

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. WŁ. MATLAKOWSKI. Przypadek wycięcia nerki prawej przy t. zw. *Phtisis renalis*. — II. W. A. GLUZIŃSKI. O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka. — III. J. PAWIŃSKI. O działaniu siarczanu sparteiny (*Sparteinum sulphuricum*). — IV. E. PRZEWOSKI. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą — *Notatki lekarskie*. I. M. WARMAN. Przypadek bezmoczności (*anuria*), trwającego kilka dni; z przypiskiem W. GROSTKANA. — *Wiadomości terapeutyczne*. — *Wiadomości bieżące*. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00162 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziennie po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach dusznicy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bolesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemierania symyathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

STARANIEM I NAKŁADEM Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra Pawła GUTTMANNA. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena zlr. 75 c. 2 rs. 50 kop.

2) D-ra Jana FREINERA. **Rys Nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera, Kraków 1877. Cena 4 zlr.—3 Rs. 70 kop.

3) D-ra Antoniego JURASZA. Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija,** dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.

4) D-ra Oskara WIDMANN, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.

5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopathologia Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskim i Galicyi. Dzieło oryginalne, Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.

6) 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 pogoju. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 zlr. 50 c.

7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. rady sanitarnego we Lwowie. **Syfilidologija.** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Zlr. wa.

8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydroterapije** Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Zlr. 85 kr.

9) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich.** Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 80 kr.

10) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. **Hygijena szkolna,** wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Głabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 60 kr.

11. 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 w A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa S. Warszawie.

0—1

PISMO TYGODNIOWE LEKARSKIE

„WRACZ“

poświęcone wszystkim gałęziom medycyny klinicznej i higieny oraz kwestyjom bytu lekarskiego, będzie wchołzić i w r. 1883 według tego samego programu i tej samej objętości jak przedtem a mianowicie pomieszczać będzie:

1) artykuły z wszystkich gałęzi medycyny klinicznej i z tych kwestyj medycyny nieklinicznej, które mają bezpośredni interes praktyczny; 2) artykuły z higieny ogólnej i szczegółowej; 3) artykuły o wykształceniu, warunkach bytu i społecznej działalności lekarzy, 4) krytyki i recenzyje pewnych książek zagranicznych i rossyjskich; 5) biografie, nekrologi i artykuły z historii medycyny, a przeważnie rossyjskiej; 6) sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych; 7) sprawozdania z główniejszych prac dziennikarskich, tak zagranicznych jak i rossyjskich; 8) Kronikę; 9) Ogłoszenia.

Artykuły (w listach rekomendowanych) wysłać można pod adresem Redaktora, profesora W. A. MANASSEINA (Petersburg. Simbirskaja. N. 12, mieszkania N 6).

Cena za rok z przesyłką 9 rs. za pół roku 4 r. 50 k Prenumeratę nadsyłać można do wydawcy K. L. Rikke ra (Petersburg, Newskij Prospekt N. 14).

0—1

PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1888 rok dwudziesty siódmy swego istnienia i wychodzić będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rosyjskiem	w Cesarstwie niemieckiem
rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	16 marek.
półrocznie	4 " 40 "	3 " "	6 " "
kwartalnie	2 " 20 "	1½ " "	4 " "

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4.—Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszczyński Bd Voltaire 104bis 6—1

„ZDROWIE”

0-1

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 litografje.

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.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne. analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

PRZEGLĄD WETERYNARSKI

organ galicyjskiego Tow. weterynarskiego

CZASOPISMO

poświęcone weterynaryi i hodowli

wychodzi we Lwowie pod redakcją D-ra I. Szpilmana raz na miesiąc w objętości 1—1½ arkusza

Warunki przedpłaty: w Cesarstwie Rosyjskiem i Król. Polskiem rocznie 3 rs. 50 kop. półrocznie 1 rs. 80 kop.

Adres Redakcyi i Administracyi: we Lwowie ul. Kochanowskiego l. 33. w c. k. Szkole weterynaryi. 2—1

Wyszło z druku dzieło p. t.

Podręcznik Medycyny Praktycznej

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatniego (9-go), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z r. 1887.
Dzieło powyższe, obejmujące 46 ark. druku, zawiera działy następujące: **Choroby zakaźne, weneryczne, skórne, ustrojowe, choroby narządów oddzielnych, choroby kobiece i otrucia.** Oprócz tego na końcu książki umieszony jest spis recept, zebranych z całej książki wraz z odnośnikami do odpowiednich rozdziałów.

Cheć wiesz wyszedł z druku zeszyt I i II. Zeszyt ostatni jest na ukończeniu:
Cena całego dzieła wynosi Rs. 3 kop. 50 (a zatem jest niższą od oryginału niemieckiego), z przesyłką Rs. 4.

Zamówienia z prowincyi nadsyłać można do wszystkich redakcyj warszawskich pism lekarskich. Nabywać również można i u tłómaczy (Al. Fruchtman, Plac Muranowski Nr. 10; St. Klejn, Dzika Nr. 30). Przedpłata powinna być z góry uiszczoną za całe dzieło. 0—1

D-r E. Brühl,

ordynuje od 16 Września do 10 Maja w **Meranie**, Villa Livonia;
od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, Villa Max.

12—8

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—16

KEFIR

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

Biehlera ul. Nalewki
Borowskiego ul. Przejazd
D-r Heinricha plac Teatralny
Karpińskiego ul. Elektoralna
Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilpopa ul. Nowy-Świat
Rutkowskiego ul. Długa
Sobolewskiego ul. Dzika
Turskiego ul. Karmielika
Ziemlińskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—9

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych.
Ul. Wspólna № 33. 0—1

Miejsce kuracyjne

SALZBRUNN

na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1-go Maja do końca Września

OBERBRUNNEN.

źródło alkaliczne pierwszorzędne, znane już od roku **1601.**

Odnacza się przyjemnym smakiem i zawartością wybornych środków leczniczych przeciw chorobom płuc, krtani, narządów moczowych, podagrzeit. d.

Wysyłkę skutecznąją w każdej porze roku.

Furbach i Striehoff.

Salzbrunn na Szlązku.

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. PRZYPADEK WYCIĘCIA NERKI PRAWYJ PRZY T. ZW. PHTHISIS RENALIS.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tegoż oddziału.

Lipińska Rozalija, 26 l., żona włościanina ze Smardzewa z pod Płońska, przybyła do szpitala dnia 3. X. 1887. Przed 11 miesiącami chora odbyła trzeci poród bez pomocy lekarskiej, który trwał około 12-stu godzin; połów był ciężki, połączony z gorączką; w dwa tygodnie po porodzie był dreszcz, a jednocześnie pojawiło się opuchnięcie prawej kończyny dolnej, oraz ból w prawym podbrzuszu i podżebrzu. W ciągu tego czasu zauważyła chora dolegliwości przy oddawaniu moczu i zaparcie stolca. Podczas ciąży chora w ciągu dwóch tygodni oddawała mocz z krwią, a mianowicie z drobnymi skrzepkami krwi. Kilka miesięcy temu zauważyła guz w podżebrzu prawem. Oboje rodzice chorej żyją i cieszą się dobrem zdrowiem; trzech bracia i jedna siostra również zdrowi; z rodzeństwa umarło dwoje drobnych dzieci. Co się tyczy potomstwa samej chorej, to dwoje ostatnich dzieci żyje.

St. praesens. Chora małego wzrostu, drobnej, bardzo delikatnej budowy; sama chodzić nie może; gorączkuje; na policzkach wypięki. Skóra blada, brudnawej barwy, włosy rzadkie, krótkie i miękkie. Błony śluzowe nadzwyczaj blade; wychudnienie bardzo znaczne. Prawa kończyna dolna zgięta w kolanie i stawie udowym i bardzo opuchnięta, zwłaszcza stopa i goleń; żyły podskórne rozszerzone, a na udzie w dwóch miejscach wzdłuż rozszerzonych żył na pewnej przestrzeni zaczerwienienie skóry i bolesność świadcząca o ograniczonym *phlebitis*. Przy badaniu przez pochwę prócz niezwyklej bledkości nie znajdujemy żadnych zbocezeń w narządach rodzajnych; jedynie tylko przez sklepienie boczne prawe wyczuwa się wybornie twardy, bolesny powrózek, odpowiadający z przebiegu żyły biodrowej zewnętrznej (*thrombosis venae iliacae externae*). Oddawanie moczu odbywa się dość swobodnie, 3-4 razy na dzień i tyleż w nocy bez bólu; wprowadzenie cewnika sprawia żywy ból w cewce. Wypuszczony mocz blado-żółtawy, kwaśnego odczynu, niezupełnie przezroczysty, po ustaniu zupełnie się klaruje w górnych warstwach, w dolnych zaś

daje obłoczek śluzowy. Po zagotowaniu, oraz po dodaniu kwasu azotowego zjawia się bardzo nieznaczny męt. Przy najszczegółowszem badaniu, dokonanem przez kol. JAKOWSKIEGO i PRZEWOSKIEGO, nie udało się odszukać w moczu laseczników KOCH'a. Co się tyczy innych części składowych, to moczu nieczem nie różnił się przed i po operacyi i szczegółowy rozbiór pomieszczoney będzie niżej.

Brzuch średniej wielkości; ściana cienka i chuda, wypuklejsza nieco po prawej stronie niż po lewej; widoczne zarysy rozdętych pętlic kiszkiowych, oraz ich ruchy. W prawej połowie brzucha wyczuwa się guz kulisty, niezupełnie gładki, ku dołowi sięgający do linii łączącej obie *spinae ant. superiores*; na lewo guz sięga prawie do linii pośrodkowej; ku górze wchodzi pod łuk żebrowy, gdzie jego granicy wymacać nie można; najbardziej na lewo sięgająca część kulistego guza przypada na pępek; powyżej zaś między guzem i łukiem żebrowym brzuch jest podatny i tu jest zatoka (*sinus*) wypełniona kiszki między nim i wątrobą. Na prawo i w tył guz przechodzi w okolice lędźwiową. Przy opukiwaniu prawa połowa guza daje odgłos tępy, lewa zaś pokryta kiszki daje odgłos tympaniczny; pętlice kiszki można wybornie wymacać na guzie i do pewnej granicy wałkować je palcami na prawo, dalej jednak poza tę granicę, która mniej więcej wypada na linii *axillaris anterior*, przesunąć kiszki nie można, co każe przypuszczać, że tu kończy się jama otrzewnej między guzem i ścianą brzuszną. Ku górze odgłos tępy wątroby rozpoczyna się *in l. mammillari* na V-em, a *in l. axillari* na VII żebrze, z kądem idąc niżej, odgłos tępy wątroby zlewa się z tępością guza. Od dołu między grzebieniem kości biodrowej i guzem istnieje pas odgłosu bębnowego, sięgający w tył aż prawie do kręgosłupa. Jeżeli chorą położyć na brzuchu, to zauważyć można, iż prawa okolica lędźwiowa jest bardziej wypełnioną, a przy macaniu odporniejsza od lewej. Przy badaniu obu rękami [jedna na okolicy lędźwiowej, druga na guzie od przodu] można wykazać, iż guz zaledwie cokolwiek się porusza i to dolnym odcinkiem, oraz że istnieje w nim niewyraźne chelbotanie. Badanie to sprawia chorej ból nieznacznego stopnia.

W lewej okolicy lędźwiowej przy badaniu nie znajdujemy ani guza, ani bolesności.

Serce i narządy krwiobiegu wogóle nie przedstawiają wyraźnych zaburzeń; tętno bardzo słabe od 100—120.

Płuca zmian opukowych nie dają, przy wysłuchiwaniu zaś w okolicach pod-obożczykowych słycać nieliczne rżężenia oraz wzmocnione szmery oddechowe, co był łaskaw stwierdzić kol. DUNIN, który szczegółowo badał chorą na moją prośbę. Kaszel nieznaczny, rzadko przychodzący, połączony ze skąpem odpluwaniem wydzieliny pienisto śluzowej. Badanie drobnowidzowe płwociny, dokonane przez kol. JAKOWSKIEGO, wykazało w niej KOCH'owskie laseczniki w bardzo znacznej ilości.

Chora ma zupełny brak łaknienia, nietylko na pokarmy smaku delikatniejszego, jak rosół, mleko i t. p., lecz nawet na pokarmy kwaśne i t. p.. Język mały, prawie zupełnie czysty. Wypróżnienia opieszale i usposobienie do zaparcia; w ciągu tej choroby nie było nigdy rozwolnienia.

Chora ku wieczorowi i w nocy miewa obfite poty.

Przebieg gorączki przed operacją przedstawia się w następujący sposób

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ranne —	37·3	39·6	38·1	37·1	38·8	38·7	40	38	37	
wieczorne —	38	38·1	38·2	37·2	39·2	40·1	37·5	37	37	35 [po operacji].

Rozpoznawszy guz jako cierpienie nerki prawej na podstawie danych przedmiotowych, oraz na zaznaczonem w anamnezie oddawaniu moczu z krwią, zwróciłem uwagę na zachowanie się moczu. Ilość tego ostatniego na dobę bywa bardzo małą bo wynosi od 300—400 ctm. sześciennych, przyczem mocz wypuszczony cewnikami bywa zupełnie przezroczysty, tymczasem zebrany np. z nocy przedstawia bardzo obfity osad, który zajmuje nieraz $\frac{1}{3}$ ilości moczu; przy ogrzaniu osad ten rozpuszcza się prawie zupełnie; białka ani cukru wykazać w nim nie można. Osad pod drobnowidzem składa się z moczanów.

