

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. O nerwobólach klatki piersiowej, wikłających przewlekłe suchoty płucne. — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurezu serca. *Hemisystolia cordis.* (Leyden). (Dokończenie). — III. I. Wisłocki. Chinina w kokluszu. — *Dział sprawozdawczy:* 31. L a n d a u Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (Dalszy ciąg). — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 21 Marca 1882 r. — Wiadomości bieżące — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O NERWOBÓLACH KLATKI PIERSIOWEJ, WIKŁAJĄCYCH PRZEWLEKŁE SUCHOTY PŁUCNE.

Podał

D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

Powszechnie wiadomo, jak często suchotnicy uskarżają się na bóle różnorodne w klatce piersiowej, które pospolicie oznaczane bywają pod nazwą, „kłucia w piersiach“. Przy bliższem jednakże rozpatrzeniu, z łatwością przekonać się można, że bóle owe przedstawiają różnorodny charakter, tak pod względem umiejscowienia, nateżenia, przebiegu, jako też ich znaczenia patologicznego. Zajmując się oddawna badaniem tego objawu, często stanowiącego wielce nieprzyjemne powikłanie suchot płucnych, postanowiłem dzisiaj podać do wiadomości Szanownym Kolegom moje pod tym względem doświadczenie kliniczne.

Wogóle biorąc, bóle w mowie będące dadzą się podzielić na dwie główne grupy: 1) bóle tępe, nieściśle umiejscowione, występujące w różnych miejscach klatki piersiowej, przeważnie jednakże z przodu, bardzo zaś często w okolicy mostka. Bóle owe posiadają różnorodne nateżenie, zazwyczaj nie dokuczają one zbyt chorym, którzy określają je jako głuchy ból, głęboko w piersiach tkwiący, nie będąc w stanie ściśle go umiejscowić. Często głębokie oddechanie powiększa ból; w większej jednakże liczbie przypadków, oddechanie nawet głębokie odbywa się zupełnie swobodnie. Bóle owe występują chwilami, nieraz godzinami, wogóle jednakże biorąc, są krótkotrwałe; są okresy że występują kilka dni z rzędu, innym razem co kilka tygodni lub miesięcy. Często przyczyną ich bywa wysiłek mechaniczny, innym razem występują bez żadnej widocznej przyczyny, nieraz wśród zupełnego spokoju.

Zdarza się jednak czasem, że bóle, wyżej wspomniane, dochodzą do niezwykle silnego nateżenia, a wówczas stanowią one wielce dokuczliwy objaw,

chorzy wówczas ból określają, jako niezwykle silne klucie, lub rwanie w piersiach, ból taki nieraz dochodzi do tak silnego zaostrenia, że chorzy niemal krzyczą z bólu. Tego rodzaju silne bóle występują rzadko, a przypadki w których dotychczas miałem sposobność je obserwować odnosiły się do okresów końcowych szybko przebiegających suchot płucnych (*phthisis florida*). Jako ciekawy pod tym względem, przypadek niechaj nam posłuży następujące spostrzeżenie: W pierwszych dniach Kwietnia roku bieżącego, przybyła na mój oddział w szpitalu Ś-go Ducha 18 letnia dziewczyna w ostatnim okresie szybko postępujących suchot płucnych. Chora przedstawiała obraz ostatecznego wyniszczenia, gorączkowała silnie (*febris continua* do 40° C. z nieznacznie rannymi remissyjami) pociła się obficie, kaszel trwał bezustanku. W płucach istniały objawy fizykalne znacznych zgęszczeń u obu szczytów płucnych.

Jedyny przedmiot skargi owej nieszczęśliwej chorej były silne bóle w piersiach, bólów owych bliżej umiejscowić nie była w stanie, wskazując tylko na całą przednią część klatki piersiowej. Objaw ten musiał być niezwykle silnego nateżenia, chora bowiem wciąż jęczała, a od czasu do czasu wydawała głośne krzyki. W ciągu kilkunastogodniowego pobytu w szpitalu, to jest do samej śmierci, objaw ów pozostawał bez zmiany, nawet jeszcze na kilka godzin przed śmiercią, podczas mojej wizyty szpitalnej, chora, będąc już prawie bez tętna, jeszcze jęczała uskarżając się na ból w piersiach.

Badanie pośmiertne dokonane przezemnie wykazało: znaczne zrosty obu płuc, szczególnie szczytów, znaczne zniszczenia (*jamy-cavernae*) z obu szczytów, a szczególnie lewego, ogniska bronchopneumonice w innych częściach płuc. Nigdzie świeżych gruzełków nie napotkano. Nigdzie na opłucnej nie wykryto śladów świeżego wysięku, wszystkie zrosty były mniej lub więcej silnie zorganizowane.

Inny rodzaj bólów rozlanych, a jednak już bardziej ograniczonych, napotykamy u suchotników przedstawiających objawy znacznych powierzchownych jam (kawern). Tacy chorzy skarżą się od czasu do czasu, że w miejscu, odpowiadającym owej jamie, występuje mniej lub więcej rozległy ból; ból taki zazwyczaj występuje przemijająco, nigdy nie dokucza mocno chorym, a ci ostatni charakteryzują go jako ból głuchy, rozprzestrzeniający się mniej na znacznej przestrzeni tej strony klatki piersiowej, w której istnieje jama suchotnicza. Zdarza się bardzo często, że ból ów wzmaga się po dokonywanej perkusji, szczególnie zbyt mocno wykonywanej, nieraz nawet ból do tego stopnia się wzmaga, że chorzy badać się nie pozwalają, twierdząc, że po każdym badaniu ból trwa całe godziny; widziałem nawet tego rodzaju przypadki gdzie chorzy znaczne pogorszenie swego stanu kładli na karb zbyt energicznie dokonanej perkusji, twierdząc, że ból, który stale u nich powstawał, datuje od owego badania. Zresztą fakty tego rodzaju znane są powszechnie w klinikach, gdzie często suchotnicy wypisują się jedynie dlatego tylko, że wielokrotne badania przez studentów wywołują u nich uparte bóle w klatce piersiowej.

Co się dotyczy istotnej przyczyny owych bólów rozlanych, to takowa nie daje się wyjaśnić w zupełnie zadawalniący sposób. Można przypuszczać, jakto i zresztą powszechnie się przyjmuje, że wywołane są one tworzącymi się

zrostami pleurytycznymi. Przeciwnie jednakże takowemu przypuszczeniu przemawiają fakty tego rodzaju, że bóle owe występują stosunkowo rzadko u suchotników, podczas gdy zrosty pleurytyczne są zjawiskiem stale napotykanem u każdego trupa suchotniczego. Zdarzało mi się wielokrotnie o tem przekonać, co zresztą jest faktem powszechnie znanym, że nieraz u suchotników, którzy w ciągu całej choroby nie uskarżali się na najmniejszy ból, znajdowałem po śmierci kolosalne zrosty, które jedynie nożem można było od klatki piersiowej odseparować.

Przeważnie u suchotników, skarżących się na mniej lub więcej silne bóle, znajdowałem zrosty nieznaczne, tak np. u 35-letniej suchotnicy, którą również w r. b. na moim oddziale spostrzegalem, istniały w ciągu kilku tygodni przed śmiercią bóle rozlane (na znacznej przestrzeni), głównie w przedniej części klatki piersiowej. Bóle owe były niezbyt silne, chora okazywała głównie na cały mostek, jako na miejsce bólu. Badanie pośmiertne wykazało, że tylko wierzchołek prawego płuca i tylna część górnego zraza były przyrośnięte i to za pomocą umiarkowanych zrostów. Lewa opłucna żebrowa przedstawiała się zupełnie gładką, również lewy wierzchołek i tylne części płuca tylko przyrośnięte, przednia powierzchnia obu płuc, brzeg dolny i wewnętrzny były zupełnie swobodne. Może być, że przy powstaniu owych bólów odgrywa główną rolę indywidualność chorego, większa skłonność do nadczułości nerwowej, wogóle mówiąc, pewna większa wrażliwość nerwowa, gdyż, jak to miałem sposobność spostrześć, bóle owe występują w większej liczbie przypadków u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Drugim rodzajem nerwobólów, występujących w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, są to bóle ograniczone do pewnych punktów klatki piersiowej, a mianowicie do międzyżebry. Bóle tego rodzaju posiadają mniej lub więcej wyraźne cechy nerwobólów międzyżebrowych (*neuralgia intercostalis*). Pod względem klinicznym nerwobóle tego ostatniego rodzaju przedstawiają się pod trzema głównymi postaciami, i tak: W bardzo wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie nieraz mamy nieznaczne zaledwie objawy fizyczne ze strony płuc (lekkie stępienie, oddech wydłużony i t. p.), występują bóle pod obojczykiem, w drugim lub trzecim międzyżebry. Ból taki nie jest zbyt silnym i jest ściśle ograniczonym do wyżej wzmiankowanych międzyżebry. Rzadko tylko bardzo rozprzestrzenia się na przednią część karku. Przy pociskaniu ból wzmaga się i wyraźnie rozszerza się w kierunku nerwu międzyżebrowego; naciśnięcie innych sąsiednich miejsc klatki piersiowej bynajmniej bólu nie wywołuje. Tego samego rodzaju ból międzyżebrowy, chociaż już daleko rzadziej, występuje i z tyłu między łopatkami, również ograniczając się ściśle do kilku pewnych przestrzeni międzyżebrowych. Jak tylko co wzmiankowałem, bóle owe nie bywają nigdy zbyt silnymi, występują one od czasu do czasu i zazwyczaj są krótkotrwałymi; chorzy opowiadają nam, że najczęściej doznają bólów tych rano przy wstawaniu, trwają one nieraz kilka godzin, a w ciągu dnia ustępują zupełnie, aby znowu zjawić się nazajutrz rano.

Z postępem sprawy płucnej ku gorszemu, bóle te zazwyczaj znikają w zupełności, toż samo ma miejsce również w tych przypadkach, gdzie proces w szczyście

pluca przybiera pomyślny przebieg. Co do bliższej istoty owych bólów, to chociaż z trudnością daje się tu coś stanowczego orzec, dla tej przyczyny, że chorzy będący w tym okresie nie bywają przedmiotem badania pośmiertnego, to sądzę jednakże, że wielce prawdopodobnem jest przypuszczenie, jeszcze przed trzydziestu kilku laty wypowiedziane przez lekarza francuskiego B e a u ¹⁾, że bóle takie zależne są od zapalenia nerwu międzyżebrowego (*névrite*), będącego wynikiem przewlekłego zapalenia oplucnej, towarzyszącego sprawie gruźliczej szczytu płucnego.

Bóle owe podobojczykowe, tylko co opisane, jeśli z jednej strony niezbyt dokuczają chorym i zazwyczaj same ustępują. to jednakże nieraz u nieco wrażliwych chorych (a bardziej jeszcze u ich otoczenia) stanowią przedmiot nieustannej obawy i nieustannych skarg, zmuszających lekarza do różnych środków miejscowo działających. W tych jednakże razach leczenie psychiczne okazuje się najczęściej środkiem najskuteczniejszym, chorzy uspokojeni zapewnieniem lekarza o małej doniosłości bólu, przestają się trwożyć, a ból zazwyczaj szybko ustępuje sam przez się. Co się dotyczy znaczenia prognostycznego owych bólów, to, zdaniem mojem, znaczenie ich zostało przez niektórych autorów, a szczególnie P e t e r'a, zbyt znacznie przecenionem. Profesor P e t e r w swoich znakomitych lekcjach klinicznych ²⁾ bólowi wyżej opisanemu nadaje wysoką doniosłość praktyczną, pisząc: „*Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, la douleur des sommets de la poitrine est donc un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire; il s'en suit qu'elle en est un des symptômes le plus constants et par là un des signes les plus probants*“ (str. 504).

Zdanie to profesora P e t e r'a jest jednostajnem, a to z następujących powodów: 1) Ponieważ u bardzo wielu suchotników od początku cierpienia, aż do śmierci, jak to już wyżej wzmiankowałem, nie występują wcale nawet najmniejsze bóle, o czem miałem sposobność głównie przekonać się w Zakładzie leczniczym w Goerbersdorf'ie, w ciągu lat kilku, spostrzegałem tamże właśnie ogromną ilość przypadków, ze zmianami nieznacznymi szczytów płucnych, a śmiało wyrzec mogę, że zaledwie może u czwartej części z nich występowały owe bóle podobojczykowe. 2) Że w przypadkach gdzie istnieją owe bóle mamy chociaż nieznaczne, lecz wielce pozytywne, objawy cierpienia szczytu płucnego, jako to: suchy kaszel, lekkie stępienie, wydech przedłużony i t. p. objawy zajęcia szczytu płucnego. 3) Że bóle owe występują nieraz u osób zupełnie zdrowych szczególnie kobiet, ustępując szybko i mając li tylko znaczenie czystego nerwobóle międzyżebrowego. (D. c. n.)

¹⁾ De la névrite et de la névralgie intercostales, par le D-r B e a u, médecin de l'Hôtel Dieu etc. Archives Générales de Médecine. Février 1847. Str. 162—181.

²⁾ Leçons de Clinique médicale, par M. P e t e r, Professeur etc. Paris. 1877. Tom I. str. 498—521.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawłowski**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.).

(Dokończenie — Patrz Nr. 21).

Dwa ostatnie spostrzeżenia wskazują, że tak zwany połowiczny skurcz serca (*hemisystolia cordis*) zjawia się nie tylko przy wadach zastawek serca, ale i przy innych chorobach, występujących z zakłóceniem rytmu serca. Dowodzą one prócz tego, że tłumaczenie sposobu, w jaki zjawisko to do skutku przychodzi, podane przez *Leyden'a*, nie jest prawdziwe. Tłumaczenie to, jak słusznie powiada *Malbranc*, jest bardzo dowcipne, ale więcej teologiczne, aniżeli fizjologiczne. Gdyby rzeczywiście objaśnienie *Leyden'a* tak zwanego połowicznego skurczu było prawdziwym, gdyby tak zwana *hemisystolia* powstawała na drodze mechanicznej, to jakżeby ona musiała być częstą, wobec tak licznych przypadków wad zastawki dwudzielnej. Tymczasem klinika nie potwierdza tego ostatniego przypuszczenia. Już samo naprzemiennie perjodyczne zjawianie się i znikanie tętna, dalej występowanie w mowie będącego zjawiska niekiedy bezpośrednio po prawidłowym rytmie serca, lub w czasie zupełnej arytmii serca i to często bez żadnej widocznej przyczyny, najlepiej przemawia za nerwową naturą tak zwanej *hemisystolii* serca.

Nie chcemy bynajmniej przez to powiedzieć, aby miejscowy stan cyrkulacji, t.j. samego serca, nie wpływał na częstsze zjawianie się *hemisystolii*, chcemy tylko uwydatnić, że w takiej, że się tak wyrazimy, arytmii rytmicznej należy mieć na względzie więcej unerwienie samego serca, aniżeli stosunki mechaniczne. Według naszego zdania tak zwany połowiczny skurcz serca jest niczem innym jak tylko typową perjodyczną arytmiją serca. Że w wadach zastawek serca, a głównie przy niedostateczności zastawki dwudzielnej i zwężeniu ujścia żylnego lewego, obraz tak zwanej *hemisystolii* będzie jaskrawszy, więcej nas uderzający, to łatwe do przewidzenia. Jeśli rytm serca ulegnie zmianie wskutek zmiany w unerwieniu w ten sposób, iż po mocniejszym skurczu serca następuje drugi słabszy, przedwczesny, to z przedsionka do komórki dostanie się tylko niewielka ilość krwi. Ta mała, niedostateczna ilość krwi rozdzieli się jeszcze, przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, na dwie części, z których jedna tylko do aorty wepchniętą zostanie, gdy tymczasem druga część wraca napowrót do przedsionka. Tętno więc arteryjalne, zwłaszcza tętnic obwodowych, odpowiadające takiemu słabemu przedwczesnemu skurczowi serca, może się stać zupełnie niewyczuwalnym. Przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, rezultat ostateczny będzie mniej więcej taki sam, jak w poprzednim razie, ponieważ wskutek przedwcześnie występującego

skurczu serca, bardzo mała tylko ilość krwi przedostanie się przez zwężone ujście z przedsionka do komórki, do aorty, zatem i do tętnic obwodowych.

Tam zaś, gdzie niema podobnych przeszkód w ujściach serca, a zastawki prawidłowo wypełniają swoje zadanie, to chociaż nastąpi przedwczesny skurcz serca, w każdym razie jednak ilość krwi, wepchnięta do aorty, będzie zawsze większą, aniżeli w przypadkach powyższych. Tym sposobem w chorobach niełączących się z wadami zastawki serca, owe drugie, często znikające dla dotyku tętno będzie zawsze stosunkowo większe, aniżeli przy wadach zastawki.

Dla ostatecznego streszczenia poglądów na obraz kliniczny, zależny według Leyden'a i jego zwolenników od połowicznego jakoby skurczu serca, pozwolimy sobie jeszcze raz przytoczyć główne momenty, na których Leyden opierał istnienie tak zwanej hemisystolii serca, a które według badań naszych i innych autorów, okazały się zwodniczemi. I tak, Leyden przyjmował, iż tak zwana *hemisystolia cordis* polega na tem, iż przy każdym drugim uderzeniu serca kurczy się tylko prawa komórka, w pierwszym zaś tylko uderzeniu wierzchołkowym serca obie połowy serca, prawa i lewa, jednakowy przyjmują udział. Pogląd swój opierał wspomniany dopiero co autor na istnieniu dwóch uderzeń wierzchołkowych serca, z których tylko pierwszemu odpowiadało tętno w tętnicy szyjowej i promieniowej; ponieważ zaś podczas drugiego, z dwóch w związku z sobą będących uderzeń wierzchołkowych, tętna w tętnicy szyjowej lub promieniowej nie było podobna wyczuć, a tętno żyłne było wtedy widocznem, ztąd Leyden uczynił wniosek, iż w drugim uderzeniu wierzchołkowym serca przyjmuje udział tylko prawa komórka, lewa zaś nie kurczy się wtedy, pozostając w stanie spoczynku. Słowem, prawa komórka kurczy się wraz z lewą tylko przy pierwszym uderzeniu wierzchołkowym, przy drugim zaś kurczy się tylko prawa komórka. Wreszcie za podporę teorii Leyden'a, miały służyć kardyjogramy Malbranc'a, a mianowicie krótki czas trwania drugiej rewolucyi serca i brak wzgórka, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych aorty w drugiej mniejszej rewolucyi serca, której tętno arteryjalne nie towarzyszyło. Jeden tylko wzgórek znajdujący się na linii zstępującej w rewolucyi mniejszej wyprowadzono od zamknięcia zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej. Wzgórek ten miał znowu służyć za dowód, że druga mniejsza rewolucya serca zawdzięcza swój początek tylko skurczowi prawej komórki, bez współdziałania lewej. Wreszcie jako dowód, że podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego lewa komórka pozostaje w stanie beczynnym, przytacza Malbranc tę okoliczność, iż w czasie drugiego skurczu serca znikał wyraźny przy pierwszym uderzeniu serca szmer gwizdania, w okolicy zastawski dwudzielnej słyszalny.

