

# 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. O. HEWELKE. Przypadek niedrożności przewodu kiszkiowego. — II. J. PAWIŃSKI. O działaniu siarczanu sparteiny (*Sparteinum sulfuricum*). [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie.* — 3. A. MALINOWSKI. Zapalenie grzlicze jądra u dziecka 4-letniego, zapalenie grzlicze opon mózgowych. — 4. J. PEŁCZYŃSKI. Zapalenie gardzieli z łuszczeniem się naskórka na całym ciele. — 5. J. PEŁCZYŃSKI. Glisty tworzące guz w kiszkiach w przebiegu tyfusu. I. Dział sprawozdawczy. 1. I. P. PROFANTE. Mięsień w zastosowaniu do chorób kobiecych. — II. A. BESCH. O stosowaniu mięsienia w chorobach narządów płciowych żeńskich. — 2. A. JAMIESON i A. EDINGTON. Profilaktyka w szkarlatynie i najnowsze poszukiwania nad zarazkiem szkarlatynowym. — 3. WEICHELBAUM. Przyczynę do etjologii ostrego zapalenia wsierdza. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Ogłoszenia.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza*, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigulek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigulek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak miemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swego krajowego wyrobu.

M. Mutniański.



# 13 rok. „Russkaja Medicina” rok 13.

R O K 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 profesorów 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.

## Redakcja wydała nowe książki:

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

Kto zażąda wszystkich wydawnictw, winien przysłać 15 rubli, a wtedy koszta przesyłki ponosi wydawca. 4—4

## „ZDROWIE”

0-3

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 litografije.

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.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIIA

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—2

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. —20



# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK

### NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU KISZKOWEGO.

Podał

**O. Hewelke,**

*lekarz niejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.*

Niżej opisany przypadek zamknięcia światła kiszek uważam za stosowne ogłosić, ze względu zarówno na przebieg odstępujący od zwykłego obrazu klinicznego, jak i na anatomiczną przyczynę i sposób, w jaki drożność przewodu kiskowego w razie danym zniesioną została.

Uczeń szkoły prywatnej, 16-to-letni K...ski, dostał nagle w nocy [w Środę 6 Lipca r. z.] silnego rżnięcia w brzuchu. Ponieważ chory wieczorem jadł dużo młodych kartofli i pił zimną wodę, uznano przypadłość tę za niestrawność zwykłą i dano mu oleju rycynowego. Na drugi dzień stan się pogorszył, przyłączyły się wymioty, a bóle w brzuchu spotęgowały się jeszcze. Przyzwany lekarz przepisał kalomel i olej rycynowy, które chory zwymiotował. Następnego dnia stosowano lawatywy z oleju rycynowego. Wszystko to jednak choremu żadnej ulgi nie przyniosło.

W Sobotę wieczorem [9 Lipca] zobaczyłem chorego po raz pierwszy. Przedstawił mi się jako chłopiec prawidłowo zbudowany, odżywiania miernego. Na twarzy malowało się cierpienie i niepokój, które zresztą zdradzało całe zachowanie się chorego: przewracał się, siadał, to znowu zrywał się z łóżka a najchętniej przyjmował położenie klęczące z twarzą opartą na poduszkach. Od czasu do czasu chory uczuwał parcie na stolec, siadał na nocnik, ale nadarmo.

Znalazłem stan bezgorączkowy, tętno 100, drobne i miękkie. Brzuch płaski, dawał wszędzie przy opukiwaniu odgłos bębnowy. Przy obmacywaniu nie można było wykryć nigdzie zwiększonej odporności, guza i t. p.; bolesność najżywsza umiejscowioną była w okolicy dołka, zachodząc pod lewe żebra. Początkowo najbardziej odczuwał chory ból w okolicy nadpępkowej. Język nie obłożony, wilgotny, chory uczuwa głód, ale wszelkie pokarmy zruca. Wymiociny były zielono zabarwione, nie cuchnęły. Wymioty powtarzają się kilkanaście razy na dobę, w różnych odstępach. Wypróżnienia od środy nie było.

Oględziny okolic pachwinowych nie wykazały nic podejrzanego. Badanie pozostałych narządów dało wyniki ujemne. Wywiady nie dały żadnych wyja-



śnień; K...ki dotąd jakoby nigdy nie chorował, pochodzi z rodziców zdrowych i żyjących.

Ogólny stan chorego, dane objawy, przy wykluczeniu zapalenia otrzewnej, otrucia, kazały mi przypuścić ostre zamknięcie światła kiszek. Uprzedziwszy otoczenie chorego, że ratunku niewątpliwie szukać trzeba będzie w operacji, zaleciłem makowiec w sporych dawkach, lód do łykania i na brzuch, oraz wlewania letniej wody sposobem HEGAR'a. Na drugi dzień [Niedziela 10-go] rano stan ogólny pogorszył się jeszcze. Tętno 108. Chory nie spał wcale; wymioty, które się nieco były wstrzymały, nad ranem ponowiły się z gwałtownością; woda po wlewaniach odeszła prawie czysta. Stan brzucha nie zmienił się wcale. Wobec tego kazałem chorego niezwłocznie przewieźć do szpitala Dzieciątka Jezus, zaleciwszy mu, z obawy powiększenia się bólu w drodze, sporą dawkę makowca.

Oglądając chorego około 1-szej po południu wraz z ordynatorem oddziału kolegą KRAJEWSKIM i kol. DZIERŻAWSKIM, zauważyłem pewne polepszenie w stanie ogólnym, co potwierdziło i uczucie własne chorego. Wymioty ustały, bóle były znacznie mniejsze, częstość tętna spadła do 80, a napięcie się podniosło. Wyraz twarzy był spokojny. Przy oględzinach nie wykryto żadnych nowych danych. Badanie *per rectum*, wykonane przez kol. KRAJEWSKIEGO, dało wynik ujemny. Brzuch był płaski, niewzdęty, bolesność przy obmacywaniu znacznie mniejsza.

Brak objawów, przyjmowanych zwykle za cechujące dla zamknięcia światła kiszek, jako to wymioty kałowe, wzdęcie brzucha—4-go dnia choroby — wobec względnie znośnego stanu ogólnego, zrodził pewne powątpiewania co do pierwotnego rozpoznania; ze względu zaś na zauważone polepszenie postanowiono wy-czekiwać, zaleciwszy choremu olej rycynowy z lodem. Do wieczora stan taki się utrzymywał; wymiotów nie było.

11-go. W nocy dwa razy wymioty, zielone, niecuchące; bóle żywsze. Stan ogólny nieco gorszy. Zrobiono wlewanie HEGAR'a; oddana woda była zabarwiona kałowo, na powierzchni płynu zauważyć się dawały wyraźnie oczka tłuste. Chory utrzymuje, że miał wiatry. Pytanie, czy ślady tłuszczu pochodziły z dawki, podanej „*per os*“, czy też są to reszty oleju wprowadzego w ławatywie jeszcze w domu, jak również przedostanie się gazów — utrzymywały rozpoznanie nadal w wątpliwości. Przez dzień cały wymioty miały miejsce zaledwie kilka razy; chory przyjął nieco kwaśnego mleka, kawy czarnej i wina.

12-go. Wlewanie sposobem HEGAR'a, po którym chory wkrótce oddał dużą ilość zbitego kału. Bóle umiarkowane, wymiotów nie ma. Tętno 90. Podano znowu olej. Pod wieczór kilkakrotne wymioty, zielonawe, niecuchące, z domieszką oleju.

13-go. W nocy dwa stolce rzadkie, których, niestety, nie mogłem widzieć, ponieważ chory oddał je do wspólnego kubła. Bóle, które pod wieczór się wzmogły, nad ranem znowu były słabsze. Pod wieczór wymioty znowu częstsze, barwy kawowej, wymiociny nie cuchną. Bóle bardzo silne. W ciągu dnia często parcie na stolec, chory utrzymuje, że miał wiatry.

14-go. Noc bardzo zła; bóle nagle znowu się wzmogły, tak silnie jak z początku. Tętno 138 nitkowate, wymioty częste, barwy czarnej, z wyraźną domiesz-



ką krwi. Na twarzy wyraz głębokiego upadku sił. Brzuch zawsze płaski, niewzdęty. Wstrzyknięcia eteru, powtarzane kilkakrotnie, nie wywołały żadnego odczynu. Przy obmacywaniu brzucha chory nie objawia uczucia bólu. O godzinie 8-mej wieczorem śmierć.

Przy badaniu zwłok, nazajutrz po śmierci, po otwarciu jamy brzusznej na razie nie dało się nic zauważyć, oprócz przesunięcia na lewo dolnej części okrężnicy wstępującej i kiszki ślepej. Poprzecznicą, nieco zgiętą w środkowej części, opuszczoną była ku dołowi, pętlice kiszki cienkich również zepchnięte na dół. Po odciągnięciu poprzecznicy w górę, zauważono przy odkładaniu pętlic kiszki na bok, że oba końce jej przytrzymuje biała nitka. Przy bliższym rozpatrzeniu okazało się co następuje: od podstawy krążki poprzecznicy do początkowej części jelita czczego (*jejunum*) ciągnie się biała nitka, długości 5—6 centymetrów, gruba jak średnia struna od skrzypiec, tak, że pomiędzy nią a kiszką i krążką wytworzyła się trójkątna szpara, w którą można wprowadzić 3—4 palców. W dolnej części tej szpary tkwią dość luźno dwie pętlice kiszki. Przy pociąganiu na prawo pętlice są niepodatne, za to na lewo dają się przesuwac bez żadnej trudności. Po odprowadzeniu okazuje się, że jedna z pętlic jest końcem jelita biodrowego (*ileum*), a druga początkiem jelita czczego; idąc nieco w górę po przebiegu kiszki odnajdujemy przyczep nitki; kiszka jest w tem miejscu skręcona.

Ściany kiszki są silnie przekrwione; na obu częściach przytrzymywanych

przez nitkę znać wyraźnie brzozy wązkie, nie obejmujące całego obwodu, a zależne od ucisku nitki. Żołądek, nieco rozszerzony, zawierał zawartość z domieszką krwi; w żołądku na błonie śluzowej liczne wyznacznienia różnych rozmiarów, od punkcikowatych do wielkości grosza.