Najstaranniejsze kilkakrotne poszukiwanie w nim laseczników Koch'a, dokonane przez kol. JAKOWSKIEGO, MAYZLA i PRZEWOSKIEGO, nie wykazało ani razu ich obecności; ani razu też nie udało się dostrzedz krwi makroskopowo; pod drobnowidzem jednak widać liczne czerwone ciała krwi. Za pomocą strzykawki PRAVAZ'a wyciągnąłem z guza płyn mętny, szaro-białawy, z widocznymi dla gołego oka strzępkami; płyn ten, badany pod drobnowidzem przez kol. JAKOWSKIEGO, nie zawierał laseczników Koch'a; natomiast składał się on z białych ciałek znajdujących się w najwyższym stopniu stłuszczenia i rozpadu, oraz z kropelek tłuszczowych w ogromnej ilości, wreszcie tu i ówdzie w polu badania widoczne były czerwone ciała, wpadłe w płyn podczas nakłucia. Płyn nie posiadał wcale amonijakalnego zapachu, lub zgoła woni moczu.

Co do natury guza, to przedewszystkiem na podstawie chelbotania, oraz wydobywania z niego rzadkiej cieczy, można było wywnioskować, że się składa z torby o stosunkowo nie grubej ścianie i płynnej zawartości. Chociaż nie udało się wykazać w tej ostatniej laseczników Koch'a, to jednak opierając się na badaniu drobnowidzowem płynu wyciągniętego przy nakłuciu próbnem od razu wydało mi się najprawdopodobniejszym przypuszczenie gruźlicy; przekonałem się bowiem wielokrotnie, że płyn z ropni zimnych, gdzie było mało laseczników, lub gdzie ich czasem wcale wykazać nie można, również składa się przeważnie z rzadkiej cieczy, zawierającej mnóstwo kropelek tłuszczowych, rozpadu, lub stłuszczałych ciałek białych. Wreszcie za tem przypuszczeniem przemawiały następujące dane: słaby rozwój, raczej niedorozwinięcie ustroju chorej, jej upośledzone w najwyższym stopniu odżywianie, oraz obecność gruźliczej sprawy w płucach; brak łaknienia, a raczej wstręt do jedzenia, również jest zwykłą rzeczą u suchotników, zwłaszcza młodszych.

Co do rozpoznania gruźlicy nerki nie mogły mnie zachwiać niektóre dane, niezupełnie liczące z tem cierpieniem. Przedewszystkiem niemożność wykazania laseczników gruźliczych w moczu objaśniłem sobie wogóle trudnością ich odnalezienia. Daleko ważniejszą pod względem klinicznym była okoliczność, iż chora nasza nie miała objawów świadczących o gruźlicy pęcherza moczowego. Jak już nadmieniałem wyżej, oddawanie moczu odbywało się od 6—8 razy na dobę, prawie bez żadnej dolegliwości, kiedy tymczasem gruźlicza sprawa w pęche-

rzu cechuje się właśnie straszliwymi bólami, częstem napieraniem, wydymaniem, częstem oddawaniem mętnego moczu, częstokroć z krwią. Należało przypuścić jedno z dwóch, albo, że pęcherz jest zupełnie zdrow i tylko zajęta jest nerka, albo, że pęcherz dotknięty jest w niesłychanie małym stopniu.

Wobec takiego stanu rzeczy, sama przez się nasuwała się myśl stosowności operacyjnej pomocy. Wprawdzie przeciw tak ciężkiej operacyi przemawiał nędzny stan ogólny chorej, lecz natomiast wiele danych było nader sprzyjających i tak najprzód 1-o bardzo małe zmiany fizykalne w płucach; 2-o brak rozwolnienia lub nawet usposobienia do niego; 3-o zdrowy lub prawie zdrowy pęcherz moczowy; 4-o najważniejsza zaś prawidłowy lub bardzo mało zmieniony stan nerki lewej.

Co do tego ostatniego punktu wnioskować można było na podstawie rozbioru moczu, który z wyjątkiem przesylenia moczanami nie przedstawiał żadnych ważniejszych zmian. Mając przed sobą tak ogromny guz prawej nerki z płynną zawartością, a jednocześnie mocz prawie prawidłowy, należało przypuścić, że zawartość ta wcale do pęcherza się nie przedostaje, słowem że prawy moczowód musi być zatkany. Ta szczęśliwa dla dyjagnostyki okoliczność pozwoliła z całą pewnością postawić rozpoznanie najprzód co do istnienia, a powtóre co do prawidłowego stanu *resp.* odbywania swej czynności lewej nerki.

Dla tych powodów nie wahałem się przystąpić do operacyi.

D. 15 Października 1887 przy pomocy kol. JAWDYŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, SAWICKIEGO, BORSUKA, BORKOWSKIEGO, ŻOLEDZIOWSKIEGO, oraz OBREŃSKIEGO po zachloroformowaniu chora ułożona została na lewym boku, pod który dla uwydatnienia wypuklenia prawego podłożono sieczkową dużą poduszkę [podsuniętą pod ceratę okrywającą stół operacyjny]. Po gruntownem wymyciu brzucha mydłem i sublimatem, przy ciągłem polewaniu 3% roztworem fenolu, poprowadziłem cięcie łukowate, mniej więcej równoległe do XII żebra, na jeden palec od niego odstąpiwszy, poczynające się z tyłu na trzy palce od linii wyrostków ciernistych, a kończące się od przodu na kilka palców niedochodząc do linii pośrodkowej ciała. Od tyłu, w części gdzie guz nie był oddzielony od ściany brzusznej otrzewną, cięcie poprowadziłem aż do samej powierzchni guza, od przodu zaś tylko do warstwy tkanki podotrzewnowej, poczem na pół przezroczystą otrzewną wraz z widocznymi pętlami kiszek ostrożnie odłuszczać od guza, odsunąłem w kierunku ku smudze białej, gdzie stałe pod osłoną palców pomocnika utrzymywaną była zdala od pola operacyjnego celem zabezpieczenia. Tkanka tłuszczowa okołonerkowa szara, nie zawierała prawie wcale tłuszczu, została również przeciętą w kierunku cięcia skórniego, poczem idąc za radą LEFORT'a przeciąłem osłonę włóknistą (*capsula fibrosa renis*) i zacząłem odłuszczać guz od niej. Okazało się obecnie, o co najbardziej się obawiałem, że tkanka korowa wybornie odłuszcza się od torebki włóknistej i to tak łatwo, że zaledwie wsunąłem palce utworzyła się między nimi obszerna szczelina tak, że myślałem w pierwszej chwili, że wszedłem do jamy otrzewnej. Krwawienie przy tem odłuszczeniu było nieznaczne. Celem zmniejszenia guza nakłułem go grubym trójgrańcem i wypuściłem około 500 ctm. sześciennych płynu

szaro-białawego, brudnego, rzadkiego, z widocznymi kłaczkami, mętami, strzępkami, nieco cuchnącego, lecz bez woni amonijakalnej. Po wyjęciu trójgrańca, zięjącym otworem, którego niepodobna było zamknąć z powodu kruchości tkanki nerkowej, wylała się reszta płynu w ranę, z kąd została starannie zmyta strumieniem płynu przeciwnilnego. Nie wiele wszelako wpłynęło to wypuszczenie zawartości guza na jego zmniejszenie, z powodu, że jędrna, twarda ściana torbieli nie zapadła się, podobnie jak nie chce się sklapnąć torba kauczukowa.

Przystąpiłem tedy napowrót do odluszczenia najprzód ku dołowi w kierunku dołu biodrowego, potem od przodu od strony jamy otrzewnej, *resp.* kątnicy i okrężnicy wstępującej, potem od tyłu od strony mięśni lędźwiowych, dopiero mając uwolnioną torbiel z tych stron zwróciłem się do najtrudniejszej, a mianowicie ku górze, gdzie guz wchodził do jamy klatki piersiowej, odepchnąwszy wysoko wątrobę a z nią przeponę. Tutaj z powodu ciasnoty najtrudniej było manewrować; mimo to szczęśliwie odluszczyłem guz, nieprzerwawszy jego torebki. Utworzywszy tym sposobem szypułę, złożoną z naczyń i moczowodu, podprowadziłem od tyłu podwiązkę elastyczną, oprowadziłem ją naokoło guza od góry jeden koniec, drugi od dołu i od przodu, zaciskając jak najmocniej, zawiązałem szypułę, poczem obciąłem guz, zostawiając spory kawał tkanki ponad ligaturą dla zapobieżenia ześlizgnięciu się; teraz wylało się znowu sporo zawartości guza do rany, która wnet została gruntownie oczyszczoną. Dla większej pewności, poniżej podwiązki elastycznej, nałożyłem drugą z grubego jedwabiu, zacisnąwszy ją z całej siły, a wtedy zmniejszyłem grzyb z tkanki guza pozostwiony nad ligaturami do *minimum*.

Oczom naszym teraz przedstawiła się kolosalna jama; ku dołowi widać na znacznej przestrzeni *m. iliacus*; ku wewnątrz i ku przodowi przeświecają pętlice jelit, ku górze szczególniej można pomieścić pięść w jamie za ostatnimi żebrami; przez delikatną błonę w tem miejscu widać dolną powierzchnię wątroby, pęcherzyk żółciowy, poruszające się współcześnie z ruchami przepony. Chodziło o to, jak dalej postąpić z zakryciem tak kolosalnej rany. Gdybym wprost zaszył ranę w ścianie brzusznej, ściana, że tak ją nazwę, trzewowa jamy nie byłaby się zbliżyła do zaszytej skóry i mięśni, z powodu swej małej pochopności do wypuklenia się [pod naciskiem jelit i wątroby], pozostałaby zatem ogromna jama, pusta przestrzeń, w której zebrałoby się dużo krwi i wydzieliny; na dnie jamy tkwiłaby ukryta szypuła z ligaturami; w ten sposób postąpiwszy, nie byłibyśmy panami dobrego odpływu wydzieliny, ani odkrytej drogi do szypuły, gdzie pozostał grzyb tkanki zserowaciałej, napojonej gruzelkami, gotowy do zakażenia całej rany. Dlatego to postąpiłem zupełnie w inny sposób; zamiast żeby czekać na przybliżenie się ściany trzewowej do ściany brzusznej, zrobiłem wprost przeciwnie zbliżyłem tę ostatnią do ściany trzewowej i to w ten sposób, że kąty cięcia od tyłu i od przodu zmniejszyłem kilku szwami; poczem górny brzeg rany, czyli raczej górną część rozciętej ściany brzusznej wwinąłem na około 12, 11, 10, żeber w głąb w jamę klatki piersiowej, wytapetowałem ją jak daleko starczyła; to samo od dołu wytapetowałem skórą dół biodrowy i przyszyłem brzeg jej do mięśnia biodrowego. Od przodu, aby mi fałda otrzewnej odciągnięta z jelitami nie nasunęła się na szypułę, skórę przyszyłem do przedniej po-

wierzchni szypuły poniżej od ligatur kilku szwami; w ten sposób zarazem osłoniłem cienką i przeświecającą otrzewną *resp.* jamę jej od ogniska możliwego zakażenia. Tą drogą udało mi się możliwie zewsząd zmniejszyć ranę; lecz i tak pozostała duża jej przestrzeń swobodną, a w środku grzyb szypuły wraz z jej podwiązkami. Całe to kolosalne zagłębienie wypełniłem szczelnie, po gruntownem obmyciu sublimatem [1 : 1000], gazą sublimatową [3 : 1000], na wierzch dużo warstw waty i bandaży. [D. n.]

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KÓRCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

II. O ZACHOWANIU SIĘ CHLORKÓW W MOCZU W CHOROBACH ŻOŁĄDKA.

podał

D-r W. Antoni Gluziński,

docent chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Jeszcze w r. 1884 wspólnie z JAWORSKIM podałem wzmiankę o zachowaniu się chlorków w moczu w 2 przypadkach chorób żołądka. Dwa te przypadki odnosiły się do rozszerzenia żołądka z nadmierną wydzieliną kwasu solnego, w których stwierdzić można było zmniejszenie, a nawet zupełny brak chlorków w moczu, odpowiednio do wzmagającego się stopnia kwaśności zawartości żołądkowej.

Następnych lat śledziłem dalej tę sprawę, zajęty jednak innemi pracami i nie uważając rzeczy za skończoną, wstrzymywałem się z podaniem wyników. Ogłoszona jednak w tym kierunku ogólnikowa praca ROSENTHAL'a ¹⁾, a zwłaszcza zajmujący artykuł STICKER'a ²⁾ zmuszają mię do zabrania głosu w tej sprawie.

Przypadki podane przezemnie i JAWORSKIEGO pozwalały na potrójne tłumaczenie zmniejszania się ilości chlorków w moczu [podnosi to również sam STICKER]: raz, że zmiana błony śluzowej żołądka utrudnia wchłanianie chlorków z wprowadzonych pokarmów; powtóre, że wydzielanie soku żołądkowego, obfitego w HCl, pochłania na jego wytworzenie znaczną ilość chloru; potrzenie, że oba te czynniki wpływają na zmniejszenie się ilości chlorków w moczu.

Chcąc sprawę rozstrzygnąć i mając przekonanie z dwóch pierwszych przypadków, że wydzielanie nadmierne kwasu solnego musi wpłynąć na zmniejszenie się ilości chlorków w moczu, starałem się w pierwszym rzędzie przekonać, o ile tu samo utrudnienie wchłaniania pokarmów w żołądku wpływ wywiera, bo że wy-

¹⁾ M. ROSENTHAL. Über Vomitus hyperacidus u. das Verhalten des Harns. Berl. klinische Wochenschr. 1887. Nr. 28.

