№ 16. Warszawa d. 16 Kwietnia 1887 r. Tom VII.
SERYJA II. — ROK XXII.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.
Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie 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.

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 racyję bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek 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 pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbicie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencyi z podobnemi wyrobami zagranicznemi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcyjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu. **M. Mutniański.**

0—1

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE, OCHRYPNIENIU, CHOROBOM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsułek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastylki Géraudel są

JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez **międzynarodowy** sąd przysięgłych **na wystawie** powszechnej 1878 r. **w Paryżu.** Wypróbowane **na mocy decyzyi** ministerjalnej **za przedstawieniem** Rady Zdrowia **armji.**

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:
A. GÉRAUDEL
6 SAINTE-MENEHOULD
wymagać Marki fabrycznej.)

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddycha przejmuje się wyziewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastylki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecaną. *Są one niezbędne dla palących tytoniu, dla osób nadwerężających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wyziewów rozdrażniających.*

Niezmierne powodzenie tych PASTYLEK we Francyi i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać

Do nabycia w składach aptecznych **J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.**

„VICTORIA"

Naturalna
Woda
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkiemi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hundyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambl.**—Prospekta wysełа gratis Dyrekcyja. Wien, Stefansplatz— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie. 10—3

Woda gorzka **Franciszka Józefa** jest dobrym środkiem przeczyszczającym, działająca w małych stosunkowo dawkach szybko i skutecznie. **Warszawa,** d. 29 Kwietnia 1886 r. **Prof. fak. Dr. A. Popow.**

Zawsze żądać trzeba wyraźnie

Wodzie gorzkiej **Franciszka Józefa** przyznają wyższość nad innemi takiemiż wodami mineralnemi, w wypadkach gdzie idzie o osiągnięcie skutku za pomocą małej ilości. **Warszawa,** d. 15 Kwiet. 1886 r. **Prof. fak. Dr. Lambl.**

FRANCISZKA-JÓZEFA

woda gorzka.

Nie sprowadza ŻADNYCH BÓLÓW **Prof. von Bamberger** W WIEDNIU.

Nabywać można **w Warszawie** we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych. Dyrekcyja **w Buda-Peszcie**

Jest skuteczniejsza **JAK INNE WODY GORZKIE** **Prof. Leidensdorf** W WIEDNIU. 10-2

№ 16. Warszawa dnia 16 Kwietnia 1887 r. Tom VII.
SERYJA II. ROK XXII.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. I. Grundzach. Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego. — II. A. Panormow. O ilościowem określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie [Dalszy ciąg]. — *Dział sprawozdawczy.* 13. Cahn i Hepp. Antyfebryna. — 14. Lebedeff. O wewnątrzmacicznem udzielaniu się róży. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — Ogłoszenia.

I. KILKA SŁÓW O PRZYPADKACH
UPOŚLEDZONEGO WYDZIELANIA SOKU ŻOŁĄDKOWEGO.

Napisał

Ignacy Grundzach.

Metody badania za pomocą zgłębnika żołądkowego posunęły znakomicie sprawę rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. Nie dość na tem. Metody te rozszerzyły zakres patologii żołądka, wprowadzając do niej nowe zupełnie działy, rozwijając nowe poglądy i prostując dawniejsze.

Dzięki tym metodom pojęcie „przewlekły nieżyt“ uległo ważnym zmianom. Przestano uważać przewlekły nieżyt za postać chorobową, wywołującą wszędzie i zawsze jedne i też same objawy chorobowe, znaleziono wiele odmian tego nieżytu, jakich nawet dotąd nie przypuszczano. Pojęcie nieżytu tak się rozszerzyło i pogłębiło, że doprawdy zastanowić się często należy, czy słuszną jest rzeczą, nazywać nieżytem stan błony śluzowej, która w jednym przypadku przedstawia anatomiczne zmiany, właściwe przerostowi, w drugim zanikowi, w innym znów zbliznowaceniu błony śluzowej lub licznym zwyrodnieniom takowej, jak np. *degeneratio cystoidea* i t. d.. Nie mniej różnorodnemi są objawy chorobowe, wywołane przez owe stany błony śluzowej i wyniki badania za pomocą zgłębnika. Powszechnie przyjęty termin „nieżyt żołądka“ należałoby, przynajmniej w każdym danym przypadku chorobowym, objaśnić odpowiedniem dopełnieniem. Obecnie więc rozpoznanie takie, jak „nieżyt przewlekły“ małe daje nam pojęcie o zmianach anatomicznych i czynnościowych narządu. W każdym danym przypadku, jakkolwiek w praktyce trudnem to jest często do uskutecznienia, należałoby wiedzieć, jak żołądek wydziela, jaką jest ta wydzielina pod względem swych własności trawiennych, jaki jest przebieg trawienia w żołądku, dalej jak się odbywa w żołądku wchłanianie, jak miazga pokarmowa przechodzi do dwunastnicy.

Dzięki metodzie badania za pomocą zgłębnika, stwierdzono nadmierną kwaśność zawartości żołądka w wielu przypadkach chorobowych. Dalej, udało się stwierdzić, że wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego może powstawać w warunkach patologicznych nawet w czczym żołądku, jest to tak zwany „sokotok żołądkowy“, zaburzenie czynnościowe spostrzegane przez Rejchmana, Jaworskiego, Gluzińskiego, *von den* Velden'a, Riegel'a i innych.

Z drugiej strony, nie mniej są znane przypadki, w których kwaśność zawartości żołądkowej jest zmniejszoną, w których występuje zmniejszenie ilości soku żołądkowego lub składowych jego essencyjonalnych części: pepsyny i kwasu solnego. Tego rodzaju zaburzenia znane były już dawniej. Wiadomo że zmniejszenie ilości soku żołądkowego występuje przy zniszczeniach błony śluzowej żołądka skutkiem raka lub działania żrących płynów do żołądka wprowadzonych, zniszczenia te bowiem dotyczą błony zawierającej gruczoły, błony wydzielającej. Przy małokrwistości i wodnistości krwi zaburzenie to miało również powstawać, jakkolwiek nowsze badania [Jaworski] przeczą temu w części. Dalej, występuje ono przy zapaleniach błony śluzowej, o czem przekonano się drogą doświadczalną na zwierzętach, którym robiono przetoki żołądkowe. Stan gorączkowy powoduje również zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego. Przy osłabieniu błony mięśniowej, zaburzenie powyższe również powstawać może, gdyż bodźce fizyjologiczne do wydzielania soku *resp.* pokarmy, wskutek niedokładnego zetknięcia się z gruczołową błoną śluzową, spowodowanego niedowładem, działają słabiej.

