

GAZETA LEKARSKA

Ś. p. Leon Nencki.



Urodził się w rodzinnym majątku Boczki, w powiecie sieradzkim 28 czerwca 1848 roku. Do szkół uczęszczał w Piotrkowie i w Kaliszu, medycynę studyował najpierw w b. Szkole Głównej, później w Uniwersytecie Warszawskim. W latach 1871 i 1872 pracował w Dorpacie na klinice wewnętrznej prof. SCHULTZEN'a; w następnym roku znajdujemy go w pracowni znakomitego brata jego, ś. p. MARCELEGO, który podówczas był chemikiem kantonu Berneńskiego i niedawno habilitował się na docenta chemii fizyologicznej. W tej skromnej pracowni dokonywał wtedy jej kierownik badania nad grupą związków z rzę-

du kwasu moczowego i nad utlenianiem fizyologicznym. W niej też nad tematami pokrewnymi przeprowadzali poszukiwania E. ZIEGLER, z naszych rodaków RAKOWSKI, LEPPERT, i zgasły przedwcześnie nieodżałowany LEON NENCKI.

Tutaj powstała pierwsza jego praca z zakresu chemii fizyologicznej p. t. „*Ueber das Verhalten einiger aromatischer Verbindungen im Thierkörper*“. Była to dysertacya, na mocy której ś. p. LEON NENCKI uzyskał stopień doktora medycyny Uniwersytetu Berneńskiego. W niej NENCKI udowodnił, że amid kwasu będzwinowego w środowisku alkalicznym, przybierając cząsteczkę wody, rozszczepia się na amoniak i kwas będzwinowy i wydziela się z ustroju w połączeniu z glikokolem jako kwas hippurowy; oraz że mezytylen zadany do wewnątrz, opuszcza ustrój również w połączeniu z glikokolem w postaci kwasu mezytylenowego.

Pragnąc oddać się działalności praktycznej, NENCKI przez dwa lata pracuje na klinikach w Wiedniu, w Paryżu i w Londynie, poczem powraca do kraju i w roku 1877 uzyskuje w Uniwersytecie Warszawskim potwierdzenie dyplomu lekarskiego. Zajęty praktyką, nie zaniedbuje studyów w dziedzinie medycyny teoretycznej. Zamiłowanie do chemii fizyologicznej, którego pierwsze dowody dał w Bernie, umocniło się i wzrosło w pracowni NAWROCKIEGO, który u nas wprowadził kierunek znakomitej szkoły LUDWIG'a. Wtedy był to najpiękniejszy okres działalności naszej pracowni fizyologicznej. Garnęli się do niej wychowawcy Szkoły Głównej, z gorącym sercem wstępujący na pole samodzielnych badań nankowych. W tym to okresie przykładali się do fizjologii: MOKRYCKI, MURASZKO, KUBICKI, GURBSKI, ZYGMUNT KRAMSZTYK, HENRYK NUSBAUM, FABJAN, STOCKMAN, WOLSKI i wielu innych; a młodych pracowników łączyła nieklamana przyjaźń, związana wspólnością idealnych celów. I ta atmosfera niewątpliwie wpłynęła na dalszy kierunek działalności ś. p. LEONA NENCKIEGO. Możeby i on, złamany przeciwnościami, jak wielu z jego towarzyszy, prowadził szary żywot praktycznego lekarza, gdyby nie ta okoliczność szczęśliwa, że dzięki poparciu kolegów, udało mu się otrzymać w r. 1881 stanowisko zarządzającego pracownią chemiczną szpitali warszawskich.

Kilkadziesiąt prac, dokonanych w ciągu 24-eh lat przez LEONA NENCKIEGO, jego uczniów lub współpracowników obok tysięcy rozbiórów chemicznych i bakteriologicznych świadczy wymownie, że pracownia ta zadanie swoje godnie spełniła. Na naszym pustkowi naukowym była ona jedną z nielicznych oraz ożywych, dokąd przybywała żądna wiedzy młodzież lekarska, gdzie starsi i zasłużeni już lekarze po rady się udawali dla pogłębienia swoich wiadomości, gdzie chronili się nieraz bezdomni pracownicy, szukając punktu oparcia i warsztatu dla własnych badań. Wszystkich ś. p. LEON NENCKI przyjmował z otwartymi rękoma, dla wszystkich okazywał nieklamane życzliwość i nieraz nawet potrafił wyszukać źródła materialnej pomocy. To też wysnuła się pomiędzy kierownikiem laboratorium i jego współpracownikami nie szczerej przyjaźni. Bo uczynność ś. p. LEONA NENCKIEGO była bezprzykładną. Kto się udał do niego po radę, napewno mógł liczyć, że mu jej udzielili serdecznie. Żywa natura jego nie mogła ukryć własnych zapatrywań; prawdę mówił w oczy, a tak rozpowszechnionem niestety u nas politykowaniem, aby nie zrażać sobie ludzi w celach osobistych, brzydził się. Zresztą miał zawsze oblicze pogodne, co wpływało na żywą i przyjemną atmosferę w pracowni.

Nieodpowiednio zestawiano działalność ś. p. LEONA z doniosłością odkryć sławnego brata jego. Nie będziemy się tutaj zastanawiać nad zdolno-

ściami tych dwóch zasłużonych dla nauki mężów, to jedno można śmiało powiedzieć, że gdyby MARCELI NENCKI pozostał w kraju rodzinnym, z pewnością nie dokonałby części tego, co okryło go niewygasłą sławą. Musimy wyznać, że myśmy się niczem do tego nie przyczynili.

Ale wśród nas, w naszych warunkach, przy braku ludzi oddających się pracy naukowej, działalność ś. p. LEONA NENCKIEGO zapisze się pięknymi niezatartymi głoskami. On jeden z pierwszych szerzył zasady higieny, na laboratoryjnych opartej podstawach, on wprowadzał, popularyzował i pogłębiał najnowsze zdobycze w dziedzinie chemii fizyologicznej i patologicznej, on wreszcie przy współudziale licznych towarzyszy pracy wniósł do nauki niepoślednie przyczynki.

Jak ta pracownia była potrzebna i tej potrzebie zadość czyniła, świadczy o tem pierwsze sprawozdanie z jej działalności z r. 1884. Już wtedy dokonano w niej 433 rozbiórów przedmiotów, przesłanych tylko przez władze urzędowe i ordynatorów szpitalnych. Liczba badań w zakresie higieny i dyagnostyki lekarskiej z każdym rokiem wzrastała.

Pracownia miała przeważnie na celu rozwiązanie zadań praktycznych. W niej wypracowany został projekt żywienia chorych w szpitalach warszawskich, na naukowych oparty podstawach, z niej wyszły przepisy dotyczące badania wody, tutaj opracowano wartość torfu otwockiego jako środka odwaniania i dezynfekującego, sposoby dezynfekcyi, oczyszczanie wód; stąd wyszły również prace dotyczące produktów spożywczych: kefiru, mleka, t. zw. wyciągów odżywczych i t. d. Wykonał je sam LEON NENCKI lub wspólnie z RAKOWSKIM, H. NUSBAUMEM, FABJANEM, J. ZAWADZKIM, KARPIŃSKIM, W. TRZCIŃSKIM, PODCZASKIM, FEILCHENFELDEM i WESOŁOWSKIM. Trudno tutaj opisywać wyniki tych badań. Nie było nieomal kwestyi w dziedzinie higieny laboratoryjnej, któraby tu nie została opracowana, a nieraz ostatecznie rozstrzygnięta.

Z dziedziny bakteriologii klinicznej ogłosił NENCKI badania nad nosacizną [z PRUSZYŃSKIM], nad wąglikiem [z J. JAWORSKIM], nad zapaleniem torebki TENON'a [z E. ZIELIŃSKIM i J. KARPIŃSKIM]. W ostatniej pracy po raz pierwszy stwierdzono, że t. zw. nosacizna psów, która udzielić się może ludziom, zależy od gronkowca, obdarzonego swoistemi własnościami nadzwyczaj szybkiego rozszczępiania cukru gronowego.

L. NENCKI pierwszy wykrył merkaptan metylowy w wypróżnieniach ludzkich; wspólnie z RAKOWSKIM i MIZERSKIM, opracował nowe metody oznaczenie kwasu solnego w soku żołądkowym i acetonu w moczu. Pracował również nad środkami przeciwgorączkowymi i przeciwgnilnymi [apolyzina, sacharyna, pyoktania], nad tuberkuliną KOCH'a i t. d.

W pracowni L. NENCKIEGO dokonali badań: JAWORSKI nad cukrówką moczową, DMOCHOWSKI nad oznaczeniem kwasu solnego w soku żołądkowym i acetonu w moczu, PACANOWSKI—nad obecnością peptonu w moczu, BARSZCZEWSKI—nad pentozuryą, DRABCZYK — nad oznaczeniem ilościowym kwasu moczowego, BĄCZKIEWICZ i ROSZKOWSKI — nad dezynfekcją kiszek i wyjąłowieniem mleka, KAMIŃSKI—nad *ascites chylosus*, J. ZAWADZKI—nad składem soku trzustkowego

u człowieka, i wielu innych. Prace te stanowią cenne nabytki w naszej literaturze lekarskiej. Dodać należy, że niebyło ważniejszej pracy naukowej, z kliniki lub oddziałów szpitala św. Ducha, któraby nie oparła się o pracownię NENCKIEGO.

NENCKI przyjmował żywy udział w naszych Towarzystwach naukowych. W Towarzystwie Hygienicznym do niedawna pełnił obowiązki Wiceprezesa i pilnie przykładał się do rozwoju tej Instytucji. Od r. 1880 należał do grona członków Towarzystwa Lekarskiego; od początku założenia sekcji chemicznej, przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa był w niej pożytecznym czynnikiem. Przez lat 24 jako współwłaściciel i gorliwy współpracownik w Gazecie Lekarskiej zostawia po sobie wśród towarzyszy pracy głęboki żal i najpiękniejsze wspomnienie.

Cieszył się też NENCKI wielkim uznaniem u swoich współwyznawców, którzy od r. 1895 trzykrotnie wybierali go na jednego z trzech członków świeckich konsystorza ewangelicko-reformowanego.

Działalność jego na polu higieny nagrodzona była medalami i dyplomami honorowymi na wystawach higienicznych w Krakowie, we Lwowie i w Wene-cyi. Od r. 1894 NENCKI był członkiem Towarzystwa „*Freie Vereinigung österreichischer Nahrungsmittel - Chemiker in Wien*”, a od r. 1895 członkiem honorowym międzynarodowego Towarzystwa Hygienicznego w Brukselli.

LEON NENCKI należał u nas do szczupłego szeregu dzielnych pracowników, którzy aczkolwiek nie wybili się na niebotyczne szczyty, stanowią o intelektualnej sprawności społeczeństwa; NENCKIEGO właśnie cechowało poczucie obowiązków obywatelskich i dążność przyczyniania się w miarę sił i zdolności ku dobru ogólnemu.

D. 22 b. m. to dobre serce, wrażliwe na niedolę ludzką i na potrzeby kraju rodzinnego, nagle bić przestało. Spoczął we wspólnym grobowcu, niedawno zbudowanym, obok ukochanego brata swojego, MARCELEGO.

Pruszyński.

Prace ś. p. Leona Nenckiego.

- 1) Ueber das Verhalten einiger aromatischer Verbindungen im Thierkörper (Archiv. f. exp Path. u. Pharm. Bd. 1873, I, 420).
- 2) Z RAKOWSKIM. Kilka słów o tak zwanem maśle sztucznem i dobroci masła krowiego. G. L. 1883, 722.
- 3) Z RAKOWSKIM. Rozbiór chemiczny wyciągu słodowego z browaru we wsi Winiary pod Kaliszem. G. I. 1883, III, 626.
- 4) Torf Otwocki jako środek odwaniający, pochłaniający gazy i dezynfekcyjny. Księga pam. prof. HOYERA. 1884, 345.
- 5) Projekt regulaminu żywienia w szpitalach warszawskich, Gaz. Lek. 1884, IV, 181 z tablicami.
- 6) Z RAKOWSKIM. Woda studzienna szpitali warszawskich. Gaz. Lek. 1884, IV, 865.
- 7) Sprawozdanie z działalności pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich za r. 1884, Gaz. Lek. 1885, V, 881.
- 8) Z RAKOWSKIM. Przyczynek do kwestyi zanieczyszczania powietrza przez gazy, wydzielające się z wychodków. Zdr. 1885, 13, Nr. 2.