Nasze zaś badania kardyjo- i sfigmograficzne doprowadziły nas do następujących wniosków:

1) że pomimo pozornego (dla dotyku) braku tętna można wykazać za pomocą dokładnych przyrządów graficznych istnienie drugiego mniejszego tętna, odpowiadającego drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu, że zatem

2) w drugim uderzeniu wierzchołkowym serca (*ictus cordis*) przyjmuje udział nie tylko prawa ale i lewa komórka.

3) że dwa w związku z sobą będące tętna, z których jedno jest wyczuwalne, drugie zaś niedostępne dla dotyku, są niczem innym jak tylko tętnem dwudzielnem, bliźniaczem, lub naprzemiennem (*pulsus bigeminus et p. alternans*), na co już D-r Widmann, ziomek nasz, poprzednio zwracał uwagę.

4) że dwudzielnosc fal tętna ma swoje źródło w podobnej dwudzielnosci uderzeń serca (*Herzbigeminie*) z tem tylko zastrzeżeniem, że analogija pomiędzy dwudzielnym uderzeniem serca a dwudzielnym tętnem polega najczęściej na wewnętrznem jakby ukrytem podobieństwie kardyjogramu ze sfigmogramem, a nie na podobieństwie zewnętrznem rewolucyj serca i tętna;

5) że dwudzielnosc uderzeń serca, podobnie jak dwudzielnosc tętna polega na niestosunkowości, rozstrojeniu pomiędzy skurczem a rozkurczem serca, to jest, że rozkurcz pierwszy (*diastole*) zostaje skróconym przez przedwcześnie zjawiający się skurcz, tak, iż dopiero rozkurcz drugi dosięga normalnej wielkości.

6) W czasie istnienia tętna dwudzielnego, dwudzielnosc ma miejsce nie tylko w lewej, ale i prawej komórce (Riegel, Lachmann).

7) Warunki przenoszeniu się fal z prawego serca do żył szyjowych są odmiennie, aniżeli z lewego serca do tętnic szyjowych i innych obwodowych, wskutek czego jedna i ta sama fala uwydatni się o wiele lepiej w pierwszych, aniżeli w ostatnich.

8) Brak wżórka, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych aorty nie może służyć za dowód braku skurczu lewej komórki, ponieważ wobec małej fali krwi, która przy drugim uderzeniu wierzchołkowym do aorty wepchnięta zostaje, fala zwrotna będzie bardzo mała, tym sposobem uderzenie tejże o zastawki półksiężycowe aorty nie odbije się należycie w kardyjogramie.

9). Brak szmeru gwizdania (Malbranc), istniejącego przy pierwszym uderzeniu wierzchołkowym, nie może być uważanem za brak skurczu lewej komórki podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego, gdyż przy słabym skurczu, regurgitacyja krwi z komórki do przedsionka, przez niedomykającą się zastawkę dwudzielną, będzie nieznaczną, wskutek czego szmer skurczowy nie dojdzie do ucha naszego.

10) Że tak zwana hemisystolija serca zdarza się nie tylko przy wadach serca, ale i w innych chorobach, łączących się z zakłóceniem unerwienia serca.

11) Że może występować nie tylko przy zwolnionem, jak dotychczas powszechnie utrzymywano, ale nawet przy bardzo przyspieszonym tętnie (160, 180, 200 na minutę).

12) Że tak zwany połowiczny skurcz serca jest niczem innym jak tylko typową peryjodyczną arytmiją

serca, w której zmiana innerwacyi serca większą odgrywa rolę, aniżeli stosunki mechaniczne.

Na zasadzie powyższych danych, jak również na zasadzie wspólności włókien mięsnych dla lewej i prawej komórki, wnosimy, że w przypadkach opisywanych pod nazwą „*hemisystolia cordis Leyden'i*“ nie istniał jednostronny tylko skurcz serca, lecz że istniały nieregularne, lecz typowe, peryjodycznie powtarzające się, niezupełne skurcze serca, przyczem obie połowy serca jednakowy udział przyjmowały.

Ponieważ zwolennicy tak zwanej hemisystolii serca powoływali się nie tylko na objawy kliniczne, wskazujące jakoby na istnienie połowicznego naprzemiennego skurczu serca, ale wskazywali także na występowanie nierównoczesnego skurczu różnych oddziałów serca w doświadczeniach fizjologicznych, wykonywanych na zwierzętach, pozwolimy więc sobie przytoczyć niektóre dane dotyczące się tej kwestyi. Dane te zaczerpnęliśmy z pracy Riegela i Lachmanna, poniżej wymienionej.

I tak, Hofmokl, badając ciśnienie krwi w wielkim i małym krwiobiegu, zauważył, iż na dwa skurcze prawej komórki, jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał. Doświadczenia swoje na psach kuraryzowanych wykonywał autor w następujący sposób: do mierzenia ciśnienia krwi w wielkim krwiobiegu wybierał on tętnicę szyjową wspólną, a do badań nad ciśnieniem w małym krwiobiegu posługiwał się jedną z głównych gałęzi tętnicy płucnej. Oba naczynia połączone były z manometrami, te zaś ostatnie z przyrządem piszącym. Skoro zatrzymywano oddechanie, a następnie drażniono nerw błędny—przy zachowaniu obu nerwów błędnych i współczulnych—wtedy wpływ hamujący nerwu błędnego odbijał się jednakowo i tak na prawej jak i na lewej połowie serca.

Jeśli zaś najprzód przecięto oba nerwy błędne i współczulne, a następnie zatrzymywano oddechanie, to fala przechodząca z wielkiego i fala z małego krwiobiegu nie pozostawały z sobą w tak ścisłej harmonii, jak w poprzednim razie. Skoro wreszcie po uprzednim przecięciu nerwów błędnych i współczulnych, zatrzymywano oddechanie tak długo, dopóki nie nastąpiło znaczne zmniejszenie ciśnienia w wielkim krwiobiegu, wtedy zauważono to ciekawe zjawisko, iż prawa komórka kurczyła się częściej, aniżeli lewa, tak, iż na dwa skurcze prawej jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał.

Klebs wspomina także o doświadczeniu, w którym u psa ze sztuczną niedomykalnością zastawki dwudzielnej i znacznem rozszerzeniem lewej komórki, prawa komórka kurczyła się dwa razy częściej, aniżeli lewa. Dla przekonania się o słuszności poglądów Hofmokla i Klebs'a przedsięwziął Schreiber szereg doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te doprowadziły go do odmiennych od wniosków dopiero co wspomnianych autorów, a mianowicie, że prawa i lewa komórka kurczyły się jednocześnie. Do podobnego mniej więcej rezultatu jak Schreiber, przyszli Riegel i Tucek, wywołując u zwierząt za pomocą zatrzymania oddechania tętno dwudzielne.

Wreszcie wypada nam jeszcze wspomnieć o innych autorach, którym się udało na zwierzętach wykazać połowiczny skurcz serca. I tak, P a n n u m wstrzykując psu masę woskową z pnia bezimiennego do tętnic wieńcowych serca zauważył, iż z początku rytm skurczów serca stawał się częstszym, następnie niektóre oddziały serca zaczęły się kurczyć niejednocześnie, przedsionki kurczyły się częściej, aniżeli komórki. Po upływie 75 minut od chwili wstrzyknięcia masy woskowej, lewa komórka przestała się kurczyć, gdy tymczasem prawa kurczyła się, chociaż powoli, jeszcze około 6 godzin.

Do podobnych mniej więcej rezultatów doszedł i B e z o l d w pracy swej „*Ueber die Veränderungen des Herzschlages nach Verschlussung der Coronararterien*“ a mianowicie zauważył on, iż serce, które w ciągu 10—20 minut po zamknięciu tętnic wieńcowych, prawidłowy rytm zachowywało, zaczęło się rzadziej kurczyć. Zmniejszenie częstości skurczów dotyczyło zwykle najprzód lewej komórki, gdy tymczasem i inne oddziały serca kurczyły się nawet prędzej, tak, iż na dwa skurcze tychże jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał. Następnie nadeszła chwila, w której lewa komórka, ściśle mówiąc, nie pulsowała, lecz zamiast właściwego skurczu wykonywała tylko robaczkowate, faliste ruchy.

Po tym okresie lewa komórka przestała zupełnie przyjmować udział w skurczu serca, gdy tymczasem przedsionki i prawa komórka kurczyły się jeszcze, skoro tylko wielka tętnica wieńcowa podwiązana została. Jeśli zaś podwiązanie dotyczyło i małej tętnicy wieńcowej to i w tym nawet przypadku prawa komórka kurczyła się dłużej aniżeli lewa. Po zatrzymaniu się lewej komórki, prawa zaczęła wykonywać nieregularne skurcze, aż w końcu serce zupełnie bić przestało.

S a m u e l s o n zajmował się także badaniami nad niejednoczesnym skurczem różnych oddziałów serca. Autor ten, uciskając tętnicę wieńcowa lewą (wielką) u zwierząt, zauważył przedewszystkiem zmniejszenie częstości skurczów obu połów serca, zwolnienie to dotyczyło jednak głównie lewej komórki, wpływ zaś na prawą był mniej widocznym. Następnie skurcze lewej komórki stawały się coraz rzadszemi i coraz słabszemi, aż w końcu nastąpiło zupełne zatrzymanie się (*Stillstand*) komórki, gdy tymczasem prawa komórka i prawy przedsionek silnie się jeszcze, choć nieco rzadziej, kurczyły. Dalej autor wspomina, że skoro zamknięcie tętnicy wieńcowej lewej trwa bardzo długo (7 minut), to ostatecznie skurcze prawej komórki stają się nieregularnemi, poczem już zupełny paraliż całego serca następuje.

W końcu S. M a y e r, robiąc doświadczenia na zwierzętach, nad wpływem jaki nieodpowiednia wymiana gazów przy oddechaniu na serce wywiera, spostrzegł, że osłabienie skurczów prawej i lewej połowy serca nie następowało jednocześnie, przyczem lewa komórka, a zwłaszcza lewy przedsionek nabrzmięwał. Zjawisko to można było dowodnie wywoływać lub usuwać, [stosownie do tego, czy wymiana gazów w czasie oddechania odbywała się nieprawidłowo lub prawidłowo.

Z przytoczonego okazuje się, że rzeczywiście w niektórych wyjątkowych razach udawało się obserwować u zwierząt niejednoczesny skurcz obu połów serca, najczęściej w czasie konania.

LITERATURA: Thoma Willis. Pharmaceutice rationalis sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore auctore Th. Willis. Hagae-Comitis 1675 anno. (De pulsu intermittente pag. 355). Senac. Traité de la structure du coeur, de son action et de ses maladies. Paris 1749. Anton Joseph Testa. Ueber die Krankheiten des Herzens. Ein Auszug aus dem Italienischen von Kurt Sprengel. Halle 1813. Kreysig. Die Krankheiten des Herzens systemat. bearb. Berlin 1813. Laënece. Traité de l'auscultation médiate etc. Tome second. Paris. 1826. Charcelay. Archives de méd. de Paris. Decembr. 1838 (Schmidt's Jahrbücher Bd. 22). Joseph Skoda. Abhandlung über Perkussion und Auscultation. Wien. 1844. III Auflage. Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Aort. Aus dem Englischen v. Lindwurm. Würzburg. 1855. Pannum. Virchow's Archiv. Bd. 25. Bezold. Ueber die Veränderungen des Herzschlages nach Verschlussung der Coronararterien. Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg. 1867. 2 Heft. Leyden. Hemisystolie. Virchow's Archiv Bd. 44 u. 65. Obermeier. Ueber das wiederkehrende Fieber. Virch. Arch. Bd. 47. Heft. 2. Schreiber. Ueber den Pulsus alternans. Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie. Bd. VII. Juano. Essai sur les conditions pathogéniques du dédoublement des bruits du coeur. Thèse de Paris. 1876. Knoll. Ueber die Veränderungen des Herzschlages etc. Sitzungsberichte der Kaiser. Akad. der Wissenschaften. Bd. 66. Juli. Heft. Wien. 1872. Bozzolo. Archivio per le scienze mediche pubblicato da una società di studiosi e diretto da G. Bizzozero, in Torino. Volume primo. Torino. 1876—77. Malbranc. Ueber halbseitige Herzcontraction von D-r Malbranc. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 20. Heft 1—2. Leipzig. 1877. Tschirjew. Archiv für Physiologie von E. du Bois Reymond. 1877, pag. 116. Gerhardt. Lehrbuch der Percussion und Auscultation. 1876. Roy, On two heart-cases, wich presented a rare form of irregularity. Edinb. med. Jour. Jan. 1878. Friedreich. Ueber Doppelton an der Cruralarterie, so wie über Tonbildung an den Cruralvenen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXI. Hofmokl. Untersuchungen ueber die Blutdruckverhältnisse im grossen und kleinen Kreisläufe. Stricker's med. Jahrb. 1875. Klebs. Prag. med. Wochenschr. 1876. Nr. 2. Riegel und Tuzek. Zur Frage der Hemisystolie. Berlin. klin. Wochenschrift. 1879. Nr. 6. Fraentzel. Ein Puls bei zwei Herzcontractionen. Charitéannalen za 1874. Berl. 1876. Charité Annal. za 1875. Berlin. 1877. Rosenstein. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. Bd. VI. 2 Aufl.. Landois. Lehrbuch der Physiologie. Wien. 1880. Samuelson. Ueber den Einfluss der Coronararterien-Verschlussung auf die Herzaaction. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. II. Heft I. D-r Widmann. O tak zwanym niejednoczesnym skurezu obu komór sercowych. Leyden'a. Kronika Lekarska Nr. 5 i 6. 1880 r. Fr. Riegel und D-r Lachmann. Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit. Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXVII. Bd. 5 und 6 Heft. 1880. Mayer. Prager med. Wochenschr. 1880. Nr. 14. Riegel. Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit. Deutsch Arch. f. kl. Med. XXVIII. Bd. 8—3 Heft. 1881.

III. CHININA W KOKLUSZU.

Napisal

D-r **I. Wislocki** z miasta Łodzi.

Jeżeli zajrzemy do dzieł traktujących o leczeniu koklusu, uderzy nas przede wszystkim ogromna ilość najróżnorodniejszych środków, jakie w tej chorobie były używane (*Handbuch der specielle Therapie*, D-r R. Köhler. 1867). Niektóre z nich, jak np. belladonna, rozpowszechniona przez Troussaia, cieszyła się długo mniej więcej powszechnem uznaniem, pomimo, iż przy użyciu ich w praktyce napotymano co krok na niedające się wytłomaczyć zawody, będące koniecznem następstwem obranej drogi: postępowania empirycznego. Jak długo bowiem traktujący o tej chorobie autorzy wyraźnie mogli wypowiadać (*Biermer*

Virchow's Spec. Pat. u. Ther. etc.), że o naturze i sposobie powstawania tej choroby nic nie wiedzą, jak długo widzieli w niej tylko czysto miejscowe cierpienie zapalne (Watt, Marcus, Broussais, Oppolzer) zajęcie kataralne gruczołów gardła i górnej części krtani (Gendrin, Beau), a nawet zapalną sprawę na błonie śluzowej przewodów powietrznych (Hüttenbrenner w tłum. pol. wykład chorób dzieci. 1876), lub wreszcie czystą nerwicę, czyli jednym słowem, jak długo nie zdołano dotrzeć do istoty choroby, lecz brano objawy pojedynczych jej okresów za właściwe znamiona, tak długo terapija musiała się błąkać na manowcach empiryi, o racjonalnej zaś terapii mowy być nie mogło.

W roku 1867 ogłosił Poullet (*Presse med. belge. Nr. 51*) badania swe nad powietrzem wydechanem przez kokluszowych, w którym znalazł dwojakiego rodzaju pasorzyty, odróżnione przez niego jako *monas termo* i *bacterium bacillus*. Pobudzony powyższym artykułem, obrał sobie badanie płwocin kokluszowych za przedmiot do rozprawy doktoryzacyjnej Jansen (*Dissert. Bonn. 1868*). Znalazł on w nich również pasorzyty, lecz nie odważył się jednak uznać ich jako przyczynę choroby. Stanowczym dopiero pod tym względem jest Letzerich (*Virchow's Archiv 49. 57. 60*). Ten już stanowczo uważa grzybki, znalezione w krtani kokluszowych, za istotną przyczynę tejże choroby, czas trwania jej, natężenie i przebieg czyni zależnym od ilości ich i siły rozwoju, a miejscowe zapalne procesa równie jak i rozprzestrzenienie się ich na oskrzela i pęcherzyki płucne uważa jako następstwo rozszerzania się grzybków.

Raz stanąwszy na tym gruncie, mogła terapija przejść na drogę racjonalną. Już przedtem, wychodząc z zupełnie odmiennego punktu widzenia, bo patrząc na koklusz jako na sprawę miejscowo zapalną, starali się niektórzy autorzy działać miejscowo. Watson (*On the topic medication of the larynx*), już w roku 1849, a za nim Joubert (*Bullet. de therap. Jan. 1852*) używali z pomyślnym skutkiem tuszowań *sol. arg. nitr.* w kokluszu. Kwasu azotnego w podobnym celu używał Arnold, a G. Gibb (*Treatise on whooping cough. London. 1854*) uważa go za środek specyficzny, przerywający, podobnie jak chinina zimnicę, niegorączkowe przypadki koklusz w przeciągu dni 2–15. Nadmienić tu należy, że obaj autorowie używali go w dostatecznie mocnym roztworze, aby działanie jego można sobie było wytłomaczyć działaniem miejscowem.

Raz do miejscowej terapii zwrócona uwaga badaczy, wywołała najrozmaitsze próby. Zaczawszy od czystej pary wodnej, zalecanej drogą inhalacji przez Wietfeld'a (*Allgem. med. Centralbl. 25. 1864*), próbowano tą drogą używać rozmaitych narkotyków (Filber, Wilde, Haynes), środków ściągających, jak ałun, woda wapienna i t. d., a po ogłoszeniu powyżej przytoczonych badań (Letzerich'a, Jansen'a i innych) powagi pedyjatryczne zwróciły się stanowczo na tę drogę. Gerhardt z pomyślnym skutkiem zaczął używać inhalacji 4% roztworu bromku potasu, Steffen taninę 0,3 na 30,0 wody z dodatkiem *trae opii crocatae. gtt. tres*, Burhardt 2% roztworu kwasu karbолоwego i t. d.