W samym zaś soku żołądkowym ilość kwasu solnego może być zmniejszoną; zaburzenie to powstaje w stanach gorączkowych, jak to wykazał Manassein na zwierzętach, a Kussmaul i Leube na ludziach; sprawa może się do tego stopnia pogorszyć, że zawartość żołądka gorączkujących posiadać może odczyn ługowy. Podług D-r Wolframa bywa to jedynie w stanach gorączkowych, zależnych od chorób zakaźnych. Sée [1]) znalazł, że przy pewnych niestrawnościach idyjopatycznych powstaje zmniejszenie ilości kwasu solnego w soku żołądkowym, szczególniej ma to miejsce u robotników, pracujących przy wysokiej ciepłocie otoczenia. Brak chlorków we krwi, jak wykazały prace doświadczalne Cahn'a, również sprzyjać może powstawaniu tego stanu. Leube przy niestrawnościach zależnych od przewlekłego nieżytu również znajdywał zmniejszenie ilości kwasu solnego w soku żołądkowym, zależne bądź od zmniejszonego wydzielania bądź od zobojętniania przez alkaliczny śluz. Nowsze badania ograniczyły znacznie pojęcie rzekomego stałego występowania przy nieżycie czynnościowego zaburzenia, polegającego na zmniejszeniu kwaśności miazgi pokarmowej podczas przebiegu trawienia. Niedostateczna kwaśność zawartości żołądka przy nieżycie podczas przebiegu trawienia wcale nie należy do zjawisk powszechnych. Bywają jednak stany chorobowe, zależne niewątpliwie od nieżytu, w których stopień kwaśności od kwasu solnego stale bywa nizki. Wydzielanie kwasu solnego może być nietylko silnie upośledzonem, ale i zupełnie zniesionem tak, że zawartość żołądka przy różnych okresach trawienia nigdy nie zawiera nawet

[1]) Des dyspepsies gastro-intestinales. 1881 cyt. w dziele Rejchmana „Niestrawność“.

śladów kwasu solnego. Fakt ten zachodzi przy ciężkich długotrwałych postaciach nieżytu i niektórych postaciach raka żołądka.

Stany, w których przy wielokrotnem badaniu, nie znajdujemy wcale kwasu solnego, należą do stosunkowo rzadkich, niemal wyjątkowych, jeżeli pominiemy przypadki raka.

Kilka tego rodzaju przypadków podają Jaworski i Gluziński [1]), a całą grupę charakteryzują jako „nieżyt śluzowy“. Więcej przypadków bo 12 ogłosił Jaworski [2]) w jednej z późniejszych prac swoich. Autor z 222 badanych osobników znalazł zaburzenie powyższe w 12 przypadkach nieżytu, zaburzenie to jest więc stosunkowo rzadkiem. Fakt tego rodzaju u niedotkniętych rakiem na wiele setek badanych chorych spostrzegany był w naszej pracowni, 5 razy.

O pięciu tych przypadkach, mam zamiar podać bliższe szczegóły. Do szczegółowego opisu przypadków tych skłoniła mię nie rzadkość i wyjątkowość, gdyż przypadki takie napotykać się dają, ale chęć zwrócenia uwagi na niektóre dane za mało uwzględniane, a stojące w sprzeczności z istniejącemi w nauce poglądami na tego rodzaju czynnościowe zaburzenia.

Pojedyncze fakty dokładnie stwierdzone posiadają dużą wagę i pozwalają nieraz wysnuwać wnioski natury ogólnej, a jedno dokładne badanie zbija nieraz najsubtelniejsze rozumowania.

I. Przypadek pierwszy dotyczy chorego, którego spostrzegał D-r Rejchman; chory był to osobnik lat około trzydziestu, dobrze wyglądający, cierpiący na różne przypadłości dyspeptyczne, między któremi najważniejszą były wymioty, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Etyjologija nie jasna.

II. Drugi przypadek przedstawia chory S. lat 37 mający, u którego trzy lata temu wystąpiły objawy dyspeptyczne. Z wywiadów najważniejszym momentem jest przewlekłe nadużywanie napojów wyskokowych [wódki przeważnie]. Chory ten wygląda dobrze, skarży się na ogólne osłabienie, brak łaknienia i podpieranie w okolicy prawego podżebrza. Rozszerzenia żołądka nie ma.

III. Trzeci przypadek dotyczy chorego mającego lat trzydzieści kilka. Od wielu lat objawy dyspeptyczne. Nadużyć *„in Baccho“* nie było. Nadużycie przepłukiwań żołądka, które chory kilkakrotnie na dobę sam przez czas długi wykonywał. Głównym objawem są wymioty, napastujące chorego co noc. Chory wymiotuje czysty śluz, konsystencyi gęstej, odczynu alkalicznego, bardzo rzadko bywają wymioty pokarmowe wkrótce po jedzeniu. Rozszerzenia żołądka nie ma.

IV. Przypadek czwarty dotyczy chorego O. lat 64 mającego. Nadużyć *„in Baccho“* nie było. Chory nieźle wyglądający skarży się na wymioty pokarmowe, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Rozszerzenia żołądka nie ma.

V. Przypadek ostatni przedstawia chora B., lat trzydzieści kilka mająca, cierpiąca na różnego rodzaju przypadłości żołądkowe, pomiędzy któremi naj-

---

[1]) Zeitschr. f. Klin. Med. T. XI. Z. 1. 2. 3 1886.

[2]) Ueber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptomen und den objectiven Befunden bei Magenfunctionsstörungen. Wien. Med-Wochen. N. 49, 50, 51, 52 1886.

ważniejszemi są: nudności i wymioty pokarmowe, w kilka godzin po jedzeniu występujące. Rozszerzenia żołądka nie ma. Etyjologija nie jasna.

Badanie tych chorych dało następujące wyniki.

1) Czczy żołądek u czterech ostatnich chorych badanych za pomocą zgłębnika okazał się pustym. W jednym przypadku wydobyto nieco gęstej śluzowej zawartości odczynu obojętnego. Pod drobnowidzem w zawartości tej znaleziono: komórki nabłonkowe płaskie z jamy ustnej i przełyku, jądra komórek, ciałka śluzowe. Cząstek pokarmowych, komórek drożdżowych i czworniaka w żadnym przypadku nie znaleziono [w przypadkach, w których nic nie można było wydobyć z czczego żołądka, wlewano 100 ctm. sześciennych wody przekroplonej za pomocą zgłębnika i zawartość przez aspiracyję wydobywano]. U jednego z chorych przy aspiracyi przepłuczyn miało miejsce kilkakrotnie krwawienie. Wogóle przepłuczyny są mętne, opalizujące, zawierają dużo śluzu. W przypadkach Jaworskiego [dwunastu] z czczego żołądka bez rozwodnienia nie wydobyto nic. Rozwodniona zawartość przedstawia płyn opalizujący, mętno-biały, czasem żółtawy. W 4-ch przypadkach znaleziono oderwane zakrwawione strzępki błony śluzowej. W 2 przypadkach znaleziono cząstki pokarmowe.