Inne narządy jamy brzusznej zboczeń nie przedstawiały. Pozostałe jamy nie były otwierane.

Mechanizm tego podwójnego zamknięcia światła kiszki był przypuszczalnie taki: która bądź z pętlic kiszki cienkiej, zasunawszy się przez szczelinę i opuściwszy się ponadpoprzek nitki nadół, stopniowo prze-

ciągała za sobą coraz to więcej kiszki dopóty, dopóki nie przeszły wszystkie pętlice kiszki czczej i biodrowej wraz z krążkami i dopóki nareszcie kiszka ślepa





i okrężnica wstępująca, jako mocno przyczepione, nie przyłożyły kresu dalszemu przesuwaniu się. Początkowy okres przedstawia załączony rysunek. Cała więc kiszka cienka zrobiła obrót na około osi, którą stanowiła wspomniana nitka. Masa kiszek, opuszczając się, wskutek swego ciężaru, zaciskała światło kiszki przechodzącej właśnie przez szczelinę i nad nitką; zaciśnięcie stało się prawdopodobnie zupełnem dopiero wtedy, kiedy ruch postępowy się skończył, kiedy ciężar pętlic, przesuniętych już, spotkał opór ze strony kiszek niepodatnych — wtedy musiało nastąpić silne załamanie się kiszki pod ostrym kątem na nitce i całkowite zamknięcie światła. Dotyczy to zwłaszcza drugiego miejsca zaciśnięcia w końcu kiszki cienkiej, w początkowej bowiem części jelita czczego mogła się wytworzyć i wcześniej niedrożność wskutek zagięcia się kiszki. Początkowo zamknięcie było prawdopodobnie niezupełne, co się tyczy rozmiarów światła i nieciągle, a że się tak wyrażę, przepuszczające, t. j. w chwili przesuwania nowego odcinka kiszki, światło, chociażby zwięzione, mogło istnieć w tem miejscu, a znikało dopiero po opadnięciu kiszki i ustaniu ruchów robaczkowych. Przy przypadkowym mocniejszym pociągnięciu kiszki nitka pękła i powikłanie całe wyrównało się samo przez się.

Tak więc w danym przypadku życie chorego wisiało dosłownie „na nitce“, tylko, że wbrew sensowi tego porównania trzeba było dla utrzymania życia nitkę tę właśnie przeciąć.

Wynik badania pośmiertnego i powyższy sposób pojmowania mechanizmu zaciśnięcia rzucają pewne światło na przebieg danego przypadku. Wahania w natężeniu bólu, w stanie ogólnym chorego, dadzą się objaśnić niestałością zaciśnięcia, stopniowym jego rozwojem, podobnie jak i brak wzdęcia. Niewystępowanie wymiotów kałowych zależało od wysokiego umiejscowienia przeszkody, niezupełność zaciśnięcia w pewnych chwilach tłómaczy też możliwość wiatrów i wypróżnień.

Za życia jednak takie powikłanie objawów w wysokim stopniu zatarło cechujące rysy obrazu klinicznego i uniemożliwiło postawienie stanowczego rozpoznania, które w razach podobnych przedstawia i tak tyle, często nieprzewidywanych trudności.

Co się tyczy strony anatomicznej, to przyczyna zaciśnięcia, pojedyncza nitka rzekoma, jest jedną z najczęstszych. Profesor TREVES, którego monografia o niedrożności kiszek [TREVES, *Darmobstructionen*, tłómaczenie niemieckie. Lipsk. 1886], powinna znaleźć się w ręku każdego lekarza, zarówno chirurga jak i terapeuty, podaje na ogólną liczbę 180 niedrożności 60 spowodowanych przez nitki rzekome. Za to sposób w jaki nitka wytworzyła tu zamknięcie światła należy do rzadkości. TREVES zalicza podobne przypadki do osobnego rozdziału, anomalnych postaci zamknięcia kiszek przez nitki pojedyncze i nazywa je: uwięzieniem w poprzek nitki (*Incarceration über ein Band*).

Zwykle mianowicie zamknięcie przez nitki powstaje albo wskutek utworzenia się, gdy nitka jest dość długa, pętlicy, w którą dostaje się jedna lub więcej pętlic kiszkowych, albo też nitka naciągniętą jest nad jakąś płaszczyzną niepodatną (np. *in fossa iliaca*) i tworzy nad nią łuk pod który zachodzić mogą kiszki. W wyjątkowych tylko razach zdarza się, że pętlice kiszkowe zawisają na sztyw-



no naprężonej nitce i załamują się na niej wskutek swego ciężaru, co pociąga za sobą zamknięcie się ich światła, mniej lub więcej zupełne, na miejscu gdzie przechodzi nitka.

TREVES zebrał tylko cztery przypadki takie; we wszystkich przebieg był nader gwałtowny [10 godzin do 9 dni], chociaż z drugiej strony bóle nie były tak stałe, jak przy zwykłym uwięźnięciu pod nitką. Z powodu niezupełnego często zamknięcia światła zdarzają się tu nieraz stolce wolne; wymioty bywają częste, ale raz tylko zanotowano kałowe.

W opisywanym przypadku główną przyczyną zniesienia drożności kiszek było, zdaje się, takie zawiśnięcie pętlic kiszki cienkiej na nitce, gdyż szpara, przez którą poprzehodziły pętlice, była dość obszerna. Ruchomość jednego z miejsc przyczepu nitki — pętlica kiszkowa, przemawia również przeciw uwięźnięciu pętlic w szczelinie [w końcowym okresie zamknięcia światła mogło powstać jeszcze i wskutek załamania się i zagięcia kiszki w miejscu przyczepu nitki].

Co się tyczy przebiegu klinicznego, to i on odpowiada w głównych zarysach temu, co TREVES podaje o zebranych przez siebie przypadkach tego rodzaju niedrożności jelit, chociaż, co prawda, liczba spostrzeżeń odnośnych jest zbyt małą, aby opierając się na niej można było ustanawiać pewne rysy znamionujące. Przy tak wielkiej różnitości objawów i zarazem niestałości ich, jakimi oznaczają się w przebiegu swym przypadki zniesienia światła kiszek wogóle, do ustanowienia nawet luźnych szematów dla postaci oddzielnych trzeba być mniej pochopnym.

W końcu zwracam jeszcze uwagę na niezwykłą długość uwięźniętego odcinka. Podczas gdy długość ta przeciętnie [z 42 przypadków, TREVES] wynosi 38 ctm., a jeden metr już stanowi *maximum*, w danym przypadku prawie cała bezmała kiszka cienka została wykluczona. Długość tak znaczna także przemawia za przyjmowanym sposobem powstania zaciśnięcia.

Ponieważ zaś długość ta w odwrotnym stosunku do siły zaciśnięcia stanowi o natężeniu zaburzeń i warunkuje długość przebiegu cierpienia, to w omawianym przypadku siedmio-dobowe trwanie choroby można sobie objaśnić tylko stopniowym powstaniem zaciśnięcia i niezupełnem, aż pod koniec dopiero, zamknięciem światła, jak to właśnie przypuszczaliśmy, mówiąc o mechanizmie tej sprawy.

## II. O działaniu siarczanu sparteiny

(*Sparteinum sulfuricum*).

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

[Dokończenie. — Patrz Nr. 2].

### VI. Dozowanie.

Co się tyczy dawek sparteiny [t. j. siarczanu sparteiny], to zgody pomiędzy autorami nie ma. Jedni za przykładem GERM. SÉE [LEO, PRIOR, GLUZIŃSKI],



podają chorym duże dawki, a mianowicie w ilości 0,1 grm. [2 grn.], kilka razy dziennie, [0,7—0,8 grn. = 12—14 grn. *pro die*]. Inni znowu trzymają się mniejszych dawek:  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 grn. *pro dosi* [0,05—0,25 =  $\frac{3}{4}$ —4 grn. *pro die*], VORGL. podaje chorym jeszcze mniejsze dawki 0,001—0,004 *pro die* [ $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{15}$  *pro die*], CLARKE zaś  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{12}$  grn. *pro dosi* co 4 godziny. Zwolennicy większych dawek twierdzą, że przy mniejszych właściwego działania sparteiny nie byli w stanie zauważyć. Co do mnie, to przekonałem się wielokrotnie, stosując sparteinę w małych, średnich i dużych dawkach, że najodpowiedniejszymi okazują się małe dawki  $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$  grn. *pro dosi* 3—4 razy dziennie. Zwykle zapisuję chorym  $\frac{1}{4}$  grn. w pigułkach lub roztworze 3—4 razy dziennie i każę brać przez 3 dni, potem zalecam 2—3 dniową przerwę i znowu 3 dniowe użycie sparteiny; chorym bardzo wrażliwym, u których łatwo występuje przy użyciu sparteiny ból głowy i silniejsze pobudzenie czynności serca, zalecam zwykle dwudniowe użycie leku z 2 dniowymi przerwami. Według tego przepisu chorzy moi brali sparteinę w przeciągu 2—8 tygodni z bardzo pomyślnym wynikiem. Ten sposób podawania sparteiny, obliczony na dłuższy czas z pewnymi przerwami, okazał się w praktyce najodpowiedniejszym. Mniej pomyślne wyniki otrzymywałem z podawania małych dawek sparteiny przez dłuższy przeciąg czasu bez żadnych przerw. Już 4 niekiedy 5-tego dnia osoby wątłe, zwłaszcza nerwowe kobiety uskarżały się na lekki zawrót, ból, zajęcie głowy i pewne ogólne rozdrażnienie. Nietylko ze względu na zmniejszenie lub usunięcie dokuczliwych objawów podmiotowych zasługują na zalecenie małe dawki, ale także i ze względu na serce. Pod wpływem małych dawek, energija serca wzmagała się, czemu towarzyszy nieznaczne zwolnienie czynności serca i pełniejsze tętno. Rytm serca choć w niewielkim stopniu, staje się jednak regularniejszym. Mniejsze dawki mogą chorzy przyjmować bez szkody dla swego zdrowia przez ciąg całych tygodni.

