

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. J. PAWIŃSKI. O działaniu siarczanu sparteiny (*Sparteinum sulfuricum*). [Ciąg dalszy]. — II. WŁ. MATLAKOWSKI. Przypadek wycięcia nerki prawej przy t. zw. *Phthisis renalis*. [Dokończenie]. — III. E. PRZEWOŚKI. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą. [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie*. 2. S. KRYSIŃSKI. Rzadka anomalia błony dziewiczej. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — *Wiadomości bieżące*. — Nadesłano do Redakcyi. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdziałniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

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

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

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterek cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasieniec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju rycynowego ażeby wydalic martwego tasienca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

STARANIEM I NAKŁADEM Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Antoniego JURASZA. Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija**, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.
 - 2) D-ra Oskara WIDMANNNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętn.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.
 - 3) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopathologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne, Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.
 - 4) D-ra H. JORDANA. Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy**. Dział 1-szy fizyologija i dwetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 zlr. 50 c.
 - 5) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. rady sanitarnego we Lwowie **Syfilidologija**. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Zlr. wa.
 - 6) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydroterapija** Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Zlr. 85 kr.
 - 7) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich**. Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 80 kr.
 - 8) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. **Hygijena szkolna**, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 60 kr.
 - 9) D-ra P. PIENIAŻKA. **Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy**, Kraków) 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy wynosi Zlr. 4.
- Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materyjalów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—2

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d. (Chmielna 32).

GAZETA LEKARSKA.

I. O działaniu siarczanu sparteiny

(*Sparteinum sulfuricum*).

Napisał

D-r med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1].

IV. Moczopędne działanie sparteiny

Badaliśmy w następujących 11 przypadkach :

1. *Stenosis ostii ven. sin. et insuffic. valv. mitralis in stadio incompenationis. Arrhythmia. Anasarca.* [Spostrzeżenie I].
2. *Insuffic. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinistri in stad. incompens. Anasarca.* [Spostrzeżenie VII].
3. *Insuffic. valv. tricuspidalis et stenosis ostii ven. dextri. Stenosis ostii ven. sin. et insuffic. valv. bicuspid. Stad. incomp. Anasarca.* [Spostrzeżenie VIII].
4. *Stenosis ostii ven. dextri et insuffic. valv. tricusp. Nephritis chronica.* [Spostrzeżenie X].
5. *Endocarditis chron. Aneurysma art. carotis sin.* [Spostrzeżenie XVII].
6. *Degeneratio adiposa cordis. anasarca.* [Spostrzeżenie XXII].
7. *Bronchitis chr. et emphysema pulmon. Oedema extr. inferiorum.* [Spostrzeżenie XXIX].
8. *Ascites (Peritonitis chronica). Graviditas.* [Spostrzeżenie VII m.].
9. *Carcinoma hepatis. Diabetes mellitas. Oedema pedum.* [Spostrzeżenie XX].
10. *Nephritis parenchymatosa chron.* [Spostrzeżenie XXXII].
11. *Nephritis parenchymat. chr. Ascites. Lues.* [Spostrzeżenie XXXIII].

Otóż na 11 przypadków, w których mieliśmy do czynienia z zebraniem się płynu w jamach organizmu i w tkance podskórnej, tylko w 3 otrzymaliśmy pod wpływem sparteiny zmniejszenie przesieków, czemu i zwiększenie diurezy towarzyszyło, w pozostałych 8 nie byliśmy w stanie otrzymać zwiększenia ilości moczu, *resp.* zmniejszenia przesieków ani przy użyciu małych, ani też dużych dawek leku.

Do tej liczby 3 należą Nr. 5, (*Endocarditis chr.*), Nr. 8, (*Ascites, peritonitis chr.*), Nr. 10, (*Nephritis parenchymatosa chr.*)

Na czem więc polega ta różnica działania?

W 1 grupie mieszczą się przeważnie wady serca, a mianowicie zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, stłuszczenie serca, rozedma płuc z rozszerzeniem serca, przyczem czynność serca była bardzo osłabioną, wyczerpaną.

W 2 zaś grupie mięsień serca posiadał pewną żywotność, działał dość dobrze, będąc jeszcze dalekim od stanu wyczerpania. Z tego więc okazuje się, że dla otrzymania moczopędnego działania potrzeba, aby przed podaniem sparteiny czynność serca nie była zbyt osłabioną, aby mięsień nie był wyczerpanym w tym bowiem ostatnim razie zamiast zwiększenia otrzymujemy nawet zmniejszenie diurezy. Tym sposobem możemy sobie objaśnić moczopędne działanie sparteiny w większym lub mniejszym stopniu w wadach zastawek serca, dobrze wyrównanych. Ponieważ w kilku przypadkach, w których lek w mowie będący nie był w stanie zwiększyć diurezy i zmniejszyć przesieków, a podawana następnie naparstnica wywarła wpływ dodatni, słusznym więc będzie wniosek, że naparstnica jest silniejszym bodźcem dla serca, aniżeli sparteina; zdarzały się jednak przypadki daleko posuniętych zwyrodnień mięśni serca, w których nawet naparstnica nie była w stanie wywrzeć dodatniego wpływu ani na podniesienie działalności serca, ani na zwiększenie diurezy. Samo się przez się rozumie, że powyższe twierdzenie jest słusznem, o ile przyjmujemy, że wydzielanie moczu zależy od działalności serca i ciśnienia krwi. Ze względu na stwierdzoną przez nas różnicę działania sparteiny w przypadkach ze słabem i mocnem sercem wykluczamy jej swoiste działanie na sam nabłonek nerek.

Dla ściślejszego określenia działania sparteiny na wydzielanie moczu wypada nam zastanowić się nad grupą przypadków, w których następowało zwiększenie diurezy, choć obrzęków nie było. Jak to wyżej wspomnieliśmy były to przeważnie wady zastawek w okresie kompensaty i cierpienia układu naczyniowego, z zachowaniem energii mięśnia serca, a mianowicie :

1. *Insufficiencia valv. bicusp. Anaemia. Palpitationes cordis.* [Spostrzeżenie II], kobieta, lat 38. Przed podaniem sparteiny ilość dzienna wynosiła 1200 ctm. sześć., po kilku dniach stosowania małych dawek sparteiny [1 gr. *pro die*] zwiększyła się do 2500 ctm.. Następnym zaś dni, pomimo stosowania takichże dawek, zauważyliśmy nawet pewne zmniejszenie diurezy. Kiedy po kilku dniach przerwy zaczęliśmy znowu stosować sparteinę, lecz w nieco większych, jak poprzednio dawkach, a mianowicie $\frac{2}{3}$ grn. kilka razy dziennie 2—4 $\frac{1}{2}$ grn. na dzień ilość moczu, zwiększyła się znacznie, bo doszła do 3000 ctm. sześciennych na dobę. Zasługuje na uwagę i ta okoliczność, iż u tejże chorej zauważyliśmy zwiększenie diurezy pod wpływem użycia małych ilości chininy [3 grn. na dzień], a zwłaszcza przepisywanej razem z żelazem. Obfitsze wydzielanie moczu występowało również przed ukazaniem się peryjodu i po skończeniu takowego.

2. *Stenosis ostii ven. sinistri et insuffic. valvularum semilunar. aortae. Chlorosis. Palpitationes cordis.* [Spostrzeżenie III]. Panna, lat 24; przed podaniem sparteiny, dzienna ilość moczu wynosiła 800 ctm. sześcienn., po kilku zaś dniach jej stosowania w ilości stopniowo zwiększonej od 1—2 grn. na dzień, dobową ilość moczu wynosiła przecięciowo około 1500 ctm.. W ciągu następnych dni, pomimo stosowania nieco większej ilości leku, bo do 3 grn. *pro die*, wydzielanie moczu nie uległo żadnej zmianie, dopiero pod wpływem większych dawek sparteiny, śre-

dnio 4 grn. *pro die*, dobowa ilość moczu zwiększyła się do 2000 ctm. sześcienn.. Naparstnica w danym przypadku przewyższała w działaniu moczopędnem sparteinę, gdyż dobową ilość moczu wynosiła 2700 ctm.. Duże dawki sparteiny 6 - 8 grn. *pro die*, wpływały niekorzystnie na działalność serca i wydzielanie moczu.

3. *Endocarditis chronica. Arteriosclerosis. Climacterium.* [Spostrzeżenie XVIII]. Służąca, 39 lat. W tym przypadku moczopędne działanie sparteiny było widoczne i to wyraźniejsze przy mniejszych, aniżeli przy większych dawkach, a mianowicie w pierwszym razie dobową ilość moczu wynosiła 2200 - 2700 ctm. gdy tymczasem w ostatnim razie *maximum* dobowej ilości było 2300 ctm.. [Przed podaniem leku 1000 ctm. na dobę]. Dodać wypada, iż w pierwszych dniach użycia czy to małych, czy większych dawek, wpływ moczopędny był widoczniejszy, aniżeli w następujących.

4. *Alcoholismus. Arteriosclerosis.*

[Spostrzeżenie XIX]. Wyrobnica lat 55. Przed podaniem sparteiny dobową ilość moczu wynosiła około 1000 ctm. sześciennych, po kilku zaś dniach użycia teje w ilości 2 gran *pro die* dosięgała cyfry 3000 ctm. sześciennych. Później, pomimo stosowania tychże dawek, ilość moczu zaczęła się nawet stopniowo zmniejszać do 1600—1300 ctm. sześcienn. na dobę. Po kilku dniach przerwy chora zaczęła znowu używać sparteinę, tylko w mniejszej ilości bo $1\frac{1}{2}$ —1 gr. *pro die* a moczopędne działanie było widoczniejsze, aniżeli przy stosowaniu większych dawek.

Z powyższego okazuje się:

1) Że działanie moczopędne występowało głównie u osób wrażliwych, u kobiet niedokrwistych, wątłych, chlorotycznych i w okresie przekwitania,

2) Diureza występowała nie tyle przy małych dawkach ile przy większych mianowicie $\frac{1}{2}$ —1 gran 3—4 razy dziennie [2—4 gran *pro die*]. Duże dawki sparteiny 8—12 gr. *pro die* wywierały niekorzystny wpływ na ilość wydzielanego moczu.