2) Zawartość żołądka wszystkich pięciu chorych podczas przebiegu trawienia nie zawierała ani razu kwasu solnego, zawartość ta posiadała zawsze odczyn obojętny lub nadzwyczaj słabo kwaśny, stopień kwaśności nie przewyższał 0,003%, jeżeli nie zależał od pokarmów kwas zawierających. Raz jeden znaleziono u chorego [drugiego] stopień kwaśności 0,01%, kwaśność ta jednak [zawartość była badana po upływie 30 minut po przyjęciu bułki] zależała wyłącznie od kwasu mlecznego, gdyż kwas solny wykryć się nie dał, a przeciwnie odczynniki Moor'a i Uffelman'a wykryły obecność kwasu mlecznego, fakt jaki ma miejsce przy trawieniu bułki nawet w warunkach prawidłowych, gdyż bułka posiada dość dużo kwasu mlecznego, powstającego przy kiśnięciu pieczywa.

W przypadku pierwszym trawienie badane było za pomocą pokarmu mieszanego, w następnych dwóch za pomocą białka z jaja.

W ostatnich dwóch przypadkach żołądek był pobudzony do wydzielania przez 200 ctm. sześcien. wody przekroplonej pokojowej ciepłoty, a zawartość wydobyta po upływie 10 minut. W dwóch przypadkach, w których badane było trawienie białka znajdywano w zawartości minimalne ilości peptonu [czasami większe ślady [1])].

Zdolność trawienna płynów, wydobytych podczas przebiegu trawienia, zakwaszanych do odpowiedniej koncentracyi, badaną była u trzech ostatnich chorych.

---

[1]) Owe nieznaczne ilości peptonu wskazują, że bądź co bądź sprawa przemiany białka na peptony odbywa się, jakkolwiek ma to miejsce w nader nieznacznych rozmiarach. Wytwarzanie owych nieznacznych ilości peptonu objaśnić można w ten sposób, że najprawdopodobniej minimalne ilości kwasu wytwarzają się i prędko znikają [zobojętniają się], gdyż pepsyna działa jedynie w płynach o kwaśnym odczynie.

Ilość pepsyny w drugim i czwartym przypadku okazała się znaczniejszą niż w przypadku trzecim i piątym, wogóle jest zmniejszoną.

W przypadkach Jaworskiego za pomocą żadnej metody nie udało się otrzymać soku żołądkowego kwaśnego. Zawartość na szczycie trawienia z HCl trawi [w 2 przypadkach nie trawi]. Zmniejszenie ilości pepsyny jest dla tej grupy, podług Jaworskiego, charakterystyczne.

3) We wszystkich prawie przypadkach znajdujemy dość znaczne ilości śluzu w zawartości żołądka. Śluz ten znajduje się albo w postaci strzępków albo w postaci galarety, a kwas octowy dodany w ilości kilku kropel do 2 ctm. sześcien. przesączu wywoływał zwykle zmętnienie, zależne od znacznej ilości rozpuszczonego śluzu.

4) Mechanizm żołądka we wszystkich pięciu przypadkach nie upośledzony. Białko opuszcza żołądek chorych [II, III, V], po upływie 90 minut. Pokarm mieszany składający się z zupy, pieczeni i bułki, opuszcza żołądek [I i II] chorych w czasie zwykłym. W żołądka drugiego chorego po przyjęciu mieszanego pokarmu po upływie 7 godzin znaleziono tylko jeden drobny kawałeczek mięsa [drobnowidz].

W przypadkach Jaworskiego mechanizm nie zawsze był jednakowy. W 2 przypadkach był on silnie upośledzony, gdyż w czczym żołądku znajdowały się cząstki pokarmowe, w 8 mało upośledzony, w 2 prawidłowy. Objawów znaczniejszego rozszerzenia, tak jak i w naszych przypadkach, nigdy nie było.

Oprócz powyższych wyników badania zasługuje na uwagę dobre odżywianie chorych. W żadnym przypadku nie ma znacznego pod tym względem upośledzenia. W przypadkach Jaworskiego chorzy byli wogóle dobrze odżywiani, nie zawsze niedokrwiści.

Rozważając te przypadki i zastanawiając się nad niektóremi faktami, zdobytemi przez badanie, przyjdziemy z konieczności do pewnych wniosków, które sprzeciwiają się najzupełniej wielu przyjętym poglądom.

Niezmiernie ważną okolicznością zwracającą na siebie naszą uwagę, jest dokładny lub nadzwyczaj słabo upośledzony mechanizm żołądka pomimo całkowicie zniesionego wydzielania kwasu solnego przez błonę śluzową tego narządu.

W przypadkach tych, jak wyżej zauważyliśmy, zawartość żołądka zostaje w czasie zwykłym przeprowadzoną do kiszek i zawartość ta, o ile sądzić można, jest dostatecznie roztartą, dostatecznie rozdrobnioną, zdolną do przemian, jakim ulegać powinna w kiszkach cienkich, słowem żołądek pod względem mechanicznej swej sprawności stoi wogóle w przypadkach tych na wysokości zadania. A bądź co bądź jest to rzecz niezmiernie ważna i interesująca.

Wszyscy prawie fizyjologowie i patologowie, idąc za zdaniem Bruecke'go uznają kwaśną prawidłową wydzielinę błony śluzowej żołądka jako bodziec fizyjologiczny do powstawania skurczów błony mięśniowej, jako bodziec do powstawania ruchów, rozcierających pokarmy i rytmicznie przepychających rozdrobnioną zawartość do przewodu kiszek cienkich. Pogląd ten panuje dotąd powszechnie. Wszyscy niemal autorowie zgadzają się ze zdaniem Bruecke'go.

Cohnheim [1]) pisze: „gdy jedyną przyczyną ostatecznych energicznych skurczów przy końcu trawienia żołądkowego jest nieprzerwane, chociaż zapewne tylko względne wzrastanie ilości kwasu przez cały ciąg trawienia w żołądku, to oczywistą jest rzeczą, że szybkość i regularność opróżnienia żołądka muszą być upośledzone przez wszystkie okoliczności, które dają powód do wydzielania mało kwaśnego soku żołądkowego albo też które kwaśność soku już wydzielonego przytępiają". Że te poglądy nie są słuszne, tego dowiodły badania Reichmana [2]) nad trawieniem alkalizowanego mleka w żołądkach osobników zdrowych. W badaniach tych mleko, nie tracąc alkalicznego swego odczynu, opuszczało żołądek w czasie właściwym.

Oprócz tego, kwas solny, według powszechnego zdania, ma przeszkadzać powstawaniu fermentacyi w zawartości żołądka; sądzono więc, że w tych przypadkach chorobowych, w których kwasu mało się wytwarza, lub też w których wcale go nie ma w zawartości żołądka, powstają kwaśne fermentacyje, powodujące fatalne dla organizmu następstwa i pociągające za sobą wydatne dyspeptyczne objawy.

Z naszych przypadków widzimy, że pomimo braku kwasu solnego w zawartości żołądka, mechanizm odbywać się może prawidłowo.

Dalej z przypadków naszych i Jaworskiego widzimy, że pomimo braku kwasu solnego, sprawy fermentacyjne nie powstają w większości tych przypadków. Fakt ten ostatni niewątpliwie przypisywać należy prawidłowej sprawności muskularnej żołądka, która, powodując regularne opróżnianie tego narządu z zawartości, usuwa warunki powstawania fermentacyj.