- 9) Z RAKOWSKIM. Rozbiór piwa pilzeńskiego z browaru Snów K. ANSTADTA w Łodzi Gaz. Lek. 1885, V, 563.
- 10) Z FABJANEM. Ekstrakt mięsny cybilsu stałego. Gaz. lek. 1886, VI, 534.
- 11) Z H. NUSBAUMEM. O żywieniu się i pokarmach [z Wyst. hyg. w Warsz. 1887], druk Kowalewskiego, w 16-ce str. 54.
- 12) Z FABJANEM. O przetworach fermentowanych z mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze. Gaz. Lek. 1887, VII, 53, 75, 167, 193.
- 13) Z RAKOWSKIM. Przyczynek do ilościowego oznaczenia acetonu w moczu. Gaz. Lek. 1888, VIII, 625.
- 14) O zastosowaniu fenylhydrazyny. Gaz. Lek. IX, 1889, 1028.
- 15) Metylmerkaptan, nowy otrzymany gaz z kiszek ludzkich. Gaz. Lek. 1899, IX, 691.
- 16) Wspólnie z FSAJANEM. Kilka słów o enzymach. Gaz. Lek. 1890, X, 1029.
- 17) Pyoktanina w chorobach pęcherza moczowego. Otrucie błękitem metylenowym. Gaz. Lek. 1890, X, 642.
- 18) Z ZAWADZKIM. Przyrząd do domowego wyjaławiania mleka. Gaz. Lek., 1891, str. 974.
- 18) Z MIZERSKIM. O znaczeniu zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. 1891, 641.
- 19) Z ZAWADZKIM. Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt. Zdr. 1891. str. 127, 179, 223.
- 20) Z MIZERSKIM. Przegląd krytyczny sposobów oznaczenia zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. 1892, 357, 354.
- 21) Z W. TRZCIŃSKIM. Kilka słów w sprawie pochodzenia i higienicznego badania wód studziennych. Gaz. Lek. 1893, Nr. 25, str. 639.
- 22) Z TRZCIŃSKIM. Filtry w piwowarstwie. G. Lek. 1894. Nr. 30, str. 772.
- 23) Z TRZCIŃSKIM. O związku chemii z bakteriologią. Wszechświat. 1894. Nr. 22 i 23.
- 24) Z JAWORSKIM. Zakażenie karbunkulowe pod postacią choroby WERLHOF'a przebiegające. Gaz. Lek. 1894. Nr. 43, str. 1158.
- 25) Z E. ZIELIŃSKIM i J. KARPIŃSKIM. *Tenonitis* czyli zapalenie torebki TENON'a a tak zwana nosacizna psów. Gaz. Lek. 1894. Nr. 22 i 23, str. 573 i 607.
- 26) Z KARPIŃSKIM. Kilka słów o oczyszczaniu wody. Gaz. Lek. 1094. Nr. 12 i 13, str. 301, 337.
- 27) Z TRZCIŃSKIM. Wody studzien Warszawskich. Pam. Tow. Lekar. Warsz. 1894, Z. II, str. 423.
- 28) Z JAWORSKIM. Przyczynek do nauki o działaniu farmakodynamicznem w zależności od budowy chemicznej środków grupy aromatycznej. Nowy środek—Apolisin, przeciwgorączkowy i kojący. Gaz. Lek. 1895. Nr. 23, 24 i 25, str. 580, 608, 638.
- 29) O surowicach i toksynach leczniczych. Wszechświat 1897. Nr. 11, str. 173
- 30) Z PRUSZYŃSKIM. W sprawie zakażenia nosacizną. Gaz. Lek. 1897.
- 31) Z W. MAĆZEWSKIM i A. ŁOGUCKIM. W sprawie wyrobu i stosowania nowej tuberkuliny R. Koch'a. Gaz. Lek. 1897 Nr. 19, 506.
- 32) Czy sacharyna jest szkodliwą dla naszego zdrowia? Gaz. lek. 1898. Nr. 36, str. 945.
- 33) Rozbiór chemiczny przetworów ciechocińskich. Gaz. Lek. str. 1892. 702—705.
- 34) Z FEILCHENFELDEM. Dezynfekcja formaliną z krążków KRELL'a. Zdr. 1900. Nr. 8, 315.
- 35) Z PODCZASKIM. O odróżnianiu lasecznika KOCH'a od lasecznika smegmae. Gaz. Lek. 1901. Nr. 45, 1138.
- 36) O potrzebie dezynfekcji mieszkań i rzeczy suchotników i o sposobach ich dokonywania. Zdr. 1901. N 5, str. 395.
- 37) Z W. WESOŁOWSKIM. Zatrucie pokarmami mięsnymi. Gaz. Lek. 1902. Nr. 32, str. 787.
- 38) Z W. WESOŁOWSKIM. O zatruciach pokarmami mięsnymi. Zdr. 1902. Nr. 10, str. 805.
- 38) Z KARPIŃSKIM. O oczyszczaniu wód. Zdr. Nr. 10, str. 810.
- 39) Z H. NUSBAUMEM. O znaczeniu fizyologicznem i higienicznym przypraw pokarmowych i t. zw. używek. Zdrowie. 1902. Nr. 10, str.
- 40) Z T. PODCZASKIM. Kryoskopja mleka. Gaz. Lek. 1903. Nr. 31, str. 731.

O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

Napisał

Dr med. Jan Pruszyński, Ordynator szpitala św. Rocha.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22].

DOŚWIADCZENIE I.

Królik, wagi 2120 gr. Tętnicę szyjową prawą połączono z manometrem. Do żyły szyjowej zewnętrznej lewej wprowadzono kamulę dla iniekcji roztworu adrenaliny; 1 cm. sz. zawierał 0.1 mgr. chlorowodanu adrenaliny firmy PARKE, DAVIS et Co.

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
1.	Norma w ciągu 45"	22	126	116
2. [I]	Zastrzyknięto 0.1 mgr. adrenaliny między 45" a 50"			
	0'50" — 0'55"; ciśnienie zaczyna się podnosić	22	156	126
	0'55" — 1'0" ciśnienie jeszcze bardziej podnosi się; na 58 1/2" dochodzi do 208, następnie opada na 180, i wkrótce znowu pod. się do 202	18 1/2	208	156
	1'0" — 1'5"	17	216	200
	1'5" — 1'10" (przy końcu tego okresu tętno rzadze)	14	210	206
	Następnie ciśnienie stopniowo opada			
	1'10" — 1'20"	24	206	204
	1'20" — 1'45"	25	206	184
	1'45" — 2'5" Tętna zliczyć nie podobna; krzywa przedstawia prawie linię prostą	—	186	184
	2'5" — 2'15"	23	184	178
	2'15" — 2'20"			
	2'20" — 2'25"	21	180	150
	2'25" — 2'40"	23	170	164
	2'40" — 3'0" (Ciśnienie stopniowo opada)	20	164	132
	3'0" — 3'5"	19	160	132
	3'10" — 3'15"	17	136	124
	3'15" — 3'20"	15 1/2	130	124
	3'20" — 3'45" Znaczne wahania w ciśnieniu; arytmia.	13 1/2	148	110
	3'45" — 4'0"	15 1/2	150	112
	4'5" — 4'10"	16 1/2	136	130

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	4'10" — 4'20"	18	130	122
3.	Po 5 minutach przerwy norma w ciągu 45" t. j. od 9'20" — 10'5"	22	100	92
4. [II]	10'2 1/2" — 10'17" zastrzyknięto 0.1 mgr. adrenaliny.	22	100	92
	W 10'19" początek podniesienia ciśnienia t. j. w 2" od końca zastrzyknięcia.			
	W ciągu 1 następnej sek. ze 100 podnosi się do 112.			
	10'20" — 10'25" ze 112 do 184.	22	184	112
	10'25" — 10'30" ciśnienie podnosi się do 196 i na 10'26" opada do 168 wraz ze zwolnieniem tętna; wkrótce jednak podnosi się do 200.	16	200	184
	10'30" — 10'35"	22	206	194
	10'35" — 10'40"	23 1/2	202	188
	10'40" — 11'10"	25	202	186
	11'10" — 11'15"; przy końcu 11'14" spadek ciśnienia do 172.	19 1/2	192	172
	11'15" — 11'20" ze 186 opada do 170 i znowu podnosi się do 188.	22	188	170
	11'20" — 11'25"	24	190	188
	11'25" — 11'50"	22	188	168
	11'50" — 12'5"	20	168	150
	12'5" — 12'45" ciśnienie ulega znacznym wahaniom przy zwolnieniu tętna.	14	150	104
	12'45" — 13'25" ciśnienie powolnie opada.	18	142	108

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5''	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
5.	Po 1' przerwy ciśnienie w ciągu 35'' to jest 14'25''—15'0'' Tętno zupełnie niewidoczne.	—	102	100
6. [III]	15'0''—15'6'' zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny Początek podniesienia ciśn. w 3'' od końca iniekcji	—	102	100
	15'5''—15'10''	167	130	92
	15'10''—15'15''	13	200	130
	15'15''—15'20''. Ciśn. ze 200 opada do 174 i znowu podnosi się do 184.	16	200	174
	15'30''—15'25''	21	200	184
	15'25''—15'55''. Ciśn. stopniowo opada.	23	200	190
	15'55''—16'10''. Chwilowe zahamowanie ze zwolnieniem tętna i obniż. ciśnienia przemijające do 160 i 152.	20	184	176
	16'10''—16'70''	21	176	170
	16'20''—16'30'' [spadek chwilowy do 150 mm]	18½	170	164
	16'30''—17'15'' spadek ciśnienia stopniowy z drobnymi wahaniami	16	164	138
	17'15''—17'55''	18	138	116
	17'56''—18'10'' pulsacje zupełnie niewidoczne.	—	116	108
7. [IV]	18'10''—18'16'' zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny.	—	116	108
	18'15''—18'20''; początek podniesienia ciśn. 3'' po zastrzyknięciu.	19	130	108
	18'20''—18'25''	17	192	130
	18'25''—18'30''.	—	192	188
	18'30''—19'10''.	22½	188	176

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5''	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	19'10''—19'15''	20½	178	176
	19'15''—20'20'' ciśnienie opada; tętna nie widać.	—	176	128
8. [V]	20'15''—20'20'' zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny. Początek podniesienia ciśnienia w 2'' po zastrzyknięciu; natychmiast zjawia się tętno.	—	—	—
	20'20''—20'25''	19	146	128
	20'25''—20'30''	21½	190	146
	20'30''—21'25''	23	190	166
9. [VI]	21'27''—21'31'' zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny. Przy końcu zastrzyknięcia ciśnienie 180 mm.	—	—	—
	21'30''—22'45''	24½	182	176
10. [VII]	Po przerwie 1' w ciągu 45'' liczby tętna dochowują się nie można. Przed zastrzyknięciem	—	110	96
	Ciśnienie zaczyna się podnosić na 9' po iniekcji adrenaliny 0,1 mgr. i dochodzi po 22'' do 180; pulsacje chwilowo się ukazują, później giną. Doświadczenie przerwano.	—	—	—

Pierwsze doświadczenie dokonane na króliku nie narkotyzowanym i bez zastosowania kurary okazało, że dawka 0.000047 gr. na kilo wagi w 5" po zastrzyknięciu podnosi ciśnienie o 30 mm. rtęci a w 15" o 90 mm. Poczynając od tego punktu ciśnienie stopniowo spada i dochodzi do normy w 3¹/₂'. Tak podniesieniu ciśnienia, jak i jego spadkowi towarzyszy zwolnienie tętna; pomiędzy tymi okresami występuje przyspieszenie tętna o 2—3 uderzeń w ciągu 5". Następna dawka adrenaliny, zastrzyknięta przy ciśnieniu niższym od normy w 9" po pierwszej, spowodowała początek podniesienia ciśnienia już w 2", maximum podniesienia o 106 mm. przypadło w 12" od ukończonej iniekcji. Przy podnoszeniu się ciśnienia tętno również zwalnia się; zwolnienie tętna następuje również przy spadku ciśnienia do normy.

Trzecia dawka adrenaliny dała też same wyniki, co i poprzednia. Następne dawki już podnosiły ciśnienie o wiele niżej; jeżeli jednak ciśnienie było podniesione pod wpływem adrenaliny, natenczas nowa dawka [np. 6-a] już więcej ciśnienia podnieść nie była w stanie. Adrenalina działała nawet wówczas, gdy tętno wskutek wyczerpania serca było zaledwie widoczne.

Rozumie się, że z doświadczenia tego nie podobna wyprowadzać wniosków bardziej pozytywnych co do stanu serca, które mogło ulegać osłabieniu pod wpływem wstrząsu, a nawet bólu. Co się zaś tyczy ciśnienia, to doświadczenie to potwierdza badania poprzedników nad adrenaliną, a zwolnienie tętna na początku podniesienia ciśnienia i przy jego spadku zgadza się z wynikami badań CYBULSKIEGO i SZYMONOWICZA.

O wiele wyraźniej powyżej zaznaczone zmiany w tętnie i ciśnieniu występują u psów i kotów kuraryzowanych. Do wszystkich doświadczeń używałem jednego gatunku kurary MERCK'a w roztworze 0.5%-ym i w ilości 1 c. sz. na kilo wagi. Ilość ta, jak się o tem wielokrotnie przekonałem, nie wywierała wyraźniejszego wpływu ani na nerwy błędne, ani na ciśnienie.

Doświadczeń nad adrenaliną wykonałem 52; tutaj podaję protokoły ważniejsze niektóre w znacznym skróceniu.

DO ŚWIADCZENIE II.

Pies wagi 4250 gr. słabo kuraryzowany. Tracheotomia. Sztuczne oddychanie. Art. carotis dextra połączona z kimografionem. Do żyły szyjowej zewnętrznej lewej wprowadzono rozczyń adrenaliny [1 c. sz. = 0,1 mgrm adrenaliny] przed i po przecięciu nerwów błędnych. Duszzenie.