Pierwszy Binz zaczął używać chininy w kokluszu (*Arch. für Path. Anatomie XLVI*), wychodząc z zasady, że takowa niszczy niższe organizmy i za-

razem zmniejsza działanie odruchowe ludzkiego ustroju. Za jego przykładem poszli inni (Breitenbach, Steffen i t. d.), dając do wewnątrz chininę w dawkach 2—3 godzinnych w ilości 0,1—1,0 na dobę. Oceniając należycie i miejscowe działanie na krtani przy polykaniu, podawano zwykle chininę w roztworze. Osiągano w ten sposób bardzo zadawalniające rezultaty, lecz podając lekarstwo przez dłuższy czas wywoływano często (Hasse) objawy zaburzeń żołądkowych.

Profesor Hagenbach, autor cennej monografii o kokluszu (Gerharta, *Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1877. II.*), będąc od wielu lat zwolennikiem miejscowego leczenia tej choroby, długo idąc, jak sam się przyznaje, za przykładem Watson'a, używał tuszowań krtani azotanem srebra i porzucił tę metodę leczenia dopiero przechodząc do miejscowego użycia chininy. Chcąc uniknąć zaburzeń w trawieniu, używał starannych tuszowań roztworem chininy, używając do tego małych gąbeczek, i tą drogą otrzymywał równie pomyslnie rezultaty, jak przy zadawaniu chininy wewnętrznem, zażytkowując przy tem zaledwie 0,05—0,1 chininy dziennie. Gdy Letzerich zaczął używać wdmuchiwań proszku chininy w gardło i udawało mu się tym sposobem w przeciągu 8—10 dni usuwać grzybki, a chorzy zaraz w pierwszych dniach przestawali kaszleć, Hagenbach poszedł za jego przykładem i używając w tym celu tej samej co on mieszaniny, a mianowicie *chinini hydrochlorici* 0,01—0,015, *natri bicarbonici* 0,015, *gummi arabici* 0,25 *pro dosi*, osiągał równie dobre rezultaty i bardzo ten sposób zachwala, przyznając jednak z drugiej strony, iż metoda ta ma także pewne niedogodności. Naprzód wymaga dość znacznej wprawy, nie można jej więc powierzać otaczającym. Nadto, ponieważ wdmuchiwania trzeba robić 2 razy dziennie (Letzerich), albo przynajmniej raz (Hagenbach), wymaga więc ona częstych wizyt lekarza. Ze swej strony dodałbym, iż wdmuchiwanie u dzieci kapryśnych, a do tego wpadających przy każdym wzruszeniu w nowy napad kurczowego kaszlu, przedstawia często bardzo nieprzyjemne pozycje, tak dla lekarza, dla jak i otaczających chorego. Wreszcie wychodząc z teoretycznej zasady, że chinina w zwyczajnych warunkach jest bardzo mało rozpuszczalną, jeżeli więc pomimo to przy wdmuchiwaniu wywiera swoje działanie, zanim ze płwociną wydaloną zostanie, tem skuteczniej działać powinna jeżeli zastosowana będzie w roztworze, zacząłem używać jej w ten sposób, iż 2% roztworem przestrykiwać zalecałem gardła dzieci chorych na koklusz. Z rezultatów otrzymanych w ten sposób, oprócz kilku przypadków ambulatoryjnie leczonych, o których albo żadnych dalszych nie miałem wiadomości, albo tylko krótką relację, „że lekarstwo pomogło“, mogę przedstawić trzy następujące dotychczas w ten sposób leczone przypadki:

Spostrzeżenie I. K., dziewczynka lat 7, miernie odżywiana. Gruczoły na szyi obrzmiały, do wielkości grochu i laskowych orzechów, niebolesne, wyciek z ucha lewego. Zresztą stan normalny. Od początku Października zeszłego roku zaczęła kaszleć. Kaszel ów, nie mający żadnych obiektywnych objawów na swe wytłomaczenie, i przebiegający bezgorączkowo, nie ustępował pomimo zatrzymania chorej w domu i podawania jej lekkich narkotyków (*pulc. Doveri* 0,06 co 2—3 godzin), lecz przeciwnie, stawał się częstszym i silniejszym, aż wreszcie

zaczął przybierać charakter kokluszowy: przy napadach zaczęła twarz czerwienić się, nabrzmiwać, zaczęły występować zanoszenia (*reprises*). Przepisałem tedy 8 Października:

Rp. *Sulph. Chinini* 4,0
Acidi Sulph. 2,0
Aq. destillatae 210,0

DS. Do szprycowania

i poleciłem tym roztworem przestrzykiwać gardło chorej, trzy razy dziennie szprycą o małym baloniku gumowym, a stosunkowo długą kanką kościanną, tak, aby końcem jej można było sięgnąć po za nasadę języka. Chora wypluwała wstrzyknięty płyn wśród mocnego kaszlu i wydalala przytem znaczną ilość śluzu przejrzystego.

Będąc w następnych dniach zmuszonym wyjechać przeszło na tydzień, nie mogłem przez ten czas chorej widzieć. Gdy ją po powrocie odwiedziłem, zastałem ją w stanie bardzo dobrym, kaszel stracił zupełnie charakter kokluszowy, zanoszenia się ustały i chora kaszlała zaledwie kilka razy na dzień, szczególnie w nocy i nad ranem, kaszlem charakteru zwyczajnie kataralnego, wydzielając przy tem mierną ilość płwociny śluzowej, ciągnącej się. I obecnie nie znalazłem żadnych objektywnych objawów podrażnienia dróg oddechowych. Zaleciwszy tedy w dalszym ciągu szprycowanie tym samym roztworem dwa razy dziennie, nie widziałem chorej do 5 Listopada, gdy znowu zostałem do niej wezwany, a zarazem do jej młodszego brata, u którego również wystąpiły objawy koklusu (Spostrzeżenie 2). Po skończeniu przepisanej dawki roztworu chininy, rodzice dziewczynki, uważając ją za wyleczoną, zaprzestali przestrzykiwań. Kaszel po paru dniach zaczął powracać do pierwotnego typowego charakteru swego, zanoszenia znowu się pojawiły, a nawet czasami wymioty. Przy użyciu ponownie dawniejszych przestrzykiwań gardła 2 razy dziennie, wszystkie powyższe objawy znikły w ciągu paru dni, jak się o tem przekonać mogłem, widząc chorą na trzeci dzień, a robione jeszcze następnie przez dni dziesięć przestrzykiwania usunęły stanowczo wszelkie objawy koklusu. W celu działania przeciw dyjatezie skrofalicznej, objawiającej się obrzmieniem gruczołów, wyciekami z ucha, oraz dla podniesienia niezbyt silnego odżywiania zaleciłem tran i nacierania gruczołów szarem mydłem (K o r m a n n. ref: 1-go posiedzenia 2-go zjazdu lekarskiego, sekcji pedyjatrycznej w Berlinie. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, XV, 1880) przy której to terapii stan ogólny chorej dziś jest zupełnie zadawalniającym, a obrzmiałe gruczoły zmniejszają się.

Spostrzeżenie II. W., brat poprzedniej, 4 lata. Odżywianie mierne, stan ogólny organów i ich funkcyj prawidłowy. Zaczął kaszleć w końcu Października; kaszlowi, również jak i u siostry, nie towarzyszyły żadne objawy podrażnienia ze strony dróg oddechowych, a styczność z siostrą chorą na koklusz dozwalała przypuścić rozwijanie się koklusu. Gdy pomimo podawania przez kilka dni proszków granowych D o w e r'a, kaszel nietylko nie zmniejszał się, ale po jedzeniu zaczęły się do niego przyłączać wymioty, zaleciłem i u niego robić trzy razy dziennie przestrzykiwania gardła powyższym roztworem chininowym i po tygodniu znalazłem chorego prawie zupełnie wolnym od kaszlu,

który powtarzał się jeszcze zaledwie parę razy we dnie i nad ranem, był flegmistym i bez zanoszeń. Przy następnie jeszcze przez dwa tygodnie prowadzonym przestrzykiwaniu gardła, dwa razy dziennie, i te objawy ustały i chorego uznałem za zdrowego. W Grudniu znowu zostałem wezwany do małego chorego. Po zaziębieniu kaszel powrócił i przybrał charakter czysto kokluszowy, z zanoszeniem się i wymiotami. Zatrzymanie chorego w pokoju i przestrzykiwanie gardła, jak wyżej, w kilka dni usunęły i tym razem kaszel, bez użycia jakichkolwiek innych środków.

Spostrzeżenie III. W Listopadzie r. z. zawezwany zostałem, do 5-letniego chłopca B., chorego od trzech tygodni na koklusz. Napady kaszlu z wszelkimi nieprzyjemnymi objawami powtarzały się, według zeznania rodziców chorego, w ostatnim tygodniu co pół godziny, a nawet częściej; nadto parę razy powtórzyły się krwotoki z nosa, które wraz z częstymi wymiotami mocno chorego osłabiły. Wreszcie od dwóch dni dostał on gorączki oraz przyspieszonego oddechu, które to objawy przestraszyły rodziców i spowodowały ich do wezwania lekarza. Znalazłem małego chorego z lekkimi wypiekami na bladej twarzyczce, leżącego w łóżeczku. Odżywianie mierne, budowa wątła, ciepłota 38,7 C., o 10-tej rano, tętno 116, prędkie, miękkie, oddechów 40, w gardle lekkie zaczerwienie, w płucach oddech pęcherzykowy zaostrozony, z licznymi grubymi i średnimi rzeżeniami wilgotnymi. Kaszel pojawia się często i w większej liczbie razy przechodzi w silny napad kokluszowy z zanoszeniem się, sinieniem twarzy, przyczem dziecko chwyta się rączkami za toczoną poręcz łóżeczka i na niej główkę opiera, wykrztuszając z trudem znaczną ilość płynu, składającego się po większej części ze śliny i śluzu jamy ust i nosa z domieszką pianistej, drobnopęcherzykowej, gdzieniegdzie żyłkami krwi zabarwionej płwociny płucnej. Stan przewodu pokarmowego nie przedstawia nieprawidłowości godnej uwagi.

Mieliśmy więc tutaj do koklusza przyłączające się kataralne zajęcie pierwszych dróg oddechowych. Należało nam więc przedewszystkiem zająć się usunięciem takowego, gdyż przejście procesu na drobne oskrzela, ewentualnie pęcherzyki płucne, mogło spowodować smutne zakończenie całej sprawy. W tym celu poleciłem zatrzymać małego chorego nadal w łóżku i ubrać go w flanelowy kaftanik, aby ochronić go od zaziębienia przy ciągłym zrywaniu się podczas napadów kaszlu, przepisałem lekkie *Inf. ipecacuanhae cum aq. lauro cerasi*, co godzina po łyżeczce od kawy, a równocześnie poleciłem przestrzykiwanie gardła trzy razy dziennie wyżej podanym roztworem chininy. Wieczorem tegoż dnia, ciepłota 38,9° C., tętno 120, oddechów 38, kaszel równie częsty, lecz nie tak gwałtowny.

Na drugi dzień (14 Listopada) ciepłota 38,4° C., tętno 112, oddechów 34. Noc przepędził chory cokolwiek spokojniej jak poprzednio, nawet spał jednym ciągiem przeszło dwie godziny, poczem obudził się z gwałtownym kaszlem. Leczenie jak wyżej.

15 Listopada. Ciepłota 37,8° C., tętno 104, oddechów 32. Chory odpluwa płwocinę lżej, bez żyłek krwi. Żąda jeść. W płucach rzeżeń mniej. Gardło prawie normalnie zabarwione.

W następnych dniach stan płuc, poza przedłużonym cokolwiek wydechniem, powrócił do normy, a równocześnie i częstość napadów kokluszowych

zmniejszyła się i dochodziła zaledwie do kilkunastu dziennie. Pojedyncze napady stały się krótszemi i straciły w zupełności swą gwałtowność. Chorego wypuszczono z łóżka. przestrzykiwania robi się dwa razy dziennie.

W początkach Grudnia, zastałem chorego w wesołym humorze bawiącego się. Napady kaszlu, mającego cechy kaszlu kataralnego, przychodziły jeszcze kilka razy dziennie, szczególnie po jedzeniu, irytacji i nad ranem. Apetyt powrócił i odżywianie zaczyna się poprawiać. Zalecono przestrzykiwać gardło raz dziennie, aż do ustania kaszlu w zupełności.

Przed kilku dniami widziałem ostatni raz małego chorego. Jest zupełnie zdrow, cokolwiek utył, a tylko gdy się rozplacze odcień nerwowy zakaszlenia się przypomina przebyty koklusz.

Pomimo stosunkowo małej kazuistyki, jaką dotychczas byłem w stanie zebrać, sądzę się, ze względu na otrzymane pozytywne rezultaty, w prawie wyciągnąć następujące wnioski:

1) Chinina usuwa objawy koklusu, jak to już podali: B i n z, J a n s e n, H a g e n b a c h i inni.

2) Działanie jej jest miejscowem, jak to powyżsi autorowie zaznaczyli.

3) Działanie to jest nowym dowodem miejscowej, pasorzytnej natury choroby.

4) Szprycowanie roztworem ma wyższość nad innymi sposobami użycia, nie ma bowiem przy niem ani miejscowego mechanicznego drażnienia, jak przy pędzlowaniach, ani miejscowego rozpulchnienia błony śluzowej, jak przy inhalacjach, a zetknięcie się płynu z błoną śluzową jest dokładniejsze i cała manipulacja prostszą, jak przy wdmuchiwanii chininy w proszku.

5) Stopień stężenia roztworu, oraz możliwość zastąpienia chininy innymi podobnie działającymi, a tańszymi środkami, (jak np. robione za granicą, choć niezupełnie dotychczas zadawalniające próby z roztworem *natri salicylici*) stanowią *desiderata* dalszych w tym kierunku badań.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der Frauen, Berlin, 1881, str. 104*).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21).

Cierpienia organów płciowych kobiecych bardzo często wywołują ruchomość nerki; tu zaliczyć wypada przeważnie liczne zmiany położenia macicy, oraz wypadnięcia pochwy i macicy, częściowe lub całkowite. Zboczenia te mogą powstawać, podobnie jak i nerka wędrująca, przy obwisłym brzuchu; prócz tego wywołują ją pośrednio, przez pociąganie nerki ku dołowi, a to w ten sposób, że pociągając ku dołowi pęcherz moczowy, wywierają przez to wpływ i na nerkę za pośrednictwem moczowodów. *Hydronephrosis*, stan zależący bardzo często od takich zboczeń w narządach płciowych, jak nowotwory, zmiany położenia i wypadnięcia, ma wielki wpływ na powstawanie nerki wędrującej.

Oprócz przyczyn, zależnych od stosunków anatomicznych organów, nerkę wędrującą mogą wywołać czysto mechaniczne momenty, już to same przez się,

już też działając łącznie z pierwszymi. Chociaż z niedowierzaniem trzeba przyjmować opowiadania chorych, przypisujących powstanie ruchomej nerki takim przyczynom, jak silne uderzenia, upadnięcie i t. p., to jednak są fakty przemawiające na korzyść tego rodzaju przypuszczenia. R a y e r i H e n o c h wspominają o powstaniu w ten sposób nerki wędrującej. L a n d a u również spostrzegł 2 przypadki, w których nerka ruchoma powstała nagle, raz—wskutek podniesienia znacznego ciężaru z tułowiem pochylonym na bok, drugim razem po upadnięciu z pewnej wysokości. Inną tego rodzaju przyczyną jest kaszel, przy zapaleniu oskrzeli i opłucnej, a zwłaszcza przy suchotach, gdy równocześnie istnieje znaczny zanik tkanki tłuszczowej. Każde zapalenie opłucnej, ze znacznym wysiękiem, może wywołać nerkę ruchomą, co znów da się objaśnić tem, że górny brzeg nerek leży wyżej niż dolny brzeg worka opłucnej; zbierający się w tej ostatniej wysięk, uciskając nerkę, wywołuje jej ruchomość. C r u v e i l h i e r przypisywał powstawanie nerki wędrującej gorsetom noszonym przez kobiety, na tej zasadzie, iż one tamują swobodę oddechu i rozszerzanie się klatki piersiowej, a uciskając przeponę, wywołują obniżenie wątroby, śledziony i nerek. L a n d a u jednak nie zgadza się z tem i utrzymuje, że gorset wtedy tylko może wywołać znaczne obniżenie nerki, gdy już przedtem istniała jej ruchomość w tym stopniu, że nerka dochodziła do przedniej ściany brzucha. L a n d a u nawet przypisuje gorsetom wpływ wprost przeciwny, to jest mniema, że dobry gorset zapobiega powstawaniu nerki ruchomej i jak to niżej zobaczymy, uważa dobrze zrobiony gorset za jeden ze środków przeciwko temu cierpieniu.

Dlaczego przeważnie prawa nerka staje się ruchomą, jak to widać z danych statystycznych — tłumaczono rozmaicie. Sądono, że nerka prawa jest większą i cięższą, czemu zaprzeczyli już R a y e r i S a p p e y; G u é n e a u d e M u s s y mniemał, że ma tu pewne znaczenie pochylenie na prawo macicy ciężarnej; L a n c e r a u x domyśla się silniejszego związku między splotem jajnikowym i nerkowym po stronie prawej, niż po lewej. Niektórzy przypuszczali, że obecność wątroby po prawej stronie ma tu pewne znaczenie, lecz w ogóle zgadzano się, że kwestyja ta nie jest dostatecznie wyjaśnioną. L a n d a u objaśnia to zjawisko tem, że z jednej strony prawa nerka może zesunąć się tylko ku dołowi, gdy lewa może to uczynić i na bok, i z drugiej strony, że więzy podtrzymujące nerkę prawą i lewą nie mają jednakowej siły i przewaga leży po stronie nerki lewej. Na dowód tego ostatniego twierdzenia przytacza następujące uwagi: 1) górny brzeg kiszki zstępującej leży wyżej, głębiej i silniej przymocowany jest do żeber niż brzeg górny kiszki wstępującej i że ta ostatnia leży prawie pośrodku przedniej powierzchni nerki prawej, podczas gdy kiszka zstępująca dotyka zewnętrznego brzegu lewej; 2) *mesocolon flexurae coli dextrae* jest słabsze i dłuższe niż *mesocolon flexurae coli sinistrae*; 3) okrężnica wstępująca nie tworzy prostego kąta, jak okrężnica zstępująca, lecz rozwartą, a nawet czasem tworzy pętlę, wskutek czego kał może się w niej zatrzymywać i pociągać nerkę ku dołowi; 4) lewe naczynia nerkowe połączone są ze sobą i z trzustką za pomocą dość mocnej tkanki łącznej, podczas gdy prawe są połączone tylko otrzewną; 5) lewa tętnica nerkowa jest krótszą i podtrzymywana jest przez dolny odcinek dwunastnicy. Przypuszczenie O c r u m - H o w i t z'a, że związek między lewą nerką i nadnerczem jest silniejszy z powodu tego, że żyła nadnerczna lewa wpada do żyły głównej dolnej, zdaniem L a n d a u'a mniej zasługuje na uwagę.