3) Działanie moczopędne stwierdzaliśmy tylko w pierwszych kilku dniach podawania sparteiny, w następnych zaś, pomimo użycia takich samych dawek, lub nawet nieco większych, ilość moczu nie zwiększała się, a nawet częstość zmniejszała się.

4) W powyżej przytoczonych spostrzeżeniach — małe ilości chininy [$\frac{1}{2}$ —1 gran], podawane kilka razy dziennie same lub też w połączeniu z małymi dawkami żelaza, wpływały również na zwiększenie dobowej ilości moczu, choć w mniejszym stopniu, niż sparteina.

Z tego wypada, że sparteina oprócz działania na serce posiada i pewne działanie na układ nerwowy, pośredniczący w wydzielaniu moczu. Ponieważ zaś jej moczopędne działanie występuje nie tyle przy mniejszych ile wogóle nieco większych [średnich] dawkach, przy których jednak nie byliśmy w stanie zauważyć odpowiedniego zwiększenia energii serca, możemy więc tylko przypuścić, że zwiększenie diurezy zależy od wpływu sparteiny na sam nabłonek nerek [na przyrząd gruczołowy] albo też od wpływu teje na światło małych tętnic nerkowych. Co się tyczy pierwszego punktu, to już poprzednio wpływ ten wykluczaliśmy, pozostaje więc tylko zastanowić się nad drugim. Oprócz ciśnienia krwi

ważną rolę w powstawaniu zwężenia lub rozszerzenia naczyń nerkowych odgrywają nerwy naczynio-ruchowe, które pochodzą, z nerwu trzewowego. Należy więc przypuszczać, że sparteina działa na ośrodek wazomotoryjny, a więc na naczynia kłębków MALPIGHI'ego. Wpływ ten jednak może być dwojaki, albo zwężający naczynia, albo przeciwnie rozszerzający je. W jednym i drugim razie, stosownie do drugiego przypadku, może mieć miejsce zwiększenie diurezy, gdyż zbyt znaczne zwężenie naczyń nerkowych, jak również ich rozszerzenie, i zmniejszenie napięcia mogą się stać powodem niedostatecznego wydzielania moczu. Łatwo zrozumieć, że wpływ na ośrodek naczynio-ruchowy u osób z wrodzoną lub nabytą wrażliwością układu nerwowego i naczyniowego [np. *climacterium*] będzie widoczniejszy, aniżeli u ludzi z odpornością nerwową. Zachodzi tylko pytanie, czy sparteina działa pobudzająco na ośrodek naczynioruchowy *resp.* zwęża naczynia nerek, czy też przeciwnie poraża naczynia — rozszerza je? Że przy zwykłych dawkach, wpływających na zwiększenie diurezy, mamy do czynienia z działaniem pobudzającym, t. j. zwężającym naczynia, a nie porażającym, za tem przemawia w części ta okoliczność, iż napięcie tętnic powierzchownych staje się większem, pomimo, iż działalność serca nie wzmaga się odpowiednio. Objaw ten nie może jednak służyć za dowód pewny — wiadomo bowiem, że ze zwężenia skurczu naczyń obwodowych niezawsze można wnosić o istnieniu takiegoż zwężenia w naczyniach nerkowych. HERMANN ¹⁾ zaznaczył bardzo dokładnie, że wysokość ciśnienia krwi w kłębkach MALPIGHI'ego nie zawsze idzie równoległe do wysokości ogólnego ciśnienia krwi. GRUETZNER ²⁾ wykazał, że wszystko zależy od światła tętnic nerkowych, przechodzących w kłębki i jeśli ono jest dostatecznie szerokie, to ciśnienie w kłębkach ściśle odpowiada ciśnieniu w wielkich tętnicach, w razie zaś gdy tętniczki te są wąskie, do kłębków może dochodzić mało krwi, nawet pomimo znacznego ogólnego ciśnienia.

Że sparteina zdaje się wywierać wpływ zwężający na naczynia, podnoszący ich napięcie, za tem przemawia to spostrzeżenie, iż u kilku chorych, którzy poprzednio brali sparteinę, zauważyłem zwiększenie diurezy pod wpływem samej chininy, lub żelaza z chininą, środków wpływających także tonizująco na układ naczyniowy. Z drugiej znowu strony zauważyłem, iż w niektórych przypadkach, w których w przerwach od sparteiny podawałem bromek potasu, działanie moczopędne nie występowało, a wiadomo, że środek ten wywołuje zmniejszenie ciśnienia krwi, prawdopodobnie wskutek porażającego wpływu na ośrodek naczynioruchowy i mięśnie naczyń.

Z autorów, którzy o sparteinie pisali, jeden tylko CLARKE ³⁾ wspomina o jej wpływie na ośrodek naczynio-ruchowy, a zwłaszcza na nerw sympatyczny. Tym właśnie wpływem stara się wyjaśnić zwiększenie ciśnienia krwi i w części moczopędne działanie sparteiny. CLARKE twierdzi, że wskutek po-

¹⁾ M. HERMANN. Wien. akadem. Sitzungsber. Math. natur Cl. Bd. XXXVI. str.

²⁾ GRUETZNER. PFLUEGER's Archiv XI. str. 370.

³⁾ The american Journal of the medical Sciences. 1887. October. Of the therapeutic action of the sulphate of sparteia by J. MITSCHER CLARKE.

budzenia ośrodka naczynio-ruchowego w rdzeniu, następuje zwężenie naczyń jamy brzusznej, podległych nerwowi sympatycznemu wielkiemu, wskutek zaś zmniejszenia ilości krwi, przepływającej przez zwężone naczynia, następuje zwiększenie ciśnienia krwi, a jednocześnie krew napływa w większej ilości do naczyń skóry i prawdopodobnie do nerek [rozszerzenie naczyń]. Tym zwiększonym napływem do skóry, autor tłumaczy sobie rozgrzanie i zaczerwienienie skóry, jakie zwykle w 2—3 godzin po podaniu sparteiny u chorych zauważył. Tam zaś, gdzie oprócz lekkiego zwilgocenia skóry występuje nawet pot, CLARKE przypuszcza, że lek ten wywiera bezpośredni wpływ na komórki wydzielnicze gruczołów potowych. Na mocy analogii, jaka pomiędzy czynnością skóry, a czynnością nerek zachodzi, autor wnosi, że zwiększenie diurezy zależy od większego napływu krwi do nerek i od swoistego wpływu, jaki sparteina ma wywierać na komórki wydzielnicze nerek. Większe mianowicie dawki mają posiadać własność pobudzania komórek nabłonkowych nerek do żywszej czynności. CLARKE więc różni się w zapatrywaniach swoich względnie do naszych o tyle, iż przyjmując pobudzające działanie sparteiny na ośrodek naczynio-ruchowy, podobnie jak my, wyjaśnia zwiększoną diurezę rozszerzeniem naczyń nerek i wpływem na same nabłonki, gdy tymczasem my skłonni jesteśmy do przyjęcia skurczu naczyń, a działanie swoiste na przyrządy wydzielnicze wykluczamy zupełnie.

Za zdaniem, że zwiększenie diurezy, jakie występuje przy użyciu sparteiny zawisło w pewnej mierze od wpływu tejże na układ nerwowy, pośredniczący w wydzielaniu moczu, przemawiają spostrzeżenia D-r LIVIERATO, który zauważył, że zwiększenie ilości moczu nie zależy od wielkości dawki, gdyż często bardzo małe dawki powodują większą diurezę, aniżeli mniejsze.

D-r LEO na 24 przypadki zauważył tylko w 9 moczopędne działanie sparteiny i jest zdania, że zależy ono od wpływu tejże na wydzielnicze własności nerek, a nie od zwiększenia ciśnienia krwi w naczyniach nerek. D-r PRIOR wprowadza moczopędne działanie leku od pobudzenia czynności serca i od wpływu na nabłonki nerek, ponieważ zauważył, iż u ludzi zdrowych sparteina działała niekiedy moczopędnie bez widocznych zmian w układzie krążenia.

Co się tyczy porównania z naparstnicą, to nasze spostrzeżenia potwierdzają to, co i inni autorowie wykazali, a mianowicie, że zwiększenie diurezy przy stosowaniu sparteiny jest mniejsze, aniżeli przy podawaniu naparstnicy.

V. Działanie sparteiny na układ nerwowy (kojące).

O ile w oddziaływaniu na wzmocnienie energii serca i usuwanie arytmii sparteina nie dorównała pochwałam, jakie jej prof. SÉE i jego uczniowie oddawali, o tyle znowu przez swój wpływ na układ nerwowy zasługuje na wyróżnienie i to tem większe, iż dotychczas autorowie, pod wpływem pierwszych spostrzeżeń francuzkich, upatrywali w sparteinie głównie lek wzmacniający działalność serca. Kiedy przy podawaniu sparteiny zauważyłem niejednokrotnie przedmiotową poprawę, bez podmiotowej i kiedy znowu z drugiej strony w cierpieniach serca, powikłanych ogólną nerwowością, histeryją, neurasteniją, otrzymywałem lepsze

wyniki, aniżeli w pierwszej grupie chorób, t. j., poprawę przedmiotową i podmiotową, wtedy zacząłem stosować sparteinę w różnych przypadłościach sercowych, zwłaszcza t. z. czynnościowych [funkcjonalnych]. Wynik prób w tym kierunku podjętych wypadł bardzo pomyślnie. Najlepsze wyniki otrzymywałem u osób wrażliwych, małodkrwistych, histeryczek, u kobiet w latach przekwitowych uskarżających się na bicie, ściskanie, niepokój serca, szarpanie i różne parastezyje, dotyczące okolicy serca. To samo da się powiedzieć o neurastenikach, o nadużywających tytoniu, napojów wysokowych, dalej o morfinistach, o ludziach wyczerpanych nadmierną pracą umysłową, przejściami moralnymi, którzy na okolicę serca wskazywali jako na główne siedlisko swych cierpień. Podobni chorzy doskonale znosili sparteinę i raz jej zakosztowawszy, sami domagali się dalszego jej przepisywania. Oprócz zmniejszenia lub zupełnego usunięcia podmiotowych przykrych objawów, sparteina wprowadzała chorych w stan przyjemnego uspokojenia i zadowolenia, a nawet dość często działała lekko nasennie. Chorzy sami często wspominali, iż biorąc lek w formie będący, czują jakąś ospałość nawet w ciągu dnia, a w nocy stanowczo lepiej niż poprzednio śpiąją. Wypada nadmienić, iż to działanie narkotyczne dotyczy nie tylko osób z wygórowaną wrażliwością układu nerwowego ale nawet tych, u których ciężka praca fizyczna i kłopot o jutro zahartowały układ mięśniowy i nerwowy.