Fakta powyżej wzmiankowane zmuszają nas do zmiany zapatrywania na bliższę przyczynę powodującą ruchy żołądka. Musimy przyjść do przekonania że nie odczyn kwaśny miazgi pokarmowej, ale sama obecność pokarmu jest dostateczną do pobudzenia nerwów rządzących ruchami błony mięśniowej.—Nie mniej zasługuje na uwagę fakt, że chorzy ze zniesionem wydzielaniem kwasu solnego są zazwyczaj dobrze odżywiani. Fakt ten wytłómaczyć sobie można jedynie biorąc pod uwagę, iż w kiszkach tego rodzaju chorych, odbywa się dopiero właściwy akt trawienia, polegający na zmianach chemicznych, uskutecznianych pod wpływem fermentów kiszkowych i na wchłanianiu produktów trawienia.

Aby zmiany te mogły powstawać, aby trawienie kiszkowe odbywać się mogło należycie, niezbędnym jest dokładny mechanizm żołądka, powodujący dostateczny stopień rozdrobnienia pokarmów. W przeciwnym bowiem razie mogłyby powstawać stany chorobowe (*lienteria*), niwecące czynność kiszek.

Przypadki nasze dowodzą, jak wielką wagę posiada dla ekonomii narządu dobry mechanizm żołądka i nieupośledzona czynność kiszek. Chemizm trawienia żołądkowego nie zdaje się odgrywać takiej roli, jaką mu przypisywano.

---

[1]) Ogólna Patologija, T. II. str. 146 [tłómaczenie polskie].

[2]) Badania nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim dokonane w celach klinicznych. Gaz. Lek. N. 21. 1885 r.

Okolicznością, zasługującą na uwzględnienie, jest brak zazwyczaj wydatnych objawów podmiotowych u tego rodzaju chorych, pomimo tak wysoce upośledzonego chemizmu trawienia żołądkowego. Zależy to widocznie, jak zauważył Jaworski, od zmniejszenia wrażliwości błony śluzowej żołądka, uległej ważnym zmianom anatomicznym.

Wten sposób rozważając, można będzie pojąć, dlaczego pomimo stale występującego odczynu obojętnego w zawartości żołądka, opuszczanie tego narządu przez pokarmy odbywa się w czasie zwykłym, dlaczego w tej zawartości, pomimo pozornie sprzyjających temu warunków, nie powstają sprawy fermentacyjne, dlaczego ustrój może nie podupadać pod względem odżywiania, a chorzy czują się względnie dobrze.

Czy stan taki może trwać długo, czy w końcu w sprawę nieżytową wciągnięta błona mięśniowa z czasem pod wpływem wielu szkodliwych czynników nie ulegnie takim zmianom, które uniemożliwią jej nadal spełnianie czynności mechanicznej, o tem trudno coś stanowczego powiedzieć, w każdym razie jest to rzeczą bardzo prawdopodobną. Jaworski z liczby 12 chorych w 2 przypadkach w czczym żołądku znalazł cząstki pokarmowe, objawów zaś znaczniejszego rozszerzenia Jaworski wcale nie spostrzegał.

Kilka słów w kwestyi rozpoznania sprawy patologicznej, zachodzącej w żołądku chorych, dotkniętych tego rodzaju zaburzeniem w trawieniu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w tych przypadkach nieżytu, jak twierdzą Jaworski i Gluziński, znajdują się głębokie zmiany w budowie błony śluzowej. Takiego absolutnego braku kwasu solnego objaśnić nie można przez zobojętnianie kwasu za pomocą alkalicznego śluzu, bezwarunkowo należy przypuścić zmiany anatomiczne, które spowodowały zwyrodnienie lub raczej zanik elementów gruczołowych, elementów wytwarzających lub pośredniczących wytwarzaniu kwasu solnego, jak również częściowy zanik gruczołów pepsynowych [w kilku przypadkach Jaworskiego wydzielanie pepsyny było zniesione]. Dla tego też postacie te należałoby właściwiej nazywać „nieżytem zanikowym“ („*catarrhus atrophicus*“), z powodu iż kardynalnym objawem jest właśnie zanik elementów gruczołowych. W każdym razie nazwa ta bliżej określa tę postać chorobową, niż nazwa „nieżyt śluzowy“ — „*catarrhus mucosus*“, jakiej używają Jaworski i Gluziński. Dowodem, że w przypadkach tych istnieją głębsze zmiany anatomiczne jest jeden z naszych chorych, u którego kilkakrotnie powstawały przy aspiracyi zawartości niewielkie krwawienia, pozwalające przypuszczać istnienie owrzodzeń, jakie następować zwykły po długotrwałych nieżytach, gdy elementy błony śluzowej skutkiem złych warunków krążenia krwi i odżywiania ulegają wstecznym przemianom i rozpadowi; gdy zmiany te dotkną ścian naczyniowych, występują bardzo łatwo krwawienia.

Przy raku żołądka, jak zauważyliśmy na wstępie, tego rodzaju fakt spostrzegać również się daje i przy raku napotykamy nieraz dokładny mechanizm, brak fermentacyi obok całkowicie zniesionego wydzielania kwasu solnego. Naturalną jest rzeczą, że fakt tego rodzaju zachodzić może jedynie pod tym warunkiem, iż odźwiernik jest drożnym, a błona mięśniowa w czynności nie upośledzoną. Jeżeli bowiem odźwiernik zostanie zwężonym skutkiem zwiększenia

rozmiarów raka, tu umiejscowionego, albo gdy błona mięśniowa zostanie na znacznej przestrzeni przez nowotwór zniszczoną, natenczas powstawać musi nagromadzanie się w żołądku pokarmów, stanowiących obfite źródło powstawania znacznych ilości kwasów organicznych i innych produktów, jakie zwykle znajdujemy przy rozszerzeniach zależnych od niedrożności odźwiernika.

Widzimy więc, że sprawa różniczkowego rozpoznania dwóch stanów chorobowych, niektórych postaci raka i pewnych postaci nieżytu, zostaje niepospolicie utrudnioną. Sprawa ta zmusza do zwracania uwagi na całą sumę objawów, jaką przedstawia dany przypadek chorobowy.

Że jednak w powyżej opisanych przypadkach nie mieliśmy do czynienia z rakiem żołądka, przemawiają za tem następujące okoliczności,

a) długotrwałość cierpienia jest ważną okolicznością, jakkolwiek nie rozstrzygającą, gdyż na tle wielorakich cierpień [nieżytów, wrzodów] mogą raki powstawać,

b) znaczne ilości śluzu stwierdzają niejako nieżytową przyrodę cierpienia,

c) brak guza,

d) wiek chorych [przeważnie w naszych przypadkach—młody],

e) brak charłactwa rakowego; są to okoliczności, rozstrzygające kwestyję stanowczo. Chorzy nabierają sił, odbywać mogą dalekie wędrówki bez wszelkiego wysiłku, wszelkie objawy podmiotowe ze strony przewodu pokarmowego ustępują zwykle już pod wpływem unormowanej odpowiednio dyjety i przepłukiwań. Brak wszelkiego charłactwa, a następnie poprawa ogólnego odżywiania przemawia kategorycznie przeciw istnieniu raka żołądka, który bezwarunkowo wyłączyć należy. Sprawę uważać należy za „nieżytową".