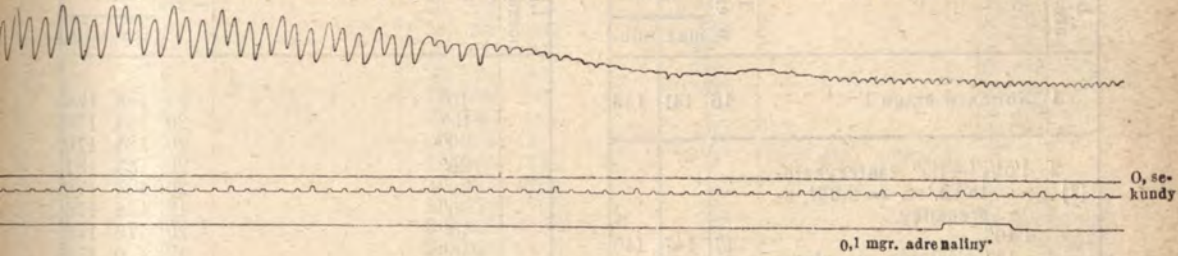
Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
1.	Norma w ciągu 1'15"	8½	126	123
2. (1)	1'17" - 1'21½" zastrzyknięto 0'1 mgr. adrenaliny	8	126	123
	1'20" - 1'25"	8½	128	126
	1'25" - 1'30"	8½	136	128
	[Początek podniesienia ciśnienia w 3½" od końca zastrzyknięcia adren.]			
	1'30" - 1'35" [tętno niewyraźne, fale powierzchowne]	7½	140	136
	1'35" - 1'40"	6½	138	130
	1'40" - 1'45" ciśnienie stopniowo ale stale podnosi się	6½	152	138
	1'45" - 1'50" [spadek chwilowy ciśnienia na 144 na 1'50"]	7	170	152
	1'50" - 1'55"	5	190 170	170 146
	Wysokość fali najwyższa 40 mm. najniższa 14			

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci		Wysok. fall.
			max	min	
	1'55" - 2'0"	5	202 161	189 146	max. 58 mm. min. 30 "
	2'0" - 2'5"	5½	210 166	196 152	max. 54 " min. 37 "
	2'5" - 2'10" [2'9" max. ciśn.]	5	224 174	204 152	max. 70 " min. 38 "
	2'10" - 2'35" t. j. 47½" od zastrzyk.	5½	224 181	180 139	max. 72 " min. 33 "
	2'35" - 3'5" [wahania prawidłowe]	7	212 174	184 144	max. 62 " min. 29 "
	3'5" - 3'10"	7	180 149	170 143	max. 34 " min. 26 "
3.	3'9" <i>Vagus dexter</i> przewiązany; po 1 niezmięnionej ewolucji serca ciśnienie podnosi się a fale tętna przyspieszonego obniżają się.				
	3'10" - 9'15" ciśnienie 152 podn. na 3'18" do 192	14½	192	152	
	3'15" - 3'20"	16½	190	182	
	3'20" - 3'25"	17½	188	178	
	3'22" <i>Vagus dexter</i> przecięty				
	3'25" - 3'45"	17½	188	180	
	3'48¾" - 3'55½" <i>Vagus dexter</i> drażniony przy 150 mm. odstępu cewek;				
	W ciągu 6¾" liczba uderzeń tętna 11½" zm. 22... przeciętnie w 5"	8½	174	128	
	3'55½" - 14'0"	12½	185	170	

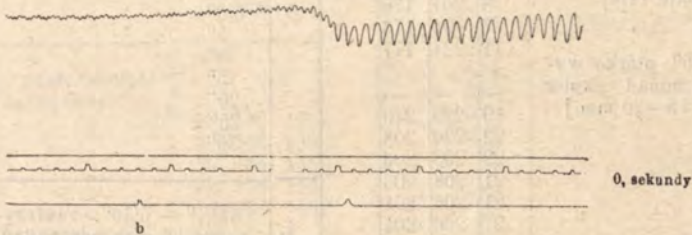
Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	4'0"–4'5" 4'5"–4'30" Draż. vagi dex. przy 250, 200 i 180 mm bez efektu.	16 1/2 16 1/2	180 188	176 176
4.	Skrzep. Zmieniono kanilę. 9'30"–9'40"	16	84	80
5.	9'37"–9'41" Zastrzyknięto 0.1 mgr. adrenaliny. 9'40"–9'45" 9'45"–9'50" [począł. podn. ciśn. w 9"] 9'50"–10'45" Max. ciśn. w 1' m. 4" po in. W ciągu 55" ciśn. z 86 stop. podniosło się do 181, potem niezwłocznie opada. 10'45"–12'0" ciśnienie stopniowo opada; podniesienie ciśnienia trwało 2'10"	15 1/2 15 1/2 15 1/2 15 1/2	84 86 181	80 80 86
6.	10'57" <i>Vagus sin.</i> przecięto. 11'11" <i>Vagus sin.</i> drażniony przy 180 mm., następnie przy 100 mm. odstępu cewek 12'0"–12'15" <i>V. dexter</i> draż. przy 150 mm. ciągu 4 1/2" 12'25"–12'30" 12'30"–12'45"	15 1/2 5 1/2 15 1/2 15 1/2	84 74 66 66	76 36 60 50
7.	12'42"–12'47" 1/2 Zastrzyknięto 0.2 mgr. adr. 12'45"–12'50" 12'50"–12'55" [pocz. podn. ciśn. po 5"] 12'55"–13'0" Następnie ciśnienie podnosi się maximum na 14' 2" czyli w 1'12 1/2" od zastrzyk. 13'–14' 2"	14 1/2 15 15 1/2 15	56 59 68 240	50 56 59 68

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	Utrzymuje się na najwyższej wysok. przez 10" i spada stopniowo z 240 do 96 mm.	15 1/2	240	96
8.	16'3"–16'13 zastrzyknięto 0.35 mgr. adrenaliny Początek podn. ciśn 16'15 [w 2"po iniekcji] 16'15" – 16'20" podnosi w ciągu 16'20–17'15" Trzyma się na tej wysok. najwyż. 248 mm. przez 17" 17'5"–17'35" Następnie opada. 17'32"–19'34"	15 15 15 15 1/2 15 1/2	96 108 218 248 248	94 96 108 240 130
9.	19'30"–19'35" Początek duszenia 19'34" Ciśn. nieco opada stopniow. 19'34"–20'15" 20'15"–21'45" podnosi się ze 105 do 110 Następnie ciśn. ponow. op. 21'45"–22'50" Przerwa 2' w zapis. przy dalszym duszeniu. 22'50" – 22'55" 22'55"–23'0" tętno przerywane zahamowaniami 23' – 23'5" 23'5"–23'10" 23'50"–23'15" 23'15"–23'20" 23'20" – 24' 24'0"–24'5" 24'5" koniec duszenia 24'5"–24'–10" 24'10"–24'15" 24'15"–24'20" 24'20"–24'25" 24'25"–24'30" 24'30"–24'35" 24'35"–24'40" 24'40"–24'45" 24'45"–24'50" Doświad. przerwano.	15 1/2 15 13 14 9 1/2 6 1/2 6 4 1/2 4 1/2 7 1/2 6 6 7 7 8 1/2 10 12 12 13 14	134 130 150 105 105 150 88 90 90 84 76 80 56 56 90 54 46 59 76 105 105 108 100	130 105 105 106 56 56 56 50 50 37 36 40 35 39 46 56 76 76 105 98 90

Jeżeli psu słabo kuraryzowanemu zastrzyknąć do żyły szyjowej 0,1 mgr. adrenaliny, natenczas ciśnienie zaczyna się podnosić już po upływie $3\frac{1}{2}''$, [doświadczenie II] a maximum podniesienia blisko o 100 mm. ponad normę przypadało na $47\frac{1}{2}''$ od końca iniekcji. Tętno znacznie się zwalnia, występują fale wysokie od 29 — 70 mm. t. j. *Actionspulse* CYON'a, które zmieniły się po przewiązaniu prawego nerwu błędnego [rys. I]. Jak później okazało się, tylko ten nerw oddziaływał na prąd, gdy tymczasem nerw lewostronny okazał się

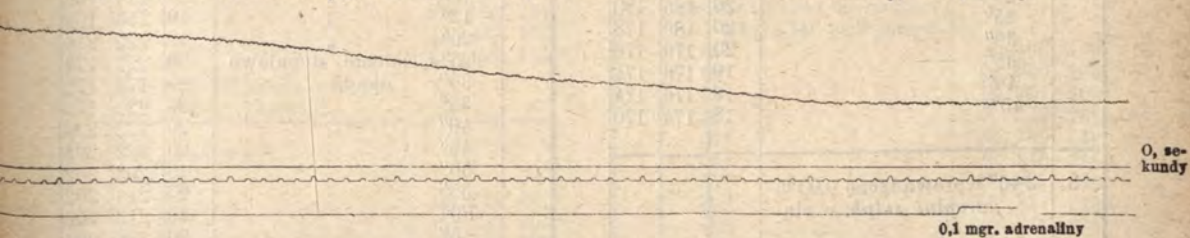


Rys. I. Tętno i ciśnienie po pierwszej dawce adrenaliny 0,1 mgr. u psa ($\frac{1}{5}$ nat. wielkości).



Rys. II. Tętno i ciśnienie po przewiązaniu n. błędnego prawego u tegoż psa. a) oznacza chwilę przewiązania nerwu błędnego, b) przecięcia tegoż nerwu.

zupełnie niewrażliwym na podrażnienie. Takie tętno czynne wystąpiło dopiero po $\frac{1}{2}$ minuty od końca iniekcji. Po przecięciu nerwu błędnego ciśnienie podniosło się również pod wpływem tej samej dawki adrenaliny 0,1 mgr., t. j. 0,000026 gr. na kilo o 100 mm., lecz zwolnienia tętna, ani t. zw. *Actionspulse*, ani nawet przyspieszenia w porównaniu z okresem po przecięciu n. błędnego prawego nie otrzymano [rys. III]. Tutaj adrenalina działała wolniej, bo począ-



Rys. III. Tętno i ciśnienie u n tegoż psa, po przecięciu obu nerwów błędnych, pod wpływem następnej (drugiej dawki adrenaliny 0,1 mgr.).

tek podniesienia ciśnienia przypadał na $9''$ po iniekcji, maximum podniesienia po $56''$, powrót do normy w $2' 34''$ po iniekcji. Większe dawki podnosiły o wiele wyżej ciśnienie, np. dawka 0,2 mgr. podnosiła ciśnienie z 56 do 240 mm., t. j. 184 mm., toż samo dawka 0,35 mgr. o 142 mm., przyczem początek podniesienia ciśnienia przypadał między $2''$ a $5''$, max. podniesienia w $1', 2\frac{1}{2}'$ po ukończonej iniekcji. Duszenie, trwające $4' 31''$, wywołało zwolnienie tętna, początkowe podniesienie a następnie spadek ciśnienia; po zaprzestaniu duszenia tętno po $20''$ powróciło do normy, a ciśnienie już po $10''$ dwukrotnie się podnosiło.

DO ŚWIADCZENIE III [duże dawki adrenaliny].

Pies wagi 4550 gr., słabo kuraryzowany. Tętno szyjowa prawa połączona z krymograftem, do żyły szyjowej lewej wprowadzono roztwór adrenaliny [1 cm. sz. = 0,001 grm.]. Odpreparowano *n. n. vago-symphathici* na szyi, później przecięto.

Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5'	Ciśnienie w mm. rtęci		Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5'	Ciśnienie w mm. rtęci		
		max.	min.			max.	min.	
1	Norma w ciągu 1'	16	141	136				
2 [I]	1 ⁵² / ₃ " - 1 ⁹ " zastrzyknięto i c. sz. = 0,001 adrenaliny.							
	1 ¹⁰ "	17	147	140	10"	20	188 184	
	15" ciśnienie stopniowo podnosi się	18	182	147	15"	20	184 170	
	20" [wysokie fale]	8	201	176	20"	20	184 170	
	25" "	7	190	176	25"	20	183 181	
	30" "	11	224	177	30"	20	183 178	
	1 ³⁰ " - 1 ⁴⁵ " piórko wychodzi ponad papier				35"	19	178 176	
	1 ⁵⁰ " [fale 15—20 mm.]	19	223	220	40"	20	176 176	
	55"	22	220	208	4 ⁴⁵ "	19	176 170	
	2 ⁰ "	22	208	206	50"	20	170 166	
	5"	21	208	206	55"	19	166 164	
	10"	21	206	204	5 ⁰ "	20	164 160	
	15"	21	206	204	10"	19	160 159	
	20"	19	204	202	15"	20	159 154	
	25"	22	202	202	20"	19	154 152	
	30"	21	210	196	25"	20	154 152	
	35"	21	196	194	30"	19	152 151	
	40"	21	196	194		20	151 148	
	45"	21	196	194				
	50"	21	192	190				
	55"	20	192	191				
	3 ⁰ "	20	191	185	4. [II]	5 ³¹ / ₂ " - 5 ³⁶ " zastrzyknięto 1,5 mgr. adrenaliny.		
	5"	22	192	185		początek podn. ciśn. 4" po iniekcji		
	10"	20	192	186		40" Ciśnienie stopniowo stale podnosi się się	19	147 145
	15"	20	188	186			19	180 147
	20"	20	186	180		45" "	20	203 180
	25"	20	180	178		50" "	19	212 203
	30"	20	179	176		55" "	20	203 114
	35"	19	176	174		6 ⁰ " "	19	176 174
40"	19	176	174		5" "		214 176	
45"	18	174	170		10" "	20	214 169	
					15" "	19	210 169	
					20" "	19	222 210	
					6 ²⁵ " Ciśnienie stopniowo opada	20	222 172	
					30"	20	173 172	
					35"	20	220 173	
					40"	20	222 220	
					45"	20	222 203	
					50"	19	203 202	
					55"	20	214 202	
					7 ⁰ "	19	213 206	
					5"	20	206 204	
					10"	20	204 201	
					15"	20	203 201	
					20"	20	203 200	
					25"	20	201 200	
					30"	19	201 200	
					35"	20	201 197	
3.	3 ⁴⁶ " wprowadzono 0,0005 atropini sulph. w ciągu 4',							
	50"	18	170	169				
	55"	19	169	166				
	4 ⁰ "	19	178	154				
	5"	18	196	154				

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	6'40"	19	197	189
	45"	20	196	189
	50"	20	201	195
	55"	20	201	200
	7'0"	19	200	196
	5"	20	196	190
	10"	19	190	186
	7'15"	20	186	184
	20"	20	184	181
	25"	19	181	177
	30"	20	177	176
	35"	19	176	170
	40"	20	170	168
	45"	20	170	168
	50"	19	168	167
	55"	19	167	166
	8' 0"	19	166	164
5. [III]	8'3"—8'9 1/2" zastrzyknięto 0,001 adrenaliny.			
	8'10"	19	162	161
	15"	20	162	158
	20"	19	158	156
	25"	19	158	156
	30"	19	158	160
	Pocz. podn. ciśn. w 21" od końca zatrzykiwan.			
	35"	19	167	160
	40"	19	170	167
	45"	19	173	170
	50"	20	174	173
	55"	18	174	172
	9' 0"	19	174	172
	5"	19	172	167
	9'10"	19	167	264
	15"	19	164	162
	20"	19	162	161
	25"	19	161	160
	30"	19	160	159
	35"	19	159	156
	40"	20	156	155
	spadek ciśnienia, oczyszczono kaniulę.			
6.	Przerwa 1'20"			
	10'40"	—	—	—
	45"	19	222	200
	50"	19	220	200
	55"	19	220	200
	11'0"	19	220	219
	5"	19	219	216
	10"	19	216	214
	15"	19	216	214
	20"	19	214	212
	25"	19	214	212