Dla przekonania się o wartości dużych dawek, zacząłem chorym biorącym małe dawki sparteiny zwiększać takowe stopniowo, a nie zauważywszy groźnych objawów ze strony serca i płuc dochodziłem do 8—10 grn. *pro die*. O ile pod wpływem małych dawek można było zauważyć pewną zmianę w czynności serca i sile tętna, o tyle znowu w czasie podawania większych dawek, 1— $1\frac{1}{2}$  grn. *pro dosi*, 6—7 grn. na dzień, czynność serca albo żadnej zmiany nie ulegała tak pod względem swej siły jak i częstości uderzeń, albo też wzmoczenie czynności serca było bardzo nieznaczne, nieodpowiednie do znacznego zwiększenia dawki. Zdarzało się także, że czynność serca stawała się wyraźnie słabszą. Niekiedy zwolnione nieco tętno w czasie użycia małych dawek stawało się znowu trochę częstszem, t. j. osiągało częstości przed użyciem leku, lub też przewyższało ją o kilka uderzeń. Rzecz godna zaznaczenia, że uregulowana w pewnym stopniu nierytmiczna czynność serca małemi dawkami zaczęła znowu, przy użyciu większych dawek, przybierać cechy większej niemiarowości. Zauważyliśmy tylko, że zwiększenie moczenia występowało głównie przy użyciu średnich dawek, 3—4— $4\frac{1}{2}$  grn. *pro die*, jednakże u niektórych osób z wrażliwością układu nerwowego i naczyniowego stwierdziliśmy, że i mniejsze dawki jak 1—2 grn. *pro die* wywoływały tenże skutek. U osób zaś z pewną ospałością układu nerwowego



zwiększenie moczenia występowało przy większych dawkach, 4—6—8 gránów *pro die*.

O ile średnie dawki nie wywierały wyraźnego wpływu na czynność serca i siłę tętna, o tyle znowu duże, 2 granowe [8—16 grn. *pro die*], wywoływały znaczne osłabienie czynności serca, przyczem tętno stawało się rzadszem, przepuszczającym. Niekiedy zamiast zwolnienia tętna i przerw stwierdziliśmy przyspieszenie czynności serca, któremu towarzyszyło słabe, częste tętno. W tym okresie chorzy narzekali na silny ból głowy, niekiedy zawrót, mdłości, skłonność do zemdlenia, przyczem ilość moczu zmniejszała się znacznie.

Siarczan sparteiny przepisują najczęściej w postaci pigulek, zwłaszcza skoro chorzy mieli polecane brać go przez dłuższy przeciąg czasu, rzadziej w proszkach lub roztworze:

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Rp. <i>Sparteini sulfur. grn. x. Pulv. et extr. Liq. q. s. ut fiant. pilul. N. 40.</i><br/>S. 3—6 pigulek dziennie.</p>  | <p>3. Rp. <i>Sparteini sulfur. gr. III. Aq. destillatae ℥v. Syrup. cort. aurantior. ℥j.</i><br/>MDS. 3—6 łyżek stołowych dziennie.</p> |
| <p>2. Rp. <i>Sparteini sulfur. gr. vi Sacchari albi ʒ j. Mf. pulvis divide in part. aeq. N. 24.</i><br/>S. 3—6 proszków dziennie w opłatku, lub wodzie ocukrzonej.</p> | <p>4. Rp. <i>Sparteini sulfur. gr. III. Syrup. Rubi Idei ℥jij.</i><br/>S. 4—6 łyżeczek od kawy dziennie.</p>                           |

W niektórych przypadkach otrzymywałem pomyślne wyniki podając osobom nerwowym, osłabionym, siarczan sparteiny w połączeniu z małemi dawkami chininy; chorym zaś niedokrwistym, chlorotyczkom, dodawałem do sparteiny żelazo:

- |   |   |
|---|---|
| <p>5. Rp. <i>Spart. sulfur. gr. x. Chinini murial. gr. xx. Pulv. et extr. liq. q. s. ut fiant pilulae N. 40.</i> S. 4—6 pigulek dziennie.</p> | <p>6. Rp. <i>Sparteini sulf. gr. x. Ferri lactici ℔j. Pulv. te extr. liq. q. s. ut fiant pil. N. 40.</i> S. 4—6 pigulek dziennie.</p> |
|---|---|

\*

\*

\*

Zachodzi teraz pytanie, jak wytłómaczyć sobie różnicę w działaniu małych i dużych dawek na serce i tętno? Za punkt wyjścia posłuży nam objaw stale powtarzający się we wszystkich niemal naszych spostrzeżeniach, a mianowicie zmniejszenie częstości uderzeń serca i tętna z jednoczesnem wzmocnieniem energii serca i uregulowaniem czynności tegoż przy małych dawkach i zmniejszenie częstości skurczów z osłabieniem tychże przy dużych dawkach. Po użyciu dużej ilości sparteiny tętno stawało się nie tylko rzadszem, lecz i przerywanem, słabszem, niekiedy niemiarowem. [Pod wpływem średnich dawek czynność serca nie ulegała żadnej zmianie, lub też stawała się nieco częstszą]. Obok załączone obrazy sfigmograficzne, zebrane z jednego i tego samego chorego, najlepiej rzecz objaśniają. Od czego więc taka różnica zależy?



A. Małe dawki Sparteini sulfurici.



Fig. 1. Tętno przed podaniem *sparteini sulfurici*.



Fig. 2. Tętno po podaniu  $\frac{1}{2}$  gr. *spart. sulf.* — po 5 minutach.



Fig. 3. Tętno po 15 minutach.



Fig. 4. Tętno po 30 minutach.



Fig. 5. Tętno po 50 minutach.



Fig. 6. Tętno po 2 dniach użycia *spart. sulf.*



Fig. 7. Fig. 8.

Tętna niemiarowe po używaniu przez 4 dni *spart sulf.* w ilości  $1\frac{1}{2}$  gran. *pro die*.



B. Duże dawki sparteini sulfurici.

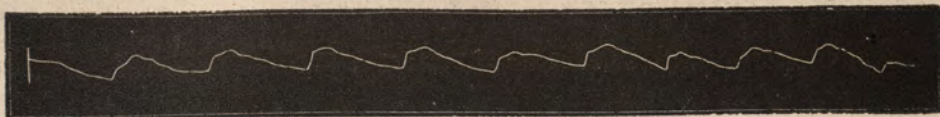


Fig. 1. Tętno przed podaniem *spart. sulf.*



Fig. 2. Tętno po podaniu 2 gr. *spart. sulf.* po 5 minutach.



Fig. 3. po 15 minutach.



Fig. 4. po 30 minutach.



Fig. 5. po 40 minutach.



Fig. 6. po 50 minutach.



Fig 7. po 60 minutach.



Fig. 8.

Tętno niemiarowe — po użyciu 24 gr. *sparteini sulf.* w 2 granowych dawkach w ciągu 2 dni.



Z załączonych obrazów sfigmograficznych, zebranych z jednej i tej samej chorej [A. K. lat 39. *Rheumatismus. Arteriosclerosis incipiens. Palpitationes cordis*] za pomocą sfigmografu MAREY'a, widać wybitną różnicę, jaka zachodzi w tętnie pod wpływem małych i dużych dawek siarczanu sparteiny. Po małych dawkach, jak w danym razie  $\frac{1}{2}$  gran., już po upływie 5 a zwłaszcza 30 minut fala tętna podnosi się stopniowo, linie wstępujące, t. j. anakroty, stają się coraz węższe i stromiej aniżeli przed podaniem leku wznoszą się ku górze — co oczywiście na silniejszy skurcz serca wskazuje. Linie zstępujące, t. zw. katakroty, opadają ku dołowi pod mniejszym kątem, aniżeli przed podaniem sparteiny — co znowu energiczniejszemu skurczowi tętnicy promieniowej odpowiada. Zaznaczyć jednak należy, iż z powodu ateromatycznego stanu naczyń u wierchołka fali znajduje się wyraźny garbek, który przeszkadza do uwydatnienia szybszego opadania linii zstępującej tętna. Tym sposobem mówiąc o opadaniu katakroty, należy mieć na względzie kąt, jaki pomiędzy zakończeniem garbka a katakrotą powstaje. Prócz tego widzimy, że jednocześnie ze wzmocnieniem siły tętna częstość jego zmniejsza się, przed podaniem leku tętno uderzało 76 na minutę — po podaniu zaś w 50 minut — tylko 58. Po 50 minutach wpływ sparteiny na siłę tętna jest bardzo widoczny [fig. 5 A] — po 2 dniach używania *spart. sulf.* w ilości  $1\frac{1}{2}$  gr. *pro die*,  $\frac{1}{2}$  gr. *pro dosi* [fig. 6 A] tętno zachowało swą siłę i wielkość, stało się tylko nieco częstszem aniżeli 1-go dnia — uderzało bowiem około 68 na minutę. Figura 7 i 8 A przedstawia nam obrazy tętna po 4 dniach użycia leku w ilości  $1\frac{1}{2}$  gr. *pro die*. Tętno stało się niemiarowem z przewagą tętna dwudzielnego (*p. bigeminus*), oddzielne jednak fale, z wyjątkiem niemiarowych, wskazują na dość energiczną jeszcze czynność serca z pewnem zwolnieniem tejże.

Pod literą B widzimy wpływ dużych dawek, mianowicie 2 granowych na tętno. I tutaj okazuje się, że z początku działalność serca, *resp.* wielkość i fala tętna, wzmaga się, porównyując jednak tętno zebrane po upływie 50 minut [fig. 4 A] od podania  $\frac{1}{2}$  gr. sparteiny z otrzymanem po takimże czasie tętnem po podaniu dużej dawki, 2 gran [fig. 4 B], przekonamy się o znacznej między nimi różnicy, a mianowicie tętno pierwsze jest radsze, a oprócz tego większe, pełniejsze, aniżeli drugie. Następne obrazy sfigmograficzne wskazują, że pod wpływem dużych dawek fale tętna stają się wprawdzie radsze, lecz coraz słabsze [fig. 6, 7, B]. Szczególniej fig. 6 B. pokazuje nam, że działalność serca jest znacznie słabszą aniżeli przed podaniem leku. Fig. 8 B. przedstawia nam obraz tętna, zebrany z tętnicy promieniowej po wyżyciu 24 gran. *spart. sulf.* w 2 granowych dawkach [co 2 godziny] w przeciągu 2 dni. Widzimy tu niemiarowość tętna w wysokim stopniu i to niemiarowość nie typową. Jest ona wyrazem porażającego wpływu sparteiny na serce.

