c. n.)

## II. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci.

Podał **A. Malinowski**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 12).

21 Listopada. Wysypka guziczkowa ta dosyć gęsto występuje na twarzy, tułowiu i kończynach, na dłoniach i podeszwach, nieżyt oskrzeli trwa, gardziel zaczerwieniona i obrzmiała, światłowstręt znaczny.

22 Listopada. Stan bez zmiany, wysypka dosyć gęsta, guziczki powiększają się. Silne zajęcie nieżytowe gardzieli.

23 Listopada, Ciepłota 39° C., w płucach liczne drobne rzeżenia, gdzieś trzeszczące, kaszel silny, polykanie utrudnione, tętno drobne 130, wysypka bardzo gęsta na twarzy i kończynach dolnych. Zalecono kamforę w emulsyi.

24 Listopada. W nocy chora majaczyła; na twarzy i tułowiu tworzą się pryszcze napelnione ropą i krwią. kaszel rzadki, w płucach liczne rzeżenia trzeszczące, język suchy, tętno drobne i słabe, 140, śpiączka, upadek sił. Wieczorem tegoż dnia chora zmarła przy objawach obrzęku płuc.

V. Fryderyk Wilhelm S. lat 3½ z silnie rozwiniętymi zolzami; leczony był przez parę miesięcy jodkiem żelaza, emulsyją tranową i t. p.

16 Czerwca 1881 r. przy silnem nateżeniu objawów nieżytych i gorączce, dochodzącej do 40° C., zachorował na odrę. Po przebyciu odry wystąpiła róża na twarzy i głowie trwająca od 7 Lipca do 16 Lipca t. r. Przez następne 2 miesiące stan chłopca był zadawalniający.

19 Września. Chłopiec dotąd żwawy zaczął się pokładać, wystąpił nieżyt nosa, łącznie i oskrzeli. Ciepłota 39° C., gardziel zaczerwieniona, brak łaknienia, w płucach oddech zaostrozony i rozrzucone rzeżenia.

21 Września. Przy nateżeniu objawów nieżytych zauważyłem na twarzy, szyi, piersiach i kończynach górnych drobną wysypkę plamistą, dosyć jednak bladą. Gardziel silnie opuchnięta, polykanie utrudnione, kaszel, światłowstręt.

22 W. Wysypka plamista nie staje się wyraźniejszą; jednocześnie na plecach, brzuchu i w okolicy stawu łokciowego prawego widać punkcikowatą, drobniutką, zlewającą się wysypkę na skórze cokolwiek obrzmiałej. Przy ucisku palcem czerwonosć znika a po odjęciu występuje napowrót. Nieżyt gardzieli wzmagą się.

23 Września. Punkcikowata wysypka widziana dnia poprzedniego na tułowiu i kończynie górnej prawie znikła. Na całym ciele wysypka plamista bardzo wyraźna, szczególnie gęsto na twarzy i kończynach.

24 Września. Wysypka kwitnie, stan zresztą bez zmiany. Mocz stężony, zawiera białko.

28 Września. Wysypka znikła, skóra zabarwiona, sucha, naskórek pęka i zaczyna się łuszczenie. W tym przypadku rozpoznałem odrę, której *stadium eruptionis* powikłane zostało wysypką płonicową na niektórych miejscach tułowia i kończynie górnej prawej. Wysypka płonicowa po 12 godzinach znikła i wtedy wysypka plamista (odra) wystąpiła obficie na całym ciele.

Dnia 7 Października. Chory ten, nie mający szczepionej ospy ochronnej, zachorował znowu, tym razem na ospę. Guziczki bardzo nielicznie pojawiły się na skórze, a pryszcze z takowych powstałe napelniały się ropą i krwią. Wkrótce przyłączyły się krwotoki z błony śluzowej nosa, ust i kiszki (stolce krwawe) i przy objawach upadku sił i rozkładu krwi nastąpiła śmierć 21 Października. Zaznaczam w tem miejscu, iż w tym przypadku chory przebył odrę 2 razy w ciągu 4 miesięcy.

VI. Stanisława R. lat 8. Chora od kilku tygodni skarży się na ciągły ból głowy, od czasu do czasu miewa drgawki. Przytomność zakłócona czasami na chwilę powraca. Znaczne wychudnięcie, skóra wiotka, nieelastyczna, sucha; wyraz twarzy głupowaty, niekiedy uśmiech bezmyślny; źrenice rozszerzone, zez zbieżny, tętno nieregularne 60, oddech 20, nierówny, to powierzchowny, to przerywany głębokimi wdechami. Śpiączka przerywana niespokojnym rzucaniem się na łóżku. Nadczułość skóry nadzwyczajna tak, że przy dotknięciu chora rzuca się i zaczyna płakać. Przy pociąganiu palcem po skórze występują plamy *Trousseau*, znikające dosyć powoli. Ciepłota 37°. Łaknienia brak, stolce zaparte, brzuch wpadnięty. Rozpoznano zapalenie opon na podstawie mózgu gruzelkowate przewlekłe. Po oczyszczeniu kanału pokarmowego zalecono bromek z jodkiem potasu.

Dnia następnego 6 Września. Ciepłota 37° C., tętno 80 nierówne i drobne, oddech nieregularny, źrenice rozszerzone, chora cokolwiek spokojniejsza. Wieczorem ciepłota 37° C. Wypróżnienia były obfite. Przez następne 10 dni stan chorej cokolwiek się polepszył, przytomność chwilami wracała, tętno podnosiło się do 106, lub zwalniało do 80. Ciepłota stale 37° C. Przeważały objawy ucisku mózgu.

16 Września. Chora gorączkuje (39° C.), polykanie utrudnione, gardziel silnie zaczerwieniona, na migdałkach nalok szarawy. Na piersiach, brzuchu, kończynach górnych punkcikowata drobniutka gęsta wysypka. Zalecono kwas i pedzłowanie gardzieli chloranem potasu. Rozpoznano *płonicę*.

17 W. Chora przytomniejsza, odpowiada chociaż z trudnością na pytania, pokazuje język, podnosi się. Wysypka rozszerza się na tułów i kończyny dolne.

19 Września. Gruczoły chłonne podszczękowe obrzęknięte. Wysięk błonnicowy w gardzieli znikł, wysypka dosyć silna na całym ciele. Przytomność większa, łaknienie i pragnienie. Żrenice oddziałują na światło, zez zbieżny znikł. W nocy chora miewa halucynacje wzrokowe i słuchowe (n. p. twierdzi, że w szafie siedzi jej babka, która po nią przyszła).

20 Września. Ciepłota 38,4° C., tętno drobne, nieregularne 120, w nocy silne majaczenia. Wysypka kwitnie, gardziel oczyszcza się z wysięku.