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
	30"	19	212	211
	35"	19	212	211
	40"	19	211	210
	45"	18	210	208
	50"	19	210	208
	55"	19	209	207
	12'0"	19	209	206
	5"	19	206	202
	10"	18	202	200
	12 1/2" Vagus sin. przecięty			
	15"	19	200	198
	20"	19	200	198
	25"	19	198	194
	28 1/2" Vagus d. przew.			
	30"	18	195	194
	35"	18	195	193
	36 1/2" V. d. przecięty.			
	40"	18	193	192
	45"	18	192	191
	50"	17	191	190
	55"	17	190	188
	13'0"	17	190	188
	5"	18	188	186
	10"	18	186	185
	15"	18	185	184
	20"	18	184	183
	25"	18	183	182
	30"	18	182	180
	35"	17	180	179
	40"	18	179	177
7. [IV]	13'41" — 13'46" zastrzyknięto 1 mgr. adrenaliny			
	50"	18	176	174
	55"	18	175	173
	14'0"	17	180	174
	Ciśnienie zaczyna podnosić się 14" po iniekcji			
	5"	18	190	180
	10"	18	200	190
	15"	18	207	202
	20"	17	512	207
	25"	18	215	212
	30"	18	215	212
	35"	18	217	215
	40"	18	217	216
	45"	18	216	214
	50"	18	216	214
	55"	18	215	215
	14'0"	—	215	213
	5" Pulsacje zliczyć się nie dadzą	—	"	"
	10"	—	"	"
	15"	—	"	"
	20"	—	"	"

Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5'	Ciśnienie w mm. rtęci	
		max	min.
14'25"	—	214	210
30"	18	207	204
14'35"	18	205	204
40"	14	204	187
45"			
Ze spadkiem na 2 1/2" do 160 mm.			
50"	17	189	187
55"	17	189	186
[Ze spadkiem 175 mm. na 4"]			
15'0"	18	187	186
5'	17	187	186
10"	17	187	186
15"	17	187	186
20"	17	186	185
25"	18	185	182
30"	17	182	181
35"	18	181	180
40"	18	180	178
45"	18	180	178
50"	18	180	178
55"	18	180	179
16'0"	17	180	178
5"	18	180	178
10"	17	178	176
15"	17	178	176
20"	17	177	175
25"	17	176	174
16'30"	16	176	154
35"	18	165	154
40"	18	165	163
45"	17	165	163
50"	18	165	163
55"	17	165	163
17'0"	18	163	161
5"	17	163	161
10"	18	163	161
15"	17	162	160
20"	18	160	158
25"	17	160	158
30"	18	159	158
35"	18	158	156
40"	18	157	154
45"	18	156	154
50"	18	156	152
55"	16	156	154
18'0"	17	154	152
5"	17	154	152
10"	17	153	151
15"	17	152	150
Pulsacye zatarte			

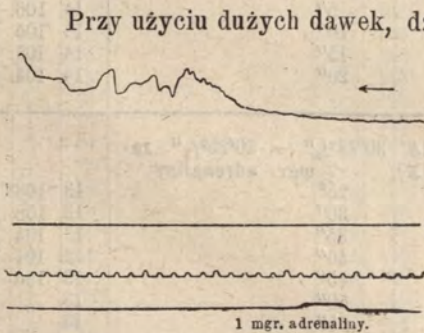
Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5'	Ciśnienie w mm. rtęci	
		max	min.
8. [V]			
18'18" — 18'23" zastrzyknięto 1 mgr. adrenaliny.			
25"		—	150 149
30"		—	150 149
33"		—	151 150
Puls. niewyraźne.			
w 17" po iniekcji początek podniesienia ciśn.			
40"	17	156	150
45"	17	161	156
50"	17	167	161
55"	17	170	167
19'0"	17	172	170
5"	17	174	172
10"	17	175	174
15"	17	175	173
20"	17	176	174
25"	17	176	174
30"		176	175
	15	175	174
[na 3" spadek do 152]			
35"	17	174	172
40"	17	172	170
45"	17	172	170
50"	17	172	170
55"	17	172	170
20'0"	17	171	170
5"	17	170	168
10"	17	170	168
20'15"	17	170	168
20"	17	170	168
25"	17	170	168
30"	17	170	168
35"	18	169	167
40"	18	168	167
45"	17	167	165
50"		167	165
55"		166	165
21'0"		166	165
5"		166	165
10"	16	165	163
15"	16	164	163
20"	16	163	162
25"	16	162	160
30"	17	162	160
35"	17	162	160
40"	17	162	161
45"	17	171	160
Puls. niewyraźne.			
9. [VI]			
21'46 1/2" — 51' 1/2" zastrzyknięto 2 mgr adren.			
50"	17	161	159
55"		161	159
22'0"	16	160	158

Liczba porządkowa		Ciężko		Ciężko
		w ciągu 5"		
		max.	min.	
	22'5"	17	160	158
	10"	16	160	159
	15"	17	159	157
	20"	16	159	157
	25"	17	158	150
	30"	17	187	156
10.	Przerwa 1'			
	23'30"	—	—	—
	35"	15	166	164
	40"	17	166	164
	45"	16	166	164
	50"	16	166	164
	55"	16	165	163
	24'0"	16	164	162
	5"	16	164	162
11. [VII]	24'5 ¹ / ₂ " — 24'12 ¹ / ₃ " za- strzyk. 3 mgr. adren.	16	164	163
	10"	16	162	160
	15"	16	161	160
	20"	16	161	160
	25"	16	160	158
	30"	16	160	158
	35"	16	160	158
	40"	16	161	160
	45"	16	161	159
	50"	16	161	160
	24'55"	16	160	158
	25'0"	15	160	158
	5"	16	159	157
	10"	15	159	157
	15"	16	159	157
	20"	16	159	157
	25"	16	158	156
	30"	16	158	156
	35"	16	158	156
	40"	15	156	154
	45"	14	156	152
	50"			
	[Spadek na końcu 3" 139]	16	154	152
	55"	16	154	152
	26'0"	16	154	152
12.	Przerwa 10'			
	26'5"	15	124	120
	10"	24	124	120
	15"	13	124	120
	20"	15	123	120
	25"	14	123	122
	30"	14	122	120
	35"	15	122	120
	40"	15	123	122

Liczba porządkowa		Ciężko		Ciężko
		w ciągu 5"		
		max.	min.	
	45"	14	123	122
	50"	14	122	121
	55"	15	121	120
	Przerwa 1'			
	27'55"	—	—	—
	28'9"	15	116	114
	5"	14	"	"
	10"	15	"	"
	15"	14	"	"
	20"	15	"	"
13. [VII]	27'21 ¹ / ₂ " Zastrzyknięto 0,002 adrenaliny.			
	25"	14	116	114
	27'1 ¹ / ₂ "	—	"	"
	30"	13	"	"
	35"	14	"	"
	20"	14	"	"
	45"	13	"	"
	50"	14	"	"
	55"	13	116	"
	29'0"	14	115	114
	5"	15	115	114
	10"	14	115	114
	15"	14	114	114
	20"	14	112	112
	25"	13	111	111
	30"	12	110	108
	3'0" [Pulsacye nizkie]			
	35"	12	110	109
	40"	12	110	109
	45"	14	109	109
	29'59"	14	109	108
	55"	13	108	106
	30' 0"	13	108	106
	5"	14	106	104
	10"	14	105	104
	15"	14	105	104
	20"	14	104	102
14. [IX]	30'23 ² / ₃ " — 30'25 ² / ₃ " za- 2 mgr. adrenaliny			
	25"	13	108	104
	30"	13	108	104
	35"	13	104	102
	40"	12	104	102
	45"	13	106	104
	50"	13	"	"
	55"	13	"	"
	3'10"	13	"	"
	5"	14	106	104
	10"	13	104	102
	15"	14	104	100
	20"	13	100	98
	25"	14	100	97

Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci		
		max.	min.	
	31'30"	13	97	96
	35"	13	96	94
	40"	14	96	94
	31'45"	13	94	92
	50"	14	94	92
	54"	12	94	93
	32'0"	14	94	93
	5"	13	94	92
	10"	15	93	92
	15"	13	93	91
	20"	13	93	91
	25"	14	93	91
	30"	15	95	94
	35"	13	95	93
	40"	13	95	93
	45"	14	95	94
	50"	14	95	94
	55"	14	95	94
15. [X]	32'58" Zastrzyknięto 3 mgr. adrenaliny.			
	33'0"	14	95	94
	5"	13	98	97
	10"	13	97	96
	15"	13	96	94
	20"	14	96	94
	25"	13	96	94
	30"	13	94	93
	35"	13	93	88
	40"	13	88	83

Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci		
		max.	min.	
	45"	13	83	82
	33'50"	14	82	81
	55"	13	81	80
	34'0"	13	81	79
	5"	13	80	78
15. [XI]	6' — 11" Zastrzyknięto 0,003 adrenaliny.			
	10"	13	84	80
	15"	12	84	80
	20"	13	84	82
	25"	13	84	81
	30"	14	83	80
	35"	12	83	80
	40"	14	82	80
	45"	12	80	78
	50"	12	82	80
	35'0"	12	80	78
	5"	13	78	72
	10"	13	72	70
	15"	13	70	67
	20"	13	67	65
	25"	13	67	66
	30"	12	66	64
	35"	13	66	64
	40"	13	66	64
	45"	14	67	66
	35'50"	14	67	66
	55"	12	68	66
	3'60"	13	68	66
	Doświadczenie przerwano			



Rys. IV. Początek podniesienia ciśnienia u psa po wprowadzeniu 1,0 mgr. adrenaliny [Doświadczenie III].

Przy użyciu dużych dawek, dziesięciokrotnych 1 — 3 mgr., jak to widać z doświadczenia III, ciśnienie zaczyna podnosić się już w 1/2" [rys. 4] po zastrzyknięciu adrenaliny, po 9" jest wyższe o 56 mm. rtęci; wkrótce potem fala przybiera takie cechy, jak przy podrażnieniu nerwu błędnego ze spadkiem ciśnienia, które jednak do normy nie dochodzi. Następnie ciśnienie podnosi się [na krzywej określić nie] można z powodu wyjścia pływaka ponad papier], początek i koniec najwyższego podniesienia cechuje się dużymi pulsacjami i zwolnieniem tętna, które po 30" przechodzi w tętno drobne przyspieszone o 5—6 pulsacyi w ciągu 5" (zm. 16 do 21—22). Jeszcze po 4' 18" ciśnienie, aczkolwiek opadło, jednak o 34 mil. było wyższe od normy.

Po zadaniu 0,0005 atropiny nowa dawka adrenaliny 0,0015 gr. spowodowała podniesienie ciśnienia w 4" po ukończonej iniekcji, maximum ciśnienia 222 mm., t. j. o 74 mm. wyżej niż na początku, wystąpiło w 40" po iniekcji, następnie ciśnienie zaczęło opadać, lecz do poprzedniej normy nie wróciło w ciągu 3' 24".

Trzecie zastrzyknięcie 0,001 gr. adrenaliny cechowało się dłuższym okresem utajenia, a mianowicie początek podniesienia ciśnienia nastąpił dopiero po upływie 21"; po iniekcji ciśnienie podniosło się tylko nieznacznie.

Po przerwie 1½ minutowej i oczyszczeniu kaniuli ciśnienie podniosło się, a po przecięciu nerwów błędnych opadło do 179 mm. Ponowne [IV] zastrzyknięcie adrenaliny wywołało nieznaczne tylko podniesienie [o 38 mm. rtęci]; dalsze zastrzykiwania pozostały bez skutku nie tylko w czasie ciśnienia wzmożonego, lecz niższego niż w stanie prawidłowym, przyczem ciśnienie nawet się obniżało.

Powyżej przytoczone doświadczenia doprowadzają do wniosku, że pod wpływem adrenaliny ciśnienie znacznie i szybko się podnosi; początkowi podniesienia ciśnienia towarzyszy zwolnienie tętna, które przybiera cechy tętna czynnego (*Actionspulse* według CROŃ'a) i przechodzi na maximum ciśnienia w tętno przyspieszone. Ciśnienie jednak podnosi się tylko do pewnego stopnia. Większe ilości tej substancji nie tylko nie są w stanie zwiększyć podniesionego, lecz nawet obniżonego w stosunku do normy ciśnienia, a nawet ciśnienie obniżają, co prawdopodobnie jest w związku z wyczerpaniem poprzednio silnie podnieconych ośrodków naczynioruchowych. Objawy te występują przy zachowanej częstości i cechach tętna; przecięcie nerwów błędnych lub zadanie atropiny znosi pierwotne zwolnienie tętna.

Pierwotne zwolnienie tętna występuje zazwyczaj przy pierwszej iniekcji adrenaliny, zdarza się jednak zwolnienie tętna przy następnych iniekcjach, a nawet na wysokości ciśnienia występuje typowe czynne tętno z dużymi ewolucjami.

Przykład widoczny tego stanowi doświadczenie IV, dokonane na kocie kuraryzowanym.

[C. d. n.]

PRZYPADEK PLEŚNICY ŻOŁĄDKA,
wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasożyta
ORAZ
ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

— † — † —

[Dokończenie — Patrz Nr. 20].

Obserwowany w powyższym przypadku grzybek, określiliśmy jako *saccharomyces s. oidium albicans*. Należy wszakże zaznaczyć, że nazwa ta w pojęciu botanicznym nie stanowi jasno określonej jednostki i używana jest tylko w medycynie, jako nazwa zbiorowa dla grzybów o morfologii konidie+strzępki, wywołujących pleśniawki w rozmaitych organach. Z powyższego wynika, że nazwa ta nie posiada znaczenia ścisłego terminu naukowego. Według zasad naukowej botaniki i wspomniany obraz morfologiczny, składający się z konidii i strzępek, nie wystarcza do określenia grzyba, a to dlatego, że niektóre grzyby w pewnych warunkach mogą przez czas dłuższy rozmnażać się wyłącznie zapomocą niższych form rozrodczych, t. j. konidii, względnie chlamydospor, jakkolwiek posiadają wyższe postaci owocowania, które decydują o ich gatunku. Jednakże przeprowadziwszy różniczkowanie botaniczne, także na zasadzie otrzymanej hodowli grzybka, doszedłem do wniosku, że obserwowany grzybek nie może być ani tymczasową, ani stałą formą postaciową żadnego ze znanych grzybów pleśniowych, z wyjątkiem gatunków *monilia* i *saccharomyces*, które całkowicie odpowiadają pojęciu, przywiązanemu do terminu lekarskiego: *saccharomyces s. oidium albicans*. Zwykle bowiem grzyby pleśniowe, jak *aspergillus*, *mucor* i *penicillum* w warunkach anaerobiozy zamiast właściwych sobie postaci wyższego owocowania, dają nie istotne konidie, a przeważnie t. zw. chlamydospory, które jakkolwiek genetycznie bliskie zwykłych konidii, to jednak różnią się od nich o tyle, że przez osobę obeznaną z mykologią łatwo mogą być od nich odróżnione. Grzybek nasz należy więc istotnie albo do gatunku *saccharomyces*, albo do *monilia*, czyli jest tem, co w pojęciu lekarskiem nazywane bywa *saccharomyces s. oidium albicans*.