Z niemieckich autorów, którzy czynili spostrzeżenia nad działaniem sparteiny u ludzi, VOIGT był zdaje się pierwszym, który pomiędzy ubocznymi jej działaniami zauważył lekkie narkotyczne działanie. Ten jednak kojący wpływ sparteiny odgrywa drugorzędną rolę we wskazaniach autora co do jej użycia. LEO zaznacza, iż na 24 przypadki, w których sparteinę stosował, otrzymał tylko w 9 poprawę podmiotową i przedmiotową, z pozostałych zaś 15 w 7 poprawa była tylko podmiotową, w 8 zaś nie otrzymano żadnego polepszenia. Autor przytem wspomina, iż niektóre przykre objawy, jak ściskanie w piersi, bicie serca, bóle stenokardyczne, zmniejszyły się znacznie, a często nawet wtedy, kiedy o uregulowaniu czynności serca nie mogło być mowy. W tym względzie D-r LEO upatruje analogię pomiędzy działaniem jodku potasu, a sparteiną. Poprawę podmiotową spostrzegał także kol. GŁUZIŃSKI w przypadkach wad zastawek w okresie upośledzonego wyrównania, pomimo iż w stanie obiektywnym zmiany na lepsze nie było. Zaleca ją też dla usunięcia przypadków podmiotowych, lecz zależnych od niedostateczności mięśnia sercowego w tych razach, kiedy stan chorego nie pozwala na wyczekiwanie na rzeczywiste działanie naparstnicy. D-r PRIOR zauważył pomyślny wpływ sparteiny na bóle dusznicowe nawet wtedy, kiedy działalność serca pozornie nie uległa żadnej zmianie. To właśnie przedmiotowe polepszenie, o jakim prawie wszyscy autorowie wspominają, przy mało zmienionej czynności serca, odnieść należy do narkotycznego działania sparteiny.

FICK przy doświadczeniach swoich zauważył, że u zwierząt ssących, po wstrzyknięciu sparteiny, występuje pewna powolność ruchów, sennaść, z której trudno zwierzęta wytrzeźwić. Ponieważ zaś to lenistwo w ruchach, ta ospałość zwierząt należy do wczesnych objawów sparteiny i zjawia się przed wystąpieniem zaburzeń w oddechaniu i krążeniu krwi, należy więc przypuścić, że sparteina działa

bezpośrednio narkotycznie na sam ośrodek nerwowy [mózg]. Nasze spostrzeżenia kliniczne w zupełności potwierdzają powyższe przypuszczenie Fick'a, jak również i inne spostrzeżenie tegoż fizjologa, a mianowicie, że zwiększenie dawek sparteiny nie wpływa na zwiększenie senności. Kilkakrotnie zauważyliśmy, że tylko mniejsze dawki działały nasennie, gdy tymczasem większe pozabawiały chorych snu, wywoływały niepokój i ciężkość głowy. [C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

II. PRZYPADEK WYCIĘCIA NERKI PRAWIEJ PRZY T. ZW. PHTHISIS RENALIS.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tegoż oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Chora, wogóle wzięwszy, straciła niewiele krwi, wyżyła niezbyt dużo chloroformu, spała dobrze, przyszła do siebie szybko, została przeniesioną do wygrzanego łóżka, obłożoną kamionkami z ciepłą wodą. Tętno po operacji 80. Wieczorem ciepłota 35° C., tętno 80. Nos i kończyny bardzo chłodne. Chora spokojna, nie wymiotuje.

16. X. 1-szy dzień zaraz po operacji ciepłota 35° C., wieczorem 36° C.; tętno po operacji 80, wieczorem 100. W nocy 2 razy wymioty, zresztą chora spokojna. Lekkie zabarwienie żółtawe twarzy, oraz lekki obrzęk na twarzy i na kończynach dolnej lewej. Język wilgotny, białawy. Zatrważająca bladłość. Bólów w brzuchu i w ranie nie ma. Mocz przezroczystego, żółtawego wypuszczono 250 ctm. sześciennych, w dwóch porcjach na dobę. Z powodu przesączenia opatrunku, zdjęto zwierzchnie warstwy [do gazy sublimatowej] i zastąpiono świeżemi; brzuch mały, zapadły, niebolesny, wieczorem ciepłota 36,8° C..

17. X. 2-gi dzień. Ciepłota 37,4° C.; tętno 104; spała dobrze, lekki kaszel; zupełny wstręt do pokarmów i napojów, w chorą nie wmusić nie można. Osłabienie nadzwyczajne; moczu 245, z tego $\frac{1}{3}$ część ustala się mętu z soli moczowych; wieczorem ciepłota 39° C..

18. X. 3-ci dzień. Ciepłota 38° C.; tętno 100, mocniejsze; wygląd lepszy. Mocz 280. Z powodu przemoknięcia opatrunku zmieniono warstwy zwierzchnie; wieczorem ciepłota 38,8° C..

19. X. 4-ty dzień. Ciepłota 37,8° C.; tętno 100, moczu 260; wieczorem ciepłota 38,5° C..

20. X. 5-ty dzień. Ciepłota 37,5° C.; tętno 100 moczu 280; wygląd lepszy, obrzęk lewej kończyny większy; wieczorem ciepłota 37,6° C..

21. X. 6-ty dzień. Ciepłota 37,2° C.; tętno 96; moczu 290. Łaknienie lepsze, chora pije piwo, je 2 jaja, mleko; uśmiecha się; nie ma bólu w ranie, lecz

swędzi ją; z powodu dolegliwości przy wprowadzaniu cewnika, chora zaczęła sama mocz oddawać; wieczorem ciepłota 39° C..

22. X. 7 my dzień. Ciepłota 37° C.; tętno 90; moczu 220, ciepłota wieczorem 38,5° C..

23. X. 8-my dzień. Ciepłota 37° C.; tętno 90; moczu 410. Chora uśmiecha się, czuje się dobrze; obrzęk kończyn mniejszy; opatrunek zmieniono aż do najgłębszych warstw, te jednak znalazłszy przywartemi do powierzchni rany, zostawiliśmy, aby nie rozkrwawiać rany. Łaknienie znacznie lepsze; oddawanie moczu odbywa się 2—3 razy w dzień i tyleż razy w nocy; ciepłota wieczorem 37,2°.

24. X. 9-ty dzień. Ciepłota 37° C.; tętno 90; moczu 570; wieczorem 38,1° C..

25. X. 10-ty dzień. Ciepłota 37,5° C.; tętno 96; moczu 700; dwa obfite wypróżnienia; język czysty; łaknienie większe; chora dostaje jadło kilkakroć na dzień. Kończynę prawą rozciera się i bandażuje celem usunięcia opuchliny; wieczorem 37,4° C..

26. X. 11-ty dzień. Ciepłota 37,5° C.; tętno 96. Kaszel częstszy; płwocina kulista, gęsta; jedno wypróżnienie, skutkiem czego nie zebrano moczu; ciepłota wieczorem 38° C..

27. X. 12-ty dzień. Ciepłota 37,8° C.; wygląd bez porównania lepszy; język wilgotny i czysty, lecz błydy; łaknienie wyborne; wypróżnienie jedno; brzuch mały; kaszel dość częsty, szczególnie w nocy. Kończyny mniej obrzmiałe; wieczorem 39,5° C..

28. X. 13-ty dzień. Ciepłota 38° C.; moczu 540; wypróżnienie; wieczorem 38,6° C..

29. X. 14-ty dzień. Ciepłota 37° C.; tętno 90; moczu 710; wypróżnienie; wieczorem 38,3° C..

30. X. 15-ty dzień. Ciepłota 37° C.; tętno 84; kaszel częstszy i męczący dla braku sił do wykaszłania płwociny; trzy płynne wypróżnienia; wieczorem ciepłota 38,8° C..

31. X. 16-ty dzień. Ciepłota 38,5° C.; tętno 100; moczu 1100; stolca nie było. Zdjęto zupełnie opatrunek, z wyjątkiem części gazy włożonej pod żebra; natomiast odjęto gazę położoną na szypułę, która bardzo zwiędła, zmniejszyła się; część jej obcięto; nadto zdjęto szwy ze skóry, która przyrosła w żądany sposób *per primam*; wieczorem ciepłota 37,4° C.. Obecnie z dziennika chorej wyjmę tylko niektóre dni; i tak:

7. XI. 24-ty dzień. Odpadła szypuła wraz z obu podwiązkami: kauczukową i jedwabną; na jej miejscu pozostała szara powierzchnia nacieczona serowatą masą; reszta powierzchni rany pokryta dobrą ziarniną, na której tu i owdzie widać szary punkt; ranę zmywa się roztworem sublimatu i opatruje gazą sublimatową. Dół w boku znacznie się zmniejszył.

Zwolna ale bez przerwy następowała poprawa w stanie chorej: łaknienie ciągle wyborne, graniczące z żarłocznością; wypróżnienie jedno do dwóch na dobę, bez bólu; brzuch stale mały. Mocz stale coraz więcej; oddawanie bez bólu; w moczu ani krwi, ani białka wykazać nie można. Kaszel, który przez pewien czas dokuczał chorej, zmniejszył się, a w końcu prawie ustał. Chora może siedzieć w łóżku, zmieniać położenie sama bez bólu. Wygląd znakomicie się

poprawił, chora popelniała, na twarzy, wargach wystąpiło blado-różowe zabarwienie. Kończyny są nieco obrzękłe, lecz obecnie prawa równa jest lewej; zwolna przez miesienie udało się przywrócić ruchy wyprostowania i zgięcia w prawem kolanie. Przez pewien czas zjawiały się jeszcze obfite poty, lecz i te później ustąpiły.