22 Września. Wysypka zbladła, polykanie łatwiejsze, łaknienie wzrasta, wycieńczenie i upadek sił powiększa się, ciepłota 39° C., tętno bardzo słabe. Zalecono kamforę.

23 Września. Wysypka znikła, naskórek pęka i łuszczy się na piersiach i rękach, tętno cokolwiek silniejsze. Przez następne dni kilka znowu powróciły objawy ucisku mózgu, zez, rozszerzenie źrenic, częste wymioty; stan taki ciągnął się do 19 Października, w którym to dniu chora umarła przy objawach ucisku mózgu i upadku sił.

W powyższym przypadku zasługuje na uwagę wpływ ostrej choroby wysypkowej na cierpienie mózgu. Od chwili pojawienia się wysypki przez cały czas kwitnienia takowej, chora odzyskała przytomność, jednocześnie ustąpiły zez zbieżny, nieregularne oddechanie i ogólna nadczułość skóry.

Skoro tylko wysypka zniknąć zaczęła, objawy cierpienia mózgu jeden po drugim z dawnym nateżeniem zaczęły występować.

Ze spostrzeganych przezemnie powikłanych wysypek ostrych, ograniczam się tylko na przytoczeniu wyżej podanych wyraźniejszych przypadków. Powikłania takie zdarzają się podczas silnych epidemij i oprócz Barthez'a—Rilliet'a i Fleischmanna wspominają o nich liczni autorowie.

Monti i Steiner opisują odrę powikłaną przez ospę i odwrotnie. Thomass widział odrę i ospę razem przebiegające, oraz płonice i ospę. Chrostowski opisał przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającej <sup>1)</sup>).

Spostrzeżenia moje dotyczą po większej części powikłania jednej wysypki przez drugą w okresie łuszczenia, a mianowicie: ospy przez płonice, płonicy przez odrę, płonicy przez ospę, odry przez płonice. Raz jeden widziałem odrę wtórną w trzy miesiące po odrze pierwotnej.

Że ostre wysypki mogą się powtarzać i że jednokrotne ich występowanie u danego osobnika nie powinno być uważane za cechę charakterystyczną dowodzą tego przypadki spostrzegane przez autorów. Van Dieren opisuje odrę u 3-letniej dziewczynki, która zachorowała po raz pierwszy w początku Lutego 1846 roku, po raz drugi 4 Marca, po raz trzeci 12 Kwietnia, za każdym razem z objawami zwiastunnymi, wysypką i łuszczeniem naskórka. Bierbaum widział odrę trzy razy u jednej osoby w ciągu lat trzynastu.

Te tak zwane recydywy dosyć często spostrzegano w czasie epidemij, a mianowicie frankfurckiej 1861 roku. Mimo to Panum, Rosenstein i inni uważają recydywy odry za niemożliwe. Odra wtórna występować może po upływie kilku miesięcy lub lat, a nawet i po latach kilkunastu. Przypadki zja-

<sup>1)</sup> „Gazeta Lekarska“. 1881. Nr. 53.

wiającej się wysypki po 3—4 tygodniach możnaby raczej nazwać recydywami, gdy tymczasem po upływie kilku miesięcy lub lat należy przyjąć nowe zakażenie ustroju.

Odra wtórna zwykle bywa tem silniejszą, im łagodniejszym był przebieg pierwotny, niekiedy nawet kończy się zejściem śmiertelnem (Seidl). Nie zdarzyło mi się dotychczas widzieć wtórnej płonicy, Trojanowski jednak, Murchison, Gillespie, Robinson i inni autorowie opisują podobne przypadki, podając przeciąg czasu pomiędzy pierwotną a wtórną płonicą od 36 dni do lat kilkunastu, dla odry zaś wtórnej od kilku dni do lat kilkunastu.

Richardson sam trzy razy przebywał płonicę; także przypadki przytacza Gilbert Blanc, Thompson i Gillespie.

Stiebel opisuje czterokrotną płonicę u 50-letniej kobiety z łuszczeniem naskórka platomii długimi na pół stopy. Takie fakty przytacza Jahn.

Co się tyczy ospy to jednorazowe przebycie zmniejsza usposobienie dożarzenia się na czas mniej lub więcej długi. Mimo to jednak i dzisiaj, gdy szczepienie ochronne obowiązuje, zdarzają się przypadki ospy wtórnej po kilku miesiącach lub latach. Taka wtórna ospa ma mieć przebieg daleko łagodniejszy, podług zaś Hebrya daleko cięższy.

Znany przykład na Ludwiku XV, który, przebywszy ospę w dzieciństwie, zmarł mimo to na tę chorobę w 64 roku życia, zdaje się potwierdzać zdanie Hebrya.

Pierwszy i jedyny dotąd przypadek powikłania trzech wysypek: odry, ospy i płonicy, spostrzegany przezemnie w ostatnich czasach, pomieszczam na zakończenie niniejszej pracy.

VII. Wiktoryja Dominiuk, lat 8 licząca, dobrze odżywiana, ospę ochronną na szczepioną. Gorączkuje od kilku dni i uskarża się na ogólne niedomaganie 26 Lutego r. b. wieczorem ciepłota 38° C. tętno 120, język niezmiernie obłożony, podsycający; nieżyt jamy gardzielowej, nosa i łącznic, światłowstręt; na twarzy, szyi, górnej części tułowia i na kończynach górnych widać gęstą plamistą wysypkę, wzniesioną nad poziom skóry. W płucach od tyłu słychać oddech pęcherzykowy zaostrozony i rozrzucone rzeżenia.

Brzuch miernie wzdęty, łaknienia brak, pragnienie umiarkowane, moc dosyć stężona. Stolce prawidłowe. Chora kaszle, plwocina śluzowa.

27 Lutego. Ciepłota 38° C., tętno 118. Wysypka znacznie gęstsza i wyraźniejsza, zaczyna występować na dolnej części tułowia i dolnych kończynach. Na tem tle widać wysypkę guziczkową, niezbyt gęstą, rozrzuconą na twarzy, tułowiu, górnych kończynach i dłoniach. Niektóre z guziczków zaczynają przemieniać się w pęcherzyki i pryszcze. Język suchy, pragnienie większe, błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona i obrzmiała, migdałki cokolwiek powiększone. Rzeżenia w płucach obfitsze, kaszel częstszy, stolce prawidłowe. Zalecono odwar ipekakuany z kwaskiem. Wieczorem ciepłota 38,4° C. Stan ogólny bez zmiany, wysypka trwa ciągle.

28 Lutego. Ciepłota 37,6° C., tętno 110, objawy nieżytowe ustępują w płucach rzeżeń mniej, na twarzy, górnych kończynach i piersiach wysypka zbladła, na innych miejscach znajduje się w okresie kwitnienia. Guziczków więcej się nie tworzy; natomiast na całym ciele tworzą się pryszcze, a niektóre z nich za-

czynają przysychać. Nieżyt jamy ustnej zmniejsza się, łaknienie wraca, stan ogólny dosyć dobry. Wieczorem ciepłota 37,4° C.