Co się tyczy drugiego pasożyta, to do grzybków nie można go zaliczyć, ponieważ brak mu wszelkich właściwych grzybom form rozrodczych; również niema on żadnego podobieństwa z niższymi wodorostami. Według naszego mniemania, twór ten należy do bakteryi i różniczkowanie należy przeprowadzić między dwoma z 5-u głównych rodzin bakteryi, mianowicie między *bacteriaceae* i *chlamydobacteriaceae* ¹⁾).

¹⁾ W pracy niniejszej trzymamy się systematyki bakteryjnej MIGULI.

Do gatunku *bacterium* (rodziny *bacteriaceae*), który przedewszystkiem powinniśmy wziąć tu pod uwagę, należą krótsze lub dłuższe komórki cylindryczne, nie posiadające biczyków i nieruchome; jeżeli zaś zdarzają się długie nici, dawniej nazywane mianem *leptotrix*, to należy je rozpatrywać jako łańcuszki, tworzące się wskutek tego, że po dzieleniu się komórki nie oddzielają się całkowicie. Współczesna nauka nie przypuszcza możliwości istnienia niezmiernie długich komórek bakteryjnych i nici, występujące u bakteryi, posiadających także formę prętka, każe uważać bądź to za łańcuszki, bądź za formy uwstecznione.

Pod nazwą *chlamydobacteriaceae* należy pojmować grupę najwyżej uorganizowanych bakteryi, rosnących przeważnie w wodach błotnistych i gnijących, zwykle w postaci kolonii makroskopijnych, jednakże bardzo różniących się wzajemnie pod względem stopnia rozwoju; stanowią one poniekąd formy przejściowe od bakteryi do wodorostów. Bakterye te dotychczas są bardzo mało zbadane; wszystkiego opisano ich kilkanaście rodzajów. Tutaj należą gatunki, opisane już dość dawno pod nazwami: *cladotrix dichotoma*, *crenotrix Kühniana* i inne. Główną cechą *chlamydobacteriaceae* jest to, że bakteryjne komórki ich ułożone są w nici, posiadające wspólną otoczkę czyli pochwę. Na zasadzie spostrzeżeń oraz rozumowań, które tutaj pomijam, doszedłem do przekonania, że obserwowanego przeze mnie pasożyta nie można zaliczyć do *bacteriaceae*, a że raczej jest on jednym z niższych *chlamydobacteriaceae*. Wobec tego proponuję dlań nazwę: *chlamydotrix parasitica*. Dokładne zbadanie literatury przekonało mię również, że pasożyt ten nie może być uważany za identyczny z żadnym ze znanych „leptotriksów“.

Oprócz opisanego powyżej przypadku, obserwowałem jeszcze drugi, w którym również obecny był w żołądku ten sam pasożyt (*chlam. par.*) w skupieniach makroskopijnych.

W maju 1903 roku zgłosił się do ambulatoryum dra REJCHMANA chory, lat 60, ze skargami na niektóre objawy dyspeptyczne. Przed 2-ma laty zaraził się syfilisem. Odżywienie upośledzone. Przy badaniu w okolicy podżebrza lewego bliżej do linii środkowej wyczuwa się twardy, cienki, bolesny wałeczek. W przepłuczynach pustego na czczo żołądka znajdowało się 8—10 szaro-rdzawych kawałków, wielkości ziarnka kawy lub cokolwiek większych i mniejszych. Odczyn alkaliczny. Kawałki te posiadają słabą woń cuchnącą. Pod mikroskopem okazuje się, że posiadają one budowę identyczną z budową kolonii pasożyta nitkowatego, obserwowanego w opisanym powyżej przypadku. W niektórych kawałkach bakterye tak się tu rozmnożyły, że zdają się zagłuszać samego pasożyta. Takież same cząsteczki, bez znacznie drobniejszych rozmiarów obecnie były też w zawartości żołądka po śniadaniu próbnem, danem na drugi dzień choremu. Chory ten więcej się już nie pokazał.

Dwa powyższe przypadki były jedynymi, w których obserwowałem makro—i mikroskopijne kolonie wspomnianej bakteryi nitkowatej. Natomiast *sacchar. s. oid. alb.* [t. j. wegetacye pleśniowe o morfologii strzępki + konidie] dość często obserwowałem w zawartości czczego żołądka, przeważnie w postaci mikroskopijnych, nieraz jednakże i makroskopijnych kolonii. Kolonie

te w pewnej części przypadków pochodzą z gardzieli, często jednak i z żołądka jak o tem można się przekonać z elementów morfologicznych otaczającego kolonię śluzu. Mikroskopijne rozrosty *saccharomyces alb.* spotyka się w zawartości żołądka, czego przy najrozmaitszych objawach chorobowych żołądka a nawet czasem i u ludzi nie odczuwających żadnych nienormalnych objawów ze strony żołądka. Kolonie zaś makroskopijne spotykają się tylko w silnie wyrażonych stanach patologicznych żołądka. Tak na 150 badań zawartości żołądka na czczo znaleziono *saccharomyces alb.* 23 razy; z liczby tej przynajmniej w 4—5 przypadkach, t. j. w 20% obecne były też mniej lub więcej liczne kolonie makroskopijne. Nie dorównywuja one wielkością koloniom *chlamydotrix*. Zwykle przedstawiają się w postaci małych, spłaszczonych grudek lub nieprzezroczystych błonek wielkości łebka od szpilki lub siemienia lnianego, czasem cokolwiek większych; najczęściej wyglądem swym, barwą i kształtem robią wrażenie małych rozmokłych kawałeczków grubej szarej bibuły do pakowania; często otoczone są śluzem. Bujniejsze rozrosty *saccharomyces alb.* spotykamy w najrozmaitszych cierpieniach żołądkowych, połączonych z rozmaitemi zmianami w wydzielaniu. Z powyżej wspomnianych 23-ch przypadków w 11-u mieliśmy zmniejszenie lub zupełny brak kwasu solnego, w 7-u nadkwaśność, w 5-u zaś kwaśność była normalna. Nie ulega wątpliwości, że grzyb ten istotnie rozrasta się na błonie śluzowej żołądka; można to poznać po charakterze śluzu, którym otoczone są jego kolonie, jak również po tem, że bywają one wydobywane z żołądków, posiadających należyłą sprawność ruchową, w masach zaś zastojowych spotykają się rzadko i w postaci bardzo niewielkich rozrostów. Jako przykład podam przypadek następujący:

W czerwcu roku 1903 zgłosiła się do ambulatoryum dra REJCHMANA chora, której przed mającącą się wykonać operacją w okolicy kiszki ślepej polecono zbadać trawienie. Okazał się zanik wydzielania; A=10. W przepłuczynach żołądka czego znaleziono dużo drobnych strzępów śluzu, w których bardzo często dają się zauważyć już to szare nieprzezroczyste plamki wielkości siemienia lnianego, już to większe nieprzezroczyste takiej samej barwy błonki, przypominające swym wyglądem małe rozmokłe kawałeczki szarej bibuły. Pod mikroskopem okazuje się, że plamki te i błonki składają się z licznych gęsto obok siebie ułożonych strzępek i konidii *saccharom. s. oidium albicans*.

Na zasadzie obserwacji swoich, znaczenie pleśni dla żołądka wyobrażam tobie, jak następuje:

Zarodki pleśni, dostawszy się do żołądka i pozostawszy po przerzuceniu miazgi pokarmowej do dwunastnicy na jego ścianach, mogą w ciągu pewnego czasu [np. kilku godzin] wyrosnąć w strzępki, *resp.* nici (u *chlam. par.*), nie będące jednak w ścisłym stosunku z błoną śluzową żołądka i przeto nie posiadające żadnego znaczenia patogenetycznego.

Natrafiwszy na dogodny substrat pokarmowy, który w zasadzie polega na obecności w żołądku sprawy zapalnej, któraby dała bogaty w białko wysięk lub uszkodzenie powierzchni, elementy te mogą bujniej się rozrosnąć i, wrosnąwszy w zagłębienia błony śluzowej (*foveolae gastricae*), dać mikroskopijne, a nawet

i makroskopijne vegetacje charakteru pleśniowego. Nie wydaje mi się możliwym, aby pleśnie mogły się rozrastać na zdrowej błonie śluzowej, jest ona bowiem stale i ściśle pokryta śluzem, który, jak wiemy z prac nad tym przedmiotem, zwłaszcza zaś z pracy MAXER'a, posiada własności nie sprzyjające rozwojowi bakterii z grzybów. Z powyższego wynika, że mikro— i makroskopijne vegetacje pleśniowe pochodzenia żołądkowego są objawem stanów zapalnych żołądka (*gastritis*). I one jednak nie mają jeszcze istotnego znaczenia patogenetycznego. Tkanka bowiem, na której rosną, gdy ostry stan zapalny nieco przycichnie, reaguje obfitem wydzielaniem śluzu, który zamienia dawne podłoże grzyba i, pęczniąc, oddziela zwolna jego kolonie. Istotne wrastanie elementów pleśni między komórki tkanki nie wydaje mi się prawdopodobnym, za główny czynnik zaś, dzięki któremu vegetacje pleśniowe mogą pozostawać przez czas dłuższy w żołądku, uważam wrastanie ich w zagłębienia błony śluzowej, wskutek czego tworzą się jakby korzenie vegetacji.

W pewnych warunkach wszakże wspomniane vegetacje makroskopijne mogą przyjąć odrębny charakter i stać się istotnie szkodliwymi. Dzieje się to wtedy, gdy bakterie wstąpią w symbiozę z kolonią pleśni. Stan zapalny błony śluzowej musi być wówczas znacznie silniejszy. Powstające w ten sposób vegetacje symbiotyczne niewątpliwie okazują wpływ szkodliwy na błonę śluzową, przyczem głównym czynnikiem ich szkodliwości są bakterie. Poddają one bowiem rozkładowi saprofitycznemu wysięk zapalny, przepajający kolonię pleśniową, produkty zaś jego drażnią i niszczą powierzchowne warstwy błony śluzowej, wskutek czego powiększają jeszcze istniejący już stan zapalny.

Wreszcie powyższe symbiotyczne vegetacje mogą niekiedy przejść w takie, lecz cuchnące vegetacje, jakie obserwowaliśmy u chorej Dr.; prawdopodobnie jest to skutkiem osiedlenia się pewnych specjalnych rodzajów bakterii. Cuchnące produkty gnicia są bardzo szkodliwe, jak dla całego żołądka, tak i miejscowo, gdzie wywołują sprawę ropną i owrzodzenia.

Plan powyższy ma znaczenie schematu, ponieważ prawdopodobnie najczęściej już z samego początku osiedlenia się pleśni, określa się charakter ich vegetacji. Vegetacje pleśniowe na błonie śluzowej żołądka mają więc przede wszystkim znaczenie lokalne i główna ich szkodliwość mieści się w symbiozie, *resp.* w skojarzeniu się pleśni z bakteriami.

W przypadku dotyczącym chorej Dr., mamy objawy, które stoją w bezpośrednim związku z obecnością kolonii pleśniowych w żołądku. Są to mianowicie niezmiernie silne, odczuwane przez otoczenie, odbijania cuchnące, takąż woń zawartości, obecność w niej makroskopijnych kolonii pleśniowych, oraz oznaki ropienia w żołądku. Jest to więc kompleks objawów, będących w zależności od siebie, posiadający piętno oryginalne. Stan taki proponuję nazwać pleśnią cuchnącą żołądka (*eurotiasis ventriculi foetida*), stany zaś, w których obecne są pleśni w koloniach makroskopijnych bez objawów subiektywnych—pleśnią zwyczajną (*eurotiasis ventriculi simplex*)¹⁾.

Co się tyczy innych grzybów, o których występowaniu w żołądku wspominają przytoczeni powyżej autorowie, to istnieje ważny szczegół przemawiający

¹⁾ Z greckiego, od εἶδος, ὄστος — pleśń i εὐρωτῖαν — zapleśnić.

przeciw możliwości ich rozwoju w żołądku. Nie wszystkie grzyby bowiem wystrzymują ciepłotę 37°—38°, jaką mamy w żołądku. Tutaj należą: *penicillium glaucum*, *dematium pullulans*, *oidium lactis*. Natomiast *mucor* i *aspergillus* mogą rozmnażać się w tej temperaturze. Nigdy jednak nie spostrzegalem w żołądku ich aerobijnych vegetacyi i wogóle w zawartości żołądka nigdy nie obserwowałem wyższych postaci owocowania jakichkolwiek grzybów. Co się tyczy anaerobijnych postaci wspomnianych grzybów, to, jak powyżej nadmienilem, rozmnażają się one przeważnie zapomocą chlamydospor, form zaś o morfologii konidie + strzępki nie dają. Dla osoby zaś obeznaney nie jest trudnem odróżnić chlamydospory od właściwych konidii. Anaerobijne postaci te nie mają charakteru pleśniowego, a więc jak i pojedyncze strzępki *sacchar. s. oid.* [alb. nie stoją w żadnym stosunku do błony śluzowej, czyli są tylko przypadkowymi niewinnymi składnikami zawartości żołądkowej. Na 150 badań zawartości żołądka czczego znalazłem wistocie dwa razy twory, które uważam za anaerobijne vegetacye gatunku *mucor*; oprócz tego trzy razy obserwowałem drobne mikroskopijne vegetacye, składające się ze strzępek i konidii, bardzo wyraźnie zabarwionych na kolor szaro-brunatny. Czy była to jaka zabarwiona *monilia* lub *saccharomyces*, czy też co innego, odpowiedzieć nie mogę. Grzyby, spostrzeżane przez EINHORN'a, były podług wszelkiego prawdopodobieństwa obserwowanym i przez nas często *saccharom. s. oidium albicans*. Na zasadzie spostrzeżeń swych przychodzę do wniosku, że jedynie tylko ten grzyb na równi z bakterją *chlamyd. paras.* występuje w postaci makroskopijnych vegetacyi pleśniowych na błonie śluzowej żołądka, które niekiedy, jak w opisanym powyżej przypadku, mogą dać obraz pleśnicy cuchnącej żołądka.