²⁾ G. STICKER. Über den Einfluss des Magensaftabsonderung auf den Chlorgehalt des Harns. Berl. klin. Woch. 1887. Nr. 41.

wrząc musi, można było przyjąć *a priori*, sądząc z przypadków Popow'a ¹⁾ i Scherf'a ²⁾.

Do rozstrzygnięcia tej kwestyi zdawały się mi odpowiedniami przypadki raka odźwiernika żołądka, gdzie na zmniejszenie chlorków, jeżeliby takowe istniało, już nie wydzielanie nadmierne kwasu solnego, ale tylko upośledzenie wchłaniania chlorków musiałoby wpłynąć. Obserwacja dość licznych przypadków pouczyła mnie, że w znacznej ich liczbie zmniejszenie ilości chlorków jest nieznaczne, jedynie tylko, jeżeli, rak usadowiony w odźwierniku (*pylorus*), spowodził znaczne zwężenie i następne silne rozszerzenie żołądka, mogłem stwierdzić mocniejsze zmniejszenie ilości chlorków.

Nie ulega zatem wątpliwości, że samo upośledzenie wchłaniania w żołądku wpływa na zmniejszenie się chlorków w moczu. Upośledzenie to jednak musi być znaczne, o czem się przekonałem z przeprowadzonych prób nad wchłanianiem jodu, i ma miejsce tylko w rozszerzeniach żołądka wysokiego stopnia, wskutek rakowatego zwężenia odźwiernika. Nadmienię tu muszę, że w innych razach, np. w raku dna żołądka (*carcinoma fundi*) zapewne dlatego nie stwierdzałem wybitnego zmniejszenia się chlorków w moczu, że przez wolny odźwiernik dostawały się pokarmy do dalszych części przewodu pokarmowego i tu dostateczna ilość chlorków ulegała wessaniu.

Przeciętnie jednak biorąc, zmniejszenie się chlorków przy rozszerzeniu żołądka wskutek raka odźwiernika ani w porównanie iść nie może ze zmniejszeniem się chlorków w rozszerzeniach żołądka, jużto samostatnych, jużto wskutek zwężenia np. po wrzodzie okrągłym powstałych, ale połączonych z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego.

Przechodząc obecnie do zachowania się chlorków w przypadkach, w których stwierdzałem nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, z góry nadmienię muszę, że chlorki odmiennie się zachowują, zależnie od tego, czy mamy nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, obok braku lub przy obecności rozszerzenia żołądka czyli, co prawie na jedno wychodzi, czy toczy się sprawa w żołądku, którego błona śluzowa prawidłowo wchłania, czy też ma upośledzoną siłę wchłaniania.

W pierwszym razie ilość chlorków w moczu jest zwykle prawidłową, co znajduje wytlómaczenie w doświadczeniach Sticker'a ³⁾, które wykazują, że zmniejszenie chlorków w moczu wskutek wydzielania HCl ma tylko wtedy miejsce gdy wydzielony ClH odrazu zostaje zamieniony na połączenie nierozpuszczalne [przez wprowadzenie do żołądka np. soli wapiennych] lub przez wydalenie go na zewnątrz wymiotami, bo w przeciwnym razie napowrót zostaje w żołądku wessany. Natomiast im bardziej siła wessania błony śluzowej słabnie, właściwie im wybitniejsze jest rozszerzenie żołądka, tem wybitniej występuje zmniejszenie się chlorków w moczu, bez porównania

¹⁾ Popow. Ein Fall von Stenosis pylori mit consecutiver Erweiterung des Magens u. Aufstossen von entzündbaren Gasen. Berl. klin. Woch. 1870. Nr. 38--40.

²⁾ G. Scherf. Beiträge zur Lehre von der Magendilatation. Inaug. Dissert. Göttingen. 1879 roku.

³⁾ L. c.

silniejsze niż w rozszerzeniach wskutek nowotworu rakowatego. Na zmniejszenie to wpływają dwa czynniki, raz upośledzenie wchłaniania w samym żołądku [podobnie jak w rozszerzeniach wskutek nowotworu rakowatego], drugi raz nadmierne wydzielanie soku żołądkowego obfitego w HCl. Że tak jest dowodzi przypadek, który niżej podaje:

K. L. lat 25, cierpiący na: *stenosis pylori post ulcus rotundum subseq. dilatazione ventriculi majoris gradus*. Zawartość żołądka wyciągana naczemno w ilości dość znacznej posiadała wysoki stopień kwaśności [56—70], pochodzącej prawie w całości od kwasu solnego. W moczu tego chorego, wydzielanym w ilości 500 ctm. sześciennych na dobę, o c. g. 1,021, oddziaływania alkalicznego, nie znajdowałem prawie wcale chlorków.

Chcąc oznaczyć, ile na to zachowanie chlorków wpływa samo wydzielanie nadmierne kwasu solnego, trzeba było wykluczyć wpływ upośledzonego wessania w żołądku, w tym przypadku tak znacznego, że jod podany dopiero w kilkanaście godzin można było w moczu wykazać.

W tym celu starałem się inną drogą, nie przez żołądek, doprowadzić organizmowi odpowiednią ilość chlorków, stosując już to trzy razy dziennie lałatywy zawierające 2 grm. NaCl w roztworze, już to wstrzykując podskórnie NaCl w tej samej ilości lub podwójnej, zostawiając naturalnie ciągle tę samą dyjetę choremu.

Otrzymany rezultat z oznaczenia ilościowego chlorków wśród tych warunków podaje w następującej tablicy:

[Patrz tablicę na str. 9-tej].

W przypadku więc tym, w którym dzienna ilość chlorków w moczu wynosiła zaledwie 0.22 grm., po podaniu 6 grm. NaCl codziennie *per rectum*, podniosła się tylko po kilku dniach do 0.85, a dopiero po wstrzyknięciu pod skórę 6 grm. a następnie 12 grm. polskoczyła na 6 grm., tj. ilości znacznie większej od pierwotnej, ale dalekiej jeszcze od przeciętnej, jaką organizm ludzki dziennie wydziela, t. j. 15 grm. W każdym razie powiększenie się ilości chlorków, po podaniu ich inną drogą niż przez żołądek, wskazuje, że jedną z przyczyn zmniejszenia się chlorków w moczu było upośledzenie siły wchłaniania błony śluzowej żołądka. Mimo jednak 12 grm. NaCl wprowadzonych podskórnie, ilość ich w moczu podniosła się tylko do 6 grm.; pozostało w każdym razie zmniejszenie, które już tylko na karb wzmożonego wydzielania kwasu solnego brać należy. Dodać winienem, że małe względnie powiększenie się chlorków przy wprowadzeniu ich *per rectum*, tylko upośledzonemu też wchłanianiu błony śluzowej кишки grubej mogą przypisać; nadto, że wystąpienie biegunki, a w końcu zapalenia płuca prawego odbiło się odrazu zmniejszeniem chlorków.

Jak dalece samo wydzielanie nadmierne soku żołądkowego może zmniejszyć ilość chlorków, przekonałem się w 2 przypadkach, że tak nazwę ostrej-hypersekrecyi [przypadki te na innym miejscu opiszę] gdzie u chorych, poprzednio cierpiących na nieznaczne przypadłości żołądkowe, nagle wystąpiły bóle i wymioty obfite czystym prawie sokiem żołądkowym, a w godzinę po wymiotach już żołądek napełniony był płynem, który znów zwymiotowany lub wycią-

gnięty sztucznie przedstawiał się jako czysty sok żołądkowy o znacznej zawartości HCl. Po 3 dniach takiego stanu, w moczu zresztą bardzo skąpym [bo 20—30 ctm. sz. na dobę], prawie ani śladu chlorków nie znalazłem. Nie same wymioty były tego przyczyną, ani brak wprowadzonych chlorków do organizmu, bo sprawa trwała za krótko [przy próbach głodzenia się CERRI'ego, MUNK jeszcze w 10-tym dniu chlorki wykazywał], ale nadmierne wydzielanie HCl i wydalanie go na zewnątrz wymiotami, przez co napowrót nie mógł być wchłaniany.

Dzień.	Ilość moczu.	Oddziaływanie.	CieŜar wi- sólwy.	Ilość dzienna chlorków w gramach.	U w a g i.
8 Grudnia	800	Alkalicz.	1,021	0,22	
9 "	500	"	"	0,20	Od 9/XII aż do 18/XII 3 ławatywy dziennie
10 "	570	"	"	0,31	Z 2 grm. NaCl t. j. o 8 g. rano o 12 i 8 wiecz.
11 "	500	słabo kw.	1,026	0,60	
12 "	400	" "	"	0,28	Wystąpiła biegunka.
13 "	250	Obojętne.	1,030	0,17	
14 "	500	Słabo kw.	1,037	0,35	Biegunka ustąpiła.
15 "	500	" "	1,039	0,50	
16 "	700	Kwaśne.	"	0,84	
17 "	600	"	"	0,85	
18 "	500	"	"	0,70	Zaprzestano ławatyw z NaCl.
19 "	700	Alkaliczne.	1,037	0,77	
20 "	550	Obojętne.	"	0,40	
21 "	500	Kwaśne.	1,034	0,35	Rano wstrzyknięto podskórnie 6 grm. NaCl.
22 "	350	"	1,035	0,45	
23 "	600	"	1,028	3	
24 "	500	"	"	3	Wstrzyknięto podskórnie 12 grm. NaCl.
25 "	900	"	1,027	6,2	
26 "	1500	"	1,027	3	Wystąpiło włóknikowe zapalenie płuca pra- wego.

Zbierając razem wyniki spostrzeżeń pod względem zachowania się chlorków w chorobach żołądka, jakie na dość znacznej liczbie chorych kliniki prof. KORCZYŃSKIEGO miałem sposobność dokonać, mogę powiedzieć, że zmniej-

szenie się chlorków w chorobach żołądka stwierdzamy w następujących przypadkach:

a) gdy mała ilość chlorków dostaje się do organizmu [inanicja, ustawiczne wymioty zaraz po jedzeniu];

b) gdy wprawdzie dostateczna ilość chlorków zostaje wprowadzoną, ale wessanie ich jest upośledzone. Stan ten stwierdziłem w znacznych stopniach rozszerzenia żołądka wskutek zwięzienia rakowatego odźwiernika;

c) w nadmiernem wydzielaniu się soku żołądkowego, ale tylko wtedy, gdy wydzielony w nadmiarze HCl wydostaje się na zewnątrz przez wymioty albo gdy znów błona śluzowa żołądka nie jest w stanie napowrót go wchłonąć, co ma miejsce przy znacznych rozszerzeniach żołądka, jużto samoistnych, jużto wskutek zwięzienia odźwiernika, np. po wrzodzie okrągłym powstałych.

W końcu zrobić mogę uwagę, że wśród jednakowych warunków, przy obecności dużego rozszerzenia, znaczne zmniejszenie ilości chlorków lub brak takowych w moczu przemawia więcej za sprawą, że się tak wyrażę, dobrotliwą w żołądku, t. j. połączoną z nadmiernem wydzielaniem HCl, a nie za sprawą nowotworową.

III. O działaniu siarczanu sparteiny

(*Sparteinum sulphuricum*).

Napisał

D-r J. Pawiński,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Do rzędu środków, jakimi w ostatnich czasach usiłowano zastąpić naparstnicę, należy sparteina. Otrzymuje się ją z Żarnowca miotłkowatego (*Spartium seoparium. Papilionaceae*), niskiego krzewu rosnącego u nas dziko w miejscach piaszczystych i kamienistych. Sparteina jest to zasada amonijakalna [$C_{30}H_{26}N_2$], która w czystym stanie przedstawia się w postaci bezbarwnej oleistej cieczy, oddziaływa zasadowo, wydaje ostry zapach, a smak ma mocno gorzki. Rozpuszcza się w wysokoku, eterze, chloroformie, z kwasami tworzy sole łatwo krystalizujące, z których w celach leczniczych używa się zwykle siarczanu sparteiny. Ten ostatni przedstawia się w postaci wielkich romboedrów przezroczystych, łatwo rozpuszczalnych i posiada formułę chemiczną $C_{15}H_{13}N_2H_2SO_4 + 8H_2O$. Chemikom sparteina znaną była oddawna [STENHOASE MILLS] obszerne jednak zastosowanie w terapii alhaloid ten znalazł dopiero w ostatnich dwóch latach, dzięki rozgłosowi, jaki mu prof. G. SÉE¹⁾ wyrobił. W obec różnych zdań, jakie co do wartości leczniczej sparteiny u różnych autorów znalazłem [VOIGT, LEO, GLUZIŃSKI, PRIOR, LIVERATTO, CLARKE], przeprowadziłem szereg spostrzeżeń klinicznych na 33 chorych z różnemi cierpieniami serca, płuc, nerek i t. p.. Wy-

¹⁾ Comptes rendus, 1885. Nr. 21.

nik badań tych poniżej podaję, szczegółowy zaś opis spostrzeżeń umieszczony będzie w najbliższym zeszycie Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