1 Marca. Ciepłota 37° C., tętno 100, stan ogólny dobry, wysypka znikła, skóra jest cokolwiek zabarwioną, naskórek pęka, pryszcze tworzą się wszędzie na skórze. Wieczorem ciepłota 40° C., tętno 150, chora użala się na silny ból głowy i kończyn, na nudności. Co parę minut wymiotuje.

2 Marca. Ciepłota 39,8° C., tętno 150. W ciągu nocy często wymiotowała, nudności ciągle, język obłożony, błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona, migdałki obrzmiałe, polykanie bolesne. Łącznice silnie przekrwione, twarz czerwona. Na szyi, górnej części klatki piersiowej od przodu zaledwie widoczna gęsta punkcikowata wysypka; na przedramionach blade-czerwone podłużne plamy. Chora uskarża się na ból głowy i kończyn, zachowuje się niespokojnie a często w ciągu dnia majaczy. Zalecono wodę sodową za napój, kwasek i chininę, przestrzykiwanie gardła roztworem chloranu potasu. Wieczorem ciepłota 40,8° C.

3 Marca. Ciepłota 40,2° C., tętno 150. W nocy chora silnie majaczyła, wymioty nie tak częste, język suchy, obłożony, pragnienie wielkie. Na szyi, piersiach i górnych kończynach wysypka punkcikowata prawie jednostajnie czerwona, mniej wyraźna na dolnej części ciała, twarz cokolwiek zbladła, łącznice jednak silnie przekrwione. Pryszcze ospowe zaczynają przysychać. W gardzieli stan bez zmiany. Wieczorem ciepłota 40,2° C.

4 Marca. Ciepłota 39,8° C., tętno 120. Wymioty ustaly, chora mniej majaczy; ból gardzieli silniejszy, polykanie utrudnione. Na migdałkach i tylnej ścianie gardzieli wysięk szaro-żółtawy, gruczoły chłonne podszczękowe z lewej strony obrzmiałe. Wysypka kwitnie na całym tułowiu i kończynach górnych, szczególnie w okolicy stawów. Pryszcze prawie wszystkie pozasychały. Stan ogólny cokolwiek lepszy, wypróżnienia prawidłowe. Wieczorem ciepłota 40,2° C.

5 Marca. Ciepłota 40° C., tętno 130. Wysypka na górnej połowie ciała bladej; w gardzieli tworzą się nowe błony, z nosa obfity cuchnący wypływ; gruczoły limfatyczne podszczękowe silnie obrzmiałe i bolesne. Wymioty znowu występują. Na dolnych kończynach wysypka kwitnie. Zaleciłem wzięwania (inhalacje) z kwasu bornego, pędzlowania gardzieli, wewnątrz chininę i wino. Wieczorem ciepłota 40,2° C. Stan bez zmiany.

6 Marca. 40,6° C., tętno 130. Wysypka znacznie zbladła, w nocy i w dzień chora majaczy, chwilami wraca do przytomności. Mowa nosowa, z nosa silny wypływ, w gardzieli sprawa błonicowa rozszerza się, gruczoły więcej obrzmiałe. Tętno drobne i małe, stolce prawidłowe. Wieczorem stan bez zmiany, ciepłota 41° C., tętno 150.

7 Marca. Ciepłota 40,3° C., tętno słabe, 150. W nocy silne majaczenia, gardziel oczyszcza się od wysięku, jednak sprawa błonicowa rozszerza się na krtań, głos ochrypły, kaszel, w płucach rzeżenia nieżytowe. Z lewej strony gruczoły chłonne podżuchwowe obrzmiały do wielkości kurzego jaja. Wysypka znikła, naskórek staje się szorstkim i zaczyna pękać. Wieczorem ciepłota 40,6° C.

8 Marca. Ciepłota 40,6° C., tętno bardzo słabe, 156. Chrypka powiększa się, polykanie dosyć trudne, pragnienie silne, łaknienia brak, kaszel. W płucach

liczne rzeżenia. W gardzieli tworzy się nowy wysięk. W ciągu nocy parę stolców wolnych. Zalecono wcieranie maści jodoformowej w okolicę obrzniętych gruczołów, pędzlowanie gardzieli roztworem bromu w glicerynie, wdychania jak poprzednio, a wewnątrz oprócz chininy i wina, odwar ipekakuany z chloranem potasu. Wieczorem ciepłota 40,6° C.

9 Marca. Ciepłota 40° C., tętno 150, cokolwiek silniejsze. na podniebieniu miękkim i lukach wysięk bloncowy, bezgłos prawie zupełny, kaszel mniejszy, w płucach mniej rzeżeń slychać. Wypływ z nosa trwa ciągle. W moczu znalazłem białko. W ciągu dnia kilka wypróżnień płynnych, ciemnoszarych i smrodliwych. Wieczorem duszność silna, oddech świszczący, bezgłos zupełny, ciepłota 40,6° C.

10 Marca. Ciepłota 41° C., tętno 150, bardzo słabe, wysięk w gardzieli rozszerza się, duszność wzmagą się, rzeżenia tchawicze, w płucach obfite rzeżenia trzeszczące. Sinica twarzy i kończyn, ciągła nieprzytomność i majaczenie, *subsultus tendinum*. Naskórek zaczyna się łuszczyć. Tegoż dnia o godzinie 5 popołudniu chora życie zakończyła.

Z powyższego przebiegu choroby widzimy, że odra wystąpiła prawie jednocześnie i przebiegała jednocześnie z ospą. Przebieg obu tych wysypek był dosyć łagodnym. Po zniknięciu odry i ustąpieniu objawów nieżytych, chora przez 36 godzin zostawała w stanie bezgorączkowym dosyć dobrym; po upływie zaś tego czasu ciepłota z 37° C. podniosła się do 40° C. a jednocześnie wystąpiły objawy ogólne, pozwalające nam spodziewać się, iż nieukończoną jeszcze ospę powikła płonica. Ta ostatnia istotnie wystąpiła nazajutrz.

Jeżeli przyjmiemy dla odry okres utajenia 10—14 dni (Baerensprung, Ziemsen), dla płonicy 8—9 dni, a nadto dla każdej z tych chorób oddzielny specyficzny zarazek, to zastosowując te dane do naszego przypadku, musimy przypuścić, iż w danym razie zakażenie ustroju dwoma zarazkami nastąpiło mniej więcej jednocześnie, ponieważ wystąpienie obu wysypek odry i ospy było prawie jednoczesnem.

Ospa miała przebieg łagodny, jak to zwykle bywa u dzieci szczepionych.