ODCINEK.

— (0 2 3 0) —

Syfilis w stosunku do społeczeństwa.

Przez

dra Wacława Wesolowskiego,

lekarza ambulat. chorób skórnych i wener. w szpit. Ś-go Ducha.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

Ustaliwszy rolę, jaką odgrywa syfilis w cierpieniach nerwowych, zwróćmy uwagę na najbardziej zajmującą stronę całej tej sprawy i najmocniej syfilityków obchodzącą, a mianowicie, na rokowanie w chorobach syfilitycznych układu nerwowego. Otóż mamy 22% wyleczenia, 19% kończy życie mniej lub więcej szybko następującą śmiercią, 59% wprawdzie zostaje przy życiu, lecz z najrozmaitszemi kalectwami, które ze względu na jednostkę cierpiącą, jak i na otoczenie są nieraz gorsze od śmierci.

Do kalectw takich zaliczam rozmaite paraliże, zboczenia umysłowe, połączenia jednych i drugich, utratę wzroku, słuchu i t. p.

Jak widzimy, liczby nie usposabiają optymistycznie w rokowaniu cierpień nerwowych, wywołanych zmianami syfilitycznymi.

Smutny to obraz i jeszcze niestety — niepełny; dopełnienia zaś, których dokonać musimy, zrobią go jeszcze bardziej ponurym i przygnębiającym.

Oprócz cierpień nerwowych, o których powyżej mówiliśmy, wywołanych zmianami w układzie nerwowym natury syfilitycznej, istnieją jeszcze i takie, które nie będąc z natury swej syfilitycznymi, są bądź co bądź wywołane przez syfilis.

Cierpienia te nazywamy parasyfilitycznymi. Cierpienia te są bardzo częste, a jak są ciężkie, przedstawić sobie możemy, jeżeli do nich zaliczają się dwa cierpienia tak ustalonej reputacji, jak wiał rdzenia i paraliż postępujący. Smutny udział w wytwarzaniu tych cierpień stanowi niezaprzeczenie najsroższy bicz, jakim chłoscze syfilis swoje wobec tych dwóch cierpień, a szczególnie paraliżu postępującego bezbronnie ofiary. Nieodwołalny wyrok śmierci po kilku latach pobytu w domu obłąkanych bez najmniejszego promyka nadziei, towyrok okrutny dla paralityka postępującego, a szczególnie dotkliwy dla jego rodziny.

Drugą kategorię stosunków, wśród których syfilis znajduje pole do wykazania szkodliwego wpływu pod względem społecznym, stanowi małżeństwo. Najpierwszym niebezpieczeństwem dla męża syfilityka jest, rozumie się, przekazanie swej choroby żonie.

Żona, stając się syfilityczną, ponosi naturalnie wszystkie ryzyka osobiste, o których dopiero co mówiliśmy i wytwarza się jeszcze w małżeństwie położenie takie, że i mąż i żona mając syfilis, a prawdopodobieństwo na posiadanie zdrowego potomstwa znacznie się zmniejsza. Według obliczeń FOURNIER'a, na 100 kobiet chorych na syfilis wypada 20 mężatek, które zachorowały od swych mężów. Z tego widzimy, jak jest fałszywy pogląd, że na syfilis chorują tylko kobiety wątpliwej konduity.

Drugim niebezpieczeństwem, jaki stwarza syfilis dla małżeństwa są rozmaite dramaty małżeńskie, kończące się rozejściem stadła.

Trzecim niebezpieczeństwem, jakie przedstawia syfilis dla małżeństwa, jest nędza, którą wytwarza w rodzinie choroba, niedołęstwo fizyczne i psychiczne męża, ew. podpory rodziny.

Z tego, cośmy powiedzieli o syfilisie układu nerwowego, nie trudno chyba sobie wystawić, jak często mąż syfilityk może stać się zupełnie niezdatnym do żadnej pracy i z podpory stać ciężarem rodziny.

Statystyka wykazuje, że na 100 przypadków syfilisu trzeciorzędnego, 51 przypada na pierwsze 10 lat po zarażeniu, a 49 na lata późniejsze, tak, że często człowiek w wieku poważniejszym ponosi następstwa choroby, nabytej w swej wczesnej młodości, lub, jak się FOURNIER w formie aforyzmu wyraża: *c'est le mari qui paye la dette du garçon*.

Trzecią kategorię szkód, jakie wyrządza syfilis społeczeństwu, stanowią następstwa syfilisu dziedzicznego, wyrażające się głównie w wielkiej śmiertelności dzieci.

Syfilis zabija płód najczęściej w pierwszych zaraz miesiącach po zapłodnieniu, wywołując poronienie syfilityczne, tak często się zdarzające i tak znane.

Zabija płód także często i w dalszych miesiącach, powodując porody przedwczesne. Często także zabija dzieci w pierwszych godzinach zaledwie ich życia, lub pierwszych dniach, lub tygodniach.

Niekiedy zabija dzieci, już w starszym wieku, wytwarzając postaci chorobowe, znane pod nazwą syfilisu dziedzicznego późnego, właściwie mówiąc wrodzonego.

Statystyka urzędowa *de l'Assistance publique* w Paryżu podaje statystykę śmiertelności u dzieci obarczonych syfilisem dziedzicznym na 40%.

Bardzo wiele jest ogłoszonych spostrzeżeń, gdzie w rodzinach na 4, 5, 6, a nawet na 11 porodów, ani jednego żywego dziecka, [przypadek dra PORAKA 11 urodzeń — 11 śmierci], albo przypadek RIBEMONT-DESSAIGNES'a na 19 urodzeń 18 śmierci.

Takich przypadków jest b. dużo ogłoszonych. Podobne oddziaływanie na potomstwo mają i inne wpływy, jako to: gruźlica, alkoholizm, zatrucie ołowiem i t. p., lecz nigdy w tym stopniu, co syfilis.

Na odsetek śmiertelności dzieci, podług FOURNIER'a, ma również wpływ i pochodzenie syfilisu w małżeństwie:

1) jeżeli tylko ojciec ma syfilis, a matka zdrowa, to śmiertelność wynosi 28%;

2) jeżeli matka tylko chora, to 60%;

3) jeżeli i ojciec i matka, to 68%;

4) zależy także od położenia społecznego chorych rodziców. Warstwy ludności, dostarczające materiału do statystyki szpitalnej, dają 84—86% śmiertelności dzieci, obarczonych syfilisem ze strony matki, a praktyka miejska wśród warstw zamożniejszych tylko 60—61%;

5) procent śmiertelności bardzo dużo zależy od okresu choroby, w którym są rodzice i od czasu, jaki ubiegł od zarażenia rodziców, do chwili zapłodnienia. Największy odsetek śmiertelności dają pierwsze 3 lata, a szczególnie strasznym jest rok pierwszy.

FOURNIER obserwował w swojej praktyce prywatnej 90 kobiet zapłodnionych w pierwszym roku ich syfilisu, których ciężce zakończyły się 50 poronieniami i 28 przypadkami śmierci noworodków wkrótce po urodzeniu, a dzieci żyjące były wynikiem zaledwie 2 ciąży.

A zatem wypadło 88 przypadków śmierci na 90 urodzeń.

Czwartą kategorię szkód, jakie wyrządza syfilis społeczeństwu, stanowią z w y r o d n i e n i a r a s y na tle dziedzicznego syfilisu.

Syfilis, nie przechoząc nawet na następne pokolenia, w postaci znanego obrazu chorobowego, często piętnuje potomstwo syfilityków pewną a właściwą sobie anatomiczną i fizyologiczną niższością, tyjącą się pojedynczych tkanek, narządów, a nawet i całego organizmu.

To upośledzenie i skarłowacenie potomstwa syfilityków, występuje pod bardzo licznymi i wielce rozmaitymi postaciami, nie mającemi wprawdzie w sobie nic syfilitycznego z punktu widzenia klinicznego i anatomiczno-patologicznego. Smutna ta spuścizna polega często na obniżeniu ogólnej życiowej zdatności i odporności wobec nieprzyjaznych warunków istnienia, na zmianach ujemnych rozwoju fizycznego i psychicznego, wyrażających się w opóźnieniu, zatrzymaniu i niedoskonałościach tegoż, które niekiedy dochodzą do kalectwa i potworności.

Ten drugi typ spuścizny, jaką otrzymuje potomstwo rodziców syfilitycznych, FOURNIER nazywa dziedziczością parasyfilityczną, która nie wyłącza możności jednoczesnego istnienia objawów syfilisu wrodzonego lub nabytego. Zboczenia rozwojowe na tle syfilisu dziedzicznego dzielą się na 3 grupy:

1) zboczenia ogólne, tyjące się całego organizmu;

2) zboczenia częściowe, obejmujące niektóre tylko narządy, lub łącznie tylko jeden;

3) zboczenia nieokreślone pod względem rozległości, lecz cechujące się nadmiernie wysokim stopniem zboczeń rozwojowych, które nazywamy potworami.

Z b o c z e n i a o g ó l n e.

Do takich zboczeń, piętnujących dzieci obarczone dziedziczością syfilityczną, należy przedewszystkiem wygląd ogólny dziecka, jego wyraz twarzy i stan ogólny jego sił życiowych. Cechy te występują bardzo wczesnie, często

od chwili przyjścia na świat dziecka lub też nieco później. Dzieci takie odznaczają się szczególną wåtłoscią wrodzoną, prawie zupełną niezdatnością do życia i umierają bez zmian patologo-anatomicznych, które uzasadniają zwykle śmierć na stole sekcyjnym.

Podług znakomitego wyrażenia FOURNIER'a, dzieci te umierają bez przyczyny, ponieważ nie mają sił do życia. „*Ce sont des enfants, qui meurent de rien. A proprement parler il meurent parce qu'ils nont pas la force de vivre*” powiada FOURNIER.

Wyraz twarzy u takich dzieci ma także swój właściwy charakter. Twarz pomarańczowa, zmarszczki duże, skóra robi wrażenie jakby była za dużą, co dodaje twarzy wyraz przedwcześnie starczy, cera również starcza, ciemna, jakby okopcona. Brak zwykłego stosunku pomiędzy wielkością twarzy a nadmiernie dużymi ustami i oczami nadaje twarzy wyraz małpi. U dzieci w wieku późniejszym ogólne cechy występują znacznie mniej wyraźnie, chociaż często dzieci takie odznaczają się szczególną wåtłoscią, skłonnością do chorób i dziwną cerą nie tyle bezkrwistą, ile szarawą, jakby okopconą, ziemistą, która się rzuca w oczy.

Do zboczeń ogólnych należą następnie opóźnienia i niedokładności rozwoju fizycznego. W pierwszej linii tak zwany „*infantilisme*” — dziecięctwo.

Słyszy się dosyć często opowiadania i skargi z powodu, że to lub owo dziecko rozwija się zbyt wolno, rośnie wolno, zaczyna chodzić późno, nie zaczyna mówić w właściwym czasie, dostaje zębki później czasami o kilka miesięcy lub dłużej jeszcze.

Często u tego rodzaju osobników i w późniejszym wieku widzimy zbożenia rozwojowe, polegające na tem, że niektóre narządy pozostają zupełnie na stopniu rozwoju, właściwym dzieciom. U chłopców niedorozwój tego rodzaju spostrzegać można na organach płciowych: u dziewczynek spostrzegamy analogiczne opóźnienie menstruacji, która czasami zjawia się dopiero około roku 20-go albo jeszcze później, lub też wcale się nie zjawia, co jest w zależności od stanu zanikowego lub niedorozwoju macicy i jej dodatków.

Brak menstruacji idzie w parze zwykle z niedorozwojem piersi i brakiem włosów na organach płciowych i pod pachami. U chłopców analogiczne zbożenia w uwłosieniu wyrażają się jeszcze w dodatku brakiem włosów i brody.

Dzieci tego rodzaju wyrastają zwykle na osobniki, które zawsze wyglądają młodziej nad wiek, w którym są właściwie. Krańcowe zaś typy tych niedorozwiniętych dzieci są zupełnymi karłami.

W pewnym stosunku z dziedzicznością syfilityczną stoi również i krzywica u dzieci. Stosunek ten nie należy rozumieć tak, że krzywica jest cierpieniem syfilitycznym lub że wyłącznie tylko przez syfilis może być wywołaną, lecz że syfilis może odegrać pewną, a nawet znaczną rolę w etyologii krzywicy z powodu swego ujemnego oddziaływania na odżywianie. I rzeczywiście spostrzeżenia kliniczne dają nam dowody równoczesnego istnienia krzywicy i objawów syfilitycznych u dzieci dziedzicznie syfilisem obarczonych lub też w rodzinach syfilitycznych spotykamy u jednych dzieci objawy syfilisu, a u drugich krzywicy.

Dziedziczność syfilityczna niezawsze wytłacza swe piętno na całym organizmie, jak to wyżej widzieliśmy, mówiąc o zbożeniach ogólnych. Zdarza się często, że wpływy jej ograniczają się tylko do oddzielnych części organizmu lub też oddzielnych narządów.

Do takich zjawisk należą zbożenia w budowie czaszki, wyrażające się najczęściej na czole.

Dla przykładu zaznaczamy: czoło tak zwane olimpijskie — wypukłe, nie-normalnie wysokie i szerokie, czoło z ogromnymi guzami bocznymi, czoło przy-

pominające spód okrętu ze względu na wygórowanie po środkowej linii i t. p. Podobne również zboczenia rozwojowe spostrzegano i na innych częściach czaszki.