O b j a w y nerki wędrującej są bardzo rozmaite. Zwykle prawie sami chorzy zwracają uwagę na pewne nieprawidłowe zjawiska w ich organizmie, już to wskutek guza występującego nagle, lub powolnie, już to jeszcze więcej wskutek przykrych i silnych bólów. Chorzy tacy skarżą się na ucisk, ciężar, ciągnięcie w dolnej okolicy brzucha, uczucie jakby silnego tętnienia i kłujący ból około pępka. Dość często zdarza się, że chorzy uskarżają się na uczucie tego rodzaju, jak gdyby jedna strona opadła i jakby coś się w brzuchu obracało. Kobiety,

które już rodziły, często biorą te rozmaite uczucia za ruchy płodu. Napotykamy niekiedy nerwobóle, powstające odruchowo, wskutek podrażnienia splotów nerwowych otaczających nerki; bóle te rozchodzą się na przednią powierzchnię uda, aż do kolan, pomiędzy żebra, w lędźwie i brzuch i dosięgają czasem aż do łopatki; czasem znowu bóle dochodzą do warg sromnych po tejże stronie, lub po stronie przeciwnej. Podczas miesiączkowania zwykle powiększają się bóle w okolicy nerkowej, rozchodzące się aż do pęcherza i krzyża. Ogólny nastrój chorych zazwyczaj bywa bardzo zły, każdy z nich prawie jest w wysokim stopniu hypochondrycznym. Objawy powstające wskutek ucisku większych naczyń dają się głównie sprowadzić do przemijających obrzęków kończyn dolnych, rzadko bardzo powstaje zakrzep żyły głównej dolnej.

W organach brzusznych występują nieraz dosyć znaczne zaburzenia; tu należy kardyjalgija, nieżyt żołądka i kiszek z następczem rozszerzeniem żołądka, żółtaczka. Nie zawsze jednak możemy stanowczo przyjąć, że zaburzenia te wystąpiły li tylko wskutek istnienia nerki wędrującej, gdyż nieraz istniały one już pierwej; a przy tem przyczyny wywołujące nerkę ruchomą mogą zarówno spowodować powstanie wymienionych zaburzeń. Rozwoju nieżytu dwunastnicy i żołądka, wraz z rozszerzeniem takowego, *Landau* nie przypisuje tej okoliczności, że nerka wędrująca, uciskając dwunastnicę, powoduje zatrzymanie zawartości żołądka, rozszerzenie i nieżyt takowego, jak to przypuszczał *Barthelels*, lecz temu, że listek otrzewnej, pokrywający przednią powierzchnię nerki i jej naczynia, przechodzi na dwunastnicę. Wskutek tego, przy zmianie położenia nerki naprzód, na wewnątrz i ku dołowi wytwarza się skrzywienie dwunastnicy, lub pociąganie jej ku dołowi; ponieważ jednak dwunastnica, a głównie *flexura duodeno-jejunalis*, jest przymocowana do kręgosłupa dość mocną tkanką łączną, następuje więc ciągle szarpanie i ucisk dwunastnicy, co ostatecznie może doprowadzić do jej nieżytu. Również zaprzecza *Landau* zdaniu *Litten'a*, który wyklucza nieżyt dwunastnicy i kamienie żółciowe, jako przyczynę żółtaczki, a szuka jej tylko w ucisku przewodu żółciowego przez nerkę wędrującą; zaprzeczenie swe opiera *Landau* na tem, że gdyby nerka wędrująca mogła uciskać dwunastnicę, to tylko zewnętrzną, prawą jej powierzchnię, nigdy zaś tę, gdzie kończy się przewód żółciowy. Natomiast powstawanie żółtaczki przypisuje tylko nieżyto dwunastnicy i zrostom nerki wędrującej z pęcherzykiem żółciowym.

Szczególne znaczenie posiadają objawy tak zwanego uwięzienia nerki. Zdarza się niekiedy, że chorzy cierpiący na nerkę wędrującą, po znacznem wstrząśnieniu, ruchu lub natężeniu, zaczynają doświadczać silnego kłującego bólu w całym brzuchu, który przy tem staje się bardzo wrażliwy na ucisk. Niepokój, osłabienie bardzo znaczne, czasem zawroty głowy, tętno małe i słabo wyczuwalne, oddech powierzchowny, niekiedy wymioty; mocz zazwyczaj nieobfity, ciemny, zabarwiony krwią; niekiedy bywają dreszcze i nieznaczna gorączka. Zwykle, jeśli na to pozwoli wrażliwość ścian brzucha, wyczuwamy guz dość znaczny, ograniczony; opukiwanie daje odgłos zupełnie stłumiony. Po 4—6 dniach zatrważające objawy zazwyczaj ustępują, a po 2 tygodniach znika zupełnie i guz. Nieomyślną oznaką polepszenia, jest wydzielenie obfite mocz u bladego, o małym ciężarze właściwym. Przyczynę powstawania tych zatrważających objawów tłumaczono w sposób rozmaity. *Dietl*, który pierwszy zwrócił na nie uwagę, stara się je wytłumaczyć uwięzieniem nerki ruchomej w otaczającej tkance łącznej i otrzewnej i następczym wysiękiem z zapalenia otrzewnej. *Roller* objaśnia to wszystko zapaleniem tkanki łącznej otaczającej nerkę, wywołanem przez podrażnienie. *Gilewski* podaje zupełnie odmienną teorię, polegającą na tem, że nerka wędrująca może wchodzić pomiędzy kręgosłup i łuki ostatnich żeber i że następnie skurcz mięśni brzusznych utrzymuje ją w tem położeniu, przyczem rozwijać się ma zazwyczaj wodonercze. Według *Landau*a twierdze-

nie to nie wytrzymuje krytyki, gdyż trudno przypuszczać aby mięśnie brzucha były w stanie tak długo utrzymać w tem położeniu nerkę, iżby mogło dojść aż do wodonercza i zapalenia miedniczki; prócz tego najdłuższy wymiar nerki jest mniejszy niż odległość między kręgosłupem i łukiem ostatnich żeber. **L a n d a u** daje bardzo dobre wyjaśnienie wszystkich wzmiankowanych objawów uwięzienia nerki wędrującej na zasadzie zmian, napotykanych w naczyniach nerki przy jej ruchomości, to jest skręcenia i zgięcia pod kątem ostrym tętnicy, a głównie żyły nerkowej. Twierdzenia swoje **L.** popiera doświadczeniami na trupach, gdzie przy wywołaniu nerki ruchomej zawsze otrzymywał wspomniane zmiany w przebiegu naczyń, a także opiera się na odnośnych badaniach fizjologicznych. Badania te, dokonane przez **H e r m a n n'a** i **L u d w i g'a**, wykazały, że jeśli podwiążemy żyłę nerkową, to wskutek zastoju krwi w kanalikach moczowych ustaje zupełnie wydzielanie moczu, gdy zaś żyła na nowo stanie się drożną, wydzielanie znowu ma miejsce. Doświadczenia **L i t t e n'a** i **B u c h w a l d'a** wykazały znaczne powiększenie ciężaru i wielkości tej nerki, której żyła była podwiązana, w porównaniu z drugą nerką; po 6 dniach nerka taka zaczyna wracać do prawidłowej wielkości i tylko niekiedy po upływie kilku tygodni zupełnie zanika. Zastosowując to do przypadków uwięzienia nerki wędrującej, widzimy, że guz zwykle jest do 2 razy większy od nerki normalnej i sam przez się po 8—10 dniach znika. Zmiany, dostrzegane w moczu, również dają się wytłumaczyć na podstawie doświadczeń **H e r m a n n'a**. Mocz zwykle bywa nieobfity, ciemny, często nawet krwawy i następnie dopiero, po powrocie naczyń do prawidłowych stosunków, staje się bardzo obfity i jasny. W żyłę nerkowej zazwyczaj wskutek skręcenia lub zgięcia pod kątem pozostaje nieznaczny zakrzep, który nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu dopóki, wskutek zakażenia nie nabędzie złośliwych własności; wówczas zazwyczaj powstają ropnie okołonerkowe, zapalenie miedniczki nerkowej, ropnie nerkowe, zapalenie otrzewnej, a nawet czasami ropnica. Jednakże takie następstwa rozwijają się nadzwyczaj rzadko i jak to wyżej nadmieniono, objawy nerki wędrującej ustępują same przez się dość prędko. Możliwość dobrego rokowania przy uwięzieniu nerki wędrującej **L a n d a u** opiera najprzód na tem, że naczynia nadzwyczaj łatwo odkręcają się i wyprostowują, skoro tylko chory przyjmie poziome położenie ciała i zachowa zupełny spokój. Prócz tego bardzo dobrze w tym kierunku wpływa możność usunięcia przeszkód cyrkulacyjnych przez krążenie oboczne i ta jeszcze okoliczność, że naczynia nerkowe na pewnej przestrzeni nie mogą podlegać takim zmianom jak skręcenie i zgięcie, ponieważ część tętnicy nerkowej prawej na przebiegu żyły głównej dolnej i część żyły nerkowej lewej od miejsca jej wejścia do nerki do lewego brzegu aorty są otoczone dość zbitą tkanką łączną.

(D. c. n.)

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 21 Marca 1882 r. Towarzystwo odebrać ma znowu dwa zapisy: jeden po ś. p. **D-rze V o g e i e** w ilości rs. 100, na kasę wsparcia, a drugi po ś. p. **D-rze C h w i e é k o w s k i m**, który bardzo znaczny fundusz (procenta od kilkudziesięciu tysięcy rubli) zapisał na stypendyja, a wykonawcą testamentu uczynił Tow. Lek.

Ludwik A n d e r s, ordynator kliniki wewnętrznej szpitalnej, podał się jako kandydat na członka czynnego Tow. Lek., nadsyłając pracę swoją „O pasożytach roślin pokojowych“ oraz tłumaczenia dzieł: **L e u b e'g o** „Historyja cewnika żołądkowego“ i **E w a l d'a** „O trawieniu“.

M o d r z e j e w s k i przedstawił chorobę, której ciało literalnie pokryte jest niezliczoną ilością nowotworów (*molluscum*). Opis tego białego kruka dermatologicznego pomieszczony został *in extenso* w łamach naszej Gazety (Nr. 19 i 20).

G a j k i e w i e z przedstawił chorego, dotkniętego cierpieniem rdzenia kręgowego, zwanem *tabes dorsalis spasmodique* (**C h a r c o t**), *paralysis spinalis spastica* (**E r b**). Chory **Abraham N.**, lat 23

liczący, ze zdrowej pochodzi rodziny. W końcu Lutego 1881 r., po silnem przeziębieniu; dostał zrazu jakiegoś cierpienia gorączkowego, któremu towarzyszyło klucie w plecach i kaszel. Objawy te trwały niezbyt długo, chory jednak po jakimś czasie zauważył, że mu nogi słabną, że z trudnością chodzić może. Objawy osłabienia kończyn ciągle się wzmagaly, w końcu doszły do zupełnego porażenia i zeszywnienia nóg.

W Lipcu 1881 roku chory wstąpił do oddziału Gajkiewicza w szpitalu żydowskim, gdzie przy badaniu znaleziono: porażenie kończyn dolnych bardzo wysokiego stopnia, ruchy czynne bardzo ograniczone, sztywność kończyn dolnych, cechująca się silnem ich wyprostowaniem, ustawieniem stóp w położeniu *pes varo-equinus*. Odżywianie mięśni niezmiennione, również oddziaływanie na strumień elektryczny. Brak wszelkich zaburzeń czuciowych; odruchy skórne zachowane, odruchy ścięgniste niezwykle wzmożone, przy silnem uderzeniu w więz rzepekowy, kończyny dolne wpadają w drgawki kloniczne (*epilepsia spinalis*). Pęcherz moczowy, narządy płciowe bez zmiany. W kończynach górnych i w twarzy nie nienormalnego odnalezć nie można. Inteligencyja i pamięć zachowane. Powoli stan się pogarszał, wszelkie ruchy czynne stały się niemożliwemi; ruchów biernych nie można było wykonywać z powodu silnych przykurzeń. O podnoszeniu chorego nie mogło być mowy, gdyż przy najmniejszej próbie kończyny dolne wpadały w drgawki. Przy kilkumiesięcznem używaniu bromku potasu w dużych dawkach 5ij do 5i i po kilkakrotnem przyżeganiu pleców żegadłem platynowem Paquelin'a wszelkie objawy przeszły prawie zupełnie.

Chory może teraz chodzić bez podpierania się, wszelkie ruchy bierne można wykonywać najswobodniej, ze sztywności nie pozostało ani śladu, *epilepsia spinalis* znikła, tylko wzmożenie odruchów ścięgnistych pozostało, chociaż w mniejszym bez porównania stopniu. To ostatnie przeszłoby prawdopodobnie przy dalszem leczeniu, lecz chory na własne żądanie musiał być ze szpitala wypisanym.

Gajkiewicz wypowiada kilka słów o prawdopodobnej podstawie anatomicznej *tubes dorsalis spasticae*, mianowicie o pierwotnem zwyrodnieniu pęczków bocznych rdzenia kręgowego (*sclerosis lateralis primitiva medullae spinalis*), o czem przy braku sekeyi można wnosić z danych, dostarczonych nauce przez doświadczenia czynione na zwierzętach, oraz danych patologicznych, a mianowicie zwyrodnieniach wtórnych w pęczkach bocznych rdzenia kręgowego (*sclerosis descendens*).

Prof. Neugebauer demonstrował rysunki zdjęte przez siebie samego z narzędzi chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych przy odkopywaniu Herculanium i Pompei.

Sekretarz Tow. Lekarskiego R. Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W przyszłym numerze podamy szczegółowy opis Zjazdu w Pradze Czeskiej, na który wysłaliśmy specjalnego sprawozdawcę.

— Otrzymałiśmy list treści następującej. „Przypominamy Szanownym Kolegom, którzy ukończyli wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w Grudniu 1876 r., że termin wnoszenia składek na pracownię histologiczną przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawkiem upłynął z dniem 15 Marca r. b.. Ci z Szanownych Kolegów, którzy dotychczas składek nie uiścili, zechcą porozumieć się z niżej podpisanymi i oznaczają stanowczo termin (możliwie najkrótszy), w którym zalegającą sumę wnieść będą mogli. Kowalewski, Zaleski, Mączewski“.

Berlin. Prof. Langenbeck opuścił dobrowolnie zajmowaną od lat wielu katedrę kliniki chirurgicznej.

— Krzątają się tu około założenia wzorowego szpitala dla suchotników i schronienia dla rekonwalescentów.

— Nioszła do skutku, z powodu pożaru, wystawa higieniczna, odbędzie się w r. 1881. Ministeryjum robót publicznych użyczyło gruntu około dworca hannowerskiego. Liczbę mających się rozdać medali złotych zdwojono z 20 na 40.

Wiedeń. Klinikę chorób wewnętrznych po Ducheck'u ma objąć Leyden z Berlina, lub Nothnagel z Jeny.

Sprostowanie. W N-rze 19 na str. 432 wiersz 19 zamiast 27, XI, czytaj 27. IX; wiersz 22 zamiast 28. XI, ma być 28. IX.; str. 433 wiersz 28 zamiast 2. IX. ma być 2. X.; wiersz 29 zamiast 5. IX. ma być 5. X.; zamiast 15. IX. ma być 15. X.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Kwiecień 1882 roku, księgarni W-go Wendego i S-ki.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

WEIDLINGAU pod Wiedniem,

stacja kolei zachodniej (*Elisabeth-Westbahn*) 20 minut od Wiednia.

Otwarty od 20-go Kwietnia do 15 Października.

Lekarz zakładowy: Dr. Maksymilian Gumpłowicz. 4—3

Dr. Czesław Stiche

ordynuje w Karlsbadzie, Kreuz-Gasse, Insel Rügen. 6—3

Dr. H. Przeździecki

udziela porady lekarskiej, jak lat poprzednich we Francensbadzie
„zum Goldenen Stern.“ 6—3

Dr. J. Kopernicki

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego — od 15 Maja ordynuje

W MARIENBADZIE

Kaiserstrasse, villa Trianon. 12 4

CIEPLICE TRENCZYŃSKIE Dr. STEFAN FILIPKIEWICZ

lekarz zdrojowy

(Trancsin-Teplitz)

ordynować będzie jak lat poprzednich podczas sezonu.

Broszurek o Cieplicach nabyć można w Księgarni Gebethnera i Wolffa. 4—4

H. KUCHARZEWSKI

dawniej F. SOKOŁOWSKI,

Główny Skład Wód Mineralnych naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych,

przy Aptece, ulica Senatorska Nr 11, wprost Miodowej.

Z pierwszych tegorocznych, w odpowiednim czasie przez miejscowe administracje tak rządowe jak i prywatne zarządzonych czei pań u źródeł, nadeszły od takowych bezpośrednio pociągami dróg żelaznych wody mineralne zarówno krajowe jak i ze wszelkich Europejskich źródeł. Równocześnie nadeszły i pomoennice przy wodach i kąpielach artykuły lecznicze, jako to: szlamy, ługi, mydła, wyciąg z Igliwia Krynickiego, sole i pastylki.

Transporta te w ciągu sezonu uskuteczniane będą co kilka tygodni, ażeby zawsze świeżemi wodami ekspedycja dopełnioną była.

Eroszury oryginalne, ze źródeł nadsyłane, dołączone są do każdego obstalunku bezpłatnie, o czem maun honor zawiadomić WW. PP. Doktorów, jako też osoby, używające kuracyi wodami mineralnemi.

Wody ze składu mego otrzymywane, są w wielu Aptekach warszawskich, oraz w Aptekach prowincjonalnych, tak w Królestwie jako też i w Cesarstwie, również i w Zakładach leczniczych kąpielowych.