Autorowie, którzy robili doświadczenia na zwierzętach, a mianowicie FICH i GLUZIŃSKI zgadzają się na to, że sparteina wpływa porażająco na nerw błędny i jego zakończenia w samym sercu i w tym właśnie względzie okazuje podobieństwo do atropiny. Zmniejszenie częstości uderzeń serca, jakie wspomniani wyżej autorowie zauważyli u żab i psów, po zastosowaniu małych dawek sparteiny, bądź też po wstrzyknięciu do żyły lub worka limfatycznego żaby, zdaje się zależeć od zwiększonej pobudliwości nerwów błędnych. Zwolnienie to pochodzi od przedłużenia skurczu, który staje się energiczniejszym, a potem od długiego rozkurczu. Obok zwolnienia D-r GLUZIŃSKI spostrzegał zwiększenie się wysokości fal kardyjograficznych. Po dawkach większych pobudliwość nerwów błędnych zwolna bardzo opada, aż w końcu nerwy błędne stają się zupełnie niepodobliwymi [II i III okres].

Wobec porażającego wpływu sparteiny na przyrząd hamujący ruchy serca zmniejszenie częstości uderzeń serca mogłoby zależeć albo: 1) od porażenia ośrodków ekscytomocnych, albo 2) od samego mięśnia. D-r GLUZIŃSKI, opierając się na wynikach swoich doświadczeń, a mianowicie, że sparteina zmniejsza pobudliwość mięśniową wogóle, skłonny jest do przyjęcia, że zwolnienie rytmu serco-



wego [w III okresie] ma swoją przyczynę także w zmniejszonej pobudliwości samego mięśnia, gdyż inaczej po dużych dawkach sparteiny, które porażają nerwy błędne, powinniśmy, podobnie jak po zatruciu atropiną, otrzymać zwiększenie a nie zmniejszenie częstości uderzeń serca i tętna. Fick zaś przypuszcza, że zwolnienie rytmu serca zależy od tego, iż sparteina działa słabiej na nerwy błędne, niż atropina. Co się zaś dotyczy zmniejszenia pobudliwości ruchowej w ogóle, to D-r GLUZIŃSKI na zwierzętach przekonał się, że zmniejszenie pobudliwości, jakie po dużych dawkach sparteiny występuje, nie dotyczy się nerwów ruchowych, jak to Fick utrzymuje, lecz raczej samych mięśni.

Jeśli teraz porównamy wyniki doświadczeń fizjologicznych, a zwłaszcza D-r GLUZIŃSKIEGO, z wynikami naszych spostrzeżeń klinicznych, to zauważymy wielką ich zgodność. Z tego też okazuje się, dla czego małe dawki są najodpowiedniejszymi dla stosowania ich u ludzi w celach leczniczych i dlatego większość autorów, stosując odrazu większe dawki, nie zauważyła wyraźnego wpływu na serce i tętno, a otrzymywała zwolnienie tętna dopiero przy bardzo dużych dawkach. Wreszcie, na mocy własnych spostrzeżeń, przypuszczam, że małe dawki sparteiny działają pobudzająco na ośrodek naczynio-ruchowy i tym sposobem mogą się także przyczynić do pomyślnego działania sparteiny w odpowiednich przypadkach.

## VII. Wnioski.

Ze wszystkiego, co dotychczas było powiedziane o działaniu sparteiny, wynika :

1. Że wywiera ona, bez zaprzeczenia, wpływ na serce i naczynia.
2. Pod wpływem małych dawek [ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  grn. *pro dosi*, 1— $1\frac{1}{2}$  grn. *pro die*], siła serca wzmaga się, czynność staje się regularniejszą, przeto następuje pewne zwolnienie akcji serca i częstości tętna, jednocześnie parcie krwi zwiększa się. Średnie dawki [1— $1\frac{1}{4}$  grn. *pro dosi*] nie wywierają wybitnego wpływu na serce i tętno. Duże dawki [ $1\frac{1}{2}$ —2 grn. *pro dosi* co 2 godziny 12—16 *pro die*] działają porażająco na serce, wywołują zmniejszenie częstości uderzeń serca z jednoczesnem osłabieniem tegoż, czemu towarzyszy tętno rzadkie, słabe, często przerywane, niemiarowe.
3. W celach leczniczych najodpowiedniejszymi są małe dawki.
4. Małe dawki działają pobudzająco na nerw błędny, duże zaś porażająco.
5. Pobudzający i orzeźwiający wpływ, jaki sparteina na serce wywiera, nie może być uważany za bardzo znaczny; w tym względzie naparstnica o wiele ją przewyższa.
6. W małych i średnich dawkach sparteina zdaje się działać pobudzająco na ośrodek naczynio-ruchowy, przyczem światło tętnic zmniejsza się.
7. Działanie sparteiny występuje dość szybko, 30—40 minut po podaniu jej a trwa około 4—5 godzin.
8. W ogóle powiedzieć można, że działanie sparteiny występuje najwybitniej u osób wrażliwych, nerwowych, anemicznych.
9. Sparteina, oprócz wpływu na serce i na naczynia, wywiera pewne kojące, uspakajające działanie, niekiedy zaś działa lekko nasennie, tak, że powinna być uważana za lekkie *narcoticum*.



10. Moczopędne działanie sparteiny nie może być uważane za znaczne, jest ono niepewne, występuje głównie u osób z pewną wrażliwością układu nerwowego i naczyniowego, w przypadkach, w których mięsień sercowy nie podległ znacznym zmianom chorobowym i posiada jeszcze dość energii. Moczopędne działanie sparteiny zdaje się polegać na wzmocnieniu czynności serca i na wpływie tejże na ośrodek naczynio-ruchowy, a więc i na naczynia.

11. Sparteina nie posiada kumulacyjnego działania i z tego powodu może być podawana przez dłuższy czas, bez szkody dla ustroju.

12. Sparteina nie wywołuje zaburzeń w przewodzie pokarmowym, trawienia nie psuje.

Na mocy powyżej przytoczonych własności, sparteina może być z pomyślnym skutkiem stosowaną w następujących przypadkach:

1. Przedewszystkiem przeciw różnym t. z. funkcjonalnym cierpieniom serca, jak bicie serca, niepokój, drżenie, ściskanie serca i t. p., opartym na tle ogólnej wrażliwości nerwowej, histeryi, neurastenii, bezkrwistości, przeciw podobnym objawom, występującym u kobiet w okresie przekwitowym, u ludzi nadżywających tytoniu i napojów wysokokowych.

2. Przy wadach zastawek serca w okresie zachowanej lub utraconej kompensaty dla usunięcia nieprzyjemnych podmiotowych uczuć chorego.

3. W początkowych okresach upośledzonego wyrównania wad zastawek, kiedy zmiany w mięśniu serca nie są daleko posunięte, a obrzęki nie doszły znacznego stopnia, można stosować sparteinę w celu ożywienia czynności serca, naprzemian z naparstnicą, zwłaszcza jeśli istnieje grunt nerwowy.

4. W przypadkach, w których znaczne zwiększenie ciśnienia boczego w układzie naczyniowym jest niepożądanem, jak np. przy wadach zastawek półksiężycowych aorty, lub kiedy chory naparstnicy nie znosi.

5. Przeciwko arytmii nerwowego pochodzenia.

6. Sparteina może być z pożytkiem stosowaną w tych przypadkach dusznicy bolesnej (*angina pectoris*), które powstały na tle chorobowej wrażliwości układu nerwowego, w nerwicach serca pochodzenia odruchowego, zwłaszcza z narządów płciowych, tam zaś gdzie mamy do czynienia z dusznicą, zależną od zmian chorobowych w samym mięśniu serca [stłuszczenia włókien mięsnych, stwardnienie tętnic wieńcowych], od niedowładu (*adynamia — asystolia*), sparteina nie wywiera dodatniego wpływu.

7. W początkowym okresie choroby *BASFDOW'a*.

8. W przypadkach astmy występującej u osób z rozedmą i przewlekłym nieżytem oskrzeli.

## NOTATKI LEKARSKIE.

**3. Zapalenie gruzlicze jądra u dziecka 4-letniego, zapalenie gruzlicze opon mózgowych.**

W dniu 5 Lipca r. z. przyprowadzono do mnie na poradę chłopczyka 4-letniego, z powodu obrzmienia lewego jądra. Przy badaniu okazało się co następuje:



Wacław L., lat cztery liczący, trzecie czy czwarte dziecię zdrowych i młodych rodziców, dotychczas był zdrow zupełnie, według słów ojca. Rodzeństwo żyje, babka umarła na suchoty. Przed dwoma mniej więcej miesiącami, chłopczyzna zaczął się uskarżać na ból jądra i wtedy zauważono, że lewe jądro powiększa się stopniowo. Bóle jednak nigdy nie były zbyt silne, chłopczyk więc chodził przez cały ten czas i ogólnie czuł się względnie zdrowym.

Chłopczyzna bladej, kościec przedstawia ślady przebytej krzywicy, czaszka z wystającymi guzami czołowemi; błony śluzowe blade, skóra delikatna, z przeświecającymi żyłkami, narządy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają. Worek mosznowy znacznie powiększony, skóra nie zmieniona; jądro lewe, wielkości śliwki węgierki, wyczuwa się pod ruchomą nad niem skórą jako guz niezbyt twardy, przy macaniu cokolwiek bolesny, o powierzchni gładkiej. Pod światło nie prześwieca, chełbotania w nim się nie wyczuwa.

Prawe jądro wielkości orzecha laskowego, przy badaniu nie bolesne. Stan chorego bezgorączkowy, łaknienie mierne, stolce prawidłowe, usposobienie jak na wiek spokojne i poważne. Gruczoły chłonne w pachwinach nie powiększone.