Co do przebiegu ciepłoty to:

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
ranne	35	36	37 ^{·4}	38	37 ^{·9}	37 ^{·4}	37	37	37	37	37 ^{·4}
wieczorne	36	36 ^{·8}	39	38 ^{·2}	38 ^{·5}	37 ^{·5}	39	38^{·5}	37 ^{·2}	38 ^{·1}	37 ^{·2}
moczu		250	245	280	260	280	290	220	410	570	700.
	26	27	28	29	30	31	1 List.	2	3	4	5
ranne	37 ^{·4}	37 ^{·8}	37	37	37	38 ^{·3}	37	37 ^{·2}	37 ^{·4}	37	37 ^{·3}
wieczorne	38	39^{·4}	38^{·5}	38^{·4}	38^{·8}	37 ^{·4}	39	37 ^{·3}	37 ^{·5}	37 ^{·5}	39
moczu				710		1100		830			
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ranne	37 ^{·7}	37	37	37 ^{·2}	37 ^{·5}	37	37	37	37	37	37
wieczorne	37	38^{·5}	38	38 ^{·1}	38^{·6}	37 ^{·5}	38	37 ^{·5}	37 ^{·4}	37 ^{·2}	37 ^{·1}
moczu		360	710	930		1160	830	1080	490	1550	1190
			17	18	19	20	21	22	23	24	25
ranne			37	37	37	37	37 ^{·5}	37 ^{·5}	37 ^{·6}	37 ^{·3}	37 ^{·5}
wieczorne			37 ^{·4}	37 ^{·2}	37 ^{·2}	37 ^{·8}	38	38	38	37 ^{·5}	37 ^{·6}
moczu			660	970	1140	790		800	690	800	790

Z tego przebiegu okazuje się, że ciepłota miała swoje niewytlómaczone skoki, podobne do ropnicowych; najbardziej wyrażone one są w okresie przedoperacyjnym; tu spotykamy ciepłotę po 40° C., i to niekiedy ranną, gdy wieczorem była niższą, prawidłową. Ten sam typ zachował się i w okresie pooperacyjnym, lecz najwyższa ciepłota wynosiła 39° C.. Oczywiście te wahania zależały tylko od sprawy w nerce, gdyż od dnia, gdy szypuła, a z nią ostatnia pozostałość gruźliczej nerki odpadła, ciepłota już nie podniosła się, choć zmiany w płucach pozostały po dawnemu. Najwyższa różnica spadkowa w ciągu czterech dni przed operacją [12, 13, 14, 15 Października] wyniosła 5 stopni z [40° na 35° C.]; potem trzeciego dnia po operacji podniosła się o 4 stopnie [35° na 39° C.].

Liczby oznaczające ilość moczu wykazują ciągły przyrost ilości moczu po operacji, *minimum* wynosiło 250 ctm. sześciennych i przypadło na pierwszą i wtórą dobę po operacji; *maximum* było 1550 w miesiąc po operacji; już w 10 dni po niej ilość moczu wynosiła 700, t. j. blisko dwa razy tyle co przed operacją. To wzmoczenie ilości wytwarzanego moczu odnieść należy na karb wzmoczonego lanknienia, większej ilości wypijanych napojów i podniesienia wogóle przeróbki materji w ustr:aju.

Rozbiór moczu dokonany kilkakrotnie przez kol. MAYZLA dał wynik następujący:

Mocz nadesłany dnia 25. XI. oraz drugi raz [w Grudniu] 1887 r.. Ilość nadesłanego moczu 120 [i mniej] ctm. sześciennych. Barwa winno-żółta, dosyć

ciemna [według skali VOGEL'a] między III i IV = 6. Woń zwyczajna, słabo aromatyczna. Przezroczystość zupełna po wytworzeniu nieznaczного osadu. Mocz świeży mętawy. Oddziaływanie kwaśne, dosyć mocne. Ciężar właściwy 1,022 [I 1,021, II 1,020]. Części stałych 49,5 grm. w 1000 ctm. sześciennych. Mocznika 26,5 grm. w 1000 ctm. sześciennych. Ilość kwasu moczowego nieznacznie zwiększona w stosunku do mocznika; samodzielnie nie wydziela się w ciągu 24 godzin. [Ilość moczanów cokolwiek zwiększona]. Chlorki obficie [niezmniejszone]. Fosforany w niewielkiej ilości [niezwiększone]. Siarczany średnio obficie. Szczawian wapnia występuje w osadzie 24-godzinnym w małej ilości. Składniki nieprawidłowe: białko w ilości 1 grm. *pro mille* [ilość cokolwiek większa aniżeli odpowiada zawartej w moczu krwi]. Cukru nie ma. Mucyna nie występuje wydatnie. Barwników i kwasów żółciowych nie ma. Barwniki moczowe w dosyć znacznej ilości. Indykan nie występuje wyraźnie.

Badanie drobnowidzowe. Osad nieznaczny, w postaci szarawo przeświecającego obłoczkowatego mętu nad dnem naczynia.

Osad za wiera:

1) Ciałka śluzowe — leukocyty, w ilości dosyć znacznie przekraczającej granice prawidłowości; w kropli osadu 24-godzinnego na każdym polu mikr. [ZEISS DD okul. 3] po kilka do kilkunastu ciałek dużych, niepołyskujących, przeważnie nie wykonywających ruchów ameboidowych.

2) Czerwone krążki krwi w ilości prawie dwa razy większej niż leukocyty [na każdym polu mikroskopowym po kilkanaście do 25 krążków]; są one przeważnie odbarwione, w postaci obrączkowatych cieniów, w części blade, gwiazdeczkowato skurczone.

3) Nabłonki drobne, zaokrąglone, wielokątne, zapewne z kanalików nerkowych prostych pochodzące, ziarniste, stłuszczone. w ilości bardzo nieznacznej, gdzieniegdzie pojedynczo napotykać się dają.

4) Nabłonki płaskie blaszkowate z części płciowych zewnętrznych niezbyt obficie, a także nabłonki polimorficzne z pęcherza moczowego i dróg moczowych wyższych w małej ilości.

5) Śluz włóknisty w postaci pasemek delikatnych wydłużonych w ilości nieznacznej.

6) Kryształ szczawianu wapnia nieliczne, drobne, oddzielnie rozrzucone.

7) Mikroorganizmy [schizomycety] dosyć obficie, głównie mikrokokki, a zwłaszcza najobficiej koki, ułożone w krótkie pocięte niteczki [zapewne *micrococcus ureae*].

Laseczników gruzliczych nie znaleziono.

Chora była przedstawioną na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego d. 29. XI, a 30 t. m. wyszła ze szpitala z powierzchnią ziarninującą wielkości dłoni, w środku której widać szare miejsce, odpowiadające moczowodowi i naczyniom niezupełnie jeszcze odpadłym. Stan ogólny poprawił się tak dałecze, że chora utyla, może siedzieć i chodzić; łaknienie ma wyborne; kaszel prawie ustał zupełnie, a objawy fizykalne ze strony płuc pozostały na stopniu jak przed operacją.

Opis preparatu. Nerka znacznie powiększona. Po długotrwałem macerowaniu w spirytusie wymiar jej najdłuższy wynosi 19 centim., a wymiar poprzeczny 10,5 centim. Rozumie się, że wymiary te przed macerowaniem były przynajmniej o $\frac{1}{4}$ część dłuższe.

Pomimo powiększenia, forma nerki nie odstąpiła od typowej formy bobu. Tylko na zewnętrznej jej powierzchni dostrzega się cały szereg dość głębokich, brózdowatych zagłębień opisujących wyraźne i prawidłowe wielokąty, podobne do takichże wielokątów na powierzchni nerki zarodkowej. Część powierzchni nerki, objęta brózdowatym, wielokątnym zagłębieniem, wszędzie wypukła się kulisto w postaci kopuły.

Powłoka nerki wszędzie dosyć mocno zgrubiała: po zdjęciu jej, powierzchnia wszędzie, nawet we wspomnianych brózdowatych zagłębieniach, pozostaje zupełnie gładką, biało-żółtawą, miejscami tylko słabo zaczerwienioną.

Na rozkroju, we wnętrzu nerki okazuje się cały szereg dużych jam, komunikujących z mocno rozszerzoną jamą miedniczki nerkowej. Jam takich jest 14. Każda z nich ma formę mniej więcej kulistą, zajmuje miejsce piramidy nerkowej. Z mięszu nerki pozostały tylko: część istoty korowej i część kolumn BERTIN'a. Te pozostałe części mięszu nerki przedstawiają się w postaci skorupy grubej na 4 do 6 milimetrów. W tej skorupie wszędzie odróżnić można dwie warstwy: zewnętrzną i wewnętrzną. Wewnętrzna warstwa jest wszędzie na rozkroju gładka, szaro-żółtawa, serowata, gruba na 2 do 3 milimetrów. Warstwa ta łatwo się rozrywa i miejscami nawet łatwo rozciera pomiędzy palcami. Powierzchnia tej warstwy od strony jam jest nierówna, wyraźnie ziarnista, rozpadająca się. Granica tej warstwy wewnętrznej od strony warstwy zewnętrznej miejscami jest mniej lub więcej równa, w innych znowu miejscach przedłuża się ona w warstwę zewnętrzną w postaci promienisto ułożonych, drobnutkich, szaro-żółtawych, wyraźnie ograniczonych guziczków. Warstwa nakoniec zewnętrzna, leżąca pod powłoką nerki, jest od 1 do 3 milimetrów gruba, na rozkroju gładka, szaro-biaława, w pół przeświecająca.

Kielichy nerkowe i jama miedniczki nerkowej są mocno rozszerzone. Ściana ich jest gruba na 3 do 6 milimetrów. Jest ona twarda, sztywna, od zewnątrz szaro-biaława, na rozkroju gładka i przeświecająca, od wewnątrz zaś jest ona biało-żółtawa, matowa, grubo nacieczona masami serowatymi. Tak samo wygląda początek moczowodu.

Badanie drobnowidzowe we wszystkich zmienionych częściach wykazało zmiany zupełnie jednolite. Wszędzie znaleziono mocne nacieczenie komórkami, podobnymi do limfatycznych. Nacieczenie to miejscami przedstawiało się w postaci mniej lub więcej wyraźnie ograniczonych guzików, w których środku często spotykano komórki olbrzymie. Gdzie tylko nacieczenie drobnokomórkowe dochodziło do wysokiego stopnia, występowała natychmiast przemiana serowata, ogarniająca powoli całą tkankę. Skutkiem wreszcie następczego rozmiękania się i rozpadu mas serowatych powstawały obszerne jamy.