Przez 36 godzin chora znajdowała się w stanie względnie bardzo dobrym, pomimo iż ustrój jej od 8 do 9 dni zostawał pod wpływem zakażenia płonicowego a nie był jeszcze wolnym od zakażenia zarazkiem odry i ospy.

Musielibyśmy zatem przyjąć możliwość istnienia trojakiemu rodzaju specyficznych zarazków, jednocześnie rozwijających się w ustroju, możliwość, która wyklucza wszelki pomiędzy nimi antagonizm. Nie zdaje nam się jednak niemożliwym, aby pomiędzy zarazkami tych chorób pewien związek nie miał istnieć. Aby jednak takowy określić, potrzeba dla każdej z trzech w mowie będących wysypek wykryć zarazek specyficzny (dla odry *mucor mucedo verus*, dla ospy *microsphaerae* <sup>1)</sup>), a następnie zebrać obfity kliniczny materiał przypadków powikłanych, z którego możnaby w przybliżeniu oznaczyć porządek, w jakim najczę-

---

<sup>1)</sup> Cohn. Virchow's Archiv T. 55, 229. Keber. Tamże T. 42. Krebs. Handbuch der Pat. Anat. 40, dalej Erisman, Weigert, Zuelzer i inni.



ściej wikłają się wspomniane wysypki, oraz jakim zmianom ulegają znajduwane we krwi, ślinie i t. p. niższe organizmy w różnych okresach klinicznych danej choroby i jej powikłań.

### III. O SUCHOTACH PŁUCNYCH PRZYMIOLOWYCH.

podał D-r. med. Alfred Sokolowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Lutego 1882 roku).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

Dwa następujące spostrzeżenia miałem sposobność obserwować na klinice profesora Lambła; uprzejmości kolegi Pacanowskiego zawdzięczam szczegółowe historyje chorób, które pokrótce podaję.

**Spostrzeżenie II.** W dniu 7 Lutego 1881 roku przyjętym został na klinikę terapeutyczną szpitala Ś-go Ducha Jan R., były urzędnik, lat 47 mający. Chory przedstawia obraz znacznego wyniszczenia, uskarża się głównie na silne osłabienie i kaszel. Kaszel ów rozpoczął się przed 3-ma laty, nie dokuczając wiele choremu. Od roku kaszel stopniowo wzmógł się, a jednocześnie zaczął choremu dawać się we znaki znaczny brak tchu. Od Stycznia 1881 kaszel i braku tchu coraz się zwiększały, jednocześnie i plwocina stała się obfitszą, chory na siłach zaczął coraz bardziej upadać. Usposobienie dziedziczne do suchot płucnych nie istnieje. Chory przed piętnastu laty wskutek zarażenia się uległ chorobie przymiotowej, z szybko następującemi ciężkiemi objawami wtórnymi (zajęcie skóry, gardła, zapalenie tęczówki i t. p.). Leczony był metodycznie wcieraniami w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie. Od tej pory objawy cierpienia przymiotowego nie występowały z wyjątkiem bólów w kościach, zjawiających się od czasu do czasu.

W dniu 12 Lutego wspólnie z kolegami Pacanowskim i Ołtuszewskim badaliśmy szczegółowo chorego, znaleźliśmy stan następujący: chory przedstawia objawy daleko posuniętego wyniszczenia, wygląda jak starzec. Stan bezgorączkowy, upadek sił znaczny, poty umiarkowane, kaszel niezbyt częsty z umiarkowaną ilością plwociny ropnej. Klatka piersiowa nieźle rozwinięta, w obu szczytach płucnych znaczne stopienie odgłosu opukowego; tamże przy wysłuchiwanii znaleźliśmy objawy zniszczenia szczególnie wyraźne w prawym szczycie z przodu (oddech jamisty, rżenia dźwięczne). Wreszcie obu płuc oddech z wydechem słabo oskrzelowym. Wątroba i śledziona nie powiększone. Mocz zawiera białko. Od czasu do czasu rozwolnienie. Głos dosyć silnie ochrypnięty. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało umiarkowane zaczerwienienie nagłośni oraz tylnej ścianki krtani, jakoteż lekkie zbrzęknięcie tej ostatniej. Lewa struna wrzekoma mocno zgrubiała. Zaczerwienienie i drobne owrzodzenia na obu strunach prawdziwych.

Przebieg choroby nie przedstawiał nic godnego uwagi; stan chorego był ciągle prawie zupełnie bezgorączkowy, od czasu do czasu tylko wieczorna ciepota nieco się podnosiła, zazwyczaj nie wyżej jak do 38,5° C.; siły zmniejszały się stopniowo, połykanie pozostało trudnem. Przy objawach zupełnego wyniszczenia chory zmarł dnia 7-go Marca 1881 r.

Badanie pośmiertne, dokonane w dniu 8 Marca, w obecności profes. L a m b l a dało wynik następujący: Oba płuca silnie przyrośnięte; po rozcięciu przedstawiają w górnych częściach kilka różnej wielkości jam z nierównymi ściankami. W pozostałych ustępach płuc widzieć się daje rozlany, znaczny rozwój tkanki łącznej, szczególniejszej około oskrzeli tak, że płuca są twardości włóknistej; nigdzie nie spostrzega się, ognisk serowatych (zrazikowych, bronchopneumonicznych); gdzieniegdzie miejsca ciemno zabarwione. Błona śluzowa oskrzeli zgrubiała, pokryta znaczną ilością śluzu.

K r t a n i. Lewa struna fałszywa silnie zgrubiała; przy przecinaniu przedstawia twardą konsystencyję; obie struny prawdziwe pokryte drobnymi owrzodzeniami. Nagłośnia i tylna ściana zaczerwienione umiarkowanie. W s e r c u zwięźenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej. W a o r c i e liczne złogi wapienne. W ą t r o b a nieco powiększona, na przecięciu przedstawia oznaki wątroby zastoinowej. Ś l e d z i o n a nieco powiększona, twarda. W n e r k a c h zmiany właściwe zapaleniu przewlekłemu. B ł o n a ś l u z o w a k i s z e k b ł a d a, pokryta śluzem; w okolicy zastawki B a u h i n ' a owrzodzenie.