Rozpoznanie w danym przypadku, po wykluczeniu zapalenia jądra urazowego pochodzenia, wahało się pomiędzy nowotworem, a zapaleniem gruźliczym jądra. Ze względu na ogólny wygląd malca, który robił wrażenie kandydata do gruźlicy opon mózgowych („*habitus tuberculosus*“), rozpoznałem cierpienie gruźlicze jądra i zaleciłem wycięcie tego gruczołu, motywując wobec rodziców leczenie operacyjne możliwością uogólnienia gruźlicy i przepowiadając gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Nazajutrz miałem sposobność przedstawić chorego kolegom w ambulatorjum szpitala dla dzieci, poczem odesłałem go na salę operacyjną. Ponieważ ojciec chłopczyka nie chciał na razie zgodzić się na operację, zaleciliśmy tymczasowo maść z jodoformu. Następnie straciłem chorego z oczu.

W dniu 13 Sierpnia r. z. wezwany zostałem do tego samego chłopczyka na poradę przez kolegę ŻERĘ, pod którego opieką zostawał chory od dni kilku. W ciągu ostatniego miesiąca leczono go maściami, które żadnego nie sprowadzały polepszenia; dziecię chudło, straciło humor i łaknienie. Przed tygodniem chłopczyzna zaczął się uskarżać na ból głowy, wymiotował kilkakrotnie, wystąpiła gorączka, zaparcie stolca, tętno nieregularne, oddechanie przerywane westchnieniami, niepokój na przemian ze śpiączką, zwięźlenie źrenic. Wszystkie te objawy cierpienia opon mózgowych znaleźliśmy wspólnie z kolegą ŻERĄ. Ciężota 39,5° C., tętno przepuszczające 120, oddechanie nierówne, śpiączka, przytomność tylko chwilami wracająca, brzuch łódkowato zapadnięty, zaparcie stolca.

Jądro lewe powiększone do wielkości jajka kurzego, cokolwiek bolesne, prawe jądro także powiększone wyrównywa wielkością małej śliwce. Moszna nie przyrośnięta, niezmieniona co do koloru.

Były to więc wszystkie objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, które pomimo przedsięwziętych środków, rozwijało się, jak to zwykle ma miejsce, coraz dalej. Pomijając dalszy przebieg choroby nie różniący się od typowych przypadków, dodam tylko, że chory przy objawach pogńębienia i porażenia [śpiączka do końca], w dniu 25 Sierpnia życie zakończył.

Przy rozpoznaniu gruźliczego cierpienia jądra, wyznają to, bardzo ryzykownym, opierałem się na dwóch faktach, a mianowicie 1-o na ogólnym wyglądzie dziecka, 2-o na tem, że babka jego zmarła na suchoty. Przypadek zrządził, że mogłem obserwować przepowiedziane przezemnie cierpienie opon mózgowych, w czasie stosunkowo tak krótkim. Lubo przeto badaniem pośmiertnem rozpoznania mego potwierdzić nie mogłem, klinicznie jednak uważam dany przypadek za pierwotną gruźlicę jąder z następczą gruźlicą opon mózgowych.

Doświadczenie wykazuje jak ważnem jest wczesne rozpoznanie pierwotnego cierpienia, ze względu na możliwe następstwa ogólnej gruźlicy lub gruźlicy opon



mózgowych. W takim razie tylko leczenie operacyjne może mieć jakiegokolwiek widoki wyleczenia przez usunięcie ogniska zakażenia. W prawdzie wycięcie tak ważnego narządu, jak jądro, wymaga ścisłego rozpoznania, sądzę jednak, że przekłucie próbne lub częściowe wycięcie dla badań drobnowidzowych mogłoby w takich razach być zastosowane. W chorobie tak złośliwej, jak gruźlica, wszelkie leczenie terapeutyczne naraża tylko na stratę czasu i przybliża niebezpieczeństwo. Szkoda tylko, że rodzice dziecka zwykle wtedy dopiero zgadzają się na kastrację, gdy wystąpią zwiastuny nieuleczalnego cierpienia opon mózgowych, lub ogólnej gruźlicy.

Gruźlicę jądra spotkać można lubo rzadko u dzieci w pierwszych miesiącach życia; opisuje takie przypadki Bouchut. Zaczyna się ona zwykle w lewym jądrze, jak u naszego chorego.

PRESTAT, rozpoznawszy gruźlicę jądra u dziecka pięciomiesięcznego, po czteromiesięcznym bezskutecznym leczeniu maściami, wykonał kastrację, która potwierdziła jego rozpoznanie i uwieńczoną została zupełnym wyzdrowieniem. HENOCH opisuje jako rzadkość kilka przypadków tej choroby u dzieci między 2—7 rokiem życia przy współczesnej gruźlicy kości. Dochodzi wtedy zwykle do ropienia z wydzielaniem wraz z ropą masy serowatej. Przyjadrze w takich razach bywa powiększone, a jądro wielkością dorównywa niekiedy dużemu jabłku.

Alfons Malinowski.

#### 4. Zapalenie gardzieli z łuszczeniem się naskórka na całym ciele.

Szum N., lat 33, krawiec, dobrze zbudowany, ogólnie zdrowy, zgłosił się do mnie dnia 23. X. 1887 roku, skarżąc się na bardzo silny ból przy polykaniu. Przy badaniu znaleziono: stan nieco gorączkowy, obrzmienie i bolesność gruczołów podszczękowych obustronne, podniebienie i łuki podniebienne ciemno-czerwone, spulchnione, języczek opuchnięty i pochylony ku lewej stronie, migdały ciemno-czerwone, powiększone znacznie, szczególnie prawy, mowa utrudniona. Chory opowiada, że zdarza mu się to prawie regularnie 2 razy do roku, na wiosnę i pod jesień, że na 3—4 dzień choroby ból ustępuje, natomiast występuje nader ciekawy objaw, mianowicie swędzenie całego ciała, szczególnie stóp i dłoni, wśród którego skóra podeszew i dłoni łuszczy się płatami, a nareszcie i na całym ciele ypie się jak otręby. Wobec fachu Szmula N., jest to objaw bardzo przykry, albowiem po złuszczeniu się skóry z rąk nie może iść czas jakiś pracować, tak ręce czule są na dotyk. W samej rzeczy objawy te sprawdzić mogłem dnia 27. X. Łuszczenie skóry zupełnie przypominało takież objaw po szkarlatynie u dzieci.

Upatrując związek pomiędzy istniejącą *pharyngitis*, a owym zaburzeniem w odżywianiu skóry na tle nerwowem, zaleciłem obok miejscowego leczenia *sol. natri arsenicosi* do wewnątrz, lecz jak sobie objaśnić współistnienie, a raczej rychłe następowanie po sobie dwu tych spraw?

Józef Pełczyński [Tykocin].

#### 5. Glisty tworzące guz w kiszkiach w przebiegu tyfusu.

D-r A. BAGINSKY w sym „Wykładzie chorób dzieci“, [patrz tłum. polskie t. III. str. 110] powiada: „Opisywano przypadki wyjątkowe, w których glisty, zbite w kłębek, całkowicie zamykały przewód kiszkowy i wywoływały t. z. *ileus*“. Przypadek, obserwowany przezemnie ubiegłej zimy nie należy, sądzę, do wyjątkowych, ani tak niebezpiecznych, stanowił wszakże dość przykre powikłanie, mogące wprowadzić w błąd nawet wprawno lekarza.

U siedmioletniej Ety G., w przebiegu, z całą stanowczością rozpoznanego, tyfusu brzuszno, w końcu drugiego tygodnia choroby wystąpił silny ból w lewym podżebrzu, w miejscu, odpowiadającym *flexurae coli lienali*, o wiele zwiększający się przy ucisku. Obmacywanie wykazało w tem miejscu twardą guzowatość, podłużną, około 6 ctm. długości, formy walcowatej. Ponieważ wypróżnie-



nia wstrzymały się od półtorej doby, nadto gorączka się powiększyła, przypuszczałem więc, pomimo przeczenia rodziców, błąd w dyjcie i sądząc, że mam przed sobą zbite masy kałowe, podawałem olejek rącznikowy i ulepek szakłaka w dużych dawkach. Gdy atoli wypróżnienia nie następowały, bo chora zruciała środki podane sobie, a obrzmienie z bólem przy ucisku wciąż istniało, przypomniawszy sobie, że już dwukrotnie w ciągu choroby wychodziły wnętrzaki, zaleciłem santoninę z kalomelem, a po trzeciej dawce przy obfitych wypróżnieniach wyszły glisty żywe kłębkiem w ilości dwudziestu dwu. Badanie, przeprowadzone w godzinę po wypróżnieniach i uspokojeniu się małej chorej, nie wykazało już guza, jaki był poprzednio, aczkolwiek bolesność, wprawdzie zmniejszona, istniała jeszcze w odpowiednim miejscu. Gdyby nie typowy przebieg gorączki i obecność wyraźnej różyczki na ciele, możnaby wszystkie inne objawy odnieść do obecności wnętrzaków, zwłaszcza w tak znacznej ilości się pojawiających, a *vice versa* kłęb tych ostatnich przyjąć za zbity kał, jak ja właśnie mylnie z początku przypuszczałem.

Józef Pelczyński [Tykocin].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**1. P. Profanter. Mięsenie w zastosowaniu do chorób kobiecych.** (*Die Massage in der Gynäk. Wien. 1887. st. V 91*).

**2. Alfred Resch. O stosowaniu mięsienia w chorobach narządów płciowych żeńskich.**

Gdyby nie świadectwo prof. SCHULTZE'go, podpisanego pod przedmową do dziełka PROFANTER'a, trzebaby z wielkim niedowierzaniem przyjąć sprawozdanie o cudownych skutkach mięsienia, któremi chwali się autor. Widocznie i on sam czuł to dobrze, więc postarał się o gościnność na klinice prof. SCHULTZE'go, gdzie wspólnie z THURE BRANDT'EM, twórcą nowej metody i uczniem jego NISSEN'em, których umyślnie z Sztokholmu do Jeny sprowadził, dokonał szeregu spostrzeżeń nad działaniem mięsienia w chorobach kobiecych, pod okiem tak wiarogodnego kontrolera.