Rokowanie w przypadkach zniesionego wydzielania kwasu solnego powinno być bardzo oględne.

Co się tyczy leczenia tego rodzaju nieżytów, to unormowana dyjeta wywiera bardzo dobry wpływ na stan podmiotowy chorego. Przepłukiwania żołądka, w początkach przynajmniej, przynoszą pewną korzyść. Najważniejszem i najwłaściwszem w tych razach wydaje się stosowanie kwasu solnego i pepsyny. Kwas solny, jak dowiódł Jaworski [1]), działa nietylko przez swoją obecność, ale i przez pobudzanie wydzielania, będzie więc w tych przypadkach stosownym o tyle, o ile błona gruczołowa zdolną jest jeszcze do czynności, o ile nie uległa zupełnemu zwyrodnieniu lub zanikowi.

Badanie chorych wykonywałem w pracowni D ra Rejchmana.

---

[1]) Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki. „Medycyna" Nr. 1 i 2 [1887 r.].

Z PRĄCOWNI PROF. DOGIELA W KAZANIU.

II. O ILOŚCIOWEM OKREŚLANIU GLIKOGENU I TWORZENIU SIĘ POŚMIERTNEM CUKRU W WĄTROBIE.

Przez

A. Panormowa.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15].

Co do innej kwestyi, czy można odzielać glikogen od białka, strąconego przez odczynnik Bruecke'go, to obaj autorowie możliwości tej przeczą. Kratschmer, za dodaniem chemicznie czystego białka do roztworów glikogenu i osadzaniu pierwszego przez odczynnik Bruecke'go, otrzymał ubytek glikogenu 9% do 14% [str. 153, odsetkę sam obliczyłem], a R. Kuelz 9,47 do 13,56% [str. 176]. Ta własność glikogenu łączenia się z białkiem i trudnego odeń oddzielania, zdaniem Kuelz'a, zmniejsza się, jeśli mieszaninę białka i glikogenu traktujemy KHO, jak to ma miejsce przy wydobywaniu z narządów glikogenu. Wówczas strata glikogenu nie tylko nie powiększa się wskutek działania alkalij na glikogen, lecz nawet zmniejsza się. Strata ta wynosi 8,31 do 10,34%. Wyniki poszukiwań obu autorów różniły się prawdopodobnie dlatego, że Kratschmer przemywał osad wprost na filtrze [str. 152], a R. Kuelz osad z filtru przenosił ostrożnie do naczynia, rozcierał go tam z odczynnikiem Bruecke'go i następnie odcedzał. Zdaniem Kuelz'a, rękoczyny te dosyć jest powtórzyć 4 razy [str. 193]. Niewątpliwie Kuelz używał lepszego sposobu oddzielania glikogenu, wedle moich jednak poszukiwań 4-krotne przemywanie nie wystarcza w zupełności do całkowitego oddzielenia glikogenu od osadu. Osad w filtracie od spirytusu tworzy się i po 4-krotnem przemywaniu, a przekonać się o tem mogłem przy każdem poszukiwaniu. Po otrzymaniu pracy Kuelz'a wykonałem jedno doświadczenie jedynie w celu wykazania nieprawdziwości twierdzenia tego autora.

Doświadczenie X. Wątroba w ilości 50,0 grm. traktowana 6% KHO, białko osadzone odczynnikiem Brueck'go, osad 4 razy przemyty sposobem Boehm'a, filtrat osadzony spirytusem, osad po rozpuszczeniu w wodzie znów osadzony spirytusem. Otrzymany w ten sposób osad zbierano na filtrze, rozpuszczano w wodzie i znów osadzano spirytusem. Osad tym razem zbierano na filtrze poprzednio zważonym, i po przemyciu alkoholem absolutnym i eterem, suszono go i zważono. W ten sposób otrzymano 1,359,5.

Po 4-krotnem przemywaniu osad nanowo przenosiłem na miseczkę, rozcierałem z odczynnikiem Bruecke'go, a po odfiltrowaniu znów powtarzałem rozcieranie i t. d., dopóki płyn po przemyciu otrzymany nie przestawał dawać osadu od spirytusu. W ten sposób po oczyszczeniu, jako poprzednio, otrzymano glikogenu 0,075, t. j. 6,7%.

Dlatego też prawdopodobnem się wydaje, że przy starannem przemywaniu osadu stratę glikogenu, zależną od własności tego ciała łączenia się z osadem białkowym, doprowadzić można do *minimum*.

Tylko z tego punktu widzenia możemy sobie wytłómaczyć fakt, wskazany przez Kuelz'a: „Jeśli do większej ilości mięśni dodamy roztworu glikogenu, to przy zachowaniu wyżej opisanego sposobu działania ostatni całkowicie wyciągnąć się daje. A więc, nie działanie alkalija gryzącego i nie własność glikogenu łączenia się z osadem, przez odczynik Bruecke'go strąconym, powoduje w jakibądź sposób tak znaczny ubytek glikogenu, jaki to spostrzegać się daje przy mieszaniu glikogenu z białkiem jajka“ [str. 182].

Mieszaninę glikogenu z białkiem jajka Kuelz nagrzewał w 1% KHO, mięśnie w 4% KHO. Według naszych badań a zarówno Vintschgau'a i Dietl'a przy tem drugiem stężeniu alkalija gryzącego, glikogen mniejszym ulega zmianom niż przy pierwszem. Ztąd jasnem się staje, że w mieszaninie mięśni z glikogenem, ubytek glikogenu musiał być mniejszym, niż po zmieszaniu glikogenu z białkiem jajka. Jeśli dalej zważymy, że osad, w mieszaninie mięśni z glikogenem przez odczynnik Bruecke'go strącony, R. Kuelz staranniej przemywał, to wcale nas dziwić nie powinno, że w tych warunkach ubytku glikogenu autor ten nie skonstatował.

Ponieważ ten ostatni fakt podczas dokonywania moich doświadczeń nie był mi wiadomym, więc przy wyborze metody wyciągania glikogenu za pomocą KHO kierowałem się innemi względami.

Wówczas uważałem jako dowiedzione, a tem więcej teraz, że za pomocą KHO wyciąga się glikogenu daleko więcej, nawet przy zachowaniu tego sposobu wyciągania, jakiego używali Seegen i Kratschmer; i dalej, że przy wyciąganiu za pomocą KHO oznacza się glikogen zawsze w cokolwiek mniejszej ilości od tej, jaka w rzeczywistości w samym narządzie się znajduje, a to wskutek zmian, jakim ulega glikogen przy działaniu alkalija. Zmniejszenie wagi glikogenu w moich doświadczeniach wynosi przybliżenie 5%, albowiem przy tem stężeniu KHO, jakiego ja używałem, % ubytku glikogenu nie przewyższa 5. Jakkolwiek błąd ten musiał się powtarzać we wszystkich poszukiwaniach moich, jednakże ważnego znaczenia przypisywać mu nie można było, gdyż doświadczenia, w jednakowych warunkach dokonywane, przedsięwzięte były jedynie w celu porównawczym. W tem znaczeniu, jak to poniżej wykażę, błąd ten nietylko wagi mych wywodów nie zmniejszył, lecz nawet ją wzmocnił.