I. Jaki wpływ wywiera sparteina na serce?

W tym względzie pomiędzy autorami zgody nie ma. Jedni za przykładem prof. SÉE występują z ogromnemi pochwałami dla tego środka, drudzy znowu [LEO, LANGGAARD] odzywają się mniej przychylnie o nim. Prof. G. SÉE pierwszy zaczął głosić, że sparteina działa pobudzająco na serce, podobnie jak naparstnica i konwallamaryna, a toniczne jej działanie miało być bez porównania widoczniejsze, szybsze i dłużej trwające, aniżeli dwóch wspomnianych leków. Prócz tego sparteina ma, zdaniem prof. SÉE, posiadać własność regulowania rytmu serca i pod tym względem miała być środkiem, który dotychczas sobie równego nie ma, a więc przewyższa nawet naparstnicę. Za najważniejsze zaś wskazanie do stosowania sparteiny SÉE uważał osłabienie mięśnia sercowego, powstałe już to wskutek zmian chorobowych w samej tkance mięśnia, już to wskutek niedowładu serca przy przeszkodach w krążeniu krwi. Samo się przez się rozumie, iż środek z takimi własnościami byłby niezmiernie pożądany u chorych z cierpieniami serca, u których osłabienie mięśnia serca, jego niedowład jest murem, o który często rozbijają się wszelkie usiłowania lekarza, a chorego zwykle do śmierci prowadzą. Prócz tego przypisywana sparteinie własność usuwania arytmii mogła wzbudzić u lekarzy praktyków wielki zapal do stosowania jej w różnych cierpieniach serca. Kto jednak badał szczegółowo zaburzenia w rytmie serca, kto przez dłuższy czas śledził chorego z niemiarowością ruchów, zwłaszcza zależnych od zmian patologicznych w samym mięśniu serca temu wyda się nieco dziwnem zdanie, że ten lub inny środek usuwa arytmiję. Tylko arytmije czysto nerwowego pochodzenia, lub natury odruchowej [np. z organów brzusznych] ustępują łatwo, a o takich właśnie prof. SÉE nie wspomina, niemiarowość zaś ruchów serca, zależna od zmian somatycznych w samym mięśniu, trwa nieraz długie lata i nie da się niczem usunąć. Łatwiej usunąć zastoje, obrzęki, duszność i t. p., aniżeli uregulować nieprawidłowy rytm serca, Zresztą zniesienie arytmii nie jest jeszcze ostatecznym celem zabiegów naszych, gdyż wiadomo, iż ludzie w wieku podeszłym, ze znacznemi zmianami w naczyniach, pomimo bardzo nieregularnych skurczów serca, czują się niekiedy zupełnie dobrze.

Co się tyczy moich własnych spostrzeżeń, to rzeczywiście po podaniu sparteiny w małych dawkach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ gr., po upływie 30—40—50 minut, działalność serca wzmagą się, skurcze stają się silniejsze, jednocześnie fala krwi zwiększa się, tętno staje się pełniejszym. Działanie to najwydatniej występuje po upływie godziny od podania środka, trwa około 4—5 godzin. Jeśli czynność serca była niemiarową i przyspieszoną, to uderzenia serca następują w regularniejszych, niż poprzednio, odstępach czasu, czemu jednocześnie zmniejszenie częstości skurczów serca, *resp.* uderzeń tętna towarzyszy. Nadmienić tu jednak muszę, że o zupełnem usunięciu arytmii mowy być nie może. Co się tyczy

wzmoczenia energii serca, to pobudzenie jego do silniejszych skurczów nie jest wogóle znaczne. Tętno wprawdzie zyskuje na sile, ale wyznać muszę, że pomimo wprawy w wymacywaniu tętna, często dopiero po zdjęciu obrazu sfigmograficznego przekonywałem się o zwiększeniu fali tętna, zwłaszcza napięcia ścianek tętnicy. Na rysunkach sfigmograficznych, zebranych przed i po podaniu sparteiny, zauważyć można tę różnicę, że fale tętna są wogóle wyższe, linije wstępujące, odpowiadające skurczowi serca *resp.* rozkurczowi tętnicy, wznoszą się stromiej i wyżej niż poprzednio. Linije zstępujące [katakroty] odpowiadające rozkurczowi serca, a więc skurczowi tętnicy, opadają wcześniej ku dołowi, t. j., że kąt zawarty pomiędzy ramieniem wstępującem i zstępującem staje się więcej ostrym. Prócz tego na katakrocie wybitniej występują wzgórki zależne od drgań elastycznych ścianek tętnic, podczas gdy t. z. wzgórek fali zwrotnej (*Rückstosselevation*) zmniejsza się. Zmiany te, widoczne na obrazach sfigmograficznych, wskazują, że energija serca wzmogła się, skurcze stały się silniejsze, napięcie tętnic, *resp.* ciśnienie krwi, zwiększyło się.

Ponieważ zaś liczne rysunki kardjograficzne, uwidoczniające ruchy samego serca, zbierane przed i po podaniu sparteiny przekonały mnie, że wzmocnienie czynności serca nie dochodzi znacznego stopnia, należy więc zwiększenie napięcia tętnic powierzchownych przypisać nietylko wpływowi sparteiny na serce, lecz także oddziaływaniu tejże na naczynia, najprawdopodobniej przez pobudzenie ośrodka naczynio-ruchowego w rdzeniu. W oddziaływaniu więc na *tonus* naczyń sparteina ma pewne podobieństwo do naparstnicy, z tą tylko różnicą, że napięcie naczyń pod wpływem sparteiny zwiększa się nieznacznie i nie da się za pomocą samego wymacywania tętna oznaczyć, gdy tymczasem naparstnica wywołuje tak znaczne zwiększenie napięcia tętnic, iż każdy nawet mało wprawy różnicę tę łatwo oceni.

Przy stosowaniu średnich dawek sparteiny, 1—1¼ gr. *pro dosi*, 4—6 grn. *pro die*, działalność serca mniejszej ulegała zmianie, aniżeli przy małych dawkach i u niektórych chorych skurcze serca stawały się nieco silniejszymi, a tętno nieco częstszem, u innych zaś częstość i siła skurczów pozostawała bez zmiany. Ciśnienie wewnątrznaczyniowe podlegało także małym wahaniom; często pozostało takim, jak podczas użycia małych ilości sparteiny, niekiedy zaś można było zauważyć pewne zwiększenie. Zaznaczyć jednak muszę, że przy średnich dawkach, działanie moczopędne sparteiny było widoczniejsze, aniżeli przy małych.

Podając chorym duże dawki, a mianowicie 2 granowe, 8—10—14—16 grn. na dzień, zauważyliśmy zwolnienie czynności serca i zmniejszenie częstości tętna. Jednocześnie skurcze serca słabły, fala tętna malała, napięcie tętnic zmniejszało się, w tętnie zaczęły występować przerwy (*p. intermittens*), przyczem chorzy narzekali na ból głowy, osłabienie, niepokój w okolicy serca i skłonność do zemdlenia.

Że sparteina nie należy do środków, które wywierają silny wpływ na serce, za tem przemawiają ujemne wyniki, jakie otrzymywaliśmy, stosując ją bądź to przy osłabieniu mięśnia serca w wadach zastawek w okresie utraty zrównoważenia ze znacznymi obrzękami, bądź to przy samoistnych cierpieniach mięśnia

serca [stłuszczenie, stwardnienie tętnic wieńcowych]. Z tego też powodu ani w rzeczywistej dusznicy bolesnej (*angina pectoris vera*) ani też w łstmie sercowej, powstającej na tle niedowładu serca (*asystolia*), sparteina nie okazała się skuteczną. Tym sposobem szybkość jej działania, która dla niektórych autorów stanowiła wskazanie do użycia sparteiny w nagłych przypadkach dusznicy bolesnej, na nic się nie przyda, jeśli działanie to nie jest dość silne. Tylko u osób nerwowych, histeryczek i t. p., u których źródłem napadu dusznicy nie były zmiany somatyczne samego mięśnia serca, lecz zmiany funkcjonalne, bądź to w samym ośrodku krążenia, bądź też na drodze nerwów przeniosły się z innych narządów na serce (*angina pectoris spuria s. reflectoria*), tam sparteina wywierała pomyślny wpływ przez lekkie pobudzenie działalności serca, a prócz tego przez swe kojące działanie na układ nerwowy w ogóle.

Podobnie nie można spodziewać się pomyślnego wpływu sparteiny na duszność, występującą w chorobach płuc, nerek, zależną od znacznego wyczerpania działalności serca.

Z powyższego okazuje się, że co do pobudzającego działania sparteiny na serce, wnioski nasze różnią się wielce od tych, do jakich doszedł prof. SÉE. Ten ostatni za najważniejsze wskazanie uważa osłabienie mięśnia serca, oparte na tle zmian zachodzących w samym mięśniu, podczas gdy według moich spostrzeżeń wskazanie to nie ma dostatecznej podstawy. LABORDE i LEGRIS ¹⁾, którzy stosowali sparteinę według wskazówek prof. SÉE, jak również VOIGT ²⁾, w Wiedniu [małe dawki] podzielają w zasadzie zdanie prof. SÉE, co do wpływu sparteiny na mięsień serca. D-r LEO ³⁾, który ją podawał chorym w większych aniżeli VOIGT dawkach, bo 0,1 gram. *pro dosi*, kilka razy dziennie, nie przypisuje sparteinie ważnego działania na serce, a jednak zaleca ją w cierpieniach mięśnia sercowego w okresie upośledzonego wyrównania, choć dodaje, że głównie stosuje ją w celu złagodzenia bólów stenokardjalnych. D-r GLUZIŃSKI ⁴⁾ zaznacza także, iż chociaż sparteina działa na serce, jednak działanie to jest znacznie słabsze aniżeli naparstnicy i z tą ostatnią nie może iść w porównanie. D-r PRIOR dla przekonania się o wpływie sparteiny na czynność serca, podawał ją najprzód u ludzi zdrowych w ilości 0,15—0,25 gm. [2½—4 grn], 3 razy dziennie w przeciągu 3 dni. W żadnym z 4 przypadków, które dotyczyły ludzi młodych w wieku od 21—24 lat, autor nie zauważył żadnych zmian ani w działalności serca, ani na własnościach tętna. Podobnież na częstość tętna jak również i na ciśnienie krwi sparteina nie wywarła żadnego wpływu. Tylko w 1 przypadku zauważono zwiększenie moczenia, które po odstawieniu leku zmniejszyło

¹⁾ La méthode expérimentale appliquée à l'étude des substances médicamenteuses [la sparteine]. Etude physiologique. Archives de physiologie. 1886. pag. 346.

²⁾ Mittheilung über das schwefelsäure Spartein. Wiener Med. Blätter 1886. Nr. 25, 26, 27.

³⁾ Ueber die therapeutische Anwendung des Spart. sulph. Zeitsch. f. klinische. Med. 1887. VII Bd, 1—2 Heft.

⁴⁾ O fizyologicznem i leczniczem działaniu siarkanu sparteiny. Przegląd Lekarski. 1886. Nr. 1 jak również w XIII Tomie Pamiętnika Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akad. Umiejętności w Krakowie [osobne odbicie]. 1887.

⁵⁾ Die klinische Bedeutung des Spartein. sulph. Berl. klin. Woch. 1887. N. 36 pag. 661.

się z 1600cc do 1490cc. U niektórych chorych tenże autor badał wpływ sparteiny na falę tętna i ciśnienie krwi przy pomocy sfigmografu i przyrządu BASCH'a, z 10 chorych znalazł u 3 wyraźne zwiększenie ciśnienia, u 4 zwiększenie to było nieznaczne, a u 2 ciśnienie pozostało takim samym, jak przed podaniem sparteiny, wreszcie w 1 przypadku ciśnienie krwi obniżyło się [jak autor przypuszcza wskutek zbyt dużej dawki 0.25 grm.; po wzięciu dwóch dawek ciśnienie krwi opadło, a tętno poprzednio miarowe stało się niemiarowem]. We wnioskach, jakie D-r PRIOR w końcu swego artykułu przytacza, znajdujemy wzmiankę, że jakkolwiek sparteina pomyślnie działała w najrozmaitszych chorobach serca, to jednakże w wielu przypadkach okazała się bezskuteczną, a głównie w cierpieniach mięśnia serca, w zaburzeniach zaś zależnych od wad zastawek wywierała pomyślniejszy wpływ na serce. Z tego też powodu autor, podobnie jak D-r GLUZIŃSKI, stawia sparteinę niżej aniżeli *digitalis* i zaleca ją tylko w razie, jeśli naparstnica nie działa lub nie może być zastosowaną, lub wreszcie gdzie idzie o szybkie uregulowanie czynności serca. D-r PRIOR podnosi szczególnie dobroczynne działanie sparteiny przeciwko bólom stenokardyjalnym, utrzymując, iż działa ona pomyślnie nawet wtedy, kiedy czynność serca nie uległa żadnej zmianie. Co do tego ostatniego wniosku, to już powyżej wyraziliśmy swoje zapatrywanie w tym względzie.

II. Wpływ sparteiny na arytmiję serca.

Spostrzeżenia nasze pod wpływem sparteiny na niemiarowość ruchów serca dotyczyły 14 przypadków.

a) *Stenosis ostii ven. sin. et insufficientia valv. bicuspidalis in stadio incompenstationis, anasarca.* [Spostrzeżenie I].

b) *Stenosis ostii venosi sinistri. Asthma cardiacum.* [Spostrzeżenie IV].

c) *Stenosis ostii ven. sinistri et insuffic. valv. mitralis. Tachycardia uterina. Graviditas.* [Spostrzeżenie IX].

d) *Stenosis ostii venosi dextri et insufficientia valv. tricuspidalis in stad. incomp.* [Spostrzeżenie X].

e) *Insufficientia valv. mitralis. Tachycardia.* [Spostrzeżenie XX].