W przedmowie tej SCHULTZE tak się wyraża: „Nabrałem przekonania, że mięsienie narządów miednicy, zwłaszcza metoda pana THURE BRANDT'a, sprzyja znakomicie rozciągnięciu i rozejściu się starych zrostów macicy, powstałych wskutek zapalenia okołomacicznego, jak również w innych przypadkach odzyskaniu przez macicę, uległą wypadnięciu wskutek rozluźnienia się prawidłowych jej przyczepów, umocowania, zupełnie odpowiadającego prawidłowemu“.

Spostrzeżenia w liczbie 16, które autor przytacza, dotyczą 5 przypadków przewlekłego i podostrawego zapalenia tkanki łącznej okołomaciczej, 5 przypadków tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy, zmian będących następstwem zapalenia okołomacicznego, 3 przypadki zapalenia przewlekłego jajników i tkanki łącznej okołojajnikowej, 1 przypadku świeżego wylewu krwawego pozamacicznego (*haematoma*), jednego przypadku opadnięcia (*descensus*) i tyłozgięcia macicy i wreszcie 1 przypadku zupełnego wypadnięcia macicy (*prolapsus uteri totalis*).

Najciekawszem jest spostrzeżenie ostatnie, dotyczące kobiety 34-letniej, cierpiącej od lat 7-miu na zupełne wypadnięcie macicy z przerostem i wydłużeniem szyi macicznej; kanał macicy = 14 ctm.. Leczenie w przypadku tym polegało na odprowadzeniu macicy (*repositio*) i uchylaniu jej według metody BRANDT'a (*Uterushebung*). Już po pierwszym [!] posiedzeniu skutek był widoczny, powiada autor, bo macica pozostała na miejscu, w oddaleniu 5 ctm. od kroczka, wskutek bardzo wyraźnego naprężenia lewej fałdy DOUGLAS'a. Objawy podmiotowe, jak uczucie ciężaru w dolnej części brzucha, parcie na mocz i bóle przy oddawaniu moczu, także natychmiast ustąpiły. W miarę dalszego stosowania mięsienia,



macica coraz bardziej zbliża się do położenia prawidłowego [Zgięcia ku przodowi], przerost szyi macicznej zmniejszał się widocznie, tak, iż po miesiącu leczenia, w chwili wypisania się chorej z kliniki, zanotowano co następuje: „Część pochwowa stoi nieco przed linią ościową (*Spinallinie*), macica znajduje się w prawidłowym przedozgięciu. Długość jamy macicy wynosi 9 ctm.. Chora czuje się zupełnie zdrową, wszystkie dolegliwości, zależne od wypadnięcia macicy, ustąpiły zupełnie“.

We wszystkich innych przypadkach zauważyć można było przedewszystkiem złagodzenie prędkie objawów podmiotowych, zależnych od ucisku wysięków okołomaciczych, lub też od zmian położenia macicy. Pod tym względem wszystkie chore wyszły ze znaczną ulgą. Co się zaś tyczy zmian miejscowych, to wysięki prawie we wszystkich przypadkach, pod działaniem mięsienia, uległy wessaniu [w jednym przypadku przewlekłego zapalenia jajnika i tkanki łącznej okołojajnikowej, nawet po dwu dniach leczenia], wylew krwawy pozamaciczny także zniknął zupełnie, zato w przypadkach zmian położenia macicy tylko poprawę zanotowano, z wyjątkiem jednego (*retroflexio uteri*), który po 26 dniach leczenia zakończył się zupełnem wyleczeniem.

Wyniki, jak widzimy, doskonałe, autor jednak nie podaje opisu metody THURE BRANDT'a, zadawalając się zmianą, że stosował miejscowo mięsienie albo raczej gimnastykę szwedzką, bo, jak mówi, metody THURE BRANDT'a opisać nie podobna i mięsienia z książek nauczyć się nie można. Nadmienić tu jeszcze należy, że przypadki przytoczone przez PROFANTER'a ilustrowane są 34 rysunkami szematycznymi, przedstawiającymi zmiany położenia narządów brzusznych przed i po zastosowaniu mięsienia, za dokładność których, jako ich wykonawca, ręczy prof. SCHULTZE.

Pod względem opisu metody, wskazań i przeciwwskazań do jej stosowania, daleko więcej szczegółów znajdujemy w artykule RESCH'a. Według niego mięsienie wskazanem jest w następujących cierpieniach narządów płciowych żeńskich:

1. Przy zapaleniu przewlekłym i podostrawem tkanki łącznej, wyścielającej miednicę i przy zmianach w położeniu macicy i innych narządów, będących jego następstwem.

2. Przy krwisteku pozamacicznym.

3. Przy przewlekłym zapaleniu macicy (*metritis chronica*).

4. Przy zwiotczeniu więzów macicy, opadnięciu macicy.

Przeciwwskazanem jest mięsienie w sprawach następujących: ostre zapalenie otrzewnej, wyścielającej miednicę, ostre zapalenie macicy, zapalenie błony śluzowej macicy (*endometritis*) i zapalenie jajowodów (*salpingitis*) pochodzenia tryprowego. Miesiączka, według R. nie tylko nie jest przeciwwskazaniem, lecz przeciwnie mięsienie z lepszym wtedy daleko skutkiem i o wiele prędzej prowadzi do celu, ponieważ podczas miesiączki, wskutek silnego krwi przyływu do narządów miednicy, warunki do wysysania są nadzwyczaj pomyślne. Przy wysiękach korzystnem jest z początku stosowanie mięsienia 2 razy dziennie, lecz nie dłużej nad 5—6 min. za każdym razem. Skoro zaś wessanie częściowe już przyszło do skutku, można posiedzenia przedłużyć i silniej manipulować. Mięsienie przy krwisteku pozamacicznym daleko prędzej prowadzi do wessania krwi, aniżeli zachowanie się wyczekujące, radzi jednak autor przystępować do niego dopiero 10—14 dnia choroby. Doskonałe wyniki otrzymał R., stosując mięsienie w przypadkach *su involutionis uteri* i w przewlekłym zapaleniu macicy. Objawy podmiotowe, towarzyszące tym cierpieniom, znikają, bardzo prędko. Szczególnie pomyślnie wpływa mięsienie na silne krwotoki, tak często towarzyszące zapaleniu przewlekłemu macicy.

Według R., te zwłaszcza przypadki wypadnięcia macicy leczą się skutecznie metodą BRANDT'a, które dotyczą osób młodych i silnych, świeżo cier-



pieniem tem dotkniętych. BRANDT posiłkuje się tu gimnastyką macicy, w celu wzmocnienia pierwiastków mięśniowych, służących do umocowania macicy. W tym celu dokonywa właściwych poruszeń macicy, czyli stosuje t. zw. uchylania macicy (*Lüftungen des Uterus v. Uterushebungen*), t. j. stara się macicę uchwycić przez ściany brzuszne i pociągać ją o ile można ku górze. Dokonywa zaś tego w ten sposób, że palec wskazujący ręki lewej wprowadza do pochwy i odpycha nim część pochwową ku tyłowi, podczas gdy asystent chwyta macicę palcami obu rąk przez powłoki brzuszne, tuż nad spojeniem łonowym i pociąga ją ku przodowi i ku górze. Rękoczyn ten powtarza 3 do 4 razy na jednym posiedzeniu, poczem jeszcze poddaje mięsieniu przez czas pewien fałdy DOUGLAS'a i następnie zaleca chorej leżenie przez 10 minut na brzuchu lub w położeniu łokciowo-kolanowym. Całe leczenie trwa 4 do 8 tygodni. Ważnym czynnikiem sprzyjającym są dobre warunki higieniczne, wymaganem jest także zachowywanie spokoju cielesnego, jednoczesne zaś stosowanie ogólnej gimnastyki szwedzkiej, odpowiedniej do danego przypadku, powinno iść ręką w rękę z leczeniem miejscowem. Wreszcie autor zwraca uwagę na to, że przy stosowaniu mięsienia w chorobach narządów płciowych kobiecych wogóle, koniecznem się okazuje wprowadzenie palca wskazującego lewej ręki do pochwy, a nawet i do kiszki stolcowej i przyciskanie nim części, przeznaczonych do mięsienia, do ściany brzusznej, podczas gdy ręka prawa wykonywa mięsienie.

(*Centrblt. f. Gynäk. 1887. N. 32*).

M. Zweigbaum.

## 2. Allan Jamieson i Aleksander Edington. Profilaktyka w szkarlatynie i najnowsze poszukiwania nad zarazkiem szkarlatynowym.

Spostrzeżenia POWER'a <sup>1)</sup> zdawały się niewątpliwie przemawiać za tem, że zarazek szkarlatynowy może się udzielać ludziom za pośrednictwem mleka. Jednakże przedsięwzięte jednocześnie badania KLEIN'a nad wyosobnieniem swoistego pasorzyta nie wzbudzają zaufania z powodu braku ścisłości w wykonaniu i trudności skontrolowania, czy choroba, którą pasorzyt KLEIN'a wywołuje, jest rzeczywiście szkarlatyną. Mamy przed sobą nową seryję badań nad tymże przedmiotem. D-r JAMIESON na mocy licznych spostrzeżeń klinicznych potwierdza dawne mniemanie, że szkarlatyna, będąc mało, a może wcale niezaraźliwą w pierwszym okresie rozwoju, staje się taką dopiero w okresie luszczzenia, t. j., że zarazek szkarlatyny przebywa w warstwach naskórka, po odpadnięciu którego dojrzewa i rozwija się, jeśli natrafi na odpowiednie dla siebie warunki bytu. Jeżelibyśmy zatem, powiada autor, powierzchowną warstwę skóry utrzymywali w stanie ciągłej dezynfekcyi za pomocą kąpeli i przeciwnieślennych smarowań, nie dopuścilibyśmy do tego, aby zarazek mógł się rozwinąć na zewnątrz, a tem samem udzielić otaczającym. W tym celu autor zaleca chorym swoim robić przeciwnieślenną płukania jamy ustnej, kąpać się od samego początku choroby i smarować całe ciało maścią złożoną z karbolu [30 gr.], tymolu [10 gr.], waseliny [3j] i prostej maści [3j] 2 razy dziennie. Autor przytacza 8 przykładów z praktyki prywatnej, gdzie z powodu niemożności odasabniania chorych, stosowano tę metodę z dobrym skutkiem, t. j., że szkarlatyna nie udzielała się otoczeniu, chociaż bywały takie przypadki, że chore dziecko było jednym z trzynastu w rodzinie, która przedtem nigdy szkarlatyny nie znała [spostrzeżenie 1]. Trudno sobie wytłumaczyć cały szereg podobnych przypadków jedynie niewrażliwością (*immunitas*) otoczenia na zarazek szkarlatyny, kiedy widzimy, że w licznych rodzinach szkarlatyna prawie nigdy nie ogranicza się jedną ofiarą. Najniebezpieczniejszym, według autora, jest późniejszy okres luszczzenia: wtedy zarazek, który dla zupełnego rozwoju potrzebuje powietrza, jest najdojrzalszym *resp.* najsilniejszym.