W pozostałej części istoty korowej nerki i w kolumnach BERTIN'a wzmiankowane drobno-komórkowe nacieczenie wszędzie było tak wielkie, że z kanalików

nerkowych i z kłębków MALPIGHI'ego pozostały tylko resztki. Resztki kanałów przedstawiają się najczęściej w postaci szerokich kanałów, wypełnionych przez komórki podobne do limfatycznych i wysłanych nieregularnie przez drobne komórki nabłonkowe, mocno barwiące się za pomocą karminu, hematoksyliny, farb anilinowych i t. d.. Nielicznie pozostałe kłębki MALPIGHI'ego wszędzie są mocno powiększone i mocno naciezione komórkami wędrującymi. Tkanka łączna śródmiąższowa wszędzie bardzo rozrosła i wszędzie tak mocno nacieczona przez komórki wędrujące, że prawie wszędzie przedstawia się jak tkanka ziarninowa, w której w rozmaitych miejscach napotyka się komórki olbrzymie. Te komórki olbrzymie są rozmaitej wielkości i formy; wszystkie one mają typowo taki wygląd jak komórki w gruzelkach.

Często nacieczenie drobno-komórkowe w istocie korowej nerek skupia się w drobne, ograniczone ogniska, które zawierają w środku komórkę olbrzymią; takie ogniska mają typową formę gruzelków.

Rozlane drobnokomórkowe nacieczenie i ilość drobnokomórkowych ograniczonych guziczek w końcu tak wzrasta w istocie korowej nerek, że wszystko razem zmienia się w drobnoziarnistą masę serowatą.

W ścianach kielichów i miedniczek nerkowych sprawa przebiega zupełnie analogicznie. Już w tkance łącznej, otaczającej ścianę, spotyka się mocne drobnokomórkowe nacieczenie, które stopniowo, jako nacieczenie rozlane, lub guzikowate wzrasta coraz mocniej i wreszcie kończy się zserowaceniem.

Pomimo najstaranniejszego barwienia sposobem ERLICH'a i NEELSEN'a nigdzie nie udało się wykryć laseczników gruzliczych.

BRODEUR *), zestawił w swoim nadzwyczaj pracowitem dziele 21 przypadków operacji na nerce gruzliczej, w tej liczbie 16 przypadków wycięcia nerki [PETERS, LUCAS, BAKER, MANDACH, BARWELL, RAFFA, GOLDING-BIRD, ELDER, GILL-WYLIE, O'REILLY, WRIGHT, TSCHERNING, OLLIER, FRANZALINI, LANGE, VERNEUIL] i 5 nacięć [*nephrotomia*: DUNCAN, GOODRIDGE, KUESTER, LAWSON TAIT, WILLIAM GARDNER]. Z tego w dwóch tylko przypadkach operowano przez cięcie brzuszne, w pozostałych przez cięcie lędźwiowe. Na 21 przypadków było 6 mężczyzn i 15 kobiet, 11 chorych zmarło, u jednego zaznaczono poprawę, a 9 wyzdrowiało. [Pozwalamy sobie dodać, iż tenże sam autor w ogóle zestawił 327 przypadków operacji na nerkach, z tego 200 wyzdowień = 61.16%].

Pomijamy bardzo wiele ciekawych punktów dotyczących rozmaitych postaci gruzlicy nerek. Co do sposobu zakażenia tego narządu, to teoretycznie można przypuścić trzy sposoby: a) zakażenie z dróg moczowych [u obu płci], lub płciowych [u mężczyzny], przyczem zarazek szerzy się *de proche en proche* z pęcherza, lub przyjądrza i t. p., po moczowodach na nerki; b) zakażenie drogą krwi przez zanieśenie zarazka z innego ogniska gruzlicy tkwiącego w ustroju np. najczęściej w płucach; c) lecz nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że możliwą jest i pierwotna gruzlica nerki, jak bywa pierwotna gruzlica płuc, kości, skóry i t. p..

*) De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. 1886. str. 512.

Co do prawa obywatelstwa wycinania nerki gruźliczej, to długo jeszcze będzie spór w tym względzie. Pessymiści utrzymywali będą, że operacja jest zbyt ciężką wobec zajęcia płuc, lub dróg moczowych i płciowych. Na to odpowiedzieć można jedynie argumentem, że najprzód możliwe jest zupełne wyzdrowienie po usunięciu ognisk gruźliczych [np. w kości]. powtórne operacja zaś służy na wykonanie nawet tam, gdzie nie może być mowy o wyleczeniu zupełnym i gdzie chodzi jedynie o poprawę.

Co do sposobu operowania, to zalecić możemy wyluszczenie podtorebkowe, którego wedle BRODEUR'a, pierwszy użył TRÉLAT [wyżej błędnie podano LEFORT], ponieważ ono nadzwyczajnie ułatwia operację i zapobiega szarpaniu naczyń nerkowych, które nieraz już było powodem śmiertelnego krwotoku [przykład BILLROTH'a].

III. DEZYNFEKCYJA PRZESTRZENI MIESZKAŁNYCH

PO USUNIĘCIU CHOREGO NA CHOROBE ŻARAZLIWĄ.

Zestawił

Dr E. Przewoski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Gdy ESMARCH zastosował roztwór sublimatu na ściany za pomocą rozpylacza otrzymał rezultat prawie ten sam, a nawet w niektórych razach nieco lepszy, niż za pomocą obcierania.

Przy zraszaniu ścian w jakikolwiek sposób roztworem sublimatu wygląd ich po wyschnięciu wcale się nie zmienia. Zastosowanie takiego dezynfekowania jest łatwe i tanie; dla robotnika nie przedstawia ono niebezpieczeństwa. Ma ono wszakże jedną złą stronę, a mianowicie w ścianach pozostaje wiele sublimatu, który następnie może zatrwać mieszkańców. Według GUTTMAN'a i MERKE'go, a także ESMARCH'a, można tę szkodliwość usunąć przez użycie węglanu sodu w jednoprocetowym roztworze wodnym. Po zwilżeniu ścian takim roztworem sublimat przechodzi w związek nierozpuszczalny, który przedstawia się w postaci subtelnego białawego proszku i który do pewnego stopnia można zmieszać ze ścianą szcztoką. Badania jednak dalsze okazały, że ten nierozpuszczalny związek rozpuszcza się w kwasie solnym w roztworze wodnym soli kuchennej, a więc, że dostawszy się np. do żołądka może zatrwać.

6) Działanie dezynfekcyjne na ściany roztworu wodnego kwasu karbolowego badali ściśle GUTTMANN i MERKE i potem ESMARCH. Wyniki otrzymane przez tych badaczy są zupełnie niezgodne. GUTTMANN i MERKE uważają 5% roztwór kwasu karbolowego, stosowany na ściany za pomocą rozpylacza, za nieskuteczny. Przekonali się oni nawet, że zarodniki grzybków czarnej krosty, zasuszone na nitce jedwabiu i zanurzone w 5% wodzie karbolowej jeszcze po 37 dniach nie były zabite. ESMARCH przeciwnie po zastosowaniu 5% roztworu kwasu karbolowego na ściany, czy to w formie obcierań, czy też za pomocą rozpylacza, widział rezultaty prawie zupełnie takie same, jak

przy zastosowaniu 1‰ roztworu wodnego sublimatu. Zastosowanie tego środka jest łatwe i tanie. Wygląd ścian wcale się nie zmienia. O następnym zatruciu mieszkańców mowy być nie może, tylko ściany przez pewien czas wydają przykry zapach.

7) HUEPPE próbował używać do dezynfekcji gorąco zalecanego we Francji aseptolu. Dziesięcio-procentowy roztwór wodny tego środka, po 30 minutach działania, zabija stanowczo zarodniki grzybków czarnej krosty. Jest to więc środek nierównie silniejszy, niż 5% roztwór wodny kwasu karbolowego. Aseptol jest łatwo rozpuszczalny i mniej jeszcze uszkadza dezynfekowane rzeczy, niż kwas karbolowy. Z tych względów należy aseptol postawić w szeregu obok kwasu karbolowego i sublimatu.

8) LIBORIUS starał się zbadać dezynfekcyjne działanie wapna gryzącego (*Aetzkalk*), ponieważ już poprzednio KOCH zauważył, że woda wapienna wywiera pewne powstrzymujące działanie na rozwój zarodników czarnej krosty. LIBORIUS stwierdził, że około 0,09% roztwór wodny wapna gryzącego wystarcza do tego, aby po 6-ciu godzinach działania zabić nim większą część mikroorganizmów zawartych w gnijącym buljonie i w wodzie kanałowej. Zupełnego wszakże zniszczenia zarodków nie otrzymano nigdzie. Ale godnym uwagi jest fakt, że 0,0246% roztwór wodny wapna był w stanie zabić w przeciągu kilku godzin bakteryje tyfusu i cholery w czystych kulturach. Najenergiczniej to działanie występowało, jeżeli wapno było dodawane jako 20% mleko wapienne, lub też jak odpowiedni dodatek czystego, sproszkowanego wapna gryzącego.

9) Roztwór wodny mydła szarego okazał się mało skutecznym przy dezynfekcji ścian.

10) LÉPINE starał się przekonać czy za pomocą mieszania rozmaitych antyseptyków, rozpuszczonych w wodzie w bardzo małych ilościach, nie można spotęgować dezynfekcyjnego działania płynu. Robił więc miksturę z 0,00001 sublimatu, z 0,001 kwasu salicylowego, z 0,001 kwasu karbolowego, z 0,002 kwasu benzoowego, z 0,0001 bromu i t. d.. Przy zmieszaniu tego płynu z taką samą ilością buljonu, w buljonie nie rozwijał się *bacillus siana*. LÉPINE jednak nie dowiódł, czy płyn ten działa silniej, niż spełnia to zawarta w nim mała ilość sublimatu.

Rozpatrzywszy w powyższem rozmaite środki chemiczne, stosowane do dezynfekowania ścian, należy z kolei zwrócić uwagę na inne sposoby, jak silne przewietrzanie, mechaniczne oddalenie tapetów i podłogi, skrobanie ścian, dalej wycieranie ścian środkami lepkiemi i nakoniec użycie do dezynfekcji wysokiej ciepłoty.

11) Ponieważ najniższe organizmy, jak widać z badań ESMARCH'a, głównie znajdują się na powierzchni ścian i lekko tylko do niej przylegają, przeto przepływający silny prąd powietrza może je porywać. Nigdy wszakże na taką dezynfekcję wiele liczyć nie można i to tem bardziej, gdy idzie o dezynfekcję podłogi.