1. Przypada na przeistoczenie miażdżycowe tętnic nerwowych serca. *Sclerosis arteriarum coronar. cordis. Insuffic. musc. cordis. Stenocardia.* [Spostrzeżenie XXIII].

1. Na stłuszczenie serca (*Degen, adiposa cordis*). [Spostrzeżenie XXII].

2. Na rozedmę płuc i następcze rozszerzenie serca:

a) *Emphys. pulm. Asthma bronchiale.* [Spostrzeżenie XXVIII].

b) *Emphys. pulm. Bronchitis. Oedema pedum. Dyspnoea.* [Spostrzeżenie XXIX].

1. Na przewlekłe zapalenie błony wewnętrznej aorty wstępującej. *Endo-aortitis deformans, stenocardia.* [Spostrzeżenie XVI].

1. Na przewlekłe zapalenie nerek. *Nephritis parenchymatosa chronica c. dilatatione cordis.* [Spostrzeżenie XXXII].

Wreszcie 3 przypadki niemiarowości serca osnutej na zaburzeniach w układzie nerwowym.

a) *Arteriosclerosis. Palpitationes cordis. Tachy-arrhythmia cordis. Climacterium.*

[Spostrzeżenie XXIV].

b) *Neurasthenia cordis.* [Spostrzeżenie XXV].

c) *Tachy arrhythmia uterina (hysterica).* [Spostrzeżenie XXVII].

Otóż na 14 przypadków arytmii, stwierdziliśmy pomyślny wpływ sparteiny na uregulowanie czynności serca tylko 4 razy, a mianowicie w 1 przypadku wady serca [zweżenie otworu żylnego lewego w okresie zachowanej kompensacji, spostrzeżenie IV], która dotyczyła chorej wielce nerwowej, osłabionej. Prócz tego chora była bezkrwistą, wskutek częstych obfitych krwawień miesięcznych. Ponieważ naparstnica wywoływała u niej zaburzenia żołądkowe i wielki niepokój, a na niemiarowość ruchów serca dodatniego wpływu nie wywierała, zaleciłem więc jej użycie sparteiny. Pod wpływem małych dawek, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ grn. podawanych 3—4 razy dziennie w przeciągu 3—4 dni z rzędu [poczem zalecałem 3 dniową przerwę], tętno stało się rzadszem, ze 130 na minutę opadało do 80—90; przy czem arytmija serca zmniejszała się, a uderzenia tętna przypadały w regularniejszych odstępach czasu. Jednocześnie i przykre objawy podmiotowe, jak niepokój, ból, bicie serca znikły. Ten sam bardzo pomyślny wynik otrzymaliśmy w pozostałych 3 przypadkach, w których niemiarowość ruchów serca występowała u osób niedotkniętych wadą zastawek, lecz odznaczających się chorobową wrażliwością układu nerwowego. W jednym z nich mieliśmy do czynienia z neurasteniją serca, w drugim z nadruchliwością niemiarową serca, mającą swe źródło w histeryi i w cierpieniu narządów płciowych. Trzecia zaś chora, która w latach młodszych miewała drgawki histeryczne, znajdowała się w okresie przekwitowym. Chore te przyjmowały sparteinę w małych dawkach [$\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ grn.], w przeciągu kilku tygodni z 3 dniowymi przerwami. Większe dawki sparteiny jak 1—2 grn., nie wywierały tak pomyślnego wpływu na arytmiję jak mniejsze, niekiedy nawet powiększały arytmiję, a chorzy narzekali na mocny ból głowy, niepokój, ściskanie w sercu. Prócz tego spostrzegałem kilkakrotnie rozdrażnienie nerwowe i bezsenność, podczas gdy przy użyciu małych dawek chore czuły się spokojniejszymi i lepiej niż przedtem sypiały. W jednym przypadku wady otworu żylnego lewego (*stenosis ostii venosi et insuffic. mitralis.* spostrzeżenie I), w okresie upośledzonego wyrównania otrzymywaliśmy wprawdzie po małych dawkach sparteiny pewne uregulowanie czynności serca, jednakże skutek był nieznaczny i krótkotrwały.

W 2 przypadkach arytmii, powstałej wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych serca i zwyrodnienia tłuszczowego, nie byliśmy w stanie zauważyć dodatniego wpływu sparteiny. To samo da się powiedzieć o niemiarowości ruchów serca, towarzyszącej zmianom miażdżycowym na błonie wewnętrznej aorty (*endoaortitis chronica sclerotica*), rozedmie płuc, przewlekłemu zapaleniu nerek, w ogóle w przypadkach, w których źródłem arytmii jest znaczne wyczerpanie serca.

Z powyższego okazuje się, że spostrzeżenia nasze nie stwierdzają świetnych wyników, jakie prof. Séé z zastosowania sparteiny otrzymywał, zwłaszcza w arytmii mającej swe źródło w cierpieniach mięśnia sercowego. Natomiast podnieść nam wypada skuteczność sparteiny w niemiarowości serca pochodzenia nerwowego, w nerwicach serca, opartych już to na tle nadmiernej wrażli-

wości całego układu nerwowego, a zwłaszcza rdzenia kręgowego, już to w nerwicach pochodzenia odruchowego [z narządów płciowych]. Podobnie zanotować możemy pomyślne wyniki z zastosowania sparteiny przeciw arytmii w wadach zastawek, jeśli one dotyczą osób nerwowych, histeryczek, neurasteników i t. p.. Na tej zasadzie uważam stosowanie sparteiny w celu wzmocnienia działalności serca i usunięcia arytmii za niestosowne w przypadkach niedowład serca, jeśli ten niedowład polega na zwyrodnieniu mięśnia sercowego lub też zależy od znacznego wyczerpania serca w okresie upośledzonego wyrównania wad zastawek. Tylko w razach, w których zaburzeniu spowodowane wadą serca nie są daleko posunięte, t. j. kiedy mięsień serca nie stracił jeszcze swej żywotności i odporności, można z korzyścią stosować sparteinę przeciw arytmii, zwłaszcza u osób z gruntem nerwowym. U tych ostatnich sparteina przewyższała nawet w działaniu naparstnicę.

D-r GLUZIŃSKI przytacza w pięknej swej pracy o działaniu sparteiny 3 przypadki wady zastawki dwudzielnej z arytmicznym tętnem. Z dołączonych obrazów sfigmograficznych, jak również z opisu przebiegu choroby widać, że sparteina, pomimo pewnego wzmocnienia działalności serca i usunięcia niektórych objawów chorobowych, nie była w stanie zapobiedz występowaniu niemiarowości serca. Naparstnica, którą D-r GLUZIŃSKI stosował we wspomnianych trzech przypadkach, okazała się, tak pod względem zwiększenia energii serca, jak i pod względem swego wpływu na nieprawidłowy rytm serca, o wiele skuteczniejszą, aniżeli sparteina. W tym więc kierunku spostrzeżenia D-r G. są zupełnie zgodne z naszymi.

VOIGT twierdzi, że rytm upośledzonych skurczów serca wraca tylko w rzadkich przypadkach. LEO także nie przypisuje sparteinie własności regulującej niemiarowe ruchy serca. D-r PRIOR podaje, że większe dawki sparteiny wywołują arytmiję, gdy tymczasem mniejsze [za które 0,1 *pro dosi* kilka razy dziennie uważa] są w stanie ujednostajnić rytm serca.

III. Co do wpływu sparteiny na częstość tętna.

Zdaje mi się, że tylko jeden prof. SÉE zauważył zwiększenie częstości tętna, dodaje, że zwiększenie to występuje w przypadkach ciężkiej atonii, połączonej z opieszaleciem, rzadkiem tętnem. Inni autorowie przeciwnie nie stwierdzili albo żadnej zmiany w częstości skurczów serca, albo też zmniejszenie tejże.

FICK przy podskórnem zastosowaniu u żaby 0,004—0,006 gram. chloranu sparteiny, zauważył znaczne zmniejszenie częstości uderzeń serca tak, że po upływie 1—2 godzin częstość skurczów serca wynosiła zaledwie $\frac{2}{3}$ pierwotnej częstości, a co zasługuje na uwagę, że znaczne zwiększenie dawki [10 razy] nie było w stanie wpłynąć na zmniejszenie częstości skurczów. D-r GLUZIŃSKI, stosując siarczan sparteiny bądź to na odsłonięty mięsień serca, bądź to wstrzykując go do żyły lub pod skórę, zauważył wybitniejszy wpływ na serce u zwierząt zimnokrwistych, aniżeli u ssących. Głównym objawem było zwolnienie czynności serca, które występowało nawet po zastosowaniu bardzo małej ilości, jak 0,0005 gram. na odsłonięty mięsień serca żaby, częstość skurczów serca zmniejszyła się o $\frac{1}{2}$, a nawet o $\frac{3}{4}$ pierwotnej liczby uderzeń. Skutek ten przechodził

w przeciągu 1 godziny, ilość uderzeń serca zwiększała się stopniowo, lecz dopiero po kilku godzinach wracała do pierwotnej liczby. W chwili ustępowania działania, zastosowana powtórnie dawka na powrót sprowadzała zwolnienie. Z obrazów graficznych widać, że zwolnienie to, z początku nieznaczne, pochodzi od przedłużenia skurczu, który staje się energiczniejszym, potem od długiego rozkurczu. Przy stosowaniu sparteiny do żyły lub worka limfatycznego D-r GŁUZIŃSKI zauważył również zwolnienie ruchów serca, lecz niedorównywające zwolnieniu, występującemu przy stosowaniu sparteiny wprost na serce. Wybitna tylko różnica polega na wysokości fali kardyjograficznej, która przy wstrzyknięciu sparteiny do żyły lub worka limfatycznego zwiększa się nieznacznie, a potem stale maleje. Rzecz godna uwagi, że dodatek sparteiny wprost na serce sprowadza wprawdzie energiczniejsze zwolnienie ruchów serca, ale nie podnosi już prawie wysokości fali, jak to ma miejsce przy stosowaniu sparteiny odrazu na odsłonięty mięsień sercowy. Wreszcie w niektórych razach autor zauważył wyraźną arytmiję na obrazach kardyjograficznych bez względu na sposób stosowania leku.

Co do naszych spostrzeżeń, to zaznaczyć w ogóle należy, że w przypadkach cierpień serca, powikłanych nerwowością, histeryją, neurasteniją wpływ sparteiny na częstość tętna był daleko widoczniejszy, aniżeli w przypadkach samostnych chorób serca. Dalej w wadach zastawek, zwłaszcza kompensowanych, działanie sparteiny na częstość skurczów serca było widoczniejsze, aniżeli w razach, kiedy sam mięsień serca podległ już pewnym zmianom patologicznym.

Najczęściej stwierdzaliśmy zwolnienie rytmu serca, niekiedy częstość tętna nie ulegała żadnej zmianie, wreszcie nieznaczne zwiększenie częstości tętna należało do rzadkich wyjątków. Wogóle nadmienić wypada, że w wadach zastawki dwudzielnej działanie sparteiny na częstość tętna jest znaczniejsze, aniżeli w wadach zastawek półksiężycowych. Pod wpływem małych dawek sparteiny [$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ gran.] następuje najprzód zmniejszenie częstości tętna, przyczem jednocześnie skurcze serca stają się energiczniejsze. To zwolnienie rytmu serca nie należy do znacznych [częstość tętna zmniejsza się o 6 — 8 uderzeń na minutę], trwa około 2 — 3 godzin, a po zastosowaniu nowych dawek może być podtrzymywane nadal. U niektórych osób, po kilkodniowym użyciu małych dawek leku, tętno staje się nieco częstszym, t. j. dochodzi do częstości, jaka miała miejsce przed zastosowaniem sparteiny, lub też nieco większej — u innych wreszcie następuje znaczne zwolnienie rytmu serca z osłabieniem tegoż. To znaczne zmniejszenie częstości tętna z jednoczesnem osłabieniem serca, po kilkodniowym użyciu małych dawek sparteiny, należy do wyjątków, spostrzegalem je jednak u osób wątłych, białych, małokrwistych.

Skoro częstość tętna przed podaniem leku była znaczną, np. 100 — 110, wtedy zmniejszenie częstości tętna po sparteinie było widoczniejsze, aniżeli w tych przypadkach, w których tętno zachowuje zwykłą częstość.

Średnie dawki, jak 1—1 $\frac{1}{2}$ gran., 4—6 *pro die*, zdają się nie oddziaływać na częstość skurczów serca, gdy tymczasem po dużych dawkach, 2 gran. co 2 godziny [10—16 gran. *pro die*], stwierdzaliśmy zwykle zmniejszenie częstości tętna, niekiedy większe niż przy małych dawkach. Nadmienić mi je-

dnak wypada, że kiedy przy małych dawkach jednocześnie z rzadszem tętnem skurcze serca stawały się silniejsze, a tętno większe, pełniejsze, to przy użyciu dużych dawek ze zmniejszeniem częstości skurczów szło w parze osłabienie czynności serca, a tętno było słabem, często przepuszczającym (*intermittens*). Te ostatnie objawy wskazywały na groźne wyczerpanie serca, a więc stanowiły przeciwwskazanie do dalszego użycia środka.

W cierpieniach mięśnia serca [stłuszczenie, skostnienie tętnic wieńcowych] już średnie, a nawet niekiedy małe dawki wywołują zmniejszenie częstości tętna, któremu towarzyszy osłabienie czynności serca: tętno staje się nikłym, przerywanem.