Pozostaje mi jeszcze kilka słów powiedzieć o metodzie oznaczania glikogenu — Pavy'ego.

Zdaniem Pavy'ego [9] „Bernardyna [glikogen] posiada 2 własności, którym zawdzięcza, że z łatwością od innych ciał oddzieloną być może, a mianowicie odporność względem działania alkalij i własność osadzania się od spirytusu. Na ciała białkowe alkalija gryzące działają niszcząco, wskutek czego ciała te przestają strącać się od spirytusu“ [str. 44]. Do pokrajanego na drobne kawałki narządu Pavy dodaje potażu gryzącego *in substantia* w ilości ¼ wagi części narządu do badania wziętej, następnie dolewa wody, gotuje aż do rozpuszczenia i osadza 5- lub 6-krotną ilością [na objętość] spirytusu. Oczy-

szczanie glikogenu dokonywa się przez przemywanie spirytusem. Początkowo Pavy bezpośrednio potem glikogen suszył i ważył. Obecnie oczyszczony glikogen rozpuszcza w wodzie, następnie przy podwyższonem ciśnieniu i ciepłocie traktuje kwasem siarczanym i oznacza glikogen pośrednio z ilości wytworzonego cukru gronowego.

Ja sprawdzałem tylko początkowy sposób oznaczania glikogenu przez Pavy'ego.

Doświadczenie XI. Wątroba w ilości 50,0 grm. rozpuszczona w 6% KHO i osadzona sposobem Bruecke'go otrzymano 1,456 glikogenu.

Ta sama wątroba w ilości znowu 50 grm. osadzona sposobem Pavy'ego, otrzymano 0,811 glikogenu.

Doświadczenie XII. Wątroba w ilości 25,0 grm. rozpuszczona w 6% KHO i osadzona sposobem Bruecke'go. Otrzymano 0,6458 glikogenu.

25,0 tej samej wątroby traktowano sposobem Pavy'ego, otrzymano 0,3151 glikogenu.

Osad, strącony z alkalicznego roztworu wątroby za pomocą spirytusu, zawierał dużą ilość białka. Aby glikogen oddzielić od białka osad przenoszono na filtr i rozpuszczano w wodzie. Glikogen przefiltrowywał się nadzwyczaj powolnie, osad na filtrze napęczniał i nawet po tygodniowem przemywaniu wodą [przy ciepłocie pokojowej] glikogen nie oddzielił się całkowicie od białka. Przy ponownem przemywaniu wodą płyn przefiltrowany znowu zlekka opalizował, jakkolwiek ze spirytusem osadu nie dawał. Aby zapobiedz rozkładowi, po 5—7 dniach przemywanie wodą przerywano i następnie oznaczano glikogen po strąceniu za pomocą spirytusu, przez ważenie. W każdym razie, białko nie zatraca całkowicie własności osadzania się od alkoholu, jeśli ten ostatni stosujemy natychmiast po rozpuszczeniu wątroby KHO, a osad białkowy tak ściśle łączy się z glikogenem, że rozdzielenie tych ciał przemywaniem wodą nie udaje się. Zdaniem mojem, tym tylko sposobem możemy wytłómaczyć sobie tak wydatną różnicę przy oznaczaniu glikogenu jednym i drugim sposobem. Albowiem czysty glikogen, po traktowaniu alkalijami bez następnego podkwaszania, osadza się od spirytusu prawie bez straty na wadze, jeśli, jak to stosuje Pavy, do osadzania na jedną część roztworu glikogonu [na objętość] użyjemy 5 części 96% vol. spirytusu. Dowodem tego są doświadczenia następujące:

Doświadczenie XIII: *a*) 40 ctm. wodnego roztworu glikogenu osadzono spirytusem, otrzymano glikogenu bez popiołu—0,852, popiołu—0,009.

b) Do takiej samej ilości roztworu wodnego glikogenu dodano tyle sześciennych centymetrów stężonego alkalija (KHO), że to ostatnie stanowiło 20% roztworu. Do tej mięszaniny dodano podwójną ilość [na objętość] spirytusu. Po dwukrotnem osadzeniu spirytusem otrzymano 0,831 czystego glikogenu i w tej ilości 0,007 popiołu. Strata glikogenu na wadze — 2,5%.

c) Taką samą ilość glikogenu traktowano przez godzinę na kąpieli wodnej przy ciepłocie wrzenia 5% KHO. Po ostudzeniu roztworu w wanience lodowej dodano podwójną ilość [na objętość] spirytusu. Otrzymano czystego glikogenu 0,823 i w tem popiołu 0,005. Strata na wadze 3,4%.

d) Taką samą ilość glikogenu traktowano jak w doświadczeniu c) z tą różnicą, że dodano 5-krotną ilość [na objętość] spirytusu. Otrzymano glikogenu bez popiołu 0,8315, popiołu—0,0085. Strata na wadze—2,5%.

e) Taką samą ilość glikogenu nagrzewano przez godzinę na kąpieli wodnej w 20% KHO, po ostudzeniu w wanience lodowej dodano 5-krotną ilość spirytusu. Otrzymano 0,851 czystego glikogenu, popiołu 0,07. Strata na wadze wynosiła 0,7.

Mając na uwadze przytoczone doświadczenia i wnioski ztąd wysnute, przy badaniu zmian pośmiertnych glikogenu rozpuszczałem wątrobę w 6% KHO.

V.