12) Mechaniczne oddalenie wewnętrznej powierzchni sufitu, ścian i wyrwanie podłogi mogłoby niezawodnie mieć dla dezynfekcji znaczenie, gdyby nie było za drogie i za kłopotliwe. Nadto, przy wykonywaniu tych robót na sucho

i bez silnej wentylacji, grzybki zanieczyszczałyby powietrze dezynfekowanej przestrzeni, a następnie znów z niego osiadałyby mogły.

13) Mechaniczne oczyszczanie wewnętrznej powierzchni sufitu i ścian za pomocą ciał lepkich, jak np. świeżego chleba, daje wyniki daleko lepsze, niż dezynfekowanie za pomocą wodnych roztworów sublimatu, aseptolu i kwasu karbowego. Z pracy ESMARCH'a, który ten rodzaj dezynfekowania zaleca, widać, że po jednorazowym mocnym wytarciu świeżym chlebem pozostało na ścianie grzybków średnio około 5, gdy na takiejże samej przestrzeni ściany przed wycieraniem znajdowało się średnio grzybków 682. Jeżeli podobne wycieranie powtórzyć raz drugi i trzeci, ściana staje się prawie zupełnie wolną od najniższych organizmów. Ztąd ESMARCH wycieranie ścian świeżym chlebem uważa za najpewniejszy znany sposób dezynfekowania tychże. Wygląd ścian nie tylko przy tem nic nie traci, ale się odświeża. Sam mechanizm dezynfekowania jest łatwy i wydatek na chleb nie duży.

14) Uciekano się nakoniec w celu sterylizacji ścian do działania podwyższonej ciepłoty. O działaniu suchem powietrzem mowy tu być nie może, gdyż potrzebne podwyższenie ciepłoty do 160° C. działa niszcząco nie tylko na grzybki, ale i na dezynfekowane przedmioty. ESMARCH stosował więc do tego celu strumień gorącej pary wodnej. Wiadomo, że w takim strumieniu wszystkie niższe organizmy giną stanowczo w przeciągu kilku minut. Jeżeli więc możnaby skierować strumień gorącej pary wodnej wprost na ścianę, to możnaby się spodziewać pewnego wyniku. Zachodzą tu wszakże trudności. Mianowicie para wodna, mająca ciepłotę 100° C i swobodnie wypływająca z otworu, natychmiast po wypływie traci wiele ze swojej wysokiej ciepłoty. Termometr postawiony w strumieniu takiej pary na dwa ctm. od otworu podnosi się tylko do 50° C. lub 60° C.. Toż samo się dzieje, jeżeli wypuszczać swobodnie parę wodną ogrzaną do wyższej ciepłoty. Można jednak oziębionej parze wodnej przywrócić pierwotną ciepłotę, a nawet podnieść ją znacznie, jeżeli wypływającą z otworu parę przepuszcza się natychmiast przez płomień np. lampki BUNSEN'a. Tym sposobem można na 10 ctm. od otworu otrzymać parę gorącą na 200° C. do 300° C.. Nadto taka para wodna porywa ze sobą wiele produktów spalania.

Samą dezynfekcję ESMARCH urządzał w ten sposób. Brał on duże, szczelnie zamknięte, żelazne łane naczynie, z otworem pod pokrywą szerokim na 2 mm.. Przed tym otworem na jeden ctm. umieszczał płomień lampki BUNSEN'a, a na 10 centymetrów przed nim rozpinał na desce rozmaite próbki tapet, ubrania, a nawet futra, które poprzednio były zmoczone w nalewce siana i dobrze wysuszone. Ogrzewając kocioł żelazny, napełniony do połowy wodą, wystawiano wymienione przedmioty na działanie pary wodnej przez jedną minutę, dwie, trzy, do pięciu. Po ostudzeniu przedmiotu dezynfekowanego poddawano go badaniu bakteriologicznemu. Wynik wypadł zawsze niedostateczny i z tego powodu ESMARCH uważa ten sposób dezynfekowania za zupełnie nieprowadzący do celu. W praktyce taki sposób dezynfekowania byłby dosyć kłopotliwym, jakkolwiek rzeczy dezynfekowane, z wyjątkiem futer, zupełnie się nie zmieniają. Największa wszakże niedogodność tego sposobu polega na tem, że z pędem wypadająca na ścianę pierwsza ochładzająca się, para wodna może

zwiewać luźno leżące na ścianie mikroorganizmy i nie zabijając ich, rozpraszać je po powietrzu.

Przy pewnych warunkach wreszcie wykonywano dezynfekowanie gorącą parą wodną w ten sposób, że napuszczano nią całą salę, np. całą salę operacyjną do tego stopnia, aż ściany, podłoga, sufit i zawarte rzeczy mogły się sterylizować. O ile takie postępowanie istotnie prowadzi do pożądanego celu, dotąd stanowczo nie wykazano. Trzeba do tego jednak właściwego urządzenia, którego wszędzie mieć nie można.

Zestawiając ze wszystkiego, co powiedziano wyżej, sędzę, że przy dzisiejszym stanie nauki taki sposób dezynfekowania przestrzeni mieszkalnych będzie najodpowiedniejszym:

1. Zarządziwszy silną wentylację przez otwarcie okien i palenie w piecu wytrzeć mocno świeżym chlebem sufit i ściany.

2. Wszelkie spadłe na podłogę okruszyny starannie zmiąć i wraz z zużytym chlebem i miotłą, służącą do zmiatania z podłogi, spalić w piecu.

3. Nakoniec podłogę, okna i piec zmyć roztworem wodnym sublimatu *1 pro mille*, tak, iżby na 1 metr kwadratowy powierzchni wyszło 500 ctm. sześciennych roztworu sublimatowego. Żeby wreszcie zabezpieczyć mieszkańców od następczego zatrucia sublimatem wypada zmyć kilkakrotnie okna, piec i podłogę gorącą wodą, lub też 1% roztworem wodnym węglańu sodu.

W taki sposób trudne zadanie dezynfekowania przestrzeni mieszkalnych sprowadza się do dosyć prostego i praktycznego postępowania.

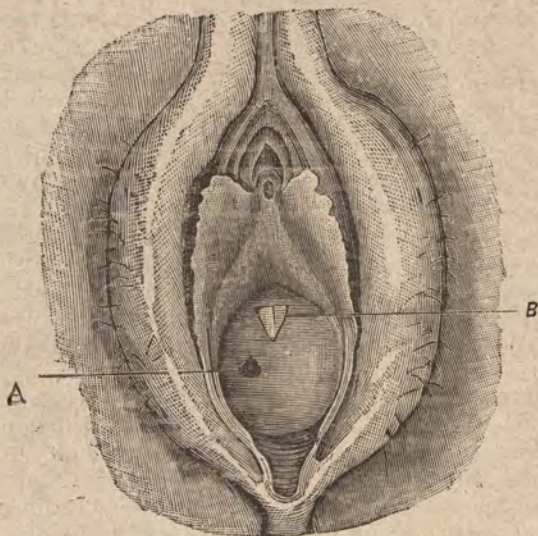
L I T E R A T U R A .

D-r ROBERT KOCH. Ueber Desinfection, Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Bd. I. pag. 234. — D-r GUSTAV WOLFFHUEGEL. Ueber den Werth der schwefligen Säure als Desinfectionsmittel. Tamże Bd. I. pag. 188. — ROBERT KOCH und D-r GUSTAV WOLFFHUEGEL. Untersuchungen über die Desinfection mit heisser Luft. Tamże Bd. I. pag. 301. — ROBERT KOCH. D-r GAEFKY und D-r LOEFFLER. Versuche über die Verwerthbarkeit heisser Wasserdämpfe zu Desinfectionszwecken. Tamże Bd. I. pag. 322. — D-r B. FISCHER und D-r B. PROCKAUER. Ueber die Desinfection mit Chlor und Brom. Tamże Bd. II. pag. 228. — W. HERAEUS. Sublimatdämpfe als Desinfectionsmittel. Zeitschrift für Hygiene. Bd. I. Heft II. pag. 235. — KREIBOHM. Zur Desinfection der Wohnräume mit Sublimatdämpfen. Tamże Bd. I, Heft II. pag. 363. — PAUL LIBONIUS. Einige Untersuchungen über die desinficirnde Wirkung des Kalkes. Tamże Bd. II, Heft I. pag. 15. — E. ESMARCH. Der Hennebergische Desinfector. Tamże Bd. II. Heft II. pag. 342. 1887 rok. — E. ESMARCH. Der Keimgehalt der Wände und ihre Desinfection. Tamże Bd. II. Heft III. pag. 491. 1887 rok. — Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage von MAX VON PETTENKOFER. München und Leipzig. 1887 r. — KOCH und GAEFKY. Versuche über die Desinfection des Kiel- oder Bilge-Raumes von Schiffen. Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheits. Amt. Bd. I. pag. 198. 1886. — HUEPPE F. Ueber die desinficirenden und die antiseptischen Eigenschaften des Aseptol. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 37. pag. 609. 1886. — LÉPINE R. Sur l'utilité de l'association de substances antiseptiques. Revue de Médecine. 1886 r. — KOENIG. Centralblatt für Chirurgie Nr. 12. 1885 r. — GUTTMANN und MERKE. VIRCHOW'S Archiv. Bd. CVII. Heft 3.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. Rzadka anomalija błony dziewiczej.

Przy ginekologicznem badaniu 24-letniej, panny M., szukającej mojej porady z powodu białych upławów i dolegliwości przy miesiączkowaniu, spostrzegłem następującą anomaliję błony dziewiczej, którą na załączonej figurze odtworzyć się starałem. Mały, ledwie pięciomilimetrowy zgłębnik przepuszczający, nieregularnie ograniczony otwór pochwowy błony dziewiczej znajdował się w dolnej połowie tej błony, nieco na lewo od linii pośrodkowej (*fig. 1—A*). W górnej zaś części tejże błony znajdował się prawie dwa razy większy płaski wyrostek, który w pierwszej chwili za ujście cewki moczowej przyjąłem.