W przypadkach nadmiernej częstości uderzeń serca i tętna, w t. zw. nadruchliwości serca (*Hyperkynesis, Tachycardia*), opartych na tle wad serca, sparteina nie była w stanie ani zmniejszyć napadu, ani też zapobiedz ich występowaniu, natomiast w przypadkach nadruchliwości serca, pochodzenia czysto nerwowego, otrzymywaliśmy kilka razy znaczną poprawę, jednakże dopiero po dłuższem użyciu sparteiny.

Do pierwszego rodzaju *tachycardiae* wypada nam zaliczyć dwa spostrzeżenia [IX, XX]. W obu nadruchliwość serca występowała w postaci napadów u kobiet dotkniętych wadą zastawki dwudzielnej, a punktem wyjścia były zaburzenia w narządach płciowych. Do drugiej zaś kategorii należy spostrzeżenie XXVII; dotyczyło ono kobiety niezamężnej, nerwowej z tłem histerycznym. Wreszcie wspomnieć mi wypada o jednym przypadku nadruchliwości serca u 52 letniej kobiety z rakiem wątroby i cukromoczem, u której *tachycardia* była stałym objawem. Ani pod wpływem małych, ani większych dawek sparteiny częstość tętna nie uległa żadnej zmianie, nastąpiło tylko polepszenie podmiotowe, a mianowicie przykre uczucie bicia serca i niepokoju znikło.

CLARKE podaje, iż w 3 przypadkach choroby GRAVES'a otrzymał z zastosowania sparteiny znakomity rezultat i z tego powodu uważa ją za ważny środek w tem cierpieniu. W dwóch próbowano różnych środków: podawano przez dłuższy czas arsenik, stosowano prąd stały — napróżno, dopiero po tygodniu podawania chorej sparteiny tętno z 131—136 spadło do 72—84, a jednocześnie ustąpiły inne towarzyszące chorobie objawy. W trzecim cięższym przypadku częstość tętna pod wpływem sparteiny zmniejszyła się ze 144 do 96—108, a prócz tego zniknęło drżenie, zwłaszcza kończyn. Po odstawieniu leku podawanego chorej w małych dawkach drżenie występowało na nowo. Co do mnie, to w kilku przypadkach choroby BASEDOW'a, otrzymywałem pomyślne wyniki, stosując sparteinę w małych dawkach przez dłuższy czas, już to samą, już to w połączeniu z chininą. Na tej zasadzie twierdzę, że sparteina może wywierać pomyślny wpływ w początkowych okresach choroby, o której mowa, kiedy istnieją głównie zaburzenia funkcjonalne, a zmiany somatyczne [przerost serca, zmiany w zastawkach] nie są znaczne.

[C. d. n.]

IV. DEZYNFEKCYJA PRZESTRZENI MIESZKALNYCH

PO USUNIĘCIU CHOREGO NA CHOROBE ZARAŻLIWĄ.

Zestawił

D-r E. Przewoski.

Dezynfekcja przestrzeni mieszkalnych, po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą, stanowi do obecnej pory jedno z najtrudniejszych i jednocześnie jedno z bardzo ważnych zadań. Konieczności takiej dezynfekcyi dowodzi wiele epidemiologicznych faktów, wykazujących, że liczne wybuchy chorób zaraźliwych miały za punkt wyjścia przestrzenie mieszkalne, w których przebywali chorzy. Porównanie odpowiednich spostrzeżeń przemawia stanowczo za tem, że w takich przestrzeniach niewątpliwie zbiera się zarazek choroby, a nadto, że tenże krócej lub dłużej przechowywać się w nich może.

Badania E. ESMARCH'a, ogłoszone w sierpniu 1887 r., uczą w jaki sposób niższe organizmy zbierają się na ścianach i suficie izb mieszkalnych. Otóż z tych badań widać, że na każdej ścianie i suficie przestrzeni mieszkalnych najniższe ustroje są stanowczo. Głównie znajdują się one na samej powierzchni, do której lekko przystają, tak, że z łatwością mogą być oderwane prądem powietrza, ścieraniem i t. d.. Mocniej przylegają tylko te grzybki, które dostają się na ściany nie z pyłu powietrza, ale z rozlanego płynu, z plwociny i t. d..

Wogóle na dolnych częściach ścian grzybków zawsze osiada najwięcej. Liczba ich zmniejsza się w miarę posuwania się w górę. Na suficie grzybków jest stosunkowo najmniej. O ilości tych grzybków można powziąć wyobrażenie z tego obliczenia, jakie w przybliżeniu ESMARCH zrobił dla pokoju, którego każda z czterech ścian była długa na 5 metrów i na trzy metry wysoka. Dodać należy, że pokój ten nie był wystawiony na żadne szczególne zapyłanie. Otóż w takim pokoju okazało się na ścianach 979200 grzybków i ESMARCH powiada że liczba ta jest raczej zamala, niż zaduża. Rozumie się, że grzybków znajduje się więcej, gdy ściany oddawna nie były tapetowane, skrobane i t. d. i gdy pokoje są często mocno zapyłane. Co do swej natury, to grzybki te są bardzo rozmaite. Raz przeważają pleśnie, innym razem bakteryje. Najczęściej są to grzybki niewinne. Jeżeli jednak w pokoju przebywał chory na chorobę zaraźliwą, to pewien procent grzybków mogą stanowić grzybki chorobotwórcze. Dalej badanie wykazało, że grzybki na ścianach nie tylko zbierają się w formie trwałych zarodników. Przeciwnie więcej daleko jest zaszuszonych form wegetatywnych. Przy dwóch np. poszukiwaniach ESMARCH znalazł, że w jednym razie na ścianie na 55 znalezionych grzybków tylko jeden znajdował się w formie zarodnika, w drugim zaś znaleziono jeden zarodnik na 44 grzybków.

Obecności i ilości grzybków na podłodze ESMARCH nie badał. Wszystko jednak przemawia za tem, że na podłodze bywa ich najwięcej. Dowodzi tego także następną obserwacyją PETTENKOFER'a: W bakteriologicznej pracowni instytutu higienicznego w Monachium zajmowano się hodowlą zarazka róży. Jednocześnie przy tem i później robiono na płytkach kultury innych

grzybków. Otóż zdarzyło się, że na wszystkich płytkach zaczęły wyrastać grzybki róży. Szukano przyczyny tego zjawiska w sposobie przygotowania płynów odżywczych, następnie zwracano uwagę na rozmaite inne okoliczności i nigdzie powodu nie odkryto. Musiano nakoniec urządzać kultury na płytkach w innych pokojach, gdzie szły one jak należy. Gdy jednak po pewnym czasie wniesiono je znowu do pracowni, znowu zaczęły się one zanieczyszczać grzybkami róży. Żeby złemu zaradzić zalecono gruntowne przewietrzenie pracowni przez otworzenie na kilka dni okien i palenie w piecu. Co wszakże nie nie pomogło. Nakoniec zmyto podłogę roztworem sublimatu 1 na tysiąc wody i odrazu zanieczyszczenie się kultur na płytkach zarazkiem róży ustało.

Na suchej ścianie grzybki nie mają warunków wzrostu i rozwoju. Inaczej się rzecz ma ze ścianą wilgotną w nowych budynkach, lub w mieszkaniach wilgotnych. Tu może mieć miejsce takie mnożenie się, że całe ściany lub tapety pokrywają się warstwą grzybków pleśniowych. Czy to samo bywa z bakteryjami tego nie stwierdzono. Na podłodze łatwiej wydarzyć się mogą warunki sprzyjające wzrostowi i mnożeniu się grzybków. EMMERICH i CANTU dowiedli, że zarazek róży może rosnąć i rozmnażać się na deskach, które zostały zwilżone buljonem. Obserwowali oni to samo na deskach zwilżonych alkalicznym moczem, a także na starych, brudnych deskach z podłogi pokoju po zwilżeniu ich tylko czystą wodą. Rozumie się, że po wyschnięciu takie grzybki z podłogi przy prostym chodzeniu w powietrze unosić się mogą.

Oswobodzać izby mieszkalne od grzybków, to jest dezynfekować je, probowano w ostatnich czasach w rozmaity sposób. Wogóle dla takiej dezynfekcyi GUTMANN i MERKE postawili warunki następujące:

- 1) Mieszkanie powinno pozostać nieuszkodzone.
- 2) Dezynfekcyja powinna być nieszkodliwa dla robotników ją wykonywających i dla następnych mieszkańców.
- 3) Powinna być ona łatwą do wykonania i nakoniec
- 4) Powinna być jaknajtańsza.

Przyznając zupełną słusność wymienionym warunkom, postaramy się rozpatrzyć z kolei rozmaite zalecone i probowane w ostatnich paru latach sposoby dezynfekowania. Weźmiemy najpierw pod uwagę sposoby chemiczne, do których najwięcej miano zaufania i następnie wszystkie inne.

Chemicznie probowano dezynfekować za pomocą ciał gazowych i płynnych.

Z ciał gazowych do dezynfekowania używano głównie: kwas siarkawy, chlor, brom i pary sublimatu.

1) Co się tyczy najpierw kwasu siarkawego, to jest on, podług badań KOCH'a i G. WOLFFHÜGEL'a, zarówno w formie gazowej, jak i rozpuszczony w wodzie stanowczo za słaby do zabicia zarodników bakteryj. Formy wegetatywnych również nie zabija, jeżeli tylko leżą one w warstwie trochę grubszej, albo też jeżeli w dezynfekowanych przedmiotach nie leżą powierzchnie. Wobec takich rezultatów dezynfekcyja kwasem siarkawym, do której poprzednio miano tak wiele zaufania, jest zupełnie niewystarczającą i niewłaściwą.

2) Chlor, podług najnowszych badań FISCHER'a i PROSKAUER'a, działa nie równie silnie, niż kwas siarkawy. Trzeba do tego tylko znacznego stężenia

gazu w dezynfekowanej przestrzeni przy możliwie największej wilgotności powietrza i przy dosyć długim czasie trwania. Należy mianowicie używać 0,25 klg. chlorkalku i 0,35 klg. kwasu solnego na jeden metr kubiczny mieszkania, starając się nadto o jaknajjednorodniejsze rozprowadzenie gazu. Przy takich warunkach chlor zabija stanowczo wszystkie powierzchnie leżące bakteryje i najtrwalsze ich zarodniki. Jest wszakże mało przenikliwy. Już w kątach mieszkania działa stosunkowo słabo, nie zabija zaś wcale bakteryj i ich zarodników we wszelkich szczelinowatych zagłębieniach, w szparach, a nawet gdy bakteryje tworzą grubszą warstwę nie niszczy umieszczonych głębiej.

Tak więc za pomocą chloru nie można osiągnąć nigdy zupełnej dezynfekcyi, a jednak użycie chloru pociąga za sobą wiele niedogodności. Najpierw wypada to dosyć drogo. Dalej zastosowanie jest niebezpieczne dla obsługi. Chlor niszczy tapety i różne tkaniny. Wreszcie przenika z przestrzeni dezynfekowanej do mieszkań sąsiednich w takim stopniu, że staje się to nieznośne dla wszystkich mieszkańców domu.

Chcąc zastosować dezynfekcyję chlorem, należy najpierw zamknąć okna i wszystkie otwory, łączące mającą się dezynfekować przestrzeń z innymi mieszkaniami. Dalej w tej przestrzeni pokryć wszystkie metalowe części wazeliną lub parafiną i podnieść wilgotność powietrza do możliwie wysokiego stopnia, co robi się przez ciągle zwilżanie podłogi i rozpylanie wody. Nakoniec rozstawia się odległe od siebie i wysoko naczynia z chlorkalkiem i dolewa kwasu solnego. Konieczny czas działania chloru jest od 8 do 24 godzin, poczem zarządza się mocną wentylacyję.

3) Brom do dezynfekcyi zalecał pierwszy D-r FRANK z Charlottenburga, potem KOCH, dalej WERNICH i nakoniec FISCHER i PROSKAUER. Ostatni dowiedli, że pary bromu zachowują się podobnie jak chlor. Przy dezynfekcyi w przestrzeni sztucznie nasyconej parą wodną, należy przeprowadzić w parę 35,7 grm. bromu na 1 metr kubiczny mieszkania, aby otrzymać rezultat taki sam, jaki wskazano przy użyciu chloru. Pary bromu jednak więcej niż chlor nadżerają rzeczy i w zastosowaniu są bardzo nieprzyjemne.

4) KOENIG pierwszy zalecił do dezynfekcyi pary sublimatu. HERACUS wszakże i KREIBOHM, przy następnych badaniach, przyszedli do jednozgodnego przekonania, że pary sublimatu działają zupełnie niedostatecznie. Przenikają one bardzo słabo i nie są w stanie dezynfekować przedmiotów, które w jakikolwiek sposób były osłonięte.

W stanie płynnym stosowano do dezynfekowania roztwór wodny sublimatu, takż roztwór kwasu karbolowego, obmywania roztworem mydła, wapna i t. d.

5) Skuteczność roztworu wodnego sublimatu badali w ostatnim czasie GUTTMAN i MERKE i następnie ESMARCH.

GUTTMAN i MERKE wykazali, że roztwór sublimatu, zwłaszcza w stężeniu jeden na 1000 wody, jest bardzo skuteczny. Stosowali onigo za pomocą umyślnie zbudowanego do tego rozpylacza. Wodę sublimatową puszczano na ścianę do zupełnego jej zwilżenia. Aby się następnie przekonać o skuteczności, przypięto na tapetach nitki jedwabne z zasuszonemi na nich zarodnikami grzybków

czarnej krosty. Otóż okazało się, że na 75 takich nitek, po dostatecznym zwilżeniu ich roztworem sublimatu, 34 zostały zupełnie zesterylizowane, w pozostałych zaś 41 nitkach nie wszystkie zarodniki były zabite. Z tem wszystkiem GUTTMANN i MERKE uważają ten rezultat za wystarczający, gdyż podług nich w naturalnych warunkach takiego znacznego nagromadzenia się zarodników na ścianach nie bywa, a z drugiej strony niezabite bakteryje zostają splukane ze ścian spływającym roztworem sublimatu.