H. Kucharzewski, Magister farmacyi. 6—3

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Sokołowski. O nerwobólach klatki piersiowej, wikłających przewlekłe suchoty płucne. — II. J. Pawiński. O tak zwanym połowicznym skurezu serca. *Hemisystolia cordis.* (Leyden). (Dokończenie). — III. I. Wisłocki. Chinina w kokluszu. — *Dział sprawozdawczy:* 31. L a n d a u Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (Dalszy ciąg). — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z d. 21 Marca 1882 r. — Wiadomości bieżące — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O NERWOBÓLACH KLATKI PIERSIOWEJ, WIKŁAJĄCYCH PRZEWLEKŁE SUCHOTY PŁUCNE.

Podał

D-r. med. **Alfred Sokołowski.**

Powszechnie wiadomo, jak często suchotnicy uskarżają się na bóle różnorodne w klatce piersiowej, które pospolicie oznaczane bywają pod nazwą, „kłucia w piersiach“. Przy bliższem jednakże rozpatrzeniu, z łatwością przekonać się można, że bóle owe przedstawiają różnorodny charakter, tak pod względem umiejscowienia, nateżenia, przebiegu, jako też ich znaczenia patologicznego. Zajmując się oddawna badaniem tego objawu, często stanowiącego wielce nieprzyjemne powikłanie suchot płucnych, postanowiłem dzisiaj podać do wiadomości Szanownym Kolegom moje pod tym względem doświadczenie kliniczne.

Wogóle biorąc, bóle w mowie będące dadzą się podzielić na dwie główne grupy: 1) bóle tępe, nieściśle umiejscowione, występujące w różnych miejscach klatki piersiowej, przeważnie jednakże z przodu, bardzo zaś często w okolicy mostka. Bóle owe posiadają różnorodne nateżenie, zazwyczaj nie dokuczają one zbyt chorym, którzy określają je jako głuchy ból, głęboko w piersiach tkwiący, nie będąc w stanie ściśle go umiejscowić. Często głębokie oddechanie powiększa ból; w większej jednakże liczbie przypadków, oddechanie nawet głębokie odbywa się zupełnie swobodnie. Bóle owe występują chwilami, nieraz godzinami, wogóle jednakże biorąc, są krótkotrwałe; są okresy że występują kilka dni z rzędu, innym razem co kilka tygodni lub miesięcy. Często przyczyną ich bywa wysiłek mechaniczny, innym razem występują bez żadnej widocznej przyczyny, nieraz wśród zupełnego spokoju.

Zdarza się jednak czasem, że bóle, wyżej wspomniane, dochodzą do niezwykle silnego nateżenia, a wówczas stanowią one wielce dokuczliwy objaw,

chorzy wówczas ból określają, jako niezwykle silne klucie, lub rwanie w piersiach, ból taki nieraz dochodzi do tak silnego zaostrenia, że chorzy niemal krzyczą z bólu. Tego rodzaju silne bóle występują rzadko, a przypadki w których dotychczas miałem sposobność je obserwować odnosiły się do okresów końcowych szybko przebiegających suchot płucnych (*phthisis florida*). Jako ciekawy pod tym względem, przypadek niechaj nam posłuży następujące spostrzeżenie: W pierwszych dniach Kwietnia roku bieżącego, przybyła na mój oddział w szpitalu Ś-go Ducha 18 letnia dziewczyna w ostatnim okresie szybko postępujących suchot płucnych. Chora przedstawiała obraz ostatecznego wyniszczenia, gorączkowała silnie (*febris continua* do 40° C. z nieznacznie rannymi remissyjami) pociła się obficie, kaszel trwał bezustanku. W płucach istniały objawy fizykalne znacznych zgęszczeń u obu szczytów płucnych.

Jedyny przedmiot skargi owej nieszczęśliwej chorej były silne bóle w piersiach, bólów owych bliżej umiejscowić nie była w stanie, wskazując tylko na całą przednią część klatki piersiowej. Objaw ten musiał być niezwykle silnego natężenia, chora bowiem wciąż jęczała, a od czasu do czasu wydawała głośne krzyki. W ciągu kilkunastogodniowego pobytu w szpitalu, to jest do samej śmierci, objaw ów pozostawał bez zmiany, nawet jeszcze na kilka godzin przed śmiercią, podczas mojej wizyty szpitalnej, chora, będąc już prawie bez tętna, jeszcze jęczała uskarżając się na ból w piersiach.

Badanie pośmiertne dokonane przezemnie wykazało: znaczne zrosty obu płuc, szczególnie szczytów, znaczne zniszczenia (*jamy-cavernae*) z obu szczytów, a szczególnie lewego, ogniska bronchopneumoniczne w innych częściach płuc. Nigdzie świeżych gruzełków nie napotkano. Nigdzie na opłucnej nie wykryto śladów świeżego wysięku, wszystkie zrosty były mniej lub więcej silnie zorganizowane.

Inny rodzaj bólów rozlanych, a jednak już bardziej ograniczonych, napotykamy u suchotników przedstawiających objawy znacznych powierzchownych jam (kawern). Tacy chorzy skarżą się od czasu do czasu, że w miejscu, odpowiadającym owej jamie, występuje mniej lub więcej rozległy ból; ból taki zazwyczaj występuje przemijająco, nigdy nie dokucza mocno chorym, a ci ostatni charakteryzują go jako ból głuchy, rozprzestrzeniający się mniej na znacznej przestrzeni tej strony klatki piersiowej, w której istnieje jama suchotnicza. Zdarza się bardzo często, że ból ów wzmaga się po dokonywanej perkusji, szczególnie zbyt mocno wykonywanej, nieraz nawet ból do tego stopnia się wzmaga, że chorzy badać się nie pozwalają, twierdząc, że po każdym badaniu ból trwa całe godziny; widziałem nawet tego rodzaju przypadki gdzie chorzy znaczne pogorszenie swego stanu kładli na karb zbyt energicznie dokonanej perkusji, twierdząc, że ból, który stale u nich powstawał, datuje od owego badania. Zresztą fakty tego rodzaju znane są powszechnie w klinikach, gdzie często suchotnicy wypisują się jedynie dlatego tylko, że wielokrotne badania przez studentów wywołują u nich uparte bóle w klatce piersiowej.

Co się dotyczy istotnej przyczyny owych bólów rozlanych, to takowa nie daje się wyjaśnić w zupełnie zadawalniący sposób. Można przypuszczać, jakto i zresztą powszechnie się przyjmuje, że wywołane są one tworzącymi się

zrostami pleurytycznymi. Przeciwnie jednakże takowemu przypuszczeniu przemawiają fakty tego rodzaju, że bóle owe występują stosunkowo rzadko u suchotników, podczas gdy zrosty pleurytyczne są zjawiskiem stale napotykanem u każdego trupa suchotniczego. Zdarzało mi się wielokrotnie o tem przekonać, co zresztą jest faktem powszechnie znanym, że nieraz u suchotników, którzy w ciągu całej choroby nie uskarżali się na najmniejszy ból, znajdowałem po śmierci kolosalne zrosty, które jedynie nożem można było od klatki piersiowej odseparować.

Przeważnie u suchotników, skarżących się na mniej lub więcej silne bóle, znajdowałem zrosty nieznaczne, tak np. u 35-letniej suchotnicy, którą również w r. b. na moim oddziale spostrzegalem, istniały w ciągu kilku tygodni przed śmiercią bóle rozlane (na znacznej przestrzeni), głównie w przedniej części klatki piersiowej. Bóle owe były niezbyt silne, chora okazywała głównie na cały mostek, jako na miejsce bólu. Badanie pośmiertne wykazało, że tylko wierzchołek prawego płuca i tylna część górnego zraza były przyrośnięte i to za pomocą umiarkowanych zrostów. Lewa opłucna żebrowa przedstawiała się zupełnie gładką, również lewy wierzchołek i tylne części płuca tylko przyrośnięte, przednia powierzchnia obu płuc, brzeg dolny i wewnętrzny były zupełnie swobodne. Może być, że przy powstaniu owych bólów odgrywa główną rolę indywidualność chorego, większa skłonność do nadczułości nerwowej, wogóle mówiąc, pewna większa wrażliwość nerwowa, gdyż, jak to miałem sposobność spostrześć, bóle owe występują w większej liczbie przypadków u kobiet aniżeli u mężczyzn.

Drugim rodzajem nerwobólów, występujących w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, są to bóle ograniczone do pewnych punktów klatki piersiowej, a mianowicie do międzyżebry. Bóle tego rodzaju posiadają mniej lub więcej wyraźne cechy nerwobólów międzyżebrowych (*neuralgia intercostalis*). Pod względem klinicznym nerwobóle tego ostatniego rodzaju przedstawiają się pod trzema głównymi postaciami, i tak: W bardzo wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie nieraz mamy nieznaczne zaledwie objawy fizyczne ze strony płuc (lekkie stępienie, oddech wydłużony i t. p.), występują bóle pod obojczykiem, w drugim lub trzecim międzyżebry. Ból taki nie jest zbyt silnym i jest ściśle ograniczonym do wyżej wzmiankowanych międzyżebry. Rzadko tylko bardzo rozprzestrzenia się na przednią część karku. Przy pociskaniu ból wzmaga się i wyraźnie rozszerza się w kierunku nerwu międzyżebrowego; naciśnięcie innych sąsiednich miejsc klatki piersiowej bynajmniej bólu nie wywołuje. Tego samego rodzaju ból międzyżebrowy, chociaż już daleko rzadziej, występuje i z tyłu między łopatkami, również ograniczając się ściśle do kilku pewnych przestrzeni międzyżebrowych. Jak tylko co wzmiankowałem, bóle owe nie bywają nigdy zbyt silnymi, występują one od czasu do czasu i zazwyczaj są krótkotrwałymi; chorzy opowiadają nam, że najczęściej doznają bólów tych rano przy wstawaniu, trwają one nieraz kilka godzin, a w ciągu dnia ustępują zupełnie, aby znowu zjawić się nazajutrz rano.

Z postępem sprawy płucnej ku gorszemu, bóle te zazwyczaj znikają w zupełności, toż samo ma miejsce również w tych przypadkach, gdzie proces w szczyście

pluca przybiera pomyslny przebieg. Co do bliższej istoty owych bólów, to chociaż z trudnością daje się tu coś stanowczego orzec, dla tej przyczyny, że chorzy będący w tym okresie nie bywają przedmiotem badania pośmiertnego, to sądzę jednakże, że wielce prawdopodobnem jest przypuszczenie, jeszcze przed trzydziestu kilku laty wypowiedziane przez lekarza francuskiego B e a u ¹⁾, że bóle takie zależne są od zapalenia nerwu międzyżebrowego (*névrite*), będącego wynikiem przewlekłego zapalenia opłucnej, towarzyszącego sprawie gruźliczej szczytu płucnego.

Bóle owe podobojczykowe, tylko co opisane, jeśli z jednej strony niezbyt dokuczają chorym i zazwyczaj same ustępują. to jednakże nieraz u nieco wrażliwych chorych (a bardziej jeszcze u ich otoczenia) stanowią przedmiot nieustannej obawy i nieustannych skarg, zmuszających lekarza do różnych środków miejscowo działających. W tych jednakże razach leczenie psychiczne okazuje się najczęściej środkiem najskuteczniejszym, chorzy uspokojeni zapewnieniem lekarza o małej doniosłości bólu, przestają się trwożyć, a ból zazwyczaj szybko ustępuje sam przez się. Co się dotyczy znaczenia prognostycznego owych bólów, to, zdaniem mojem, znaczenie ich zostało przez niektórych autorów, a szczególnie P e t e r'a, zbyt znacznie przecenionem. Profesor P e t e r w swoich znakomitych lekcjach klinicznych ²⁾ bólowi wyżej opisanemu nadaje wysoką doniosłość praktyczną, pisząc: „*Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, la douleur des sommets de la poitrine est donc un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire; il s'en suit qu'elle en est un des symptômes le plus constants et par là un des signes les plus probants*“ (str. 504).

Zdanie to profesora P e t e r'a jest jednostajnem, a to z następujących powodów: 1) Ponieważ u bardzo wielu suchotników od początku cierpienia, aż do śmierci, jak to już wyżej wzmiankowałem, nie występują wcale nawet najmniejsze bóle, o czem miałem sposobność głównie przekonać się w Zakładzie leczniczym w Goerbersdorf'ie, w ciągu lat kilku, spostrzegałem tamże właśnie ogromną ilość przypadków, ze zmianami nieznaczniemi szczytów płucnych, a śmiało wyrzec mogę, że zaledwie może u czwartej części z nich występowały owe bóle podobojczykowe. 2) Że w przypadkach gdzie istnieją owe bóle mamy chociaż nieznaczne, lecz wielce pozytywne, objawy cierpienia szczytu płucnego, jako to: suchy kaszel, lekkie stępienie, wydech przedłużony i t. p. objawy zajęcia szczytu płucnego. 3) Że bóle owe występują nieraz u osób zupełnie zdrowych szczególnie kobiet, ustępując szybko i mając li tylko znaczenie czystego nerwobólu międzyżebrowego. (D. c. n.)

¹⁾ De la névrite et de la névralgie intercostales, par le D-r B e a u, médecin de l'Hôtel Dieu etc. Archives Générales de Médecine. Février 1847. Str. 162—181.

²⁾ Leçons de Clinique médicale, par M. P e t e r, Professeur etc. Paris. 1877. Tom I. str. 498—521.

II. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA

Hemisystolia cordis (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawłowski**,

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.).

(Dokończenie — Patrz Nr. 21).

Dwa ostatnie spostrzeżenia wskazują, że tak zwany połowiczny skurcz serca (*hemisystolia cordis*) zjawia się nie tylko przy wadach zastawek serca, ale i przy innych chorobach, występujących z zakłóceniem rytmu serca. Dowodzą one prócz tego, że tłumaczenie sposobu, w jaki zjawisko to do skutku przychodzi, podane przez *Leyden'a*, nie jest prawdziwe. Tłumaczenie to, jak słusznie powiada *Malbranc*, jest bardzo dowcipne, ale więcej teologiczne, aniżeli fizjologiczne. Gdyby rzeczywiście objaśnienie *Leyden'a* tak zwanego połowicznego skurczu było prawdziwe, gdyby tak zwana *hemisystolia* powstawała na drodze mechanicznej, to jakżeby ona musiała być częstą, wobec tak licznych przypadków wad zastawki dwudzielnej. Tymczasem klinika nie potwierdza tego ostatniego przypuszczenia. Już samo naprzemiennie perjodyczne zjawianie się i znikanie tętna, dalej występowanie w mowie będącego zjawiska niekiedy bezpośrednio po prawidłowym rytmie serca, lub w czasie zupełnej arytmii serca i to często bez żadnej widocznej przyczyny, najlepiej przemawia za nerwową naturą tak zwanej *hemisystolii* serca.

Nie chcemy bynajmniej przez to powiedzieć, aby miejscowy stan cyrkulacji, t.j. samego serca, nie wpływał na częstsze zjawianie się *hemisystolii*, chcemy tylko uwydatnić, że w takiej, że się tak wyrazimy, arytmii rytmicznej należy mieć na względzie więcej unerwienie samego serca, aniżeli stosunki mechaniczne. Według naszego zdania tak zwany połowiczny skurcz serca jest niczem innym jak tylko typową perjodyczną arytmiją serca. Że w wadach zastawek serca, a głównie przy niedostateczności zastawki dwudzielnej i zwężeniu ujścia żylnego lewego, obraz tak zwanej *hemisystolii* będzie jaskrawszy, więcej nas uderzający, to łatwe do przewidzenia. Jeśli rytm serca ulegnie zmianie wskutek zmiany w unerwieniu w ten sposób, iż po mocniejszym skurczu serca następuje drugi słabszy, przedwczesny, to z przedsionka do komórki dostanie się tylko niewielka ilość krwi. Ta mała, niedostateczna ilość krwi rozdzieli się jeszcze, przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, na dwie części, z których jedna tylko do aorty wepchniętą zostanie, gdy tymczasem druga część wraca napowrót do przedsionka. Tętno więc arteryjalne, zwłaszcza tętnic obwodowych, odpowiadające takiemu słabemu przedwczesnemu skurczowi serca, może się stać zupełnie niewyczuwalnym. Przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, rezultat ostateczny będzie mniej więcej taki sam, jak w poprzednim razie, ponieważ wskutek przedwcześnie występującego

skurczu serca, bardzo mała tylko ilość krwi przedostanie się przez zwężone ujście z przedsionka do komórki, do aorty, zatem i do tętnic obwodowych.

Tam zaś, gdzie niema podobnych przeszkód w ujściach serca, a zastawki prawidłowo wypełniają swoje zadanie, to chociaż nastąpi przedwczesny skurcz serca, w każdym razie jednak ilość krwi, wepchnięta do aorty, będzie zawsze większą, aniżeli w przypadkach powyższych. Tym sposobem w chorobach niełączących się z wadami zastawki serca, owe drugie, często znikające dla dotyku tętno będzie zawsze stosunkowo większe, aniżeli przy wadach zastawki.

Dla ostatecznego streszczenia poglądów na obraz kliniczny, zależny według Leyden'a i jego zwolenników od połowicznego jakoby skurczu serca, pozwolimy sobie jeszcze raz przytoczyć główne momenty, na których Leyden opierał istnienie tak zwanej hemisystolii serca, a które według badań naszych i innych autorów, okazały się zwodniczemi. I tak, Leyden przyjmował, iż tak zwana *hemisystolia cordis* polega na tem, iż przy każdym drugim uderzeniu serca kurczy się tylko prawa komórka, w pierwszym zaś tylko uderzeniu wierzchołkowym serca obie połowy serca, prawa i lewa, jednakowy przyjmują udział. Pogląd swój opierał wspomniany dopiero co autor na istnieniu dwóch uderzeń wierzchołkowych serca, z których tylko pierwszemu odpowiadało tętno w tętnicy szyjowej i promieniowej; ponieważ zaś podczas drugiego, z dwóch w związku z sobą będących uderzeń wierzchołkowych, tętna w tętnicy szyjowej lub promieniowej nie było podobna wyczuć, a tętno żyłne było wtedy widocznem, ztąd Leyden uczynił wniosek, iż w drugim uderzeniu wierzchołkowym serca przyjmuje udział tylko prawa komórka, lewa zaś nie kurczy się wtedy, pozostając w stanie spoczynku. Słowem, prawa komórka kurczy się wraz z lewą tylko przy pierwszym uderzeniu wierzchołkowym, przy drugim zaś kurczy się tylko prawa komórka. Wreszcie za podporę teorii Leyden'a, miały służyć kardyjogramy Malbranc'a, a mianowicie krótki czas trwania drugiej rewolucyi serca i brak wzgórka, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych aorty w drugiej mniejszej rewolucyi serca, której tętno arteryjalne nie towarzyszyło. Jeden tylko wzgórek znajdujący się na linii zstępującej w rewolucyi mniejszej wyprowadzono od zamknięcia zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej. Wzgórek ten miał znowu służyć za dowód, że druga mniejsza rewolucya serca zawdzięcza swój początek tylko skurczowi prawej komórki, bez współdziałania lewej. Wreszcie jako dowód, że podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego lewa komórka pozostaje w stanie beczynnym, przytacza Malbranc tę okoliczność, iż w czasie drugiego skurczu serca znikał wyraźny przy pierwszym uderzeniu serca szmer gwizdania, w okolicy zastawski dwudzielnej słyszalny.