Do zboczeń w budowie czaszki u dzieci obarczonych dziedzicznością syfilityczną należą:

1) nierównomierność rozwoju odpowiadających sobie części czaszki;

2) zrosty czaszkowe, polegające na znikaniu jednego lub wielu szwów normalnie istniejących;

3) zboczenia kształtu czaszki. Tutaj różnaitość bywa jak największą.

Dość powszednim typem czaszki wśród dzieci obarczonych dziedzicznością syfilityczną jest tak zwana „acrocephalia” — czaszka z znacznie wzniesionym sklepieniem.

Zdarza się się także *dolichocephalia* i *scaphocephalia*. FOURNIER dosyć często spostrzegał *microcephalia*.

W pewnym związku z syfilisem dziedzicznym stoi również *hydrocephalia*, wodogłowie. Syfilis dziedziczny bowiem powoduje usposobienie do wodogłowa.

E. FOURNIER [syn] zebrał 170 przypadków wodogłowa u syfilityków dziedzicznych.

Prof. FOURNIER często widywał u dzieci z syfilisem wrodzonym nadmierne rozwinięte, rzucające się w oczy żyły na głowie, często zdarzające się razem z wodogłowiem. Najczęściej występują one na skroniach, około wewnętrznego kąta oka i na czole. Objaw nie jest dokładnie wyjaśniony, a zależy albo od przeszkód w krwiobiegu wewnątrzczaszkowym, albo też od zmian w krwiobiegu miejscowym. [C. d. n.]

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Sterylizacja katgut. W Nrze 3 b. r. „Zentralblatt f. die gesammte Medicin“ dr SALKINDSOHN z Wilna poleca pewną zmianę sposobu sterylizacji katgut, która, zdaniem jego, ma większe zalety i dlatego przez szerszy ogół chirurgów powinna być należycie wypróbowaną. Niedawno podany przez dra BLOCH'a sposób sterylizacji katgut, który, jako bardzo łatwy, zwrócił na siebie ogólną uwagę, polega na pogrążeniu katgut nawiniętego na szklane rolki w roztworze LUGOL'a [1 cz. *Jodi puri*, 10 cz. *Kali jodati*, 100 cz. *Aq. destill.*]. Po 8-u dniach katgut jest zupełnie odkażony, a zatem odpowiedni do użycia. Jednak ten sposób ma tę wielką wadę, że katgut przy dłuższym przechowywaniu w wymienionym płynie traci na trwałości. Sposób dra SALKINDSOHN'a nie ma tej wady. Płyn, którego używa dr S., składa się z 1 cz. *Trae jodi* i 15 cz. *Spirit. vini* [50°], t. j. $\frac{2}{3}\%$ *Jodi puri* w *Spirit. vini* [50°]. Zwykły katgut, nawinięty na szklane rolki długości nie więcej nad 3 metry, powinien być pogrążony do wymienionego płynu w ciemnym miejscu na tydzień, poczem może być bez obawy użyty. Podczas operacji katgut kładzie się do miseczki napelnionej tym samym płynem; pozostały katgut może być nadal przechowany. Tym sposobem odkażony katgut posiada następujące własności: jest zupełnie odkażony, nie pęcznieje, nie skręca się, nie rozciąga się i nie rwie się; jest miękki, giętki, łatwo się wiąże i jest tak trwały, jak zwykły kupały katgut. W ranie nie wchłania się zbyt prędko, zupełnie nie drażni tkanek, a stopniowo wydzielający się z niego jod, chroni go od przypadkowego zakażenia przez ręce operatora. Główną zaś zaletą tak przygotowanego katgut jest to, że zachowuje swą trwałość długo, przynajmniej przez rok.

H. Kaczyński [Parczew].

— Trzy przypadki zastosowania cięcia cesarskiego metodą PORRO u kobiet chorych na rozmięknienie.

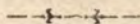
n i e k o ś c i (*osteomalacia*) podaje CAMPIONE. Operacji dokonano na kobietach, w 10-ym miesiącu ciąży będących. We wszystkich tych przypadkach zwięźenie miednicy wysokiego stopnia, jako następstwo rozmięknienia kości (*osteomalacia*), było wskazaniem do cięcia cesarskiego. Przy każdej z tych operacji po przecięciu ściany brzusznej i trzonu macicy wydobywano płód żywy donoszony; następnie dokonywano amputacji trzonu macicy według metody PORRO tuż nad ujściem wewnętrznym szyjki macicznej. Jajniki z jajowodami usuwano również. Dwie pierwsze operacje trwały każda 45 minut, a trzecia około 5 kwadransów. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był prawidłowy.

Zestawiając 3 te przypadki, autor przychodzi do wniosku, że wskazanie do operacji cięcia cesarskiego było w każdym z nich bezwzględne z powodu wysokiego stopnia zwięźenia wychodu miednicy, zezwalającego na wprowadzenie jednego zale dwie palca do pochwy. Z dwu zaleconych typów amputowania trzonu macicy [jeden polega na wykonywaniu cięcia tuż na granicy przejścia szyjki w trzon macicy, drugi na odcinaniu macicy o wiele niżej], autor wybrał pierwszy, t. j. cięcie tuż nad ujściem wewnętrznym macicy, jako według niego najodpowiedniejszy.

Zwracając uwagę na doniosłość operacji PORRO dla chorych na rozmięknienie kości, autor dowodzi, że liczba kobiet na rozmięknienie kości zwiększa się we Włoszech coraz bardziej. Przyczynę tego upatruje w warunkach klimatycznych i w glebie, jako też w złem odżywianiu się ludu, które jest powszechnem z powodu ubóstwa jego.

(*Archivio di ostetricia e ginecologia*, 1904 r. Nr. 1). Olgierd Jałowiecki.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



I. Odpowiedź na list otwarty dra A. Kosińskiego, zamieszczony w Nrze 19 Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE.

Dr Kosiński utrzymuje, że „podział przypadków płonicy na lekkie, średnie, ciężkie i bardzo ciężkie“, zrobiony jakoby przeze mnie, „nie wytrzymuje krytyki“— otóż oświadczam, że podział ten zapożyczyłem od MosER'a z Wiednia, którego cytuje dr ALFONS MALINOWSKI w swojej pracy „o leczeniu płonicy swoistą surowicą“, a w niej pisze o rozmaitych stopniach płonicy; to samo czyni KAMIENSKI [ostatnie numery *Gazety Lek. z ub. r.*] i RABEK [17 i 18 Nr. b. r.]; wspominają też o tem podręczniki BAGIŃSKIEGO i HUETTENBRENNER'a—ten ostatni mówi, że bywają przypadki płonicy, w których objawy w ciągu 3 — 6 dni najzupełniej znikają, gdzie pomimo braku wszelkiej opieki, żadna z chorób następczych nie powstaje. Tak samo spostrzegano lekkie i b. ciężkie postaci i w innych ostrych, zaraźliwych, chorobach, np. w tyfusach, odrach, połogowych gorączkach i t. d. Dr MALINOWSKI używał surowicy przeciwploniczej PALMIŃSKIEGO tylko w ciężkich i b. ciężkich przypadkach, tak samo postępuje dr RABEK, ogłosiwszy niedawno 6 przypadków leczonych tą surowicą, przy czem zaznacza, że „przypadki płonicy łagodnej nie potrzebują stosowania surowicy“. Okazuje się z tego, że ja nie wymyśliłem nic nowego i że inni koledzy trzymali się tych samych prawideł przy stosowaniu surowicy przeciwpl., pozostawiając lekkie postaci naturalnemu przebiegowi, może i przez wzgląd, na „p o s u r o w i c z e w y s y p k i“, jakie się czasami przytrafiają przy wprowadzeniu większej jej ilości [50 cm.] do organizmu dziecięcego. Z drugiej strony wiadomo, że ciężkie powikłania płonicy towarzyszą zwykle ciężkim jej postaciom. Jeżeli zaś zdarzają się i w postaciach lekkich późniejsze powikłania ze strony głównie nerek, to te, mojem zda-

niem, często przychodzą niespodzianie w nieprawidłowych formach, a najczęściej w płonicy bez wysypki, w której chory nie znajdował się pod obserwacją lekarską i nie zachowywał odpowiednich przepisów higienicznych do 6-u tygodni.

Dr Kos, przypisuje mi niesłusznie, że uważam surowicę przeciwpł. PALMIRSKIEGO za swoistą dla płonicy; ależ ja w swojej pracy nigdzie nie wyraziłem tego poglądu i nawet nie użyłem ani razu tego wyrazu. Rozprawy o swoistości surowicy PALMIRSKIEGO odbywały się na 2-ch posiedzeniach Warsz. Towarz. Lekar. 17 i 24 listopada z. r. i nie zostały rozstrzygnięte z powodu braku odpowiedniej ilości materiału klinicznego; rozstrzygnięcie więc tej kwestyi nie leżało w mojej kompetencji.

Co się tyczy 18 przypadków płonicy, leczonych przez dra BERENFUSA małemi dawkami przeciwpaciork. surowicy MARMORKA, które przytoczyłem w krótkości na końcu mej pracy, to widocznie te przypadki najwięcej obchodzą dra Kos. i są dlań więcej przekonywające, niż spostrzeżenia innych, gdyż mówi on: „według mego przekonania trudno o realniejsze wyniki, niż dra BER.“. Obserwując osobiście niektóre z tych przypadków, nie mogłem dojrzeć tych „realnych wyników“, gdyż dr B. nie podał mi dokładnego opisu przebiegu choroby od początku jej do końca [nie badano zachowania się ciepłoty, tętna, przebiegu powikłań, z wyjątkiem tych, które się zakończyły śmiercią]. Prócz tego wiadomo mi, że dr B. stosował surowicę często w przypadkach lekkich, przebiegających łagodnie i nie wymagających żadnego leczenia.

Uważam polemikę za wyczerpaną.

15 maja 1904 r.

Józef Poczobut [Łuck na Wołyniu].

2. Z powodu notatki w № 20-ym „Gazety Lekarskiej“ o powstać mającej Bibliotece „Jędrzeja Śniadeckiego“.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W numerze 20-ym „Gazety Lekarskiej“ z r. b. została umieszczona notatka, w której Redakcja, podając wiadomość o powstać mającej Bibliotece dzieł znakomych lekarzów i przyrodników polskich im. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, odmawia z góry temu wydawnictwu znaczenia, na jakie ono zasługuje. Redakcja wolałaby zamiast Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO dobrze wyposażoną pracownię naukową, założoną siłami zbiorowemi.

Jako jeden ze zwolenników wydawania Biblioteki dzieł znakomych lekarzów i przyrodników polskich, chciałbym stanąć w jej obronie, gdyż uważam, że wydawnictwo to może mieć duże znaczenie, przyczyniając się w pewnej mierze do samodzielnego rozwoju naszego życia umysłowego.

To dziwna rzecz, iż u nas, gdzie tak trudno wprowadzić w czyn jakąkolwiek myśl, li dobro publiczne mającą na celu, iż u nas, gdy wreszcie znajdzie się ktoś, kto myśl tego rodzaju chce urzeczywistnić, rychło spotyka się z krytyką, miasto zachęty i moralnego poparcia.

W Poznaniu, gdzie ruch naukowy polski zamierać się zdaje, nie mogąc żyć pełnym życiem, nie brak jednak ludzi dobrej woli, którzy ręk nie opuszczają i służą poczciwej sławie, jak mogą. Do tych ludzi należą i wydawcy „Nowin Lekarskich“. Walcząc z wielkimi trudnościami, wydają oni ten miesięcznik lekarski; chcąc zaś coraz więcej przynosić pożytku społeczeństwu, przystępują teraz do nowego wydawnictwa—do Biblioteki JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, a to, aby „pogłębić myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzów i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej“. Tak, bo nic tak nie pogłębia myśli naukowej, jak rozczytywanie się w dziełach znakomych uczonych, i nic tak nie zachowuje tradycyi naukowej, każdego narodu, jak popularyzowanie jak najszerze myśli i czynów wybitnych jego ludzi. Tak postępują wszystkie kulturowe narody. U nas jednak inaczej. U nas tradycya naukowa ciągle się przerywa. Dlatego tymbardziej powinniśmy dbać o jej podtrzymanie.

wanie. Jednym ze środków podtrzymywania tej tradycji może być i Biblioteka JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO. I gdyby jej redakcja uprzystępiła szerokiemu ogółowi lekarzów naszych tylko pisma JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, CHALUBIŃSKIEGO, SZOKAŁSKIEGO i NENCKIEGO w krytycznym wydaniu, to i za to powinniśmy jej być wdzięczni. Zapewne każdy przykłaśnie myśli założenia zbiorowemi siłami dobrze wyposażonej pracowni naukowej, ale założenie takiej pracowni zależy od wielu warunków, które niezawsze jesteśmy w stanie przewyciężyć. Lecz mówiąc szczerze i otwarcie, znowuż tak bardzo na brak pracowni naukowych uskarżać się nie możemy, bo nie brak ich nam i w Krakowie i we Lwowie, gdzie jest uniwersytet i Akademia weterynarska i w Warszawie. Cóż, kiedy pracowników w tych pracowniach zbyt wielu nie mamy. Uskarżać się nam godzi raczej na brak pracowników naukowych, niż pracowni.

Kończąc, dodam jeszcze jedną uwagę. Sądzę, że powinna nas tylko napawać radością okoliczność, że tam, gdzie o założeniu polskiej pracowni naukowej teraz jeszcze mowy być nie może, że tam jednak ludzie starają się o to, aby choć czymśkolwiek przysłużyć się nauce polskiej.

Adam Wrzosek [Kraków].

Odpowiedź Redakcyi.