Rezultaty otrzymane przez GUTTMANN'a i MERKEGO sprawdzał ESMARCH. Nie stosował on wszakże na ściany roztworu sublimatu za pomocą rozpylacza, tylko za pomocą dużych, wyjąłowionych gąbek, albo też za pomocą takichże, miękkich szczotek. Gąbkę lub szczotkę maczano w sublimacie i z dosyć mocnym naciskiem obcierano ścianę tak, żeby ze zwilżonej ściany płyn sam spływał. Po kilku godzinach, gdy ściana wyschła, obliczono na niej ilość pozostałych grzybków. Przy dziewięciu takich doświadczeniach okazało się, że gdy przed dezynfekcją przeciętnie na oznaczonym kawałku ściany znajdowało się grzybków 911, to po obtarciu sublimatem pozostało ich tylko 14. Gdy na drugi dzień powtórzono znowu obcieranie ściany roztworem sublimatu najczęściej oswobadzano ją od grzybków zupełnie. Otóż ESMARCH, podobnie jak poprzednio GUTTMANN i MERKE, przyszedł do przekonania, że rezultat dezynfekowania ścian roztworem sublimatu jest bardzo widoczny, ale że tym sposobem absolutne oczyszczenie ścian z grzybków otrzymuje się w nielicznych tylko przypadkach.

[D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Przypadek bezmoczny (*anuria*), trwającego kilka dni.

Dnia 7. VI. w Piątek wezwany zostałem do chorego, którego zastałem zupełnie nieprzytomnym, a od otoczenia dowiedziałem się, co następuje:

Chory S... R... cierpi od lat 12 na kamienie nerkowe, z tego powodu już dwa razy jeździł do Karlsbadu. W nocy z Wtorku na Środę chory nagle doznał bólu w okolicy lędźwiowej prawej, poczem w dwie godziny oddał szklanke moczu. Przez cały następny dzień, t. j. przez Środę, chory ani kału, ani moczu nie oddawał, pomimo wyżycia butelki wody gorzkiej i zastosowania przez jednego z mych kolegów przemywania kiszek sposobem HEGAR'a. Natomiast brzuch chorego znacznie się powiększył i ból w okolicy prawej nerki do tego stopnia wzmógł się, że trzeba było choremu wstrzyknąć morfinę.

Pomimo tego i pomimo zadawania choremu w dwugodzinnych odstępach morfiny do wewnątrz, ból wyżej wspomniany nie ustępował teje nocy ze Środy na Czwartek, a zażycie kilku proszków kalomelu pozostało bez skutku.

W Piątek z rana choremu zastosowano ciepłą kąpiel, następnie irrygację kiszek. Wreszcie po lawatywie z naparu belladonny chory usnął. Sen chorego był niezmiernie twardym, a prócz tego w kończynach górnych pojawiły się drgawki.

Otóż, tegoż dnia chorego pierwszy raz widziałem. Chorego zastałem, jakem wyżej wspomniał, zupełnie nieprzytomnym. Źrenice na światło nie oddziaływały. Chory niespokojny, ciągle na łóżku się przewraca, w kończynach górnych lekkie przykurczenie.

Język suchy i nieco zgrubiały, dziąsła czerwone, ślinotoku nie ma. Tętno 110 pełne, oddechów 38, ciepłota 37,1° C.. Obrzęków żadnych nie ma. Co do stanu płuc i serca nie znalazłem nic godnego uwagi.

Brzuch znacznie powiększony. Oddzielnych wyniosłości nie ma żadnych. Wymacywanie daje wynik ujemny z powodu wielkiego naprężenia ścianek brzusznych i obfitego pokładu tłuszczowego, w każdym razie chelbotania nie ma. Przy wypukiwaniu brzucha odgłos stępiiony.

Zaprowadzony przezemnie [oraz poprzedniego dnia przez innych kolegów] cewnik do pęcherza nie wykrywa ani jednej kropli moczu. Chory przez cały czas nie doznawał parcia na mocz. Co do wypróżnień, to takowych pomimo środków czyszczących od początku choroby nie było.

Ponieważ przy odbytej naradzie z kilku kolegami uznano, że w danej chwili najgroźniejszym stanem jest rozpoczynająca się mocznica, przeto postanowiono głównie przeciw niej wystąpić. W tym celu chory dostał 10 pijawek w okolicy kości potylicowej, lód na głowę, a dla wywołania wypróżnień stolcowych przepisano choremu środek czyszczący (*ira Rhei aquosa*), oraz zastosowano przyrząd HEGAR'a.

Po zastosowaniu tych środków chory odzyskał przytomność, podczas której skarżył się na ból w okolicy prawej nerki. Dla złagodzenia bólu tego zaordynowano choremu kataplazm HAMILTONOWSKI na okolicę nerkową.

W trzy godziny później nastąpiło nieobfite [blisko kwaterka], płynne i silnie cuchnące wypróżnienie, moczu zaś i parcia nań nie było.

Następnego dnia, t. j. w Sobotę, stan chorego zaczął się pogarszać, niepokój wzmagał się, skutkiem czego postanowiliśmy działać drogą wikarną i w tym celu zalecono środek napotny: wstrzyknięcie podskórne *pilocarpini muriatici* [0,01]. Po obfitem ślinieniu, silnem wykrztuszeniu, do wymiotów dochodzącem, co wystąpiło w 4 minuty po wstrzyknięciu, pojawiły się obfite poty, które trwały dwie godziny. Następnie chory miał obfite wypróżnienie stolcowe, oddał niecały kieliszek moczu. Mała cząsteczka tego ostatniego — zebrana na dnie szklanki, przedstawiała płyn mętnawo-różowy o odczynie obojętnym, białka nie zawierała. W nocy chory czuł się dość dobrze, ból w okolicy lędźwiowej złagodniał. W Niedzielę rano powtórzono pilokarpinę, poczem pocenie się było jeszcze obfitszem, niż dnia poprzedniego; jednocześnie chory zaczął pić wodę Obersalzbrunnen Kronenquelle, biorąc oprócz tego dziennie dwie kąpiele na 28° R..

W Poniedziałek z rana chory oddał raz kieliszek mętnawo-różowego moczu. We Wtorek nad ranem chory nagle uczuł potrzebę oddania moczu i wtedy wraz z kamieniem wielkości grochu oddał 4 szklanki moczu. W pół godziny później to samo się powtórzyło i chory oddał do 2½ litrów moczu wraz z kamieniem, który, wyrzucony z cewki, zaginął.

Mocz ten koloru jasno-żółtego, o bardzo nieznacznem zmętnieniu; zapach i odczyn silnie kwaśny, ciężar właściwy 1015; białka i cukru nie zawiera, natomiast zawiera mnóstwo moczanów, z których i kamień znaleziony się składa. Wałeczków nie ma. Odtąd chory czuje się zupełnie dobrze. Pije w dalszym ciągu Obersalzbrunnen Kronenquelle.

Mikołaj Warman [lekarz w Kielcach].

Przypisek.

Ponieważ szan. kolega WARMAN zapytuje redakcję, jak się zapatruje na dany przypadek bezmoczny, trwającego przez kilka dni, pomimo zatkania jednego przewodu moczowego, przeto odpowiadamy, co następuje:

1. Przedewszystkiem z przysłanej historii choroby nie mamy absolutnej pewności, że w danym przypadku nie było wrodzonego braku jednej [lewej] nerki.

2 Ponieważ S... R... już o 12 lat cierpi na kamienie nerkowe, więc możliwą byłoby rzeczą, że początkowo sprawa kamicy toczyła się w nerce lewej i doprowadziła, jak to często bywa, do zupełnego zaniku, lub zwyrodnienia nerki. Mielibyśmy więc w takim razie do czynienia z zatkaniami, wprawdzie jednego przewodu moczowego, ale z nabytym brakiem drugiej nerki, a objaw bezmoczowy byłby w jednym i drugim razie zupełnie wyjaśnionym.

3. Nie można z całą stanowczością wyłączyć zatkania obu przewodów moczowych. W historii choroby jest wyraźna wzmianka, że najprzód odszedł jeden kamień, a następnie drugi. Wprawdzie oba kamienie mogły mieć swe siedlisko w jednej nerce; wprawdzie brak było wszelkich objawów subiektywnych ze strony drugiej [lewej] nerki. kwestyi to jednak stanowczo nie rozstrzyga. Znane są bowiem przypadki, stwierdzone oględzinami pośmiertnymi, w których znaleziono niedrożność obu moczowodów pomimo istnienia za życia objawów subiektywnych, przemawiających za tem, że siedliskiem zatkania jest tylko jedna nerka. Szkoda, że w historii choroby brak danych, na mocy których możnaby sądzić o trzech powyższych możliwościach.

4. Najprawdopodobniejszym jednak wydaje mi się przypuszczenie, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze zwyczajną kamicią nerkową (*nephrolithiasis*), oraz ze zatkaniami jednego, prawego, moczowodu. Co się zaś tyczy zjawiska, na które szan. kolega główną zwrócił uwagę, t. j. co się tyczy bezmoczowy, trwającego przez kilka dni, to w tym względzie zaznaczyć muszę, co następuje. Pierwszy MORGAGNI, a po nim mnóstwo klinicystów zwróciło uwagę na to zjawisko, że w wielu przypadkach zatkania jednego tylko przewodu kamieniem nerkowym następuje zupełne powstrzymanie wydzielania moczu (*anuria*), trwające przez kilka dni. Przypadki te nie ulegają żadnej wątpliwości, gdyż stwierdzone zostały oględzinami pośmiertnymi. Wogóle przy kolce nerkowej jednostronnej, wiadomo powszechnie, mocz wydziela się w bardzo małej, nieraz minimalnej, ilości. Ja sam kilka przypadków tego rodzaju spostrzegałem, a niedawno temu wraz z kolegą JASIŃSKIM spostrzegałem młodego człowieka z kamicią nerkową, u którego podczas kolki nerkowej prawostronnej, kilkakrotnie się powtarzającej, ilość moczu wynosiła za każdym razem na dobę zaledwie kilkadziesiąt sześciennych centymetrów, a ostatnim razem aż do odejścia kamienia przez cały dzień chory mocz wcale nie oddawał. Nie dość na tem. Znane są w literaturze lekarskiej przypadki, w których po urazie (*trauma*) na jedną okolicę nerkową następowało niezmiernie małe wydzielanie moczu, albo też zupełny bezmocz. Kwestyja ta nawet była przedmiotem dyskusyj na jednym z posiedzeń Tow. biolog. paryskiego w roku 1886.

Inna rzecz z wyjaśnieniem tego zjawiska. Wszyscy autorowie jedno-głośnie ogólnikowo się wyrażają, że zjawisko to powstaje na drodze zwrotnej. BARRELS, który podobne przypadki obserwował, przypuszcza, że na drodze zwrotnej następuje skurcz drugiego niezatkanego moczowodu. СОННЕМ jednakże wyraża wielkie powątpiewanie, czy skurcz moczowodu na drodze zwrotnej może wogóle trwać kilka dni i sądzi raczej, że w takich razach następuje skurcz i z wężenie drobnych tętniczek nerkowych; chociaż i to przypuszczenie wydaje mu się mało prawdopodobnem. Jednem słowem, do dnia dzisiejszego znamy tylko niewątpliwy fakt bezmoczowy, mogącego trwać przez kilka dni pomimo zatkania kamieniem tylko jednego przewodu moczowego; wyjaśnienia zaś tego zjawiska na drodze doświadczalnej dotąd nie znamy. Zaznaczyć tu nawiasowo muszę, że doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż po usunięciu zatkania następuje bardzo obfite wydzielanie moczu o niskim ciężarze właściwym; zupełnie toż samo zjawisko spostrzegamy u ludzi po odejściu kamienia nerkowego. W każdym razie choremu z zatkaniami moczowodu i bezmoczem zagraża bezustannie pojawienie się mocznicy. Zdawałoby, że w takich przypadkach mocznica powinna bardzo szybko wystąpić i równie szybko zakończyć obraz

chorobny: tak też nieraz i bywa. Ale z drugiej strony wiemy, że bardzo często bezmocz może względnie dość długo trwać, nim pierwsze objawy mocznicy wystąpią. Pomijam tu obserwacje, dowodzące możliwości kilkodziennego trwania bezmoczem bez objawów mocznicy, a przytoczę tylko przykłady niezwykle długo-trwającego bezmoczem. PAYER np. obserwował bezmocz trwający 14 dni do wystąpienia mocznicy, a RUSSEL opisuje przypadek, w którym nawet po 28 dniach bezmoczem nastąpiło wyzdrowienie, tak, że radzi lekarzom nie tracić wszelkiej otuchy w przypadkach kilkodziennego bezmoczem przy kamicy.

Wiktor Grostern.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE ¹⁾.