*Diagnosis anatomica. Cavernae pulmonum lateris utriusque. Peribronchitis chronica et induratio pulmonum. Hypertrophia et induratio chordae vocalis sinistrae, exulceratio chordae verae lateris utriusque. Insufficiencia valvulae bicuspidalis et stenosis ostii atrioventricularis sinistri. Endoarteritis deformans ossificans. Gastroenteritis chronica cum ulcere in valvula Bauhinii. Nephritis mixta diffusa.*

S p o s t r z e ż e n i e III. Aleksy K., lat 29, urzędnik pocztowy, przyjęty w dniu 17 Listopada 1881 r. na klinikę wewnętrzną szpitala S-go Ducha z powodu przewlekłego cierpienia płuc. Chory opowiada, że pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej i sam cieszył się do 26 roku życia zupełnem zdrowiem. Przed trzema laty w czasie kampanii w Bułgarii przebywał zimnicę oraz dysenteryję, a wkrótce potem także zaraził się przymiotem. Objawy następcze na skórze wystąpiły bardzo szybko, chory wówczas poddany leczeniu rtęcią za pomocą wcierania. W kilka miesięcy potem zaczął kaszlać, poczem wystąpiły obfite nocne poty. Poty ustąpiły wkrótce, kaszel jednak pozostał ciągle; od 4 miesięcy pojawiło się uparte rozwolnienie niczem nie dające się powstrzymać, które chorego osłabiło i doprowadziło do zupełnego upadku sił. Przed miesiącem wystąpił dość obfity krwotok płucny. Obok tego chory zaznacza w anamnezie liczne nadużycia *in Baccho*. Przy przyjęciu stan chorego okazał się jak następuje: gorączki nie ma; uderza niezwykła bledość skóry, przedstawiająca odcień woskowy; klatka piersiowa dobrze rozwinięta, w obu szczytach płucnych nieznaczne stępienie odgłosu opakowego; oddech nieokreślony obok nieznacznej ilości rżężeń dźwięcznych. W innych częściach płuc oddech zaostrozony; kaszel nieznaczny, plwocina w skąpej ilości. Tętno serca czyste, tętno 80, mocz ciemno czerwony w ilości 600 ctm. sześć; ciężar gatunkowy 1030, zawiera białko w obfitości. Osad badany pod

mikroskopem wykazuje obecność licznych wałeczków przezroczystych, oraz drobnoziarnistych. Brzuch wzdęty, niebolesny, kilka wypróżnień na dzień ciemnego koloru, bez przymieszki ropy, mocno cuchnących.

**Przebieg choroby.** Chory w ciągu sześćo - tygodniowego pobytu w Szpitalu przedstawiał mniej więcej ten sam obraz. Rozwolnienie uparcie trwało ciągle, stan pozostawał stale bezgorączkowym, ostatniemi czasy kaszel powiększył się nieco, siły słabły coraz bardziej; do tego przyłączyły się w ostatnich czasach zawroty i silne bóle głowy. Chory przy zupełnym upadku sił zmarł dnia 4 Stycznia 1882 r.

**Badanie posmiertne** dokonane w dniu 5 - tym Stycznia 1882 w obecności profesora Lamba dało wynik następujący: W jamie opłucnej zawartości płynnej nie ma; szczyt lewego płuca mocno przyrośnięty. Zraz górny mocno stwardniały, na przecięciu barwy bladoróżowej, zawiera kilka drobniutkich jamek nie mających więcej nad jeden centymetr w średnicy, reszta zrazu górnego przedstawia tkanę zbitą ciemnego koloru na przecięciu. W dolnym zrazie zgęszczenia mniejsze, przedstawiające się pod postacią ognisk zrazikowych, na przecięciu widzimy masy żółtawe na tle szarem. Prawe płuco w całości mocno przyrośnięte do opłucnej żebrowej. Zraz górny mocno stwardniały, na przecięciu widać drobne jamki, otoczone tak samo jak w lewym płucu zbitą tkanką łączną; w średnim zrazie porzrucane drobne ogniska na przecięciu żółto-szarawe; zraz dolny na przecięciu jest barwy ciemno-czerwonej; z przecięcia wypływa płyn krwawy spieniony. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, pokryta lepkiem śluzem. Błona śluzowa krtani blada.

W jamie osierdzia znajduje się nieco płynu; mięśnie serca wiotkie, zastawki prawidłowe. Wątroba twarda, brzeg jej ostry, na przecięciu sucha, polyskująca, środek zrazików ciemny, obwód blady. Śledziona duża 16 ctm., twarda, sucha, na przecięciu daje, jak i wątroba, odczyn na mączkowate zwyrodnienie (*deg. amyloidea*). Nerki długość 11 ctm., szerokość 5 ctm., twarde, otoczka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, na przecięciu powierzchnia przedstawia się suchą i gładką z odcieniem woskowym, lekko błyszczącym. Istota korowa blado-żółta, piramidy nieco ciemniejsze. Żółądek rozdęty, zawiera płyn brunatny; błona śluzowa ciemno zabarwiona i mocno macerowana, szczególnie w okolicy dna żołądka. Błona śluzowa kiszek cienkich ciemnoczerwono zabarwiona. W kiszce grubej obszerne owrzodzenia, w poprzeczniczy w odcinku, znajdującym się bliżej wątroby, cała ścianka кишки na przestrzeni 12 ctm. przedstawia mnóstwo drobnych blizn, z licznymi brodawkowatemi wzniesieniami barwy ciemno czerwonej. W kiszce prostej liczne ciemnoszare plamy nieforemnych kształtów; brzegi ich wzniesione w postaci wałeczków, środek zaklesły, zabarwiony białawo, na tem zaś tle białem widać ciemnoczerwone wysepki błony śluzowej.

*Diagnosis anatomica. Cavernae lateris utriusque, peribronchitis et induratio pulmonum bronchopneumonia nodosa. Degeneratio amyloidea hepatis, lienis et in partem renum. Colitis chronica ulcerosa callosa.* (D. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. W. Kirchner. O wpływie chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu. Weber-Liel. Przyczynek do sposobu działania przetworów chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu u ludzi. (*Monatschr. für Ohrenheilkunde etc.* Nr. 1. 1882.).

W pierwszej z tych prac, aby zyskać pewne dane o sposobie działania chininy i preparatów salicylowych na organ słuchu, wykonywał autor doświadczenia na zwierzętach. Do doświadczeń używał królików, kotów, psów, świnek morskich i myszy. Królikom, psom i kotom wprowadzał codziennie do żołądka zapomocą zglębniaka przelykowego roztwór salicylanu sodu w ilości 2-ch gramów. Króliki pozostawały przy życiu przez 8 dni i zdychały przy objawach duszności i porażenia tylnych kończyn. Rozbioru zwłok dokonywano natychmiast lub po kilku godzinach.

Najczęstsze zmiany, które autor znajdował w organie słuchowym, były następujące: przekrwienie mocne w kostnym przewodzie słuchowym, przy samej błonie bębenkowej, która w górnym odcinku przedstawiała ograniczone czerwone wypuklenie powierzchni, wielkości ziarna konopnego, po nakłóciu którego to miejsca wydzielal się żółto-krwisty płyn surowiczny. Średni i dolny odcinek błony bębenkowej były niezmiennione. Błona śluzowa jamy bębenkowej po dłuższem użyciu salicylanu sodu i chininy była bez blasku, żółto zabarwiona. W tylnym, jakoteż w przednim odcinku jamy bębenkowej znajdowały się wylewy krwi w postaci kropek i plam wielkości od dwóch do trzech milimetrów. W wielu przypadkach znaleziono po otwarciu błędniaka zaczerwienienie wewnętrznej powierzchni przedsionka, który był wypełniony czerwonym płynem, a także i w ślimaku znajdowano czerwoną, płynną zawartość.