Aby glikogen wydobyć, pewną część wątroby, wiadomej wagi, rozpuszczałem w 6% KHO. Przedtem wątrobę krajano nożyczkami na możliwie drobne kawałki. Po włożeniu tych kawałków do miski porcelanowej, tę ostatnią stawiano na siatkę metalową i nagrzewano na palniku gazowym o umiarkowanym płomieniu. Płynu nie doprowadzano nigdy do wrzenia. Przy ciągłem mieszaniu za pomocą pałeczki szklanej, wątroba rozpuszczała się w 45 minut. Woda parująca zastępowaną była nową ilością wody destylowanej. Nagrzewanie ciągnęło się 45 minut i w tym nawet przypadku, gdy wątroba rozpuszczała się przed upływem tego czasu. Następnie naczynia pogrążano w śniegu i wyczekiwano ostudzenia płynu. Po ostudzeniu dodawano, przy ciągłem mieszaniu szklaną pałeczką, kwasu solnego aż do otrzymaniu odczynu kwaśnego. Wówczas roztwór przeistaczał się w masę gęstą z wielką ilością pęcherzyków, napełnionych, o ile się zdawało, H_2S, gdyż przy zakwaszeniu otrzymywano silny zapach tego gazu. Unikano nadmiaru kwasu solnego, ponieważ, według Hofmeister'a, [39], w stężonych roztworach kwasu tego, ciała białkowe nie osadzają się całkowicie odczynnikiem Bruecke'go, dopóki tylko osad się wytwarzał. Osad przenoszono na filtr. Aby uniknąć niszczącego wpływu kwasu solnego na glikogen, filtrat doprowadzano do odczynu alkalicznego za pomocą amonijaku, poczem osadzano spirytusem w tym stosunku, że na jedną część objętości filtratu przypadały 2 części 96 5% vol. spirytusu. Osad w celu przemycia przenoszono ostrożnie do miseczki porcelanowej, i tu mieszano starannie z odczynnikiem Bruecke'go, rozcieńczonym wodą, poczem znowu przenoszono na filtr. Płyn, po przefiltrowaniu otrzymany, w dużej probówce osadzano alkoholem i zlewano do filtratu pierwszego. Osad nanowo przenoszono za pomocą szpadelka do miseczki porcelanowej, znowu mieszano z rozcieńczonym odczynnikiem Bruecke'go, płyn odfiltrowano i t. d., rękoczyny te powtarzano dopóty, aż płyn przefiltrowany nie przestawał dawać osadu ze spirytusem. Aby skutek ten osiągnąć, należało całą procedurę powtarzać 10—15 razy.

Wszystek płyn, tą drogą otrzymany, po osadzeniu spirytusem, i doprowadzeniu, jak to wyżej powiedziano, za pomocą amonijaku do odczynu alkalicznego, skłócano za pomocą pałeczki szklanej i pozostawiano w spokoju do dnia następnego aż do całkowitego oddzielenia osadu. Alkalizowanie filtratu wprowadzone zostało przez Weiss'a, który pracował u Bruecke'go; lecz znaczenie tej modyfikacyi nie zostało przezeń wyjaśnionem. Ponieważ przy pierwszych mych

poszukiwaniach trzymałem się ściśle metody samego Bruecke'go, więc też i filtrat podkwaszałem kilku kroplami kwasu octowego i następnie osadzałem spirytusem. Osad strącał się, lecz płyn nad osadem zawierał wiele glikogenu zawieszonego. Następnego dnia płyn nad osadem nie stawał się przezroczystszym, glikogen w płynie zawieszony przez filtr przechodził. Samo filtrowanie, z początku idące pomyślnie, stawało się powolniejszem i wreszcie zupełnie ustało. Przypisując zatrzymanie to niedostatecznemu strąceniu glikogenu, stawiałem naczynie z powyższym roztworem glikogenu w lód na 24 godzin. Pomimo tego całkowite osadzenie glikogenu nie następowało. Następnie stawiałem naczynie do lodu, w pokoju ciemnym, lecz i tu wynik ten sam otrzymałem. Wówczas dodałem amonijaku, aż do odczynu alkalicznego i następnego dnia osad całkowicie się wydzielił i podczas filtrowania przez filtr nie przechodził. Od tej pory postępowałem, jak Weiss, a mianowicie, pierwszy filtrat alkalizowałem za pomocą amonijaku.

Tenże sam fakt spostrzegał Kratschmer [37] odnośnie do wodnych roztworów czystego glikogenu. Autor ten zauważył, że po rozpuszczeniu w wodzie glikogenu, przedstawiającego się w kształcie zupełnie białego, niezbitego proszku, nawet za dodaniem 4—5 objętości 95,5° alkoholu nie strąca się wszystek glikogen. Płyn nad osadem pozostaje mętnym i nie sprzezroczyszcza się nawet po długiem staniu. Płyn mętny przechodzi przez filtr i dopiero, gdy zacznie bardzo powoli przez filtr się przesączać, filtruje się na czysto. Z tego powodu Kratschmer radzi mętny filtrat nanowo przez tenże sam filtr przesączać. Mętny filtrat po wyparowaniu i rozpuszczeniu w wodzie, zabarwiał się od dna na kolor czerwony, a po zagotowaniu z HCl redukował CuO [str. 36—138].

W dalszym ciągu postępowałem jak następuje. Nazajutrz osad odfiltrowywałem od spirytusu i z początku przemywałem go 60% spirytusem aż do zniknięcia odczynu na chlor, następnie alkoholem absolutnym i wreszcie rozpuszczałem w wodzie. Rozpuszczenie całkowicie nie następowało, zawsze pozostawał osad, nierozpuszczający się w zimnej w wodzie destylowanej, a natomiast w niej pęczniejący. Wskutek tej okoliczności przemywanie glikogenu dokonywało się bardzo powoli [2 do 3 dni].

Obecność osadu, nierozpuszczającego się w wodzie, dowodzi, że odczynnik Bruecke'go wszystkich N zawierających ciał nie strąca, jak to Bruecke sądził [str. 214]. Spostrzeżenie faktu tego nie pochodzi z mojej strony jedynie. Kratschmer [38] z wątroby człowieka, nie zawierającej ani cukru, ani glikogenu, po osadzeniu wodnego odwaru za pomocą odczynnika Bruecke'go, otrzymał w filtracie, za dodaniem 5—6 objętości 90% spirytusu, osad płatkowaty i biały jak śnieg, zupełnie podobny do glikogenu. Płatki te zcinają się na filtrze w masę błyszczącą, szarą, podobną do gumy, powolnie rozpuszczającą się w wodzie i dającą roztwór przezroczysty. Ciało to nie przechodzi w cukier przy traktowaniu śliną H_2SO_4, zawiera N i S, osadza się od kwasu fosforo-wolframowego, nie osadza się od odczynnika Bruecke'go, a różni się od białka, peptonów, mucyny i glutenu. Obecność ciała tego została skonstatowaną i w wątrobie, zawierającej glikogen i cukier. Landwehr [32] twierdzi, że jego mucyna nie osadza się od odczynnika Bruecke'go. Paszutin [5] przy traktowaniu

chrząstek stężonym roztworem sody pomiędzy innemi produktami otrzymał również ciało, nie osadzające się od odczynnika Bruecke'go, a natomiast osadzające się od spirytusu i nierozpuszczalne w wodzie.

Otrzymane przezemnie ciało było koloru zielonego, częściowo rozpuszczało się w 10% kwasie solnym, a z tego ostatniego osadzało się przy zobojętnieniu. W nasyconym roztworze soli kuchennej nie podlegało rozpuszczeniu. W nasyconym roztworze sody pewna część ciała tego rozpuściła się i dała płyn mętny, opalizujący. Część rozpuszczalna nie osadzała się od kwasu octowego ani przy zwykłej ciepłocie, ani przy gotowaniu, nie osadzała się również od odczynnika Bruecke'go, a za to podlegała strąceniu od spirytusu. Roztwór alkaliczny, który nie dawał osadu z kwasem octowym i z odczynnikiem Bruecke'go, za dodaniem tych odczynników i staniu dwugodzinnem dawał osad biały. Ciało to przy spaleniu wydaje zapach piór palonych, zawiera N [próba Lasaigne'a].