Kol. WRZOSEK myli się, twierdząc, iż Redakcja Gazety Lekarskiej, „odmawia z góry znaczenia wydawnictwu Biblioteki imienia JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO“. Nie przypuszczała ona nawet, by można było wyciągnąć podobny wniosek ze słów, jakie umieściła, donosząc czytelnikom o zamierzonym w Poznaniu nowem wydawnictwie. Wszak wyraźnie tam jest powiedziane, iż „niepowątpiewamy o pewnej korzyści z ponownego wydania Teoryi jestestw organicznych i zapewne niejednego jeszcze dzieła, jakie pojawi się w Bibliotece“. Dalej, autor listu widocznie nie jest wtajemniczony w ducha działalności Gazety Lekarskiej i w jej dotychczasowe czyny, skoro z okazji wzmianki *quasi* niepoehlebnej dla „Biblioteki imienia JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO“, której jest jednym z inicjatorów, wciąga Gazetę Lekarską pod jedną rubrykę z tymi, którzy szkodzą wprowadzaniu w czyn jakiegokolwiek myśli li dobro publiczne mającej na celu ¹⁾. Obrażona lub zadrażniona ambicya osobista nie powinna upoważniać nikogo do robienia drugiemu zarzutu czynu nieszlachetnego. Wiemy tak dobrze, jak i kol. W., jeśli nie lepiej, bo poparci długoletniem własnem doświadczeniem, jak trudne są warunki istnienia polskich pism lekarskich, a specjalnie „Nowin Lekarskich“, z jak wielorakimi przeszkodami borykać się one muszą; toteż za wytrwałość i dotychczasową działalność piszemy się z najwyższym uznaniem dla ich wydawców, lecz musimy zaraz dodać, czy sprostować, że i warszawskie czasopisma lekarskie nie opływają w dostatki, że walczą również z wielkimi trudnościami, że właściciele ich nie tylko nie ciągną z nich żadnych zysków materialnych, lecz niejedyn z własnej kieszeni sporo grosza corocznie dopłaca, aby je uchronić od głodowej śmierci. Z przykrością tę kwestyę poruszamy, jako dotyczącą i nas samych, zwłaszcza że nie uważamy sobie tego za zasługę, lecz za jeden z naszych obowiązków, lecz musieliśmy to zrobić, aby przypomnieć, czy pouczyć autora listu, iż w nie wiele lepszych znajdujemy się warunkach, niż koledzy poznańscy.

Uwagi w Nr. 20 Gazety Lekarskiej podyktowała nam jedynie wątpliwość, czy przedrukowywanie starych dzieł, zawierających bezwątpienia niejedną ciekawą i głęboką myśl, może „pogłębić myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzów i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej“, bo przedewszystkiem dzieła te nie są białymi krukami i każdy z chcących może je mieć, czy wypożyczyć i w nie się zagłębiać i były one zapewne przez niejednego czytane i admiirowane, a mimo to nie zapłodniły jakoś żadnego umysłu do nowych pomysłóv i odkryć. Nie ludźmy się sami, lecz

¹⁾ Wydawcy naszej „Gazety“, prócz udziału czynnego we wszystkich lub inicjatywy w wielu sprawach społeczno-lekarskich, wydali własnym nakładem 13 dzieł [10 oryginalnych i 3 w tłumaczeniu] i 182 zeszyty „Odczytów klinicznych“ [z tych 76 oryginalnych].

przynajmy otwarcie, iż produkcya nasza naukowa wogóle jest maleńką, a w ostatnich nawet czasach, wobec ogromu postępu nauk biologiczno-lekarskich na Zachodzie, zmalała jeszcze więcej. Słęczenie nad starami, często przestarzałemi książkami, nie przysporzy nam dobytku naukowego. Historia medycyny wogóle, a specjalnie naszej, może tylko sprostować pewne fakty i to nie pierwszorzędnego znaczenia, może wykryć niejedną szczegół zapomniany, lub zapomniany, któryby może nie wiele nawet stracił, gdyby dalej leżał w kurzu zapomnienia, — lecz nauki nie posunie ani na krok, a o to nam chodziło, mówiąc w Nr. 20-ym Gazety Lekarskiej, iż raczej postarać się powinniśmy o „założenie siłami zbiorowemi dobrze wyposażonej pracowni naukowej, w której możnaby zużytkować siły naukowe już istniejące i wyrobić na przyszłość nowe”. I dziś mimo uwag kol. WRZOSKA powtarzamy, że w obecnym stanie nauk przyrodniczych, *resp.* medycyny, powinniśmy kroczyć tą samą drogą, która na Zachodzie wydała tak wspaniałe owoce a której i my zawdzięczamy tę garstkę uczonych, jacy ozdobili karty naszej historii medycyny, lub obecnie istnieją jeszcze i zaszczytnie pracują — a jeśli chcemy zwiększyć ich zastęp i zająć wybitniejsze stanowisko w nauce, to stwórzmy naukowy warsztat i to dobrze wyposażony. Na ten ostatni warunek kładziemy duży nacisk, bo kol. W. wprawdzie słusznie twierdzi, iż raczej brak nam pracowników, a nie pracowni, lecz twierdzenie jego jest jednostronne, zapomina on iż pracownie obecne tak są wyposażone, iż chętnemu pracownikowi mogą dać kącik do pracy, nieco odczynników, narzędzi etc, ale nie dadzą nic na kawałek chleba i inne potrzeby śmiertelnika a przecież nawet najfanatyczniejszy pracownik musi od czasu do czasu czemś głód zaspokoić, musi mieć kawałek dachu dla siebie i najbliższej rodziny, inaczej nie będzie mógł spokojnie oddać się pracy umysłowej i po pewnym czasie, jak to dziś bywa, ulegnie zniechęceniu i porzuci pracę umysłową, dla zwykłej rzemieślniczo-zawodowej, bo ta jedynie zapewni mu egzystencję i usunie troski o przyszłość. Nadto pracownia, jaką mamy na myśli, winna mieć stale kilku kierowników, którzy powinni zrzec się innego zarobkowania, a mieć zaspokojone potrzeby bieżące i przyszłość i to nawet dla rodziny [emerytura] ¹⁾. A gdy dojdziemy do posiadania takich kuźni naukowych, gdy zdobędziemy się, jeśli już nie na dziesiątki, to przynajmniej na jednostki pracowników, którzy wprowadzą myśli i odkrycia polaków do panteonu wiedzy i nauki, a wdodatku jeśli i kieszeń będzie pełna, to i my dopiero wówczas powiemy — z mniejszą tylko, niż kol. W. emfazą — iż napawa nas radością okoliczność, że obok takich pracowników, są i inni, którzy dla przysłużenia się choć czymśkolwiek nauce polskiej, przedrukowują stare dzieła lekarskie polskie.

1) Nie trudnoby nam było z gruntu zmienić pojęcie niedokładne, jakie ma kol. W. o naszych pracownikach, lecz dla wielu względów—choćby żeby czytelnika dłużej nie trudzić—kwestyę tę urrywamy.

Wiadomości bieżące.

— D. 25 maja r. b. nastąpiło pochowanie zwłok ś. p. LEONA NENCKIEGO na cmentarzu kalwińskim. Trumnie pokrytej licznymi wieńcami od Towarzystw naukowych, od naszej Redkcy, od kolegów, przyjaciół i rodziny towarzyszył mnogi zastęp publiczności, a nad gobem prócz pastora JELENIA, przemówili kol. H. NUSBAUM i prof. BOGUSKI.

— Przemówienie dra NUSBAUMA.

Niedawno na tem miejscu w smutku głębokim oddawaliśmy ziemi na wieczność zwłoki ś. p. MARCELEGO NENCKIEGO; nieprzytomnym niemal z bólu był wtedy LEON — tak gorąco i tak przepięknie kochał i czcił wielkiego swojego brata! Zdawało się,

że coś w nim samym umarło, i słusznie, od owej bowiem chwili, od owego wielkiego wstrząsu bolesnego, kwiat jadowity śmierci kiełkować zaczął w sercu braterskiem i stale rosnąc, po niespełna dwóch latach przerwał tę życia nić, nić w całym znaczeniu tego wyrazu szlachetną i iście wartościową. Bo w ś. p. LEONIE NENOKIM pod pozorem może pewnej szorstkości i suchości, biło serce wyjątkowo zacne, szlachetne, wyjątkowo dobre i tkliwe!

To nie jest, słuchacze żalobni, zwrot apologiczny konwencyonalnej mowy pogrzebowej!

To jest świadectwo przyjaciół i kolegów, w głęboko smutej i w tragicznie uroczystej chwili wygłoszone, jako słaba, bezwątpienia, ale przynależna zgasłemu nagroda! Tak jest Leonie! Tu głośno wypowiadamy sąd nasz o Tobie; byłeś wyjątkowo, prawdziwie wyjątkowo zacnym, prawym, dobrym człowiekiem i obywatelem.

Kochałeś gorąco tych, co na miłość Twoją zasługiwali, a nie miałeś nienawiści dla tych, których przęcięte serce bez skrupułu nienawidzi.

A tu gdzie kochałeś, miłość Twoja płynęła potokami nie słów, ale czynów, uczynków dobrych, usług, wkraczających nieraz w dziedzinę poświęcenia.

A w miłości Twej byłeś wierny i stały, byłeś mężem, na którego można było w każdej potrzebie nieomylnie liczyć! Kóchałeś gorąco rodzinne społeczeństwo, Kochałeś je szczerze i rozumnie!

I tu miłość Twoja nie płynęła potokami frazesów jaskrawych, łatwo poklask zdobywających, ale potokiem wielkiej, niepospolitej pracowitości, gorliwości i ciągłych trudów, składanych na ołtarzu użyteczności publicznej.

Pracowitość Twoja nie jednym była uwieńczona użytecznym owocem, zwłaszcza w dziedzinie chemii, ale o zasługach Twoich w tej dziedzinie, opowie tu kto inny; ja tylko zaznaczę, że higieny naukowej w kraju naszym, Tyś był jednym z najpierwszych i najpożyteczniejszych orędowników zarówno na długoletnim stanowisku chemika szpitali warszawskich, gdzie dzień w dzień pracowałeś, w bardzo znacznej mierze bezinteresownie, dla sprawy zdrowia publicznego i byłeś pomocą każdemu, ktokolwiek sumiennie poszukiwaniom naukowym chciał w pracowni Twej się oddać, którą kilkudziesięciu cennymi pracami wzbogaciłeś, jak również na stanowisku Vice-Prezesa i członka Warsz. Tow. higienicznego i długoletniego pracownika Redakcyi Gazety Lekarskiej. Wiedzy swej i wielkiej dobroci serca dawałeś świadectwo w wieloletnim i użytecznym pełnieniu obowiązków ordynatora szpitala Ś-go Ducha.

Pracowita dążność do wiedzy była godłem życia Twojego, dziwnie miękka dobroć serca— istotą pięknej Twej duszy, skromność niepospolita — aureolą świetną, która skronie Twe zdołała szlachetne!

Ległeś drogi LEONIE w grobie przedwcześnie, a na tej szarej ziemi, na tej arenie życia trwającego dalej, pozostaje po Tobie jasna i trwała smuga świetlna pożytku, jakiego społeczeństwu swojemu życiem swem pracowitem przyniosłeś; pozostaje ciemna żalność i pamięć o Tobie tkliwa a trwała w sercach tych wszystkich, którzy Cię bardzo, bardzo kochali i bardzo, bardzo cenili! Spij w spokoju!

— P r z e m ó w i e n i e prof. BOGUSKIEGO.

Żalobni słuchacze!

Ś. p. LEON NENOKI był nie tylko lekarzem, nie tylko członkiem konsystorza,— był on uczonym chemikiem, należy mu się przeto od grona chemików słowo po żegnania i grudka ziemi na zwłoki z westchnieniem: oby mu lekka była. Spełniając wolę kolegów zrzeszonych w sekcji chemicznej, wolę tak zgodną z memi osobistemi uczuciami—żegnaj Cię, drogi Cieniu, zapewnieniem, że praca Twa nie poszła na marne, zostawiając trwałą pamięć w sercach i umysłach naszych,—nie zapomnimy ani o tych odkryciach, których dokonałeś i które, zapisane w roczniki nauki, są urzędowo—jeśli się tak wyrazić można—zanotowane, jako studia nad utlenieniem mesitylenu, kumolu, kwasu hipurowego i innych w organizmie, lecz nie wygaśnie wśród nas i pamięć o tem, żeś jeden z pierwszych, a może i pierwszy wśród nas—stosował z konsekwencyą prawdy ściśle chemiczne do higieny, medycyny i szpitalnictwa.

To wielka zasługa, to poważne dzieło — to spełnienie wielkiej Maxwellowskiej zasady, że ludzkość największe pożytki odnosi zawsze z wzajemnego krzyżowania się nauk, tą bowiem drogą jedynie na miejscu starych rutyn wyrastać mogą nowe od zarzuconych lepsze, bardziej celowe, bardziej racjonalne.

A oceniamy i wdzięczni Ci jesteśmy nie tylko za to, iżeś był zawsze racjonalny i ścisły dzięki przymiotom Swego umysłu, tak pokrewnego umysłowi Twego nieodżałowanego brata; oceniamy i wdzięczni Ci jesteśmy nie mniej za przymioty Twego serca. Nie miałeś wrogów — miałeś tylko przyjaciół, dlatego, że sercem dobrem ogarniałeś tych, z którymi stykałeś się, umiałeś być dla słabszych pobłażliwym i pomocnym, dla wszystkich szczerym i uczynnym.

Tracimy w Tobie wiernego towarzysza, jakim sekcyja nasza słusznie się chlubić będzie; niechaj pamięć o Tobie przetrwa długo i niechaj Ci lekka będzie ziemia, którą tak kochałeś i dla której całą mocą swego ducha pracowałeś!...

O G Ł O S Z E N I A.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 zawakuje sześć stypendyów, każde po rb. 300 rocznie, z legatu ś. p. dra **WALENTEGO KOZOROWSKIEGO**, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia **KOZOROWSKICH**, b) **CHILEWSKICH** synowie i ich następcy z linii prostej **STANISŁAWA CHILEWSKIEGO**, w Galicyi zamieszkali; c) **STROJECCY**, synowie po **ADOLFIE STROJECKIM** i ich następcy; d) **LECHOWSOY**, synowie i ich następcy po **KACPRZE LECHOWSKIM**; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący sobie ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7] najpóźniej do dnia 15 września r. b. z wykazaniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczaniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczony dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr Hoyer*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 207 rocznie, z legatu ś. p. doktora **IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO**, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, powiecie olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Życzący sobie ubiegać się o rzeczony stypendyum, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczaniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczony dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr Hoyer*.

Wydawca, **Dr Jan Pruszyński**.

Redaktor odpowiedzialny, **Dr Wł. Gajkiewicz**.