Zmiany te znajdowano w obudwóch uszach lub też tylko w jednym.

Z preparatów chininy zadawano królikom od 1 do 1,5 grama *pro dosi* w roztworze wodnym. Znajdował autor stale przepelnienie krwią opon mózgowia, przekrwienie i wylewy krwawe w jamie bębenkowej. U psów i kotów po zadaniu 1 do 2 gramów *chinini muriatici* następowała śmierć w 5 do 8 godzin. Zwierzęta te w dwie godziny po zadaniu środka wykonywały wahadłowe poruszenia głową, następował wyciek śliny, porażenie przednich kończyn, śpiączka, duszność i śmierć. Salicylan sodu psy i koty w dawce od 3-ch do 5-ciu gramów znosiły dobrze, i chociaż nie raz występowały wymioty, oraz chód niepewny, drugiego jednak dnia stan normalny powracał. U wszystkich zwierząt tak po chininie jak i po kwasie salicylowym występowało przekrwienie i krwiotoki w jamie bębenkowej. U niektórych psów zauważono mocne zaczerwienienie błędniaka.

Świnkom morskim i myszom zastrzykiwano przetwory chininy i kwasu salicylowego podskórnice; pierwszym w ilości 0,5 grama, drugim 0,03 grama. Znajdowano również przekrwienie i wylewy krwi na błonie śluzowej jamy bębenkowej.

W drugiej pracy Weber-Liel streszcza rezultaty, otrzymywane u ludzi zdrowych przy zadawaniu im znacznych ilości preparatów chininy i kwasu salicylowego. Obserwacje dokonywane były w części na kilkunastu słuchaczach medycyny, w części dokonywał je autor na sobie samym. Objawy występujące po zadaniu 1-go grama chininy były następujące:

1) Stopniowy spadek ciepłoty w zewnętrznym przewodzie słuchowym w przeciągu  $2\frac{1}{4}$  godziny o  $0,56^{\circ}$  C., który to spadek następował równocześnie z obniżaniem się ogólnej ciepłoty organizmu.

2) Nie zauważono przekrwienia w przewodzie słuchowym ani na błonie bębenkowej, tak w czasie doświadczenia jakoteż i później; przeciwnie w 5-ciu przy-

padkach nieznaczne przekrwienie, istniejące wzdłuż wyrostka młotka, przed doświadczeniem znikło po zadaniu chininy.

3) Podmiotowe uczucia słuchowe występowały przecięciowo w ciągu 1-iej do  $1\frac{1}{2}$  godziny, i objawiały się w postaci szumu, dzwonienia i t. p. Znikały one stopniowo w ciągu 12-tu godzin.

4) Później niż nienormalne czucie słuchowe występowało stępienie słuchu, gdyż dopiero po 2-ech lub 3-ech godzinach. W niektórych doświadczeniach zegarek, który był przedtem słyszany w odległości 4-ech do 5-ju stóp, w 3 godziny po zadaniu chininy zaledwie był słyszany w odległości 1-go do 2-ech cali. Stępienie słuchu nie trwa dłużej od szumu w uszach.

5) Jednocześnie z podmiotowemi uczuciami słuchowemi wystąpiły u 8-miu osób objawy zawrotu głowy, które niekiedy były tak znaczne, że chód po prostej linii był niemożliwy.

Po zadaniu salicylanu sodu  $4\frac{1}{2}$  do 5-ciu gramów w 2-ech dawkach co kwadrans objawy były następujące.

1) W ciągu 2-ech do 3-ech godzin ciepłota w przewodzie słuchowym zewnętrznym spadła o  $0,35^{\circ}$  C.

2) Nie występowało przekrwienie przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej, a przedtem istniejące nie znikło.

3) Szum lub dzwonienie w uszach występowały w przeciągu  $2\frac{1}{2}$  do 4-ech godzin i trwały dłużej niż po zadaniu chininy. U autora szum znikł dopiero po 5-ciu dniach.

4) Najwidoczniejszem było we wszystkich doświadczeniach stępienie słuchu. Stępienie to trwało niekiedy bardzo wyraźnie przez kilka dni. U autora np. przez 6 dni, u 3-ech osób, które przedtem już miały słuch stępiony skutkiem cierpienia uszów, takowy znacznie się pogorszył i dopiero po 8 miu dniach wrócił do pierwotnego stanu.

5) Zawroty głowy występowały później niż szum w uszach.

Porównywując objawy po zadaniu kwasu salicylowego z takimiż objawami po zadaniu chininy, widzimy, że przy pierwszym jest mniejszy spadek ciepłoty ucha i znaczniejsze stępienie słuchu, które trwa daleko dłużej niż po zażyciu chininy; przeciwnie poprzednio istniejące przekrwienie wzdłuż wyrostka młotka nie znika przy kwasie salicylowym, co ma miejsce przy chininie.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 48. 1881.).

*E. Modrzejewski.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

**Posiedzenie kliniczne z d. 22 Lutego 1882 r.** P. Prezydent miasta nadesłał odezwe z prośbą, aby Towarzystwo Lekarskie wybrało pięciu lekarzy, którzyby wzięli udział w pracach podkomisyi. mającej na celu zbadanie, o ile projekt przygotowany przez Radę miejską dobroczynności publicznej co do ulepszeń i reform w szpitalach Warszawskich jest odpowiedni, wyczerpujący i uzasadniony.

Podkomisyja ta ma zbadać następujące kwestyje:

- 1). Jaka właściwie liczba łóżek w szpitalach naszych jest nieodzownie potrzebną?
- 2). Polepszenie porcyj szpitalnych i odpowiednie ich uornowanie.
- 3). Urządzenie Instytutu położniczego oraz oddziału dla dzieci, dotkniętych chorobami zaraźliwemi.