Nasze zaś badania kardyjo- i sfigmograficzne doprowadziły nas do następujących wniosków:

1) że pomimo pozornego (dla dotyku) braku tętna można wykazać za pomocą dokładnych przyrządów graficznych istnienie drugiego mniejszego tętna, odpowiadającego drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu, że zatem

2) w drugim uderzeniu wierzchołkowym serca (*ictus cordis*) przyjmuje udział nie tylko prawa ale i lewa komórka.

3) że dwa w związku z sobą będące tętna, z których jedno jest wyczuwalne, drugie zaś niedostępne dla dotyku, są niczem innym jak tylko tętnem dwudzielnem, bliźniaczym, lub naprzemiennem (*pulsus bigeminus et p. alternans*), na co już D-r Widmann, ziomek nasz, poprzednio zwracał uwagę.

4) że dwudzielnosc fal tętna ma swoje źródło w podobnej dwudzielnosci uderzeń serca (*Herzbigeminie*) z tem tylko zastrzeżeniem, że analogija pomiędzy dwudzielnym uderzeniem serca a dwudzielnym tętnem polega najczęściej na wewnętrznym jakby ukrytem podobieństwie kardyjogramu ze sfigmogramem, a nie na podobieństwie zewnętrznym rewolucyj serca i tętna;

5) że dwudzielnosc uderzeń serca, podobnie jak dwudzielnosc tętna polega na niestosunkowości, rozstrojeniu pomiędzy skurczem a rozkurczem serca, to jest, że rozkurcz pierwszy (*diastole*) zostaje skróconym przez przedwcześnie zjawiający się skurcz, tak, iż dopiero rozkurcz drugi dosięga normalnej wielkości.

6) W czasie istnienia tętna dwudzielnego, dwudzielnosc ma miejsce nie tylko w lewej, ale i prawej komórce (Riegel, Lachmann).

7) Warunki przenoszeniu się fal z prawego serca do żył szyjowych są odmiennie, aniżeli z lewego serca do tętnic szyjowych i innych obwodowych, wskutek czego jedna i ta sama fala uwydatni się o wiele lepiej w pierwszych, aniżeli w ostatnich.

8) Brak wzgórka, odpowiadającego zamknięciu zastawek półksiężycowych aorty nie może służyć za dowód braku skurczu lewej komórki, ponieważ wobec małej fali krwi, która przy drugim uderzeniu wierzchołkowym do aorty wepchnięta zostaje, fala zwrotna będzie bardzo mała, tym sposobem uderzenie tejże o zastawki półksiężycowe aorty nie odbije się należycie w kardyjogramie.

9). Brak szmeru gwizdania (Malbranc), istniejącego przy pierwszym uderzeniu wierzchołkowym, nie może być uważanem za brak skurczu lewej komórki podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego, gdyż przy słabym skurczu, regurgitacja krwi z komórki do przedsionka, przez niedomykającą się zastawkę dwudzielną, będzie nieznaczna, wskutek czego szmer skurczowy nie dojdzie do ucha naszego.

10) Że tak zwana hemisystolija serca zdarza się nie tylko przy wadach serca, ale i w innych chorobach, łączących się z zakłóceniem unerwienia serca.

11) Że może występować nie tylko przy zwolnionem, jak dotychczas powszechnie utrzymywano, ale nawet przy bardzo przyspieszonym tętnie (160, 180, 200 na minutę).

12) Że tak zwany połowiczny skurcz serca jest niczem innym jak tylko typową peryjodyczną arytmiją

serca, w której zmiana innerwacyi serca większą odgrywa rolę, aniżeli stosunki mechaniczne.

Na zasadzie powyższych danych, jak również na zasadzie wspólności włókien mięsnych dla lewej i prawej komórki, wnosimy, że w przypadkach opisywanych pod nazwą „*hemisystolia cordis Leyden'i*“ nie istniał jednostronny tylko skurcz serca, lecz że istniały nieregularne, lecz typowe, peryjodycznie powtarzające się, niezupełne skurcze serca, przyczem obie połowy serca jednakowy udział przyjmowały.

Ponieważ zwolennicy tak zwanej hemisystolii serca powoływali się nie tylko na objawy kliniczne, wskazujące jakoby na istnienie połowicznego naprzemiennego skurczu serca, ale wskazywali także na występowanie nierównoczesnego skurczu różnych oddziałów serca w doświadczeniach fizjologicznych, wykonywanych na zwierzętach, pozwolimy więc sobie przytoczyć niektóre dane dotyczące się tej kwestyi. Dane te zaczerpnęliśmy z pracy Riegela i Lachmanna, poniżej wymienionej.

I tak, Hofmokl, badając ciśnienie krwi w wielkim i małym krwiobiegu, zauważył, iż na dwa skurcze prawej komórki, jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał. Doświadczenia swoje na psach kuraryzowanych wykonywał autor w następujący sposób: do mierzenia ciśnienia krwi w wielkim krwiobiegu wybierał on tętnicę szyjową wspólną, a do badań nad ciśnieniem w małym krwiobiegu posługiwał się jedną z głównych gałęzi tętnicy płucnej. Oba naczynia połączone były z manometrami, te zaś ostatnie z przyrządem piszącym. Skoro zatrzymywano oddechanie, a następnie drażniono nerw błędny—przy zachowaniu obu nerwów błędnych i współczulnych—wtedy wpływ hamujący nerwu błędnego odbijał się jednakowo i tak na prawej jak i na lewej połowie serca.

Jeśli zaś najprzód przecięto oba nerwy błędne i współczulne, a następnie zatrzymywano oddechanie, to fala przechodząca z wielkiego i fala z małego krwiobiegu nie pozostawały z sobą w tak ścisłej harmonii, jak w poprzednim razie. Skoro wreszcie po uprzednim przecięciu nerwów błędnych i współczulnych, zatrzymywano oddechanie tak długo, dopóki nie nastąpiło znaczne zmniejszenie ciśnienia w wielkim krwiobiegu, wtedy zauważono to ciekawe zjawisko, iż prawa komórka kurczyła się częściej, aniżeli lewa, tak, iż na dwa skurcze prawej jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał.

Klebs wspomina także o doświadczeniu, w którym u psa ze sztuczną niedomykalnością zastawki dwudzielnej i znacznem rozszerzeniem lewej komórki, prawa komórka kurczyła się dwa razy częściej, aniżeli lewa. Dla przekonania się o słuszności poglądów Hofmokla i Klebs'a przedsięwziął Schreiber szereg doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te doprowadziły go do odmiennych od wniosków dopiero co wspomnianych autorów, a mianowicie, że prawa i lewa komórka kurczyły się jednocześnie. Do podobnego mniej więcej rezultatu jak Schreiber, przyszli Riegel i Tucek, wywołując u zwierząt za pomocą zatrzymania oddechania tętno dwudzielne.

Wreszcie wypada nam jeszcze wspomnieć o innych autorach, którym się udało na zwierzętach wykazać połowiczny skurcz serca. I tak, P a n n u m wstrzykując psu masę woskową z pnia bezimiennego do tętnic wieńcowych serca zauważył, iż z początku rytm skurczów serca stawał się częstszym, następnie niektóre oddziały serca zaczęły się kurczyć niejednocześnie, przedsionki kurczyły się częściej, aniżeli komórki. Po upływie 75 minut od chwili wstrzyknięcia masy woskowej, lewa komórka przestała się kurczyć, gdy tymczasem prawa kurczyła się, chociaż powoli, jeszcze około 6 godzin.

Do podobnych mniej więcej rezultatów doszedł i B e z o l d w pracy swej „*Ueber die Veränderungen des Herzschlages nach Verschlussung der Coronararterien*“ a mianowicie zauważył on, iż serce, które w ciągu 10—20 minut po zamknięciu tętnic wieńcowych, prawidłowy rytm zachowywało, zaczęło się rzadziej kurczyć. Zmniejszenie częstości skurczów dotyczyło zwykle najprzód lewej komórki, gdy tymczasem i inne oddziały serca kurczyły się nawet prędzej, tak, iż na dwa skurcze tychże jeden tylko skurcz lewej komórki przypadał. Następnie nadeszła chwila, w której lewa komórka, ściśle mówiąc, nie pulsowała, lecz zamiast właściwego skurczu wykonywała tylko robaczkowate, faliste ruchy.

Po tym okresie lewa komórka przestała zupełnie przyjmować udział w skurczu serca, gdy tymczasem przedsionki i prawa komórka kurczyły się jeszcze, skoro tylko wielka tętnica wieńcowa podwiązana została. Jeśli zaś podwiązanie dotyczyło i małej tętnicy wieńcowej to i w tym nawet przypadku prawa komórka kurczyła się dłużej aniżeli lewa. Po zatrzymaniu się lewej komórki, prawa zaczęła wykonywać nieregularne skurcze, aż w końcu serce zupełnie bić przestało.

S a m u e l s o n zajmował się także badaniami nad niejednoczesnym skurczem różnych oddziałów serca. Autor ten, uciskając tętnicę wieńcowa lewą (wielką) u zwierząt, zauważył przedewszystkiem zmniejszenie częstości skurczów obu połów serca, zwolnienie to dotyczyło jednak głównie lewej komórki, wpływ zaś na prawą był mniej widocznym. Następnie skurcze lewej komórki stawały się coraz rzadszemi i coraz słabszemi, aż w końcu nastąpiło zupełne zatrzymanie się (*Stillstand*) komórki, gdy tymczasem prawa komórka i prawy przedsionek silnie się jeszcze, choć nieco rzadziej, kurczyły. Dalej autor wspomina, że skoro zamknięcie tętnicy wieńcowej lewej trwa bardzo długo (7 minut), to ostatecznie skurcze prawej komórki stają się nieregularnemi, poczem już zupełny paraliż całego serca następuje.

W końcu S. M a y e r, robiąc doświadczenia na zwierzętach, nad wpływem jaki nieodpowiednia wymiana gazów przy oddechaniu na serce wywiera, spostrzegł, że osłabienie skurczów prawej i lewej połowy serca nie następowało jednocześnie, przyczem lewa komórka, a zwłaszcza lewy przedsionek nabrzmięwał. Zjawisko to można było dowodnie wywoływać lub usuwać, [stosownie do tego, czy wymiana gazów w czasie oddechania odbywała się nieprawidłowo lub prawidłowo.

Z przytoczonego okazuje się, że rzeczywiście w niektórych wyjątkowych razach udawało się obserwować u zwierząt niejednoczesny skurcz obu połów serca, najczęściej w czasie konania.

LITERATURA: Thoma Willis. Pharmaceutice rationalis sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore auctore Th. Willis. Hagae-Comitis 1675 anno. (De pulsu intermittente pag. 355). Senac. Traité de la structure du coeur, de son action et de ses maladies. Paris 1749. Anton Joseph Testa. Ueber die Krankheiten des Herzens. Ein Auszug aus dem Italienischen von Kurt Sprengel. Halle 1813. Kreysig. Die Krankheiten des Herzens systemat. bearb. Berlin 1813. Laënnec. Traité de l'auscultation médiate etc. Tome second. Paris. 1826. Charcelay. Archives de méd. de Paris. Décembre. 1838 (Schmidt's Jahrbücher Bd. 22). Joseph Skoda. Abhandlung über Perkussion und Auscultation. Wien. 1844. III Auflage. Stokes. Die Krankheiten des Herzens und der Aort. Aus dem Englischen v. Lindwurm. Würzburg. 1855. Pannum. Virchow's Archiv. Bd. 25. Bezold. Ueber die Veränderungen des Herzschlages nach Verschlussung der Coronararterien. Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg. 1867. 2 Heft. Leyden. Hemisystolie. Virchow's Archiv Bd. 44 u. 65. Obermeier. Ueber das wiederkehrende Fieber. Virch. Arch. Bd. 47. Heft. 2. Schreiber. Ueber den Pulsus alternans. Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie. Bd. VII. Juano. Essai sur les conditions pathogéniques du dédoublement des bruits du coeur. Thèse de Paris. 1876. Knoll. Ueber die Veränderungen des Herzschlages etc. Sitzungsberichte der Kaiser. Akad. der Wissenschaften. Bd. 66. Juli. Heft. Wien. 1872. Bozzolo. Archivio per le scienze mediche pubblicato da una società di studiosi e diretto da G. Bizzozero, in Torino. Volume primo. Torino. 1876—77. Malbranc. Ueber halbseitige Herzcontraction von D-r Malbranc. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 20. Heft 1—2. Leipzig. 1877. Tschirjew. Archiv für Physiologie von E. du Bois Reymond. 1877, pag. 116. Gerhardt. Lehrbuch der Percussion und Auscultation. 1876. Roy, On two heart-cases, wich presented a rare form of irregularity. Edinb. med. Jour. Jan. 1878. Friedreich. Ueber Doppelton an der Cruralarterie, so wie über Tonbildung an den Cruralvenen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXI. Hofmokl. Untersuchungen ueber die Blutdruckverhältnisse im grossen und kleinen Kreislaufe. Stricker's med. Jahrb. 1875. Klebs. Prag. med. Wochenschr. 1876. Nr. 2. Riegel und Tuzek. Zur Frage der Hemisystolie. Berlin. klin. Wochenschrift. 1879. Nr. 6. Fraentzel. Ein Puls bei zwei Herzcontractionen. Charitéannalen za 1874. Berl. 1876. Charité Annal. za 1875. Berlin. 1877. Rosenstein. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. Bd. VI. 2 Aufl.. Landois. Lehrbuch der Physiologie. Wien. 1880. Samuelson. Ueber den Einfluss der Coronararterien-Verschlussung auf die Herzaaction. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. II. Heft I. D-r Widmann. O tak zwanym niejednoczesnym skurezu obu komór sercowych. Leyden'a. Kronika Lekarska Nr. 5 i 6. 1880 r. Fr. Riegel und D-r Lachmann. Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit. Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXVII. Bd. 5 und 6 Heft. 1880. Mayer. Prager med. Wochenschr. 1880. Nr. 14. Riegel. Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit. Deutsch Arch. f. kl. Med. XXVIII. Bd. 8—3 Heft. 1881.

III. CHININA W KOKLUSZU.

Napisal

D-r **I. Wislocki** z miasta Łodzi.

Jeżeli zajrzemy do dzieł traktujących o leczeniu koklusu, uderzy nas przede wszystkim ogromna ilość najróżnorodniejszych środków, jakie w tej chorobie były używane (*Handbuch der specielle Therapie*, D-r R. Köhler. 1867). Niektóre z nich, jak np. belladonna, rozpowszechniona przez Troussa'ą, cieszyła się długo mniej więcej powszechnem uznaniem, pomimo, iż przy uzyciu ich w praktyce napotymano co krok na niedające się wytłomaczyć zawody, będące koniecznym następstwem obranej drogi: postępowania empirycznego. Jak długo bowiem traktujący o tej chorobie autorzy wyraźnie mogli wypowiadać (*Biermer*

Virchow's Spec. Pat. u. Ther. etc.), że o naturze i sposobie powstawania tej choroby nic nie wiedzą, jak długo widzieli w niej tylko czysto miejscowe cierpienie zapalne (Watt, Marcus, Broussais, Oppolzer) zajęcie kataralne gruczołów gardła i górnej części krtani (Gendrin, Beau), a nawet zapalną sprawę na błonie śluzowej przewodów powietrznych (Hüttenbrenner w tłum. pol. wykład chorób dzieci. 1876), lub wreszcie czystą nerwicę, czyli jednym słowem, jak długo nie zdołano dotrzeć do istoty choroby, lecz brano objawy pojedynczych jej okresów za właściwe znamiona, tak długo terapija musiała się błąkać na manowcach empiryi, o racjonalnej zaś terapii mowy być nie mogło.

W roku 1867 ogłosił Poullet (*Presse med. belge. Nr. 51*) badania swe nad powietrzem wydechanem przez kokluszowych, w którym znalazł dwojakiego rodzaju pasorzyty, odróżnione przez niego jako *monas termo* i *bacterium bacillus*. Pobudzony powyższym artykułem, obrał sobie badanie płwocin kokluszowych za przedmiot do rozprawy doktoryzacyjnej Jansen (*Dissert. Bonn. 1868*). Znalazł on w nich również pasorzyty, lecz nie odważył się jednak uznać ich jako przyczynę choroby. Stanowczym dopiero pod tym względem jest Letzerich (*Virchow's Archiv 49. 57. 60*). Ten już stanowczo uważa grzybki, znalezione w krtani kokluszowych, za istotną przyczynę tejże choroby, czas trwania jej, natężenie i przebieg czyni zależnym od ilości ich i siły rozwoju, a miejscowe zapalne procesa równie jak i rozprzestrzenienie się ich na oskrzela i pęcherzyki płucne uważa jako następstwo rozszerzania się grzybków.

Raz stanawszy na tym gruncie, mogła terapija przejść na drogę racjonalną. Już przedtem, wychodząc z zupełnie odmiennego punktu widzenia, bo patrząc na koklusz jako na sprawę miejscowo zapalną, starali się niektórzy autorzy działać miejscowo. Watson (*On the topic medication of the larynx*), już w roku 1849, a za nim Joubert (*Bullet. de therap. Jan. 1852*) używali z pomyślnym skutkiem tuszowań *sol. arg. nitr.* w kokluszu. Kwasu azotnego w podobnym celu używał Arnold, a G. Gibb (*Treatise on hooping cough. London. 1854*) uważa go za środek specyficzny, przerywający, podobnie jak chinina zimnicę, niegorączkowe przypadki kokluszu w przeciągu dni 2–15. Nadmienić tu należy, że obaj autorowie używali go w dostatecznie mocnym roztworze, aby działanie jego można sobie było wytłomaczyć działaniem miejscowem.

Raz do miejscowej terapii zwrócona uwaga badaczy, wywołała najrozmaitsze próby. Zaczawszy od czystej pary wodnej, zalecanej drogą inhalacji przez Wietfeld'a (*Allgem. med. Centralbl. 25. 1864*), próbowano tą drogą używać rozmaitych narkotyków (Filber, Wilde, Haynes), środków ściągających, jak ałun, woda wapienna i t. d., a po ogłoszeniu powyżej przytoczonych badań (Letzerich'a, Jansen'a i innych) powagi pedyjatryczne zwróciły się stanowczo na tę drogę. Gerhardt z pomyślnym skutkiem zaczął używać inhalacji 4% roztworu bromku potasu, Steffen taninę 0,3 na 30,0 wody z dodatkiem *trae opii crocatae. gtt. tres*, Burhardt 2% roztworu kwasu karbолоwego i t. d.