Przy dokładniejszym zbadaniu przekonałem się jednak, że pomieniony wyrostek jest tylko ograniczonym zdwojeniem samej błony hymenu, tworzącem kieszonkę, podobną do zastawek półksiężycowych aorty. W przedniej ścianie tej kieszonki, zaczynając od wolnego górnego jej brzegu, rozciągało się, jakby liniżne nacięcie, sięgające aż do jej środkowej trzeciej części.

Brzegi tego nacięcia były zupełnie gładkie; nie zgrubiałe. Ani w pozostałych brzegach, ani w tylnej ścianie opisanej kieszonki, nie było jakiegokolwiek otworu (*fig. 1—B*).

O ile przez samo badanie zgłębnikiem przekonać się mogłem, cewka moczowa otwierała się w górnej ścianie pochwy około $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. po za błoną dziewiczą. Mocz wydzielał się u chorej przez otwór w błonie; czy jednak i o ile okoliczność ta wpływała na rozwój i stosunkową oporność kataru, rozstrzygnąć trudno, zwłaszcza, że dla łatwych do zrozumienia powodów dokładniejszego zbadania tych ciekawych stosunków zaniechać musiałem.

D-r S. Krysiński [Dorpat].

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznem dodatkowem d. 29. XI. 1887, prof. Kosiński, z okazji przypadku operowanego przez się we Wrześniu r. b., mówił o chirurgicznem leczeniu ropnego zapalenia otrzewnej przy niedrożności jelit. Przypadek, o którym mowa, był następujący: Dziewczynka 14 letnia, słabo zbudowana, wycieńczona, od lat dwóch zapadająca często na zaburzenia w przewodzie kiszkiowym, dostała wybitnych objawów niedrożności jelit. Po dwóch dniach cierpienia, po przewiezieniu do kliniki, zastosowano lawatwy HEGAR'a i makowiec lecz poprawy nie osiągnięto. Na drugi dzień powtórzono toż samo pod chloroformem, przyczem odszedł kał; przy badaniu przez kiszkę wyczuwano wyraźne chęłbotanie w jamie brzusznej.

Gdy po 24 godzinach poprawy nie było wykonano laparotomię. Wypłynęło dużo cuchnącej posokowatej ropy, kiszki były pozlepiane ze sobą i poprzylepiane do otrzewnej ściennej za pomocą warstw włóknika. Po oddzieleniu tegoż znaleziono kiszki i otrzewną koloru wiśniowego, przy szczegółowym zaś badaniu kiszek cienkich znaleziono w miejscu ujścia kiszki biodrowej do ślepej, wyrostek robaczkowy grubości wielkiego palca przyrośnięty poprzecznie do kiszki biodrowej i uciskający jej światło, który w ten sposób wywołał niedrożność. Wyrostek odprowadzono na właściwe miejsce, kiszki oczyszczono o ile można z włóknika i wprowadzono do jamy brzusznej, ranę zaś zaszyto trzema rzędami szwów, po włożeniu uprzednio w dolny jej odcinek drenu. W przebiegu jest do zanotowania wysiękowe zapalenie opłucnej, które szybko ustąpiło. Ósmego dnia wyjęto dren i chora się wypisała. Wypróżnienia nastąpiły zaraz nazajutrz po operacji. Z powodu rozejścia się w jednym miejscu szwów, położonych na mięśni, była obawa wytworzenia się z czasem w tem miejscu przepukliny, dotąd jednakże fakt ten nie nastąpił; brzuch obecnie jest twardy, wskutek zrostów kiszek z otrzewną ścienną. Prof. K. przypuszcza że w danym przypadku prawdopodobnie pierwsze cierpienia, przed dwoma mniej więcej laty, były częściami zapaleniami otrzewnej, wskutek których już wówczas nastąpiło przyrośnięcie wyrostka robaczkowego. Spostrzeżenie to prof. K. komunikował jako przyczynek do usiłowań chirurgów leczenia rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej za pomocą otwarcia ścian brzusznych. Częściowe zapalenia już znacznie dawniej leczone były na tej drodze; z tej ostatniej kategorii prof. K. przytoczył jeden przypadek, w którym z ropnia oddzielonego błoną rzekomą od trzew brzusznych wypuścił za pomocą szerokiego cięcia 5 litrów ropy.

W dyskusyi kolega DUNIN pierwszy zabrał głos, zaznaczając, że leczenie chirurgiczne rozlanych ropnych zapaleń otrzewnej będzie miało znaczenie głównie w przypadkach przedziurawienia kiszek [np. przy wrzodach w tyfusie brzuszny] lub przy cierpieniach wyrostka robaczkowego. *Peritonitis idiopatica* z charakterem ropnym jest rzeczą niezmiernie rzadką i często występuje w ostatnich okresach choroby, gdy już na pomoc chirurgiczną liczyć trudno. Przy niedrożności jelit, najczęściej zdarza się ogólne zakażenie septyczne, bez ropnego zapalenia otrzewnej. Metodę leczniczą, o której mówił prof. K., kol. D. uważa za rzecz bardzo ważną i nową. Kol. MATLAKOWSKI nadmieniał, że ropne zapalenie otrzewnej napotykał najwięcej przy cierpieniach narządów płciowych kobiecych. Przytoczył następnie wzmiankę o dwóch w ostatnich czasach operowanych przez się przypadkach ograniczonego zapalenia otrzewnej, w jednym z nich ropa miała charakter czysto posokowaty; w takich razach nieraz literalnie trudno jest objaśnić, gdzie mianowicie leży źródło zakażenia ropnego. Kol. JAWDYŃSKI zwracając się ściśle do przypadku, opisanego przez prof. K. sądzi że lepiej byłoby zupełnie usunąć wyrostek robaczkowy z tego powodu, iż można przypuścić, że on był przyczyną zakażenia ropnego, gdyż istnieć mogły w nim, owrzodzenia, z których zakażenie przeszło do otrzewnej, a nawet jakieś małe przedziurawienie, nie sądzi bowiem, aby proste zaciśnięcie mogło wywołać ropne zapalenie otrzewnej. W przyszłości wyrostek może znów kiedykolwiek wywołać groźne objawy u chorej. Prof. KOŚCIŃSKI odpowiada na to, że miał początkowo zamiar usunąć wyrostek, lecz przekonawszy się że stanowczo w nim żadnych owrzodzeń nie było, gdyż przedstawiał konsystencję wszędzie jednostajną i powierzchnię gładką, zdecydował się pozostawić go. Zdaje mu się, że wprost samo zaciśnięcie mogło wywołać ropne zapalenie otrzewnej; zresztą być może, że dawniej, gdyż anamneza nie jest dość ściśłą, istniały przemijające ropnie w ścianach wyrostka i że te ostatecznie doprowadziły do zapalenia ropnego. Kol. JASIŃSKI sądzi również, że skoro w wyrostku owrzodzeń nie było, nie było potrzeby usuwania go. Co do możliwości zapalenia ropnego otrzewnej

bez istnienia przedziurawień ścian kiszki, sądzi, że takowe jest możliwem, przy rozciągnięciu ścian kiszki, przy istnieniu na nich najmniejszej nawet erozyi drogą naczyń chłonnych, zarazki przenikać mogą do otrzewnej. Prof. Kosiński zgadza się w tym względzie zupełnie ze zdaniem kol. Jasińskiego, przez ściany kiszki przenikanie zarazków jest możliwem, a zresztą wiadomo jest, że wnikać one mogą i inną drogą, a następnie rozwijać swe działanie w miejscu mniejszej odporności tkanek. Kol. Orłowski wspomniał o jednym spostrzeganym przez się przypadku, gdzie wyrostek robaczkowy, wydłużony na $2\frac{1}{2}$ cala, przyrośnięty był do tylnej ściany jamy brzusznej, z lewej strony w okolicy 2-go kręgu lędźwiowego, pod wyrostkiem zaś uwieczoną była pętlica zakończenia kiszki cienkiej. Co do kwestyi leczenia chirurgicznego zapaleń otrzewnej, sądzi, że nie jest ono tak dalece nowem. U Truc'a zebrana jest kazuistyka 90 przypadków zapaleń częściowych i ogólnych leczonych drogą chirurgiczną; do cyfry tej dodać jeszcze można znaczną ilość operowanych w celach usunięcia niedrożności jelit, powikłanej następczem ropnem zapaleniem otrzewnej.

W dalszym ciągu dyskusyi poruszono sprawę etylogii ropnych zapaleń otrzewnej. W tej kwestyi kol. Przewoski zaznaczył, że wogóle przyczyny tego cierpienia są bardzo różne, a przytem nieraz na sekcyi żadną miarą nie można się doszukać punktu wyjścia takiego zapalenia. Sąsiednie narządy i jamy, a właściwie sprawy chorobowe w nich zachodzące, są zazwyczaj przyczyną najczęstszą, lecz nieraz niezego w nich doszukać się nie można. Jako analogiję przytacza przypadki, gdzie istnieje gruźlicze zapalenie opłucnej, w płucach jednak i gruźleciach ani śladu gruźlicy nie ma, prawdopodobnie toż samo działają one i na otrzewnej. Prof. Baranowski zwrócił uwagę na warunki udogodniające działanie bakteryj, do których według badań Gravitza należy obecność płynu w jamie otrzewnej, gdy więc wytlómaczyć sobie nie można zapalenia ropnego inną przyczyną, gdy nie rozwinęło się ono *per continuitatem et contiguitatem*, to przyjąć trzeba obecność płynu w otrzewnej, jako przyczynę usposabiającą do zapalenia ropnego. Prof. Brodowski jest zdania, że Gravitz nieco przesadził wyniki, do jakich doszedł, przypuszcza że zapalenia ropne otrzewnej, jako takie mogą bezwarunkowo występować najzupełniej pierwotnie. Być może, że w przypadku prof. K. chora przechodziła cały szereg zapaleń kiszki ślepej, oraz tkanki naokoło kiszki ślepej i to usposobiło do ropnego zapalenia otrzewnej; wyrostek zaś wskutek wzmożonych ruchów robaczkowych mógł się dostać na niewłaściwe miejsce, w jakim go znaleziono i tam do kiszki wskutek zapalenia zlepnego przyrosnąć. Kol. Dunin również uważa wnioski Gravitza za przesadzone. Prof. Baranowski odpowiada na to że słuszności zupełnie Gravitzowi odmówić nie można, wiadomo bowiem z badań bakteriologicznych, że drobne ustroje łatwiej i silniej działają tam, gdzie już istnieje *locus minoris resistentiae*. W tej że kwestyi kol. Bujwid wspomniał o swych pracach, przy których przekonał się, że wprowadzenie pod skórę różnych substancyj [np. peptonu, cukru i t. p.], znacznie sprzyja działaniu następnie w tem że miejscu bakteryj ropnych. Prof. Kosiński wreszcie nadmienił że z punktu praktyczno-chirurgicznego stanąć musi w sprzeczności ze zdaniem prof. Baranowskiego, chirurg bowiem, otwierając jamę otrzewnej *apriori* więcej obawia się o rezultat operacyjny, gdy otrzewną znajduje zupełnie zdrową, niżli gdy widzi zrosty, wysięki i t. p..