**B a r a n o w s k i** w skutek tego objaśnia, że już raz komitet utworzony przy Magistracie Warszawskim, wezwał Towarzystwo Lekarskie, aby wzięło współudział w jego pracach przez wydelegowanie z łona swego jednego lekarza. Delegatem tym został **B a r a n o w s k i**. Tymczasem **B a r a n o w s k i** przekonał się, że komisya, do której został wybranym, ma za zadanie odszukania źródeł, z których możnaby poczerpnąć fundusze, nieodzowne do zaspokojenia wydatków na szpitale rosnących z każdym rokiem. Ta to, więcej finansowa niż szpitalna komisya, wobec obszernego, nade-

śląnego jej przez Radę M. dobroczyn. publicznej programu reform, obciążającego budżet przyszłych wydatków o 200,000 rs., uznała ważność proponowanych reform, radaby jednakże na zasadzie dokładnych danych nabyć bliższego przeświadczenia o ich konieczności. W tym celu z łona swego wysadziła podkomitet, złożony z pp. Baranowskiego, Makowieckiego, Puchalskiego, Scholzego i Spiessa, poruszając mu rozpatrzenie: 1) diety szpitalnej; 2) kwestyi urządzenia osobnych oddziałów dla idyotów i nieuleczalnych, a więc powiększenia liczby łóżek szpitalnych; 3) kwestyi, czy dotychczasowa ilość łóżek w szpitalach jest w ogóle wystarczającą; 4) sprawy odpowiedniego urządzenia Instytutu porodowego; 5) sprawy urządzenia osobnych oddziałów dla dzieci, dotkniętych chorobami zaraźliwymi. W podkomitecie tym zauważono brak s'ł specjalnych, potrzebnych do rozpatrzenia tych tak zawitych i licznych kwestyj. Złąd odezwa p. Prezydenta, żądająca wydelegowania przez Tow. Lek. 5 członków do owego podkomitetu. Z liczby tej dwóch kolegów ma być też wybranych do komisji, która będzie rozpatrywać kwestyję relew szpitalnych. Towarzystwo postanowiło wybrać 1-go chemika, 1-go higienistę, 1-go ordynatora szpitalnego, 1-go akuszerę i 1-go z kolegów, bliżej obznajomionych z administracją szpitalną w ogóle. Przy głosowaniu tajnym wybrano 1-go Nenckiego, 2-go Markiewicza, 3-go Klinka, 4-go Rogowicza i 5-go Orłowskiego.

Sokołowski przeczytał pracę swą „O suchotach przymiotowych płuc“. Praca ta *in extenso* pomieszczoną będzie w „Gazecie Lekarskiej“. Nie od rzeczy będzie jednak zakomunikowanie w tem miejscu Szanownym Czytelnikom głosów, które w tym ciekawym przedmiocie zabierali kol. Baranowski i Dobrski.

Zdaniem Baranowskiego spostrzeżenia autora są bardzo ważne, szczególnie z tego względu, że, poparte sekeyjami, zyskują na ścisłości. Uważa jednak mówca, że przypadki te są bardzo jednostronne, jeżeli weźmiemy pod uwagę całą kwestyję cierpień płucnych u suchotników; wszystkie one dotyczą zmian, które powstały już przy dość daleko posuniętem charactwie ogólnem. Pierwszy przypadek jest nieco młodszy, bo cierpienie, o którym mowa, rozwinęło się podczas weześniejszych okresów przymiotu, ale za to przypadek ten powikłany był przez zimnicę i t. d. Z tych więc 3 przypadków niepodobna wnioskować o rozmaitego rodzaju zmianach, mogących się pojawiać w płucach u syfilityków. Dla tego to zapewne Sokołowski podaje w wątpliwość tak wiarogodne spostrzeżenia, jak Williams'a Schnitzler'a i t. d. Mówca widział dużo takich przypadków, opierając się tedy na własnych spostrzeżeniach, doszedł do wniosku, że się takowe dadzą podzielić na 3 kategoryje:

1) Gdzie przy istniejącem charactwie przymiotowem w późnych okresach tej choroby pojawia się cierpienie płuc, prowadzące do ostatecznego zburzenia organizmu, do śmierci. Przypadki, opisane przez Sokołowskiego, odnoszą się właśnie do tej kategoryi.

2) Niezbyt rzadko cierpienie płuc pojawia się wśród wezesnych okresów choroby przymiotowej. Brak usposobienia dziedzicznego do suchot płucnych, a za to łączność z objawami przymiotu w innych narządach naprowadza nas na właściwe w tych razach rozpoznanie śródmiąższowego zapalenia przymiotowego płuc. Tu leczenie przeciwprzymiotowe może dać jaknajlepsze wyniki. Sokołowski twierdzi, że przymiotowe zapalenie płuc nie zdarza się we wezesnych okresach przymiotu. Takie zajęcie trzewiów jednocześnie z wystąpieniem syfildów skórnych jest bezwarunkowo możliwe; powinniśmy pod tym względem wziąć pod uwagę choćby pogląd Hebr'y na tę sprawę. Takie cierpienie płuc, pojawiające się podczas trwania bardzo wezesnych objawów przymiotu na skórze, obserwował Baranowski w ostatnich niemal dniach w trzech przypadkach. We wszystkich tych 3 przypadkach leczenie specyficzne wydało wyborny rezultat. W każdym razie, rokowanie może pozostać wątpliwe w formach, należących do tej kategoryi, choćby z tego względu, że pomimo wyzdrowienia po sprawie takiej w płucach danego osobnika pozostają pozostałości, tkanka białkowa i t. d., które obecnością swą już usposabiają miąższ do następczych zmian chorobnych z zejściem w suchoty.

3) Do trzeciej kategoryi należą te przypadki, w których jednocześnie chory dostaje zapalenia płuc przymiotowego i gruźlicy. Tu zmiany występują łącznie i kombinują się nawzajem. Te przypadki istotnie dają rokowanie złe, a leczenie antyprzymiotowe jako szkodliwe może być wręcz przeciwwskazanem.

Dobrski stara się dowieść, że w pracy Sokołowskiego znaleźć można kilka sprzeczności i tak:

a) Sokołowski zgadza się z Rosnerem na zdanie, że rozpoznawanie suchoty płucnej przymiotowej *ex juvantibus et nocentibus* jest rzeczą niewłaściwą, a tymczasem sam opowiada, że chorego w Goersbersdorfie dawał jodek potasu i dopiero gdy ten ostatni nie przynosił korzystnych zmian w przebiegu choroby, rozpoznawał Sokołowski, że ta ostatnia nie była istoty przymiotowej.

b) Nawet ten wniosek Sokołowskiego jest niewłaściwy, gdyż wynik ujemny po zastawieniu jodku potasu nie jest bynajmniej dowodem, żeby w danym razie cierpienie nie było natury przymiotowej, mogło bowiem ustąpić pod wpływem leczenia rtęcią. Tak się właśnie stało z dwoma chorem, leczonemi poprzednio w Goersbersdorfie jodkiem potasu.

Mówca jest zdania, że w wielu na pozór najcięższych przypadkach leczenie antyprzymiotowe z największą korzyścią dla chorego użyte być może. Kilka takich przypadków przytacza Dobrski na poparcie swego zdania, czerpiąc je z własnej praktyki.