<sup>1)</sup> Gaz. Lek. Nr. 12. 1887.



Te czysto kliniczne, na pozór apyryjorystyczne poglądy autora potwierdzone zostały przez badania bakteriologiczne dr. EDINGTON'a. Ten ostatni, badając *lege artis* złuszczone naskórek i krew chorych na szkarlatynę, znalazł w nich pasorzyty, których szczepienie na zwierzętach wywołało tym razem niewątpliwą szkarlatynę. Badania łusk E. dokonywał w różny sposób. Najpraktyczniejszym okazał się sposób następujący: dane miejsce na skórze po uprzednim zmyciu mydłem karbolowem i zlaniu 2% roztworem fenolu, pokrywano watą wyjałowioną i hermetycznie zamykano bandażem. Po pewnym czasie [19—35 dni] zdejmowano bandaż, unoszono wierzchni pokład waty, autor zaś zdezynfekowawszy własne ręce przykładał do wewnętrznej warstwy waty próbówki z żelatyną, przyczem asystent zlekka wstrząsał wierzchnią warstwę. Możliwe ostrożności zachowywano również przy badaniu krwi. Wyosobnienie pasorzytów przez hodowlę na płytkach, hodowle w próbkach na różnych gruntach odżywczych [najczęściej na żelatynie] autor robił zwykłą utartą w tych razach metodą, którą dla krótkości pomijamy. Tym sposobem autorowi udało się otrzymać czyste hodowle 8 gatunków pasorzytów, z których znanym dotychczas okazał się tylko jeden: *sarcina lutea*. Z pozostałych 7-iu, którym autor ponadawał tymczasowe nazwiska (*streptococcus rubiginosus*, *micrococcus capsiformis*, *ascobacillus*, *bacillus fulvus*, *bacillus arborescens*, *diplococcus scarlatinus sanguinis*, *bacillus scarlatinae*) dwa ostatnie tylko najstalej znajdowały się w badanych przez autora łuskach i krwi chorych na szkarlatynę.

*Bacillus scarlatinae* znajdował się zawsze w łuskach, nie wcześniej jednak jak po upływie 3 tygodni od początku choroby, we krwi zaś nie później jak 3-go dnia gorączki. Pasorzyt przedstawia się w postaci pałeczek grubości 0,4  $\mu$ , długości 1,2—1,4  $\mu$ , układających się w długie zakrzywione nici [podobne do *leptothrix*'a]; pałeczki te są ruchome. Na płytce żelatynowej po kilku dniach tworzy małe punkciki rozpuszczające żelatynę; na gruntach płynnych wkrótce wytwarza błonkę pergaminową (*parchement likefilm*); w próbkach szybko rozpuszcza żelatynę, w rozpuszczonej części żelatyny znajdujemy całe kłębki nici złożonych z pałeczek. Czyste hodowle, wstrzyknięte królikom, wywoływały nokoło miejsca wstrzyknięcia żywe zaczerwienienie (*erythema*) a po 2—5 dniach luszczenie. Ciepłota ciała podnosiła się [103°—106 F t. j. mniej więcej 39°—41° C.], zwierzęta traciły łaknienie i były smutne; żadne jednak nie zdechło. We krwi znajdowano laseczniki. Takie same wyniki otrzymywano po wstrzyknięciu lasecznika świnkom morskim, tylko luszczenie bywało obfitszem.

U cieląt ciepłota podnosiła się w 6 godzin po wstrzyknięciu. Jedno z cieląt zdechło, w narządach znaleziono charakterystyczne laseczki. Częstkę krwi zaszczipiono na żelatynie i wyhodowano laseczniki szkarlatyny, takąż częstkę krwi zaszczipiono świnkom morskim i otrzymano charakterystyczne zaczerwienienie skóry z luszczeniem.

W jednym z najbardziej typowych przypadków szkarlatyny ludzkiej badano krew 2 razy dziennie i znajdowano [po zaszczipieniu na żelatynie] drugiego dnia gorączki — laseczniki [po 24 godzinnej hodowli], trzeciego — laseczniki i diplokoki, czwartego — to samo, piątego — tylko diplokoki bez laseczników, 7-go diplokoki i streptokoki *rubiginosi*. W łuskach znajdowano 18-go dnia laseczniki, 31-go — laseczniki, diplo- i streptokoki.

W 7-miu przypadkach, gdzie dla bezpieczeństwa otoczenia była przeprowadzoną metoda JAMESON'a [patrz wyżej], z waty pokrywającej skórę a zdejmowanej zwykle 30 dnia wyhodowano laseczniki. Takowe jednak rozwijały się dopiero po 6 dniach hodowania. Tym sposobem pokrywanie łusk watą i środkami przeciwnilnemi wstrzymywało rozwój pasorzytów. Jeżeli łuski umieszczono w wyjałowionem mleku, po 24 godzinach rozwijały się laseczniki t. j. mleko jest dobrym gruntem dla rozwoju pasorzytów szkarlatynowych.



EDINGTON na mocy swoich badań dochodzi do następujących wniosków:

1-0 *Bacillus scarlatinae* jest pasorzytem swoistym dla szkarlatyny.

2-0 Inne pasorzyty, przez niego znalezione, są tylko towarzyszami (*concomitants*) szkarlatyny i dostają się do krwi tylko wtedy, gdy żywotność tkanek jest obniżoną przez działanie pasorzytu swoistego.

3-0 Nie wiadomo, w jaki sposób te pasorzyty mogą modyfikować działanie pasorzyta swoistego. Wiadomo tylko, że w razach, kiedy *rash* szkarlatynny jest bardzo silny, znajdowano we krwi laseczniki i diplokoki.

4-0 *Bacillus scarlatinae* zdolny jest wytwarzać zarodniki w żywym ustroju, czem się różni od *bacillus anthracis*.

5-0 Szybkością wzrostu tego pasorzyta tłómaczy się w szkarlatynie krótkość okresu wylegania.

Kolorowane rysunki pasorzytów i hodowli uzupełniają ciekawą pracę EDINGTON'a.

(*British Medical Journal*, June 11, 1887).

A. Puławski.

### 3. Weichselbaum. Przyczynek do etyologii ostrego zapalenia wsierdza.

Po pracach ORTH'a, WYSSOKOWICZA, RIBBERT'a i WEICHELBAUM'a, którzy dowiedli czynnego udziału mikrokoków ropnych (*streptoc. i staphyloc.*) przy ostrym zapaleniu wsierdza, w roku zeszłym zjawily się prace NETTER'a i E. FRAENKEL'a wraz z SAENGER'em, którzy wykazali, że toż zapalenie zależy może i od innych jeszcze bakteryj, a mianowicie od mikrokokka zapalenia płuc FRIEDLAENDER'a i od *bacill. pyogen. foetidus* PASSET'a. Obecnie mamy do zaznaczenia świeżą pracę WEICHELBAUM'a, który zdołał donieść, że oprócz od wyżej wzmiankowanych bakteryj, ostre zapalenie wsierdza zależy i od innych jeszcze pasorzytów, między innymi od dwóch przez się obecnie po raz pierwszy znalezionych i opisanych. Badania swe WEICHELBAUM przeprowadzał ściśle, a wnioski oparł na badaniu drobnowidzem, odnośnych czystych hodowli, wreszcie, co najważniejsze, na wyniku szczepień dokonywanych na różnych zwierzętach.

Ilość przypadków, w ostatniej pracy w krótkości opisanych i zbadanych na drobnoustroje, wynosi ogółem 16. Z tej liczby 8 należało do typowych *endocardit. ulceros.*, 2 do *endocard. verrucos.*, a 6 przedstawiało obraz pośredni między temi dwiema postaciami zapaleń wsierdza. W 12 z nich, należących do pierwszej i trzeciej kategorii, autor znalazł bakteryje, o czem zaraz powiemy szczegółowiej, w 2 zaś przypadkach *endocard. ulcerosae* i w 2 *endocard. verruc.* żadnych drobnoustrojów nie wykrył. [W r. 1835 WEICHELBAUM podał, że i w tej postaci zapalenia widział bakteryje, a mianowicie *strept. pyogenes*. *Przyp. spraw.*].

Z liczby 12 przypadków, w których wykryto i szczegółowo zbadano drobnoustroje, znaleziono, 6 razy *streptoc. pyog.*, 3 razy *diplococc. pneumoniae*, 2 razy nowo wykryty *diplobacillum brevem endocarditidis* i 1 raz również po raz pierwszy opisany *micrococcum conglomeratum*; w jednym wreszcie przypadku WEICHELBAUM widział laseczniki, których jednak nie zdołał wyhodować.