1. Pomiędzy środkami dezynfekcyjnymi pierwsze miejsce, jak wiadomo, zajmuje sublimat. To też słusznie niezmiernie szerokie zastosowanie znajduje obecnie ten środek tak w celach chirurgicznych, terapeutycznych, jako też i higienicznych. Doświadczenie jednak wykazało, że środek ten łatwo się rozkłada. Otóż, rozkładowi temu, według D-ra LIEBREICHA, można najzupełniej zapobiedz przez dodanie chlorku sodu, albo chlorku amonu, w ilości dwa razy większej od sublimatu, a więc przy zapisywaniu np. roztworu sublimatu 1:1000 należy dodać 2 części chlorku amonu (*ammonium chloratum*). Może niezbyt ciekawym będzie tu dodać że z własnego doświadczenia przekonaliśmy się, iż jednym z najdziałniejszych środków przeciwko wszelkim sprawom zakaźnym ust i gardła, a więc i przeciw błonicy, jest podzłowanie watą hygroskopijną, za każdym razem świeżą, napojoną w roztworze sublimatu [Rp. *Sublimati* gr. j. *Aquae destillatae* 5j] (*Ammonii chlorati* gr. ij).

Wiadomo, że przy zetknięciu się sublimatu z płynami białkowymi część sublimatu zawsze się wiąże z białkiem. Otóż, doświadczenia, niedawno przeprowadzone w instytucie higienicznym w Berlinie przez D-ra LAPLACE'A, przekonały, że dodanie 1/2 centymetra sześciennego surowicy krwi do 5 centymetrów sześciennych 10⁰⁰ roztworu sublimatu wiąże tyle sublimatu, iż dana mieszanina nie posiada już żadnych własności antyseptycznych. Szereg dalszych doświadczeń wykazał, że przez dodanie kwasu, np. winnego, sublimat nie zostaje związany z białkiem, przez co roztwór sublimatu nawet w zetknięciu z płynami białkowymi zachowuje wszystkie swoje własności antyseptyczne. Do obmywania ran, lub owrzodzeń można użyć następującej formuły: Rp. *Hydrargyri bichlorati* 1. *Acid. tartarici* 5. *Aqu. destill.* 1000, a do waty i musliu należy użyć następującego roztworu: *sublimati* 5. *Acid. tartarici* 20.0. *Aqu. destill.* 1000. W roztworze takim należy watę i gazę trzymać przez dwie godziny, potem wycisnąć, a następnie wysuszyć. Ponieważ roztwór sublimatu jest zupełnie bezwonny i bezbarwny, przeto dla uniknięcia pomyłki można taki roztwór lekko zabarwić przez dodanie 1/100 grana fuksyny, albo jednej do dwóch kropel 1% alkoholowego roztworu fuksyny na litr lub więcej roztworu.

2. Jodoform ma też same wskazania, jak jodoform, a nad nim tą wyższość, że jest zupełnie bezwonny i nie przedstawi, w odpowiedniej dawce użyty, żadnych obocznych objawów, to — też bardzo łatwo daje się zastosować i do wewnętrznego użycia. Jest to żółto-brunatny proszek, w alkoholu absolutnym rozpuszcza się 1:3, w eterze 1:1, w wodzie trudno się rozpuszcza 1:50000. Można go użyć w rozmaitej postaci, jako: proszek, musliu jodolowy, eter jodolowy, koldodyjon jodolowy, maść jodolowa. Zostaje wprawdzie wolniej wysysany, aniżeli np. *Kali jodatum*, ale też i wolniej się wydziela z ustroju, tak, że jeszcze po 4—6 dniach można znaleźć jod w wydzielinach ustroju. Bardzo wielu klinicystów, a szczególnie laryngologów niezmiernie chwali skuteczność jodolu wdychanego jako proszek do gardzieli, lub do krtani. Ma on zarazem być doskonałym środkiem opatrunkowym. Do wewnątrz można jodol podawać w postaci pigułek 3—4 gran *pro die* [Rp. *Jodoli* 5j. *Pulo. Liquirit.* *Succi Liquirit.* aa q. s. *F. pil.* Nr. 30 S. 2 razy dziennie po jednej pigułce].

3. Bardzo liczne obserwacje wielu lekarzy świadczą, o czem zresztą i sam już wielokrotnie mogłem się przekonać, że przy leczeniu ropnego zapalenia narządów moczowych (*pyelonephritis supurativa*, *cystitis supurativa*), ważne usługi oddaje wewnętrzne użycie salolu. Należy choremu przepisać 5—7 dawek dziennie — po XV gran. Po paru dniach charakter moczu zupełnie się zmienia, a i stan ogólny chorego ulega poprawie.

4. Kreolina (*Creolinum*). W ostatnich czasach pojawił się nowy środek dezynfekcyjny pod nazwą kreoliny. Jest to produkt deksylacyjny pewnego gatunku węgla kamiennego;

¹⁾ W ostatnich czasach terapia ciągle się wzbogaca nowymi i bardzo cennymi środkami leczniczymi. Prócz tego i co do dawnych środków leczniczych sumienne i ściśle doświadczenia wykazały wiele nowych, a zarazem ważnych własności terapeutycznych. Mając na względzie korzyść praktyczną, oraz chcąc, aby owe nowości terapeutyczne możliwie szybko doszły do wiadomości naszych Czytelników, wprowadziliśmy nowy dział: „Wiadomości terapeutyczne“, które odąd stałe od czasu do czasu będą podawane przez jednego z członków naszej redakcyi.

przedstawia się on w postaci płynu ciemno-brunatnego z zapachem asfaltu. Zaznaczyć tu wszakże musimy, że dotąd płyn ten wcale nie został ostatecznie zbadanym pod względem chemicznym, tak, że każda fabryka przetworów farmaceutycznych może zupełnie innego składu płyn sprzedawać jako kreolinę. Pomimo więc gorących pochwał prof. FRÖHNER'a i ESMARCH'a należy poczekać z obszerniejszym stosowaniem tego środka dezynfekcyjnego.

5. Na klinice prof. BAMBERGER'a D-r KOBLER przeprowadził szereg spostrzeżeń nad działaniem nowego środka przeciwgorączkowego, t. j. nad acetyfenetidyną (*acet phenetidinum*). Jest to proszek lekko czerwonawy bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się w gorącym alkoholu, w wodzie zaś jest nierozpuszczalnym. U człowieka zdrowego 8—12 gran wcale nie obniża ciepłoty ciała, gdy tymczasem u osób gorączkujących już po użyciu 5—6 gran, ciepłota gorączkowa wydatnie opada. Środek ten, podany w opłatkach w ilości 8—10—12 gran, prócz obniżenia ciepłoty gorączkowej, nie sprowadza żadnych obocznych, nieprzyjemnych objawów.

6. Przy krwotokach płucnych, nieustępujących żadnemu ze znanych i zwykle używanych środków i sposobów leczniczych, bardzo skutecznym i doraźnym jest działanie podskórne jego wstrzykiwania a tropiny (*atropinum sulfuricum*), w ilości 0,0002 — 0,0003—0,0005 [$\frac{1}{300}$ — $\frac{1}{200}$ — $\frac{1}{125}$ grana], raz lub kilka razy dziennie.

7. O znakomitem działaniu antypyryny w chorobach gorączkowych, oraz, eo jest rzeczą niesłychanie ważną, przy rozmaitych nerwobólach, a nawet przy bólach, zależnych od stanu zapalnego, dość powszechnie już wiadomo. Muszę tu wszakże zwrócić uwagę na niesłychanie szybkie działanie podskórnie wstrzykniętej antypyryny przy rozmaitych bólach. Według GERMAIN SÉE'a do wstrzyknięcia używamy roztworu antypyryny 1:1 (*Antipyrini, Aqu. destill. aa*) i wstrzykujemy jedną strzykawkę PRAWAŻ'a. Już po 10—15 sekundach ból ustępuje, a skutek ten trwa o wiele dłużej, aniżeli po zastrzyknięciu morfiny, o czem sam mogłem się przekonać. W niektórych razach pół strzykawki PRAWAŻ'a wystarcza do wywołania takiego skutku. Mówiąc o antypyrynie, muszę tu jeszcze zaznaczyć, że posiadamy, wprawdzie pojedyncze wskazówki, iż w cukrzycy (*diabetes mellitus*) pod wpływem kilkodniowego leczenia antypyryną ilość cukru w moczu znacznie się zmniejsza, a w końcu zupełnie znika.

8. Dr. ANACKER podaje, że 1,5 do 2,0 gliceryny wstrzykniętej do odbytnicy za pomocą małej ławatywy wywołuje bardzo szybko obfite wypróżnienia stolcowe. Środek ten mógłby więc być bardzo pożytecznym szczególnie przy przewlekłych zaparciach stołca. Przy owrzodzeniach odbytnicy nie radzi ANACKER używać tego sposobu wywoływania wypróżnień stolcowych.

9. Ponieważ niektóre bardzo cenne środki zyskała ostatnimi czasy terapia po długich i bardzo starannych poszukiwaniach, czynionych nad pewnymi środkami ludowymi (*Conwallaria majalis, Adonis vernalis i t. d.*), przeto nie sądzę, aby było niewłaściwym podzielić się z czytelnikami wiadomością, jaką przesyła nam kolega TCHÓRZNICKI, lekarz szpitala S-go Pawła w Sterdyni. Otóż, w okolicy, w której praktykuje, lud powszechnie używa w cierpieniach płucnych naparu z suszonego korzenia lilii wodnej (*Nympha lutea*). Kolega TCHÓRZNICKI tak w praktyce ambulatoryjnej jako też i szpitalnej stosuje środek ten i bardzo chwali jego działanie, a mianowicie wykrztuszenie zawsze odbywa się o wiele łatwiej, kaszel łagodnieje, poty nocne znikają, a stan ogólny chorych ma znakomicie się poprawiać. Rozumie się, żadnych pewnych tu nie podajemy wniosków, tembardziej, że i Szanowny Kolega nasz przesyła nam tę wiadomość z prośbą, aby kolegów zachęcić do ściślejszego zbadania wpływu tego środka.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Urzędnikami w tutejszem Towarzystwie Lekarskim na r. 1888 zostali wybrani prezesem prof. D-r BRODOWSKI WŁODZIMIERZ, [który już kilkakrotnie tę godność pełnił]; wiceprezesem D-r PRZEWOSKI EDWARD; sekretarzem dorocznym D-r JAKOWSKI MARYJAN.

Kraków. W tutejszem Towarzystwie Lekarskim wybrani zostali na r. 1888 prezes docent D-r PIENIAŻEK; wiceprezesem docent D-r MARS; sekretarzem dorocznym D-r SCHAFFER.

Łódź. W tutejszem Towarzystwie Lekarskim wybrani zostali na r. 1888; prezesem D-r LOHNER, wiceprezesem D-r JOHNSCHER, sekretarzem D-r RÜNDO.

Radom. Za przykładem Kalisza, Lublina, Łodzi i Płocka tutejsi lekarza krzątają się około zawiązania Towarzystwa Lekarskiego.

Z powodu pomyłki drukarskiej w „Spisie rzeczy Tomu VII-go Gazety Lekarskiej“ dołącza się do dzisiejszego N-ru cztery środkowe kolumny poprawionego Spisu Rzeczy.

Sprośowanie. W N-rze 51 roku zeszłego w artykule: „O wpływie środków gorzkich“ D-ra REJCHMANA na str. 1125 wiersz 16 od góry zamiast „100 c³⁴“ powinno być „200 c³⁴“; str. 1126 wiersz 20 od góry zamiast „więc“ powinno być „mianowicie“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 24 Декабря 1888 г.

Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 29

KRONIKA LEKARSKA.

Miesięcznik poświęcony przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzić będzie i w następnym roku 1888, a 8 swego istnienia według tegoż samego programu jak dotychczas i w tej samej formie zeszytami objętości od 4 do 5 arkuszy druku.

Każdy zeszyt zawiera i obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty zbiorowe lub pojedynczych z najciekniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich i wiadomości bibliograficzne.

Przedpłata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą
rocznie rs. 5 rocznie rs. 6
półrocznie rs. 2 kop. 50 półrocznie rs. 3.

Redaktor D-r Otton Hewelke Ś-to-Krzyzka 25. Wydawca D-r K. Sierpiński Marszałkowska 116.

13 rok. „Russkaja Medicina” rok 13.
ROK 1888.

Pismo poświęcone wszystkim gałęziom nauk lekarskich i kwestyjom bytu lekarzy.

Wychodzi cztery razy na miesiąc w Niedziele.

pod redakcją Prof. N. P. Iwanowskawa 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:

Sbownik 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. 4-2

CZWARTY ROK WYDAWNICTWA PISMO MIESIĘCZNE „CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w r. 1888 według dotychczasowego programu i w takiej samej jak dotychczas objętości i zawiera: I. Oryginalne artykuły z całego zakresu chirurgii. II. Korespondencye. III. Krytyki i biblijografię. IV. Referaty i drobne wiadomości. V. Ogłoszenia.

Prace nadsyłać należy pod adresem redaktora **Mikołaja Aleksandrowicza Welijaminowa** (S, Petersburg Iwanowska 13).

Prenumeratę przyjmuje kantor redakcyi (S.-Petersburga Iwanowska 13 mieszk. 2.) codziennie od 11—1 i od 4—5 oraz wszystkie większe księgarnie. (Uprasza się prenumeratorów zamiejscowych o nadsyłanie prenumeraty wyłącznie do redakcyi.) Ogłoszenia po kop. 40 za wiersz peti tln

Cena z przesyłką za rok 7 rub., za pół roku 3 rub. 50 kop.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

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

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich księgarniach.

0-1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

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

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

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

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

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0-1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,

oryginalnie napisana przez

D-ra M. Rothe'go

Naczelnego lekarza Zakładów dla Oblakanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0-1

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0-1