Pierwszy Binz zaczął używać chininy w kokluszu (*Arch. für Path. Anatomie XLVI*), wychodząc z zasady, że takowa niszczy niższe organizmy i za-

razem zmniejsza działanie odruchowe ludzkiego ustroju. Za jego przykładem poszli inni (Breitenbach, Steffen i t. d.), dając do wewnątrz chininę w dawkach 2—3 godzinnych w ilości 0,1—1,0 na dobę. Oceniając należycie i miejscowe działanie na krtani przy polykaniu, podawano zwykle chininę w roztworze. Osiągano w ten sposób bardzo zadawalniające rezultaty, lecz podając lekarstwo przez dłuższy czas wywoływano często (Hasse) objawy zaburzeń żołądkowych.

Profesor Hagenbach, autor cennej monografii o kokluszu (Gerharta, *Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1877. II.*), będąc od wielu lat zwolennikiem miejscowego leczenia tej choroby, długo idąc, jak sam się przyznaje, za przykładem Watson'a, używał tuszowań krtani azotanem srebra i porzucił tę metodę leczenia dopiero przechodząc do miejscowego użycia chininy. Chcąc uniknąć zaburzeń w trawieniu, używał starannych tuszowań roztworem chininy, używając do tego małych gąbeczek, i tą drogą otrzymywał równie pomyslnie rezultaty, jak przy zadawaniu chininy wewnętrznem, zażytkowując przy tem zaledwie 0,05—0,1 chininy dziennie. Gdy Letzerich zaczął używać wdmuchiwań proszku chininy w gardło i udawało mu się tym sposobem w przeciągu 8—10 dni usuwać grzybki, a chorzy zaraz w pierwszych dniach przestawali kaszleć, Hagenbach poszedł za jego przykładem i używając w tym celu tej samej co on mieszaniny, a mianowicie *chinini hydrochlorici* 0,01—0,015, *natri bicarbonici* 0,015, *gummi arabici* 0,25 *pro dosi*, osiągał równie dobre rezultaty i bardzo ten sposób zachwala, przyznając jednak z drugiej strony, iż metoda ta ma także pewne niedogodności. Naprzód wymaga dość znacznej wprawy, nie można jej więc powierzać otaczającym. Nadto, ponieważ wdmuchiwania trzeba robić 2 razy dziennie (Letzerich), albo przynajmniej raz (Hagenbach), wymaga więc ona częstych wizyt lekarza. Ze swej strony dodałbym, iż wdmuchiwanie u dzieci kapryśnych, a do tego wpadających przy każdym wzruszeniu w nowy napad kurczowego kaszlu, przedstawia często bardzo nieprzyjemne pozycje, tak dla lekarza, dla jak i otaczających chorego. Wreszcie wychodząc z teoretycznej zasady, że chinina w zwyczajnych warunkach jest bardzo mało rozpuszczalną, jeżeli więc pomimo to przy wdmuchiwaniu wywiera swoje działanie, zanim ze płwociną wydaloną zostanie, tem skuteczniej działać powinna jeżeli zastosowana będzie w roztworze, zacząłem używać jej w ten sposób, iż 2% roztworem przestrykiwać zalecałem gardła dzieci chorych na koklusz. Z rezultatów otrzymanych w ten sposób, oprócz kilku przypadków ambulatoryjnie leczonych, o których albo żadnych dalszych nie miałem wiadomości, albo tylko krótką relację, „że lekarstwo pomogło“, mogę przedstawić trzy następujące dotychczas w ten sposób leczone przypadki:

Spostrzeżenie I. K., dziewczynka lat 7, miernie odżywiana. Gruczoły na szyi obrzmiały, do wielkości grochu i laskowych orzechów, niebolesne, wyciek z ucha lewego. Zresztą stan normalny. Od początku Października zeszłego roku zaczęła kaszleć. Kaszel ów, nie mający żadnych obiektywnych objawów na swe wytłomaczenie, i przebiegający bezgorączkowo, nie ustępował pomimo zatrzymania chorej w domu i podawania jej lekkich narkotyków (*pulc. Doveri* 0,06 co 2—3 godzin), lecz przeciwnie, stawał się częstszym i silniejszym, aż wreszcie

zaczął przybierać charakter kokluszowy: przy napadach zaczęła twarz czerwienić się, nabrzmiwać, zaczęły występować zanoszenia (*reprises*). Przepisałem tedy 8 Października:

Rp. *Sulph. Chinini* 4,0

Acidi Sulph. 2,0

Aq. destillatae 210,0

DS. Do szprycowania

i poleciłem tym roztworem przestrzykiwać gardło chorej, trzy razy dziennie szprycą o małym baloniku gumowym, a stosunkowo długą kanką kościanną, tak, aby końcem jej można było sięgnąć po za nasadę języka. Chora wypluwała wstrzyknięty plyn wśród mocnego kaszlu i wydalala przytem znaczną ilość sluzu przejrzystego.

Będąc w następnych dniach zmuszonym wyjechać przeszło na tydzień, nie mogłem przez ten czas chorej widzieć. Gdy ją po powrocie odwiedziłem, zastałem ją w stanie bardzo dobrym, kaszel stracił zupełnie charakter kokluszowy, zanoszenia się ustały i chora kaszlała zaledwie kilka razy na dzień, szczególnie w nocy i nad ranem, kaszlem charakteru zwyczajnie kataralnego, wydzielając przy tem mierną ilość plwociny śluzowej, ciągnącej się. I obecnie nie znalazłem żadnych objektywnych objawów podrażnienia dróg oddechowych. Zaleciwszy tedy w dalszym ciągu szprycowanie tym samym roztworem dwa razy dziennie, nie widziałem chorej do 5 Listopada, gdy znowu zostałem do niej wezwany, a zarazem do jej młodszego brata, u którego również wystąpiły objawy koklusu (Spostrzeżenie 2). Po skończeniu przepisanej dawki roztworu chininy, rodzice dziewczynki, uważając ją za wyleczoną, zaprzestali przestrzykiwań. Kaszel po paru dniach zaczął powracać do pierwotnego typowego charakteru swego, zanoszenia znowu się pojawiły, a nawet czasami wymioty. Przy użyciu ponownie dawniejszych przestrzykiwań gardła 2 razy dziennie, wszystkie powyższe objawy znikły w ciągu paru dni, jak się o tem przekonać mogłem, widząc chorą na trzeci dzień, a robione jeszcze następnie przez dni dziesięć przestrzykiwania usunęły stanowczo wszelkie objawy koklusu. W celu działania przeciw dyjatezie skrofalicznej, objawiającej się obrzmieniem gruczołów, wyciekami z ucha, oraz dla podniesienia niezbyt silnego odżywiania zaleciłem tran i nacierania gruczołów szarem mydłem (K o r m a n n. ref: 1-go posiedzenia 2-go zjazdu lekarskiego, sekcji pedyjatrycznej w Berlinie. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, XV, 1880) przy której to terapii stan ogólny chorej dziś jest zupełnie zadawalniającym, a obrzmiałe gruczoły zmniejszają się.

Spostrzeżenie II. W., brat poprzedniej, 4 lata. Odżywianie mierne, stan ogólny organów i ich funkcyj prawidłowy. Zaczął kaszleć w końcu Października; kaszlowi, również jak i u siostry, nie towarzyszyły żadne objawy podrażnienia ze strony dróg oddechowych, a styczność z siostrą chorą na koklusz dozwalała przypuścić rozwijanie się koklusu. Gdy pomimo podawania przez kilka dni proszków granowych D o w e r'a, kaszel nietylko nie zmniejszał się, ale po jedzeniu zaczęły się do niego przyłączać wymioty, zaleciłem i u niego robić trzy razy dziennie przestrzykiwania gardła powyższym roztworem chininowym i po tygodniu znalazłem chorego prawie zupełnie wolnym od kaszlu,

który powtarzał się jeszcze zaledwie parę razy we dnie i nad ranem, był flegmistym i bez zanoszeń. Przy następnie jeszcze przez dwa tygodnie prowadzonym przestrzykiwaniu gardła, dwa razy dziennie, i te objawy ustały i chorego uznałem za zdrowego. W Grudniu znowu zostałem wezwany do małego chorego. Po zaziębieniu kaszel powrócił i przybrał charakter czysto kokluszowy, z zanoszeniem się i wymiotami. Zatrzymanie chorego w pokoju i przestrzykiwanie gardła, jak wyżej, w kilka dni usunęły i tym razem kaszel bez użycia jakichkolwiek innych środków.

Spostrzeżenie III. W Listopadzie r. z. zawezwany zostałem, do 5-letniego chłopca B., chorego od trzech tygodni na koklusz. Napady kaszlu z wszelkimi nieprzyjemnymi objawami powtarzały się, według zeznania rodziców chorego, w ostatnim tygodniu co pół godziny, a nawet częściej; nadto parę razy powtórzyły się krwotoki z nosa, które wraz z częstymi wymiotami mocno chorego osłabiły. Wreszcie od dwóch dni dostał on gorączki oraz przyspieszonego oddechu, które to objawy przestraszyły rodziców i spowodowały ich do wezwania lekarza. Znalazłem małego chorego z lekkimi wypiekami na bladej twarzyczce, leżącego w łóżeczku. Odżywianie mierne, budowa wątła, ciepłota 38,7 C., o 10-tej rano, tętno 116, prędkie, miękkie, oddechów 40, w gardle lekkie zaczerwienienie, w płucach oddech pęcherzykowy zaostrozony, z licznymi grubymi i średnimi rzeżeniami wilgotnymi. Kaszel pojawia się często i w większej liczbie razy przechodzi w silny napad kokluszowy z zanoszeniem się, sinieniem twarzy, przyczem dziecko chwyta się rączkami za toczoną poręcz łóżeczka i na niej główkę opiera, wykrztuszając z trudem znaczną ilość płynu, składającego się po większej części ze śliny i śluzu jamy ust i nosa z domieszką pianistej, drobnopęcherzykowej, gdzieniegdzie żyłkami krwi zabarwionej płwociny płucnej. Stan przewodu pokarmowego nie przedstawia nieprawidłowości godnej uwagi.

Mieliśmy więc tutaj do koklusza przyłączające się kataralne zajęcie pierwszych dróg oddechowych. Należało nam więc przedewszystkiem zająć się usunięciem takowego, gdyż przejście procesu na drobne oskrzela, ewentualnie pęcherzyki płucne, mogło spowodować smutne zakończenie całej sprawy. W tym celu poleciłem zatrzymać małego chorego nadal w łóżku i ubrać go w flanelowy kaftanik, aby ochronić go od zaziębienia przy ciąglem zrywaniu się podczas napadów kaszlu, przepisałem lekkie *Inf. ipecacuanhae cum aq. lauro cerasi*, co godzina po łyżeczce od kawy, a równocześnie poleciłem przestrzykiwanie gardła trzy razy dziennie wyżej podanym roztworem chininy. Wieczorem tegoż dnia, ciepłota 38,9° C., tętno 120, oddechów 38, kaszel równie częsty, lecz nie tak gwałtowny.

Na drugi dzień (14 Listopada) ciepłota 38,4° C., tętno 112, oddechów 34. Noc przepędził chory cokolwiek spokojniej jak poprzednio, nawet spał jednym ciągiem przeszło dwie godziny, poczem obudził się z gwałtownym kaszlem. Leczenie jak wyżej.

15 Listopada. Ciepłota 37,8° C., tętno 104, oddechów 32. Chory odpluwa płwocinę lżej, bez żyłek krwi. Żąda jeść. W płucach rzeżeń mniej. Gardło prawie normalnie zabarwione.

W następnych dniach stan płuc, poza przedłużonym cokolwiek wydechaniem, powrócił do normy, a równocześnie i częstość napadów kokluszowych

zmniejszyła się i dochodziła zaledwie do kilkunastu dziennie. Pojedyncze napady stały się krótszemi i straciły w zupełności swą gwałtowność. Chorego wypuszczono z łóżka. przestrzykiwania robi się dwa razy dziennie.

W początkach Grudnia, zastałem chorego w wesołym humorze bawiącego się. Napady kaszlu, mającego cechy kaszlu kataralnego, przychodziły jeszcze kilka razy dziennie, szczególnie po jedzeniu, irytacji i nad ranem. Apetyt powrócił i odżywianie zaczyna się poprawiać. Zalecono przestrzykiwać gardło raz dziennie, aż do ustania kaszlu w zupełności.

Przed kilku dniami widziałem ostatni raz małego chorego. Jest zupełnie zdrow, cokolwiek utył, a tylko gdy się rozplacze odcień nerwowy zakaszlenia się przypomina przebyty koklusz.

Pomimo stosunkowo małej kazuistyki, jaką dotychczas byłem w stanie zebrać, sądzę się, ze względu na otrzymane pozytywne rezultaty, w prawie wyciągnąć następujące wnioski:

1) Chinina usuwa objawy koklusu, jak to już podali: B i n z, J a n s e n, H a g e n b a c h i inni.

2) Działanie jej jest miejscowem, jak to powyżsi autorowie zaznaczyli.

3) Działanie to jest nowym dowodem miejscowej, pasorzytnej natury choroby.

4) Szprycowanie roztworem ma wyższość nad innymi sposobami użycia, nie ma bowiem przy niem ani miejscowego mechanicznego drażnienia, jak przy pędzlowaniach, ani miejscowego rozpulchnienia błony śluzowej, jak przy inhalacjach, a zetknięcie się płynu z błoną śluzową jest dokładniejsze i cała manipulacja prostszą, jak przy wdmuchiwanii chininy w proszku.

5) Stopień stężenia roztworu, oraz możliwość zastąpienia chininy innymi podobnie działającymi, a tańszymi środkami, (jak np. robione za granicą, choć niezupełnie dotychczas zadawalniające próby z roztworem *natri salicylici*) stanowią *desiderata* dalszych w tym kierunku badań.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der Frauen, Berlin, 1881, str. 104.*)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21).

Cierpienia organów płciowych kobiecych bardzo często wywołują ruchomość nerki; tu zaliczyć wypada przeważnie liczne zmiany położenia macicy, oraz wypadnięcia pochwy i macicy, częściowe lub całkowite. Zboczenia te mogą powstawać, podobnie jak i nerka wędrująca, przy obwisłym brzuchu; prócz tego wywołują ją pośrednio, przez pociąganie nerki ku dołowi, a to w ten sposób, że pociągając ku dołowi pęcherz moczowy, wywierają przez to wpływ i na nerkę za pośrednictwem moczowodów. *Hydronephrosis*, stan zależący bardzo często od takich zboczeń w narządach płciowych, jak nowotwory, zmiany położenia i wypadnięcia, ma wielki wpływ na powstawanie nerki wędrującej.

Oprócz przyczyn, zależnych od stosunków anatomicznych organów, nerkę wędrującą mogą wywołać czysto mechaniczne momenty, już to same przez się,

już też działając łącznie z pierwszymi. Chociaż z niedowierzaniem trzeba przyjmować opowiadania chorych, przypisujących powstanie ruchomej nerki takim przyczynom, jak silne uderzenia, upadnięcie i t. p., to jednak są fakty przemawiające na korzyść tego rodzaju przypuszczenia. R a y e r i H e n o c h wspominają o powstaniu w ten sposób nerki wędrującej. L a n d a u również spostrzegł 2 przypadki, w których nerka ruchoma powstała nagle, raz—wskutek podniesienia znacznego ciężaru z tułowiem pochylonym na bok, drugim razem po upadnięciu z pewnej wysokości. Inną tego rodzaju przyczyną jest kaszel, przy zapaleniu oskrzeli i opłucnej, a zwłaszcza przy suchotach, gdy równocześnie istnieje znaczny zanik tkanki tłuszczowej. Każde zapalenie opłucnej, ze znacznym wysiękiem, może wywołać nerkę ruchomą, co znów da się objaśnić tem, że górny brzeg nerek leży wyżej niż dolny brzeg worka opłucnej; zbierający się w tej ostatniej wysięk, uciskając nerkę, wywołuje jej ruchomość. C r u v e i l h i e r przypisywał powstawanie nerki wędrującej gorsetom noszonym przez kobiety, na tej zasadzie, iż one tamują swobodę oddechu i rozszerzanie się klatki piersiowej, a uciskając przeponę, wywołują obniżenie wątroby, śledziony i nerek. L a n d a u jednak nie zgadza się z tem i utrzymuje, że gorset wtedy tylko może wywołać znaczne obniżenie nerki, gdy już przedtem istniała jej ruchomość w tym stopniu, że nerka dochodziła do przedniej ściany brzucha. L a n d a u nawet przypisuje gorsetom wpływ wprost przeciwny, to jest mniema, że dobry gorset zapobiega powstawaniu nerki ruchomej i jak to niżej zobaczymy, uważa dobrze zrobiony gorset za jeden ze środków przeciwko temu cierpieniu.

Dlaczego przeważnie prawa nerka staje się ruchomą, jak to widać z danych statystycznych — tłumaczono rozmaicie. Sądono, że nerka prawa jest większą i cięższą, czemu zaprzeczyli już R a y e r i S a p p e y; G u é n e a u d e M u s s y mniemał, że ma tu pewne znaczenie pochylenie na prawo macicy ciężarnej; L a n c e r a u x domyśla się silniejszego związku między spletem jajnikowym i nerkowym po stronie prawej, niż po lewej. Niektórzy przypuszczali, że obecność wątroby po prawej stronie ma tu pewne znaczenie, lecz w ogóle zgadzano się, że kwestyja ta nie jest dostatecznie wyjaśnioną. L a n d a u objaśnia to zjawisko tem, że z jednej strony prawa nerka może zesunąć się tylko ku dołowi, gdy lewa może to uczynić i na bok, i z drugiej strony, że więzy podtrzymujące nerkę prawą i lewą nie mają jednakowej siły i przewaga leży po stronie nerki lewej. Na dowód tego ostatniego twierdzenia przytacza następujące uwagi: 1) górny brzeg kiszki zstępującej leży wyżej, głębiej i silniej przymocowany jest do żeber niż brzeg górny kiszki wstępującej i że ta ostatnia leży prawie pośrodku przedniej powierzchni nerki prawej, podczas gdy kiszka zstępująca dotyka zewnętrznego brzegu lewej; 2) *mesocolon flexurae coli dextrae* jest słabsze i dłuższe niż *mesocolon flexurae coli sinistrae*; 3) okrężnica wstępująca nie tworzy prostego kąta, jak okrężnica zstępująca, lecz rozwartą, a nawet czasem tworzy pętlę, wskutek czego kał może się w niej zatrzymywać i pociągać nerkę ku dołowi; 4) lewe naczynia nerkowe połączone są ze sobą i z trzustką za pomocą dość mocnej tkanki łącznej, podczas gdy prawe są połączone tylko otrzewną; 5) lewa tętnica nerkowa jest krótszą i podtrzymywana jest przez dolny odcinek dwunastnicy. Przypuszczenie O c r u m - H o w i t z'a, że związek między lewą nerką i nadnerczem jest silniejszy z powodu tego, że żyła nadnerczna lewa wpada do żyły głównej dolnej, zdaniem L a n d a u'a mniej zasługuje na uwagę.