*Diplobacillus brevis endocarditidis* został wykryty przez autora w produktach chorobowych na zastawkach, w tkance zastawek i w zawale śledziony. Jest to bardzo krótki lasecznik, o zaokrąglonych końcach, układający się pojedynczo lub po dwa. Barwi się dobrze po obu końcach, środek zaś zwykle mniej bywa zabarwionym. Lasecznik ten rośnie dobrze przy ciepłocie pokojowej na wszystkich gruntach odżywczych. W hodowlach przez nakłócie (*Stichkultur*) zarówno na żelatynie jak i na agarze rozwija się szybko i na powierzchni i wewnątrz gruntu. Na powierzchni *agaru* rośnie jako płaski o wygładzie śmietany pokład, koloru szaro-białawego; z czasem przyjmuje odcień szaro lub żółto-brunatny i staje się suchszym. Na żelatynie również przyjmuje odcień szaro-białawy, o połysku suchym, zbliżonym do stearyny. Kolonije na płytkach żelatyny i *agaru* na po-



wierzchni rosna szybciej niz w glebi; te ostatnie maja niekiedy nierowne zazebione brzegi. Na kartoflu *diplobac. brev. endocard.* tworzy zolto-brunatny poklad. Czysta hodowle tego drobnoustroju szczepil autor 5 krolikom i 1 psu, po uprzednim sztucznie dokonaniem obrazenia na zastawkach. Z wyjatkiem jednego doswiadczenia, otrzymywal zawsze zapalenie wsierdzia na zastawkach i wylewy krwawe w plucach i na oplucnej, a w jednym nawet przypadku zawały w sledzionie i nerkach.

*Micrococcum conglomeratum* znalazl autor dotad w jednym tylko przypadku w wytworach chorobowych na zastawkach i w sledzionie i nerkach. Sa to drobne okragle koki, lezace juz to pojedynczo, juz to po dwa lub cztery, juz to wreszcie w duzych zbitych kolonijach; jesli leza po dwa to powierzchniennie do siebie zwrocone wydaja sie nieco splaszczone. W tkankach *micr. congl.* zawsze tworzy mniejsze lub wksze, okraglawe lub nieprawidlowego ksztaltu grupy. Drobnoustroje te rosna tylko w cieplocie hodowlanej i daleko lepiej na powierzchni nizli w glebi gruntu odzywczego. Na agarze tworzy malo wzniesione oddzielne kolonije, ktore wkrótce zlewaja sie w mniejsze lub wksze ogniska, tworzace jakby delikatna nieco pomarszczona, lepka, o suchym stearynowym polysku blonke. Podobniez rośnie na wyjalowionej surowicy. W rosole z peptonem tworzy rowniez delikatna blonke, z poczátku na dnie naczyinia, a potem na jego scianach i na powierzchni plynu. Na kartoflu rośnie slabo jako oddzielne, male, suche, brunatnawe kuleczki. Na plytkach *agar'u* zawsze tworzy zlewajacy sie wyzej opisanej postaci, delikatny poklad. Autor szczepil czyste hodowle 4 krolikom i 6 psom. Tylko u 1 psa i 1 królika wywolal zapalenie wsierdzia na zastawkach obok licznych zawałów i wybroczyn w plucach, sledzionie, nerkach i kiszkiach, przyczem w wkszych ogniskach dostrzegal posrodku zropienie, a takze obok *enteritid. haemorrhag.* U reszty zwierzat nie otrzymywal zapalenia wsierdzia natomiast zawsze wystepowaly silne objawy zatrucia, na sekcji zas wykazywano *enterit. haemorrh.* i wylewy krwawe.

Badal prócz tego autor za pomoca szczepien wplyw, znanych juz jako czynniki chorobotworcze przy zapaleniu wsierdzia, bakteryj ropnych i pasorzytów zapalenia pluc i otrzymal wyniki, potwierdzajace dawniejsze swe i innych autorów prace. Dochodzi ostatecznie do wniosku, iz ostre zapalenie wsierdzia moze byc wywolaniem przez bardzo rozmaite drobnoustroje. Zarówno przez te, ktore juz sa nam znane, jako przyczyny róznych spraw zapalnych, jak i przez inne jeszcze, o ktorych dotad nie wiemy na pewno, czy odgrywaja jaka role w sprawach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

M. Jakowski.

(Centrblt. f. Bacteriol. und Parasitenkunde. II. N. 8).

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu d. 13. XII. 1887 r., PULAWSKI okazal chorego z wrodzonym brakiem II, III i IV zebra prawego; szczególowy opis tego spostrzezenia umieszczonym bedzie w naszym piśmie. Nastepnie kol. FUSIK demonstrowal chorego, dotknietego miesakiem nosa, cierpiacego od lat 3, nowotwor tego pod drobnowidzem rozpoznawano jako *sarcoma alveolare*. Potem kol. JAWDYŃSKI okazal wycieta, wedlug metody PORRO peknieta macice; w danym razie peknięcie podczas porodu nastapilo w czesci szyjowej, lecz przechodzilo i na sam trzon macicy.

Przystapiono wreszcie do zapowiedzianej dyskusji nad odczytem kol. J. KRAMSZTYKA „o przewleklem zapaleniu otrzewnej u dzieci“ wygloszonego na ostatniem posiedzeniu. Kol. MALINOWSKI zaznaczyl, ze nie



ulega kwestyi, iż mogą istnieć przewlekłe zapalenia u dzieci, nie mające charakteru gruźliczego, lecz iż wpływy zimnej ciepłoty [głównie chłodnych napojów] działają tu pośrednio, wywołując nieżyty dróg trawienia bezpośrednio; natomiast przytacza jak przyczynę chronicznego zapalenia otrzewnej, przebycie tyfus u, *colitidis*, *typhlitis* et *perityphlitis*, a także obecność przesięku w jamie otrzewnej po chorobach wyniszczających, jak zimnicy, zapalenia nerek i szkarlatyny. Co do stosunku zapalenia gruźliczego otrzewnej, do niegruźliczego, to mniema iż wiele jest przypadków, gdzie w gruncie leży gruźlica, pozornie zaś najmniejszych cech zapalenia gruźliczego nie ma. Przypadki podobne zdarzało mu się spostrzegać. W kwestyi leczenia podanego przez kol. KRAMSZYKA, jest zdania, że żelazo i wypuszczanie płynu nie wystarcza, że w obecnym stanie chirurgii liczyć można na dobre skutki leczenia chronicznego zapalenia otrzewnej na tej drodze. Z kolei kol. ZAGÓRSKI nie zgadza się z kol. KR. aby pomyślnie zejście spostrzeganych przypadków mogło wykluczać gruźliczy podkład cierpienia. Przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej są wyleczalne, czego dowód widział w jednym przypadku, gdzie dwukrotnie [w odstępie roku] dokonać musiano u dziewczynki *enterorrhaphiam* z powodu przetoki kałowej pępkowej, przy pierwszej laparotomii spostrzeżono mnóstwo różnej wielkości gruzelków na otrzewnej, przy drugiej gruzelków tych już nie widziano; obecnie dziecko jest najkompletniej zdrowe. Co do chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia otrzewnej, kol. Z. zaznaczył, że nie jest to już rzecz nowa, w pracy bowiem TRZEBICKY'ego znajdujemy już 47 odnośnych spostrzeżeń. Kol. Kosmowski zauważył, że dotąd ściśle opisany jest jeden tylko przypadek chronicznego surowiczego zapalenia otrzewnej u dzieci, przez HENOCH'a. Nie sądzi, aby przypadki kol. KRAMSZYKA można było zaliczyć do takiej kategorii; brak w nich gorączki, a przy niektórych brakach w badaniu trudno orzec czy nie były to przesięki tylko; nie ma wzmianki o powrózkowatych zgrubieniach charakterystycznych dla gruźliczego zapalenia otrzewnej, które mogłyby służyć jako cecha odróżniająca od podobnych przypadków przewlekłego gruźliczego zapalenia otrzewnej. Kol. K. dodał jeszcze jedną przyczynę puchliny jamy brzusznej, o jakiej dotąd nie mówiono, a mianowicie powiększenie i maczkowate zwyrodnienie gruczołów chłonnych około *vena cava*. Kol. GROSTERN jest zdania, że gruźlicze zapalenie otrzewnej występować może często przy braku charakterystycznych cech i objawów tego cierpienia, podobne przypadki udawało mu się spostrzegać. Lecz ze względu na uleczalność przewlekłego zapalenia otrzewnej i ze względu na to, że takie zapalenie zależyć przecież może nie tylko od laseczników gruźliczych, lecz i od innych przyczyn, trudno jest kwestyjonować rozpoznanie w przypadkach kol. KRAMSZYKA. Kol. REICHMANN dodał, że oprócz przypadku HENOCH'a istnieją i inne spostrzeżenia przewlekłego surowiczego zapalenia otrzewnej, tak np. u VIERORDT'a jest ich opisanych kilkanaście.

Kol. J. KRAMSZYK, odpowiadając na zarzuty, zauważył naprzód, że oprócz żelaza i wypuszczeń płynu, jak o tem w odczycie nadmieniał, stosowanemi były i inne zabiegi [kompresy rozgrzewające i t. p.]. Co do możliwości istnienia innych przyczyn zapalenia, prócz zimna, to takowe w żadnym z jego przypadków skonstatowanemi nie zostały. Co do tego, iż przypadek HENOCH'a jest unikatem, kol. KR. przypomina, że u REHN'a istnieją opisane także spostrzeżenia i że to, co opisują jako t. zw. *ascites essentialis*, według R. jest prawdopodobnie przewlekłym zapaleniem otrzewnej. W kwestyi istnienia sznurkowatych zgrubień, nadmienia, że takowych nigdy nie było, nie więc o istnieniu nie mógł wspomnieć. Wreszcie analizy płynu wykonywały zawsze ciężar gatunkowy duży [1,027—1,036], a białka bywało zawsze dużo, co nie przemawia wcale za przesiękiem.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“, księgarni E. Wendego i S-ka za miesiąc Grudzień 1887 rok.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 8 Января 1888 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.



Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN**, na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

## OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne pierwszorzędne znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewybrowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, podgrze i t. d. **Wysyłkę** skuteczniejszą w każdej porze roku Salzbrunn na Szlązku **Futbach i Strieboll.**

## PERŁY

składu: Kressoti fagi 0,05, Bals. tolut. 0,2, z wielkim powodzeniem w chorobach piersiowych obecnie zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23 w Warszawie. Nabywać można we wszystkich Aptekach. 3—3

## D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w **SAN REMO**

20—17

## 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. Karmielicka  
Ziemińskiego ul. Marszałkowska

## BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jeruzolimka 27.

12—10

## ROK XXVII.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystw lekarskich Krakowskiego  
i Galicyjskiego.

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

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

Przedpłatę przyjmuje: Administracja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa. 6—3