Na posiedzeniu klinicznym d. 6. XII. r. z. najprzód mówił przybyły z Neapolu prof. Giampetro o wynalezionej przez się metodzie ortophoniowej leczenia głuchoniemoty. Metoda ta polega na obudzeniu w pewnej kategorii głuchoniemych [z chorobą narządów słuchowych nabytą] poczucia głosu za pomocą 2 przyrządów fonicznych. Pierwszy z nich składa się z 12 dzwonów

różnej wielkości, osadzonych za pomocą oddzielnych ramion na środkowym pręcie metalowym. Każdy dzwon przechodzi w drut, zakończony blaszką, którą się przykładą na skroń chorego; posiedzenia 16 minutowe, codziennie przez 3 miesiące powtarzane, doprowadzają do wywołania uczucia głosu. Drugi przyrząd składa się z 7 kamertonów, odpowiadających tyluż tonom skali, osadzonych na izolowanej blaszce metalicznej; kamertony łączą się z jednej strony ze stosem elektrycznym, a z drugiej, za pomocą drutu zakończonego blaszką, przystosowuje się je do skroni; 10-minutowe, codzienne posiedzenia, przez 2 lata stosowane, potęgują wynik otrzymany uprzednio. Podobno 20% wyleczeń otrzymywał według swej metody prof. GIAMPIETRO.

Kol. J. KRAMSZTYK mówił o chronicznem zapaleniu otrzewnej u dzieci [natury niegruźliczej]. Cierpienie to uważanem jest jako tak rzadkie, iż wielu sądzi, że podobne przypadki rozwijają się tylko na gruncie gruźliczym. W ostatnich jednak czasach HENOCH i inni opisują przypadki długotrwałej puchliny jamy brzusznej, pomyślnie się kończące, których powstanie wytłomaczyć sobie można jedynie na drodze zapalenia przewlekłego (*peritonitis idiopatica s. rheumatica chron.*). Kol. KRAMSZTYK przypuszcza, że postać opisywana częstokroć przez dawniejszych autorów pod nazwą *ascites essentialis* miała zapewne za podstawę również przewlekłe zapalenie otrzewnej. Kol. KRAMSZTYK przez czas 10-letniego pobytu swego w szpitalu dla dzieci, widział 13 przypadków puchliny brzusznej w których z jednej strony można było wyłączyć cierpienie wątroby, serca i nerek, a także ucisk żyły wrotnej, a z drugiej nie było ani śladu natury gruźliczej cierpienia. Głównym i jedynym objawem było *ascites*, zejścia we wszystkich przypadkach pomyślnie. We wszystkich przypadkach wykonano próbnę przekłócie jamy brzusznej, a gdzie płynu było więcej, wypuszczano go [1100—2300 ctm. sześcienn.]. Najczęstszą przyczyną tego przewlekłego zapalenia otrzewnej jest, według autora, przeziębienie i przemoczenie brzucha a obecne ubieranie dziewcząt czyni je skłonniejszymi do nabycia tego cierpienia.

Zakończenie posiedzenia dnia 6. XII. roku zeszłego.

W końcu kol. NOISZEWSKI z Dynaburga wygłosił obszerną pracę p. t. „Parafazyja, a przydechy, przyczynek do anatomii mowy“, opartą na szczegółowych badaniach z dziedziny językoznawstwa porównawczego, na zestawieniu znanych spostrzeżeń z dziedziny zbroceń mowy i na własnych tegoż rodzaju spostrzeżeniach. Autor uważa za przydechy nie tylko [h, j,], obecnie uznawane, lecz także twierdzi, iż niektóre inne spółgłoski mogły być jako przydechy używane; przydechy są według kol. N. szczątkami pierwotnych rzeczowników. Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych kol. Noiszewski twierdzi, iż w ośrodkach mózgowych istnieją oddzielne centry dla początkowych części wyrazów [nazw rzeczowych] i dla części końcowych, które zastępują wykrzykniki mowy pierwotnej; te ostatnie oznaczać mogły w mowie pierwotnej stosunek człowieka do rzeczy i tych ostatnich między sobą.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, że kol. BUJWID w swej pracowni [Wileza Nr. 12] sprządaje grunta do hodowli pasorzytów, a mianowicie żelatynę, *agar-agar*, oraz surowicę, po cenie 7 kop., przyczem za należycie wymytą epruwetkę zwraca 3 kop.. Wszysey ci, którzy pracują nad parazytologią, mianowicie też w prywatnych swych mieszkaniach, wiadomość tę przyjmą z pra-

wdziwą radością, albowiem' przygotowywanie grantów jest najnudniejszą i najmzolniejszą robotą z całej parazytologii.

— Przypominamy, o czem już donosiliśmy poprzednio, iż tutejsze Towarzystwo lekarskie dla uczczenia swego wieloletniego b. prezesa, korzystając z obchodu jubileuszu 25-letnia profesury, wybrało prof. WŁODZIMIERZA BRODOWSKIEGO jednogłośnie na członka honorowego. Wręczenie odpowiedniego dyplomu przez prezydium Towarzystwa odbyło się w Niedzielę 18 Grudnia 1887 r. Dodać tu wreszcie winniśmy, iż praktykowana dotąd przy obchodzie innych jubileuszów uroczysta uczta nie miała miejsca jedynie na wyraźne żądanie BRODOWSKIEGO.

— Dochodzą nas z różnych stron głosy, iż czas [koniec Maja r. b.] wyznaczony dla odbycia V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie jest niedogodnym. Najwięcej oświadczają się za końcem Lipca lub początkiem Sierpnia.

Praga. W d. 17 b. m. odbyła się tu uroczystość obchodu 100 letnich urodzin znakomitego fizjologa i patrioty czeskiego PURKYNIE'go, urządzona staraniem wydziału lekarskiego uniwersytetu czeskiego.

Zmarli: w Berlinie CHRISTIANI ceniony fizjolog, w Paryżu D-r BERNUTZ ginekolog.

Strasburg. Prof. NAUNYN z Królewca powołany został na prof. kliniki terapeutycznej po KUSSMAUL'u.

Nadesłano do Redakcyi.

Rocznik medycyny krajowej za r. 1888. Warszawa 1888.

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Zeszyt XIV. Warszawa. 1887 roku.

PERKOWSKI. Niemoc płciowa (*impotentia*) i jej leczenie. Warszawa. 1887.

WICHERKIEWICZ. Doświadczenia nad użyciem kokainy w chirurgii okulistycznej.

v. ŚWIĘCICKI. Die Geburt eines Janiceps.

G. PIOTROWSKI. Zur Kenntniss der Gafässinnervation.

LEŚNIK. Ueber einige Ester der Salicylsäure und ihr Verhalten im Organismus. [Z pracowni prof. NENCKIEGO w Bernie].

BUJWID. Die Bakterien in Hagelkörnern. [Odbitka z Centrblt. f. Bakter. et Parasitenkunde].

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1888 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Nr. 1 [próbny] „Wiadomości Farmaceutycznych“ z r. b.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wl. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Декабря 1888 г. Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 29

PERŁY

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

3-1

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie
w SAN REMO

20-17

0-2

„ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

z udziałem licznego szeregu uczonych w kraju i zagranicą,
Każdy numer zawiera około 30 stron druku (60 szpalt). W miarę potrzeby dołączają się drzeworyty i litografie.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50. Prospekt i numer okazowy na żądanie gratis franco.

Adres Redakcyi 25 Ś-to Krzyzka, w Warszawie.

13 rok. „Russkaja Medicina” rok 13.

ROK 1888.

Pismo poświęcone wszystkim gałęzjom nauk lekarskich i kwestyjom bytu lekarzy.

Wychodzi cztery razy na miesiąc w Niedziele.

pod redakcją Prof. N. P. Iwanowskawo i P. A. Ilinskawo

przy współudziale wielu professorów i lekarzy.

Pismo zawiera: 1) Prace oryginalne i Odczyty, 2) Kazuistykę, 3) Postępy medycyny, 4) Biblijografię i krytykę, 5) Od Redakcyi, 6) Wykłady szpitalne, 7) Kronikę, 8) Korespondencye, 9) Doniesienia urzędowe, 10) Doniesienia o wakansach i t. d

Cena prenumeracyjna pozostaje jak przedtem, to jest za rok z przesyłką 8 rubli. Prenumeratę przyjmuje Kantor Redakcyi — S.-Petersburg ul. Iwanowskaja N. 12.

Redakcyja wydała nowe książki:

Sbornik zakonow dla wraczej, weterinarow, farmaceutow, feldszerow i akuszerok. 2 tomy, cena 6 rubli, oraz: „Wraczebnij jeżegodnik“ na 1888 rok, cena 1 r. 25 kop.

Kto zażąda wszystkich wydawnictw, winien przysłać 15 rubli, a wtedy koszta przesyłki ponosi wydawca.

4-3

ROK XXVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystw lekarskich Krakowskiego
i Galicyjskiego.

Pismo poświęcone wszystkim gałęzjom nauki lekarskiej wychodzi w Krakowie w r. 1888 a 27 od założenia swego według dotychczasowego programu w objętości średniej 1½ arkusza in 4-to co Sobota.

Warunki przedpłaty: W Krakowie rocznie 8 złr. półrocznie 4 złr. Kwartalnie 2 złr. 20 ct. w Cesarstwie austrijackiem z przesyłką pocztową rocznie 8 złr. 80 ct. półrocznie 4 złr. 40 ct.; w Cesarstwie rosyjskiem i Królestwie polskiem z przesyłką pocztową rocznie 6 rs. półrocznie 3 rs.

Przedpłatę przyjmuje: Administracyja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa.

6-2