O b j a w y nerki wędrującej są bardzo rozmaite. Zwykle prawie sami chorzy zwracają uwagę na pewne nieprawidłowe zjawiska w ich organizmie, już to wskutek guza występującego nagle, lub powolnie, już to jeszcze więcej wskutek przykrych i silnych bólów. Chorzy tacy skarżą się na ucisk, ciężar, ciągnięcie w dolnej okolicy brzucha, uczucie jakby silnego tętnienia i kłujący ból około pępka. Dość często zdarza się, że chorzy uskarżają się na uczucie tego rodzaju, jak gdyby jedna strona opadła i jakby coś się w brzuchu obracało. Kobiety,

które już rodziły, często biorą te rozmaite uczucia za ruchy płodu. Napotykamy niekiedy nerwobóle, powstające odruchowo, wskutek podrażnienia splotów nerwowych otaczających nerki; bóle te rozchodzą się na przednią powierzchnię uda, aż do kolan, pomiędzy żebra, w lędźwie i brzuch i dosięgają czasem aż do łopatki; czasem znowu bóle dochodzą do warg sromnych po tejże stronie, lub po stronie przeciwnej. Podczas miesiączkowania zwykle powiększają się bóle w okolicy nerkowej, rozchodzące się aż do pęcherza i krzyża. Ogólny nastrój chorych zazwyczaj bywa bardzo zły, każdy z nich prawie jest w wysokim stopniu hypochondrycznym. Objawy powstające wskutek ucisku większych naczyń dają się głównie sprowadzić do przemijających obrzęków kończyn dolnych, rzadko bardzo powstaje zakrzep żyły głównej dolnej.

W organach brzusznych występują nieraz dosyć znaczne zaburzenia; tu należy kardyjalgija, nieżyt żołądka i kiszek z następczem rozszerzeniem żołądka, żółtaczka. Nie zawsze jednak możemy stanowczo przyjąć, że zaburzenia te wystąpiły li tylko wskutek istnienia nerki wędrującej, gdyż nieraz istniały one już pierwej; a przy tem przyczyny wywołujące nerkę ruchomą mogą zarówno spowodować powstanie wymienionych zaburzeń. Rozwoju nieżytu dwunastnicy i żołądka, wraz z rozszerzeniem takowego, *Landau* nie przypisuje tej okoliczności, że nerka wędrująca, uciskając dwunastnicę, powoduje zatrzymanie zawartości żołądka, rozszerzenie i nieżyt takowego, jak to przypuszczał *Barthelels*, lecz temu, że listek otrzewnej, pokrywający przednią powierzchnię nerki i jej naczynia, przechodzi na dwunastnicę. Wskutek tego, przy zmianie położenia nerki naprzód, na wewnątrz i ku dołowi wytwarza się skrzywienie dwunastnicy, lub pociąganie jej ku dołowi; ponieważ jednak dwunastnica, a głównie *flexura duodeno-jejunalis*, jest przymocowana do kręgosłupa dość mocną tkanką łączną, następuje więc ciągle szarpanie i ucisk dwunastnicy, co ostatecznie może doprowadzić do jej nieżytu. Również zaprzecza *Landau* zdaniu *Litten'a*, który wyklucza nieżyt dwunastnicy i kamienie żółciowe, jako przyczynę żółtaczki, a szuka jej tylko w ucisku przewodu żółciowego przez nerkę wędrującą; zaprzeczenie swe opiera *Landau* na tem, że gdyby nerka wędrująca mogła uciskać dwunastnicę, to tylko zewnętrzną, prawą jej powierzchnię, nigdy zaś tę, gdzie kończy się przewód żółciowy. Natomiast powstawanie żółtaczki przypisuje tylko nieżyto dwunastnicy i zrostom nerki wędrującej z pęcherzykiem żółciowym.

Szczególne znaczenie posiadają objawy tak zwanego uwięzienia nerki. Zdarza się niekiedy, że chorzy cierpiący na nerkę wędrującą, po znacznem wstrząśnieniu, ruchu lub natężeniu, zaczynają doświadczać silnego kłującego bólu w całym brzuchu, który przy tem staje się bardzo wrażliwy na ucisk. Niepokój, osłabienie bardzo znaczne, czasem zawroty głowy, tętno małe i słabo wyczuwalne, oddech powierzchowny, niekiedy wymioty; mocz zazwyczaj nieobfity, ciemny, zabarwiony krwią; niekiedy bywają dreszcze i nieznaczna gorączka. Zwykle, jeśli na to pozwoli wrażliwość ścian brzucha, wyczuwamy guz dość znaczny, ograniczony; opukiwanie daje odgłos zupełnie stłumiony. Po 4—6 dniach zatrważające objawy zazwyczaj ustępują, a po 2 tygodniach znika zupełnie i guz. Nieomylną oznaką polepszenia, jest wydzielenie obfite mocz u bladego, o małym ciężarze właściwym. Przyczynę powstawania tych zatrważających objawów tłumaczono w sposób rozmaity. *Dietl*, który pierwszy zwrócił na nie uwagę, stara się je wytłomaczyć uwięzieniem nerki ruchomej w otaczającej tkance łącznej i otrzewnej i następczym wysiękiem z zapalenia otrzewnej. *Roller* objaśnia to wszystko zapaleniem tkanki łącznej otaczającej nerkę, wywołanem przez podrażnienie. *Gilewski* podaje zupełnie odmienną teorię, polegającą na tem, że nerka wędrująca może wchodzić pomiędzy kręgosłup i łuki ostatnich żeber i że następnie skurcz mięśni brzusznych utrzymuje ją w tem położeniu, przyczem rozwijać się ma zazwyczaj wodonercze. Według *Landau*a twierdze-

nie to nie wytrzymuje krytyki, gdyż trudno przypuszczać aby mięśnie brzucha były w stanie tak długo utrzymać w tem położeniu nerkę, iżby mogło dojść aż do wodonercza i zapalenia miedniczki; prócz tego najdłuższy wymiar nerki jest mniejszy niż odległość między kręgosłupem i łukiem ostatnich żeber. **L a n d a u** daje bardzo dobre wyjaśnienie wszystkich wzmiankowanych objawów uwięzienia nerki wędrującej na zasadzie zmian, napotykanych w naczyniach nerki przy jej ruchomości, to jest skręcenia i zgięcia pod kątem ostrym tętnicy, a głównie żyły nerkowej. Twierdzenia swoje **L.** popiera doświadczeniami na trupach, gdzie przy wywołaniu nerki ruchomej zawsze otrzymywał wspomniane zmiany w przebiegu naczyń, a także opiera się na odnośnych badaniach fizjologicznych. Badania te, dokonane przez **H e r m a n n'a** i **L u d w i g'a**, wykazały, że jeśli podwiążemy żyłę nerkową, to wskutek zastoju krwi w kanalikach moczowych ustaje zupełnie wydzielanie moczu, gdy zaś żyła na nowo stanie się drożną, wydzielanie znowu ma miejsce. Doświadczenia **L i t t e n'a** i **B u c h w a l d'a** wykazały znaczne powiększenie ciężaru i wielkości tej nerki, której żyła była podwiązana, w porównaniu z drugą nerką; po 6 dniach nerka taka zaczyna wracać do prawidłowej wielkości i tylko niekiedy po upływie kilku tygodni zupełnie zanika. Zastosowując to do przypadków uwięzienia nerki wędrującej, widzimy, że guz zwykle jest do 2 razy większy od nerki normalnej i sam przez się po 8—10 dniach znika. Zmiany, dostrzegane w moczu, również dają się wytłumaczyć na podstawie doświadczeń **H e r m a n n'a**. Mocz zwykle bywa nieobfity, ciemny, często nawet krwawy i następnie dopiero, po powrocie naczyń do prawidłowych stosunków, staje się bardzo obfity i jasny. W żyłę nerkowej zazwyczaj wskutek skręcenia lub zgięcia pod kątem pozostaje nieznaczny zakrzep, który nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu dopóki, wskutek zakażenia nie nabędzie złośliwych własności; wówczas zazwyczaj powstają ropnie okołonerkowe, zapalenie miedniczki nerkowej, ropnie nerkowe, zapalenie otrzewnej, a nawet czasami ropnica. Jednakże takie następstwa rozwijają się nadzwyczaj rzadko i jak to wyżej nadmieniono, objawy nerki wędrującej ustępują same przez się dość prędko. Możliwość dobrego rokowania przy uwięzieniu nerki wędrującej **L a n d a u** opiera najprzód na tem, że naczynia nadzwyczaj łatwo odkręcają się i wyprostowują, skoro tylko chory przyjmie poziome położenie ciała i zachowa zupełny spokój. Prócz tego bardzo dobrze w tym kierunku wpływa możność usunięcia przeszkód cyrkulacyjnych przez krążenie oboczne i ta jeszcze okoliczność, że naczynia nerkowe na pewnej przestrzeni nie mogą podlegać takim zmianom jak skręcenie i zgięcie, ponieważ część tętnicy nerkowej prawej na przebiegu żyły głównej dolnej i część żyły nerkowej lewej od miejsca jej wejścia do nerki do lewego brzegu aorty są otoczone dość zbitą tkanką łączną.

(D. c. n.)

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 21 Marca 1882 r. Towarzystwo odebrać ma znowu dwa zapisy: jeden po ś. p. **D-rze V o g e i e** w ilości rs. 100, na kasę wsparcia, a drugi po ś. p. **D-rze C h w i e é k o w s k i m**, który bardzo znaczny fundusz (procenta od kilkudziesięciu tysięcy rubli) zapisał na stypendyja, a wykonawcą testamentu uczynił Tow. Lek.

Ludwik A n d e r s, ordynator kliniki wewnętrznej szpitalnej, podał się jako kandydat na członka czynnego Tow. Lek., nadsyłając pracę swoją „O pasożytach roślin pokojowych“ oraz tłumaczenia dzieł: **L e u b e'g o** „Historyja cewnika żołądkowego“ i **E w a l d'a** „O trawieniu“.

M o d r z e j e w s k i przedstawił chorą, której ciało literalnie pokryte jest niezliczoną ilością nowotworów (*molluscum*). Opis tego białego kruka dermatologicznego pomieszczony został *in extenso* w łamach naszej Gazety (Nr. 19 i 20).

G a j k i e w i e z przedstawił chorego, dotkniętego cierpieniem rdzenia kręgowego, zwanem *tabes dorsalis spasmodique* (**C h a r c o t**), *paralysis spinalis spastica* (**E r b**). Chory **Abraham N.**, lat 23

liczący, ze zdrowej pochodzi rodziny. W końcu Lutego 1881 r., po silnem przeziębieniu; dostał zrazu jakiegoś cierpienia gorączkowego, któremu towarzyszyło klucie w plecach i kaszel. Objawy te trwały niezbyt długo, chory jednak po jakimś czasie zauważył, że mu nogi słabną, że z trudnością chodzić może. Objawy osłabienia kończyn ciągle się wzmagaly, w końcu doszły do zupełnego porażenia i zeszywnienia nóg.

W Lipcu 1881 roku chory wstąpił do oddziału Gajkiewicza w szpitalu żydowskim, gdzie przy badaniu znaleziono: porażenie kończyn dolnych bardzo wysokiego stopnia, ruchy czynne bardzo ograniczone, sztywność kończyn dolnych, cechująca się silnem ich wyprostowaniem, ustawieniem stóp w położeniu *pes varo-equinus*. Odżywianie mięśni niezmiennione, również oddziaływanie na strumień elektryczny. Brak wszelkich zaburzeń czuciowych; odruchy skórne zachowane, odruchy ścięgniste niezwykle wzmożone, przy silnem uderzeniu w więz rzepekowy, kończyny dolne wpadają w drgawki kloniczne (*epilepsia spinalis*). Pęcherz moczowy, narządy płciowe bez zmiany. W kończynach górnych i w twarzy nie nienormalnego odnalezć nie można. Inteligencyja i pamięć zachowane. Powoli stan się pogarszał, wszelkie ruchy czynne stały się niemożliwemi; ruchów biernych nie można było wykonywać z powodu silnych przykurzeń. O podnoszeniu chorego nie mogło być mowy, gdyż przy najmniejszej próbie kończyny dolne wpadały w drgawki. Przy kilkumiesięcznem używaniu bromku potasu w dużych dawkach 5ij do 5i i po kilkakrotnem przyżeganiu pleców żegadłem platynowem Paquelin'a wszelkie objawy przeszły prawie zupełnie.

Chory może teraz chodzić bez podpierania się, wszelkie ruchy bierne można wykonywać najswobodniej, ze sztywności nie pozostało ani śladu, *epilepsia spinalis* znikła, tylko wzmożenie odruchów ścięgnistych pozostało, chociaż w mniejszym bez porównania stopniu. To ostatnie przeszłoby prawdopodobnie przy dalszem leczeniu, lecz chory na własne żądanie musiał być ze szpitala wypisanym.

Gajkiewicz wypowiada kilka słów o prawdopodobnej podstawie anatomicznej *tubes dorsalis spasticae*, mianowicie o pierwotnem zwyrodnieniu pęczków bocznych rdzenia kręgowego (*sclerosis lateralis primitiva medullae spinalis*), o czem przy braku sekeyi można wnosić z danych, dostarczonych nauce przez doświadczenia czynione na zwierzętach, oraz danych patologicznych, a mianowicie zwyrodnieniach wtórnych w pęczkach bocznych rdzenia kręgowego (*sclerosis descendens*).

Prof. Neugebauer demonstrował rysunki zdjęte przez siebie samego z narzędzi chirurgicznych i gynijatrycznych, odnalezionych przy odkopywaniu Herkulanum i Pompei.

Sekretarz Tow. Lekarskiego R. Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W przyszłym numerze podamy szczegółowy opis Zjazdu w Pradze Czeskiej, na który wysłaliśmy specjalnego sprawozdawcę.

— Otrzymałiśmy list treści następującej. „Przypominamy Szanownym Kolegom, którzy ukończyli wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w Grudniu 1876 r., że termin wnoszenia składek na pracownię histologiczną przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawkiem upłynął z dniem 15 Marca r. b.. Ci z Szanownych Kolegów, którzy dotychczas składek nie uiszcili, zechcą porozumieć się z niżej podpisanymi i oznaczą stanowczo termin (możliwie najkrótszy), w którym zalegającą sumę wnieść będą mogli. Kowalewski, Zaleski, Mączewski“.

Berlin. Prof. Langenbeck opuścił dobrowolnie zajmowaną od lat wielu katedrę kliniki chirurgicznej.

— Krzątają się tu około założenia wzorowego szpitala dla suchotników i schronienia dla rekonwalescentów.

— Nioszła do skutku, z powodu pożaru, wystawa higieniczna, odbędzie się w r. 1881. Ministeryjum robót publicznych użyczyło gruntu około dworca hannowerskiego. Liczbę mających się rozdać medali złotych zdwojono z 20 na 40.

Wiedeń. Klinikę chorób wewnętrznych po Ducheck'u ma objąć Leyden z Berlina, lub Nothnagel z Jeny.

Sprostowanie. W N-rze 19 na str. 432 wiersz 19 zamiast 27, XI, czytaj 27. IX; wiersz 22 zamiast 28. XI, ma być 28. IX.; str. 433 wiersz 28 zamiast 2. IX. ma być 2. X.; wiersz 29 zamiast 5. IX. ma być 5. X.; zamiast 15. IX. ma być 15. X.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Kwiecień 1882 roku, księgarni W-go Wendego i S-ki.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

WEIDLINGAU pod Wiedniem,

stacja kolei zachodniej (*Elisabeth-Westbahn*) 20 minut od Wiednia.

Otwarty od 20-go Kwietnia do 15 Października.

Lekarz zakładowy: **Dr. Maksymilian Gumpowicz.** 4—3**Dr. Czesław Stiche**

ordynuje w Karlsbadzie, Kreuz-Gasse, Insel Rügen. 6—3

Dr. H. Przeździeckiudziela porady lekarskiej, jak lat poprzednich we Francensbadzie
„zum Goldenen Stern.“ 6—3**Dr. J. Kopernicki**

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego — od 15 Maja ordynuje

W MARIENBADZIE

Kaiserstrasse, villa Trianon. 12 4

CIEPLICE TRENCZYŃSKIE **Dr. STEFAN FILIPKIEWICZ**

lekarz zdrojowy

(Trancsin-Teplitz)

ordynować będzie jak lat poprzednich podczas sezonu.

Broszurek o Cieplicach nabyć można w Księgarni **Gebethnera i Wolffa.** 4—4**H. KUCHARZEWSKI**

dawniej F. SOKOŁOWSKI,

Główny Skład Wód Mineralnych naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych,

przy Aptece, ulica Senatorska Nr 11, wprost Miodowej.

Z pierwszych tegorocznych, w odpowiednim czasie przez miejscowe administracje tak rządowe jak i prywatne zarządzonych czei pań u źródeł, nadeszły od takowych bezpośrednio pociągami dróg żelaznych wody mineralne zarówno krajowe jak i ze wszelkich Europejskich źródeł. Równocześnie nadeszły i pomoennice przy wodach i kąpielach artykuły lecznicze, jako to: szlamy, ługi, mydła, wyciąg z Igliwia Krynickiego, sole i pastylki.

Transporta te w ciągu sezonu uskuteczniane będą co kilka tygodni, ażeby zawsze świeżemi wodami ekspedycja dopełnioną była.

Broszury oryginalne, ze źródeł nadsyłane, dołączone są do każdego obstalunku **bezpłatnie**, o czem maui honor zawiadomić WW. PP. Doktorów, jako też osoby, używające kuracyi **wodami mineralnemi**.

Wody ze składu mego otrzymywane, są w wielu **Aptekach** warszawskich, oraz w **Aptekach** prowincjonalnych, tak w Królestwie jako też i w Cesarstwie, również i w Zakładach leczniczych kąpielowych.

H. Kucharzewski, Magister farmacyi. 6—3