Sokołowski w obronie swoich wniosków odpowiada najpierw Baranowskiemu, że tytułem pracy swej chciał właśnie ściśle określić kategorie cierpień, z natury swej przymiotowych, opisuje więc nie cierpienie płuc syfilityków, lecz przymiotowe suchoty płuc, których dwie formy rozróżnia: 1-a z dobrem zejściem (prawdopodobnie *pneumonia gummosa*) i 2-a *pneumonia interstitialis*, prowadząca do zniszczeń mazi. Tylko w formie pierwszej leczenie rtęciowe może być skuteczne. Dobrskiego zarzuty odpiera w ten sposób.

Wszystkie spostrzeżenia, z literatury przedmiotu poczerpnięte, analizował niezmiernie krytycznie i zauważył, iż bardzo wiele z nich grzeszy brakiem ścisłości badania i opisu i do tej właśnie kategorii widzi się zmuszonym odnieść także przypadki przez oponenta za cytowane; żadnego z nich nie może bez zastrzeżeń i wątpliwości postawić w szeregu zapaleń płuc przymiotowych. Co się tyczy sprzeczności, pod lit. a wykazanej, to Sokołowski stawiał rozpoznawanie takie *ex juvantibus et nocentibus* przed laty i przyznaje sam w swej pracy najwyraźniej, że wówczas postępował niewłaściwie. Dziś ani jodku potasu przymiotowym takim nie daje, ani rozpoznania na tak niewłaściwej drodze nie stawia.

Posiedzenie skończyło się o godz. 10-ej, gdyż niezmiernie interesujące rozprawy, które starałem się tu jaknajtreściwiej zanotować dużo zajęły czasu. Pomimo to dalszy ciąg rozpraw zapisano na porządek dzienny następnego posiedzenia. Posiedzenia kliniczne zaczynają trwać nieco dłużej, a to z powodu znacznej zapasu prac, zapisanych w biurze Towarzystwa. Niektórzy więc członkowie niewłaściwie gniewają się o to, że tradycyjna godzina 9 przechodzi, a posiedzenie się nie kończy, zdaniem naszym dowodzi to tylko ożywienia i ważności rozpraw, których bez szkody dla naukowego ich interesu nie godzi się przerywać. Mybyśmy właśnie gorąco pragnęli, żeby takie rozprawy bwały jak najczęstszymi, a członkowie dyskutujący jak najswobodniejszymi pod względem czasu, wydzielanego im na czysto naukowe przemówienia. Sekretarz Towarzystwa R. Jasiński.

## Wiadomości bieżące.

**Paryż.** Tutejszy wydział lekarski z pomocą zagranicznych towarzystw lekarskich i biur statystycznych różnych krajów ogólną liczbę żyjących lekarzy we wszystkich krajach cywilizowanych obliczył na 182.000. W stosunku do ludności najwięcej ich jest we Francji, bo 26,000. W kraju tym zajmują się lekarze stosunkowo bardzo licznie polityką. Na 547 członków Izby deputowanych, jest lekarzy 44.

**Berlin.** Dotychczas na utworzenie zakładu imienia Virchowa (Rudolf Virchow - Stiftung) zebrano 76,612 marek i 28 fenigów.

— Dotychczasowi prywatni docenci: D-r M. Bernhardt i E. Bauman mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi na tutejszym uniwersytecie.

**Monachium.** Pod przewodnictwem D-ra księcia Karola Teodora Bawarskiego utworzył się tu komitet dla wystawienia pomnika w kształcie biustu zmarłemu prof. L. v. Buchlowi.

**Wiedeń.** Zmarł tu d. 18 Marca r. b. D-r Wincenty Kletzinsky znany chemik sądowy, był asystent przy katedrze chemii patologicznej tutejszego uniwersytetu.

— Do czasu wyboru następcy, zastępczo klinikę chorób wewnętrznych po prof. Duchek'u prowadzić będzie D-r Drasche.

**Wrocław.** D-r H. Gierke, były profesor w Tokio (Japonii), mianowany został nadzwyczajnym profesorem tutejszego uniwersytetu.

**Erlangen.** Zmarł tu znany z prac z dziedziny dyjagnostyki fizycznej chorób, profesor D-r Wintrich.

# PILULES DE BLANCARD

z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.

przeciw : *Skrofułom, bladaczce, małokrwistości i braku menstruacji, etc. etc.*

*NB.* — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Pigulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykiety, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystrzegac należy się podrabian.

WYSTAWA POWSZECHNA 1878

Zaszczytna wzmianka

MEDAL HONOROWY



Wystawa międzynarodowa 1875

## ELIXIR EUPEPTYCZNY TISY

z pierwiastków Pankreatyny, Diastasis i Pepsyny

### ZUPEŁNIE TRAWIACY

POKARMY  
TLUSTE  
MACZYSTE  
I ŻYLAŚTE

ZALECANY PRZEZ LEKARZY PRZECIW

Trudnemu trawieniu, Bólom żołądka, Utracie apetytu i sił,  
Zbyt powolnej konwalescencji, Wymiotom, etc.

PARYŻ, SPRZEDAŻ HURTOWNA: W APTECE BAUDON, 12, Ulica Charles V,  
w Warszawie, SPRZEDAŻ CZĘŚCIOWA: W APTEKACH I SKŁADACH  
MATERJAŁÓW APTECZNYCH

## Preparata żelazno-manganowe

Préparations ferro-manganiques

P. BURIN DU BUISSON

zatwierdzone przez Akademię Medyczną w Paryżu.

1. Proszek żelazno-manganowy zawiera siarczan żelaza i siarczan manganu, połączony z kwasem winnym, dwuwęglanem sodu i cukrem, w celu utworzenia wody gazowej, którą się przepisuje w dawce biorąc łyżeczkę od kawy proszku, do szklanki wody lub wina.

2. Pigułki z jodku żelaza i manganu są pokryte niepsującą się powłoką i zawierają każda 5 etg. (jeden gram) jodku żelazo-manganowego. Przepisują się w dawce 2—4 pigulek dziennie.

3. Pigułki z węglanu żelaza i manganu mieszczą w sobie 10 centigrammów węglanu żelazo-manganowego; przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

4. Pastyłki z mleczanu żelaza i manganu. Każda pastylka zawiera 5 centigrammów mleczanu żelazo-manganowego, przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

*NB.* Te rozmaite preparata dają pomyślne skutki w kuracyi: bladaczki, bezkrwistości, przypadłościach limfatycznych, skrofuleicznych i t. d. Godnem jest uwagi, że chorzy wyleczeni przez ich zażywanie, są daleko mniej narażeni na recydywy niż wyleczeni za pomocą preparatów żelaznych.

# VICTORIA

## woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkie ni wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichsall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitz*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rzecz ra l. stanu Prof. *D-ra D. Lambła*, prym *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego* *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.