W celu oczyszczenia glikogenu, filtrat powtórnie osadzano spirytusem, osad odfiltrowywano, Przemywano go spirytusem, na nowo rozpuszczano w wodzie i osadzano spirytusem, podkwaszonym kwasem octowym. Osad otrzymany zbierano na zważonym filtrze z bibuły szwedzkiej, a roztwór glikogenu, przylepiony do ścian naczynia, rozpuszczano w wodzie i osadzano dużą ilością zakwaszonego spirytusu i zbierano na filtrze. Tutaj glikogen przemywano z początku alkoholem absolutnym, następnie eterem i wreszcie suszono przy 110°—115° C., aż do otrzymania wagi stałej. Glikogen, tym sposobem otrzymany, zawiera *maximum* popiołu 1,8%, nie zawiera N [próba Lasaigne'a], ani cukru. W rzadkich przypadkach glikogen był śnieżnej białości, zwykle posiadał odcień żółtawy.

W uznaniu dla poszukiwań Seegen'a i podstawowej wagi wykrytego przez autora tego faktu niezmienności glikogenu po śmierci, zająłem się przedewszystkiem zbadaniem tego zjawiska.

Do doświadczeń używałem wątroby psów, ponieważ większa część poszukiwań Seegen'a i Kratschmer'a została dokonaną na tych zwierzętach. Na poprzedzający stan odżywiania nie zwracałem uwagi ze względu, że Seegen i Kratschmer nie znajdowali zmniejszenia ilości glikogenu w przeciągu pierwszych 24 godzin po śmierci zwierząt, zarówno nakarmionych pokarmem, głównie krochmal zawierającym, jak i pozostających wyłącznie na mięsnej dyjecie.

Psy zabijano przekłuciem rdzenia przedłużonego. Wątrobę szybko wyjmowano z jamy brzusznej, krew przylegającą usuwano za pomocą bibuły. Każdy płat wątroby rozcinano na kilka części, względnie do zamierzonej ilości badań porównawczych. Po uprzedniem zważeniu naczynia, zważoną część wątroby, jak to już wyżej opisanem zostało, traktowano 6% KHO. Przy porównawczych badaniach brano kawałki wątroby jednakowej wagi. Kawałki wątroby, przeznaczone do oznaczania glikogenu po upływie 4,8, 24 godzin razem ważono i zachowywano pod szklanym cylindrem, w którym dla uniknięcia wysychania preparatów pomieszczano gąbkę, wodą napojoną,

W następującej tablicy wyłożone są wyniki moich doświadczeń.

Tablica VII.

Nr. doświadczenia.	Waga wątroby w gramach.	Glikogen w % po 15 minutach po śmierci.	Po 4 godzinach.	8 godzin.	24 godzin.
XIV	100,0	2,6727	—	—	2,082
XV	92,0	1,92	—	—	0,89
XVI	100,0	1,7395	—	—	1,41
XVII	55,0	0,18	—	—	ślady
XVIII	100,0	0,8611	—	—	0,5456
XIX	50,0	2,968	—	2,717	1,2424
XX	50,0	2,626	—	2,291	2,268
XXI	50,0	8,037	—	—	6,35
XXII	45,0	3,383	—	—	2,236
XXIII	34,0	2,948	—	—	1,145
XXIV	30,0	3,23	2,51	—	—
XXV	40,0	3,03	2,237	—	—
XXVI	25,9	4,4172	3,92	—	3,126
XXVII	25,0	4,386	3,808	3,77	2,964

A więc po śmierci ilość glikogenu w wątrobie ulega zmniejszaniu, i ztąd podstawa teoryi Seegen'a okazuje się nieprawdziwą.

Przy następnych poszukiwaniach przekonałem się, że w wątrobie po śmierci znika glikogenu więcej, niż wytwarza się cukru gronowego. Ztąd wypada, że szukać innego źródła oprócz glikogenu dla wytwarzania cukru nie ma potrzeby.

Zanim przystąpię do opisu moich w tym kierunku poszukiwań, uważam za konieczne rzecz samą poprzedzić kilku uwagami, kwestyi tej dotyczącemi. Seegen twierdzi, że Cl. Bernard nie przytoczył ani jednego pozytywnego dowodu wytwarzania się cukru wątrobowego z glikogenu, a dotyczy to i innych autorów. Bo jakkolwiek zdaniem Seegen'a, Cl. Bernard mówi, że istnieje pewien stosunek między obu ciałami w wątrobie i w miarę, jak cukru przybywa, ilość glikogenu zmniejsza się, jednakże na poparcie związku tego nie przytacza ani jednego doświadczenia, a tymczasem, tylko na zasadzie doświadczeń pochodzenie cukru z glikogenu dowiedzionem by być mogło [343].

Rozpatrując literaturę przedmiotu tego, przekonaliśmy się, że niektórzy autorowie usiłowania w tym kierunku już czynili. Pavy [13] w 1860 roku wy-

konał kilka doświadczeń w celu poznania stosunku, jaki zachodzi między wytwarzaniem cukru i znikaniem glikogenu w wątrobie po śmierci. Doświadczeń tych było 4. Z tych — w 3 doświadczeniach jedną część wątroby natychmiast po śmierci zamrażano, drugą pozostawiano w ciele zwierzęcia na kilka minut. W doświadczeniu czwartem wątrobę wprost wyjmowano ze zwierzęcia i część jedną badano natychmiast, a drugą po 20 godzinach. Z poszukiwań tych okazało się, że na jedną część wytworzonego cukru znika 1,55 glikogenu [str. 608].

Boehm i Hoffmann [27] w 1878 roku zajmowali się rozstrzygnięciem tej samej kwestyi. Na str. 283—284 znajduje się opis tych doświadczeń, który przytoczę tu całkowicie.

„Doświadczenie CXXXIII. Kot ważący 2,6 kilo, karmiony mięsem. Wątroba 154,0 = $^1/_{17}$ wagi ciała.

I. Z 73,0 wątroby otrzymano 3040 ctm. odwaru. W 100 ctm. tegoż zostało wydzielonem białko i wtedy otrzymano 70 ctm. sześciennych filtratu, z którego 27 ctm. sześciennych redukowano 2-ma ctm. sześciennymi płynu Felling'a. Ztąd wypada że część badana zawiera 0,7873 czyli w odsetkach 1,07%, a cała wątroba — 1,65 cukru. Z 2940 ctm. sześciennych otrzymano 7,751 glikogenu, a więc 3040 ctm. sześciennych zawiera 8,02, cała wątroba 16,91 czyli 10,98% glikogenu. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. Cahn i Hepp. Antyfebryna.

W ostatnich 4 latach farmakologija zyskała z pomiędzy ciał aromatycznych kilka silnie działających środków przeciwgorączkowych: kairynę, antypirynę, tallinę. Obecnie przybył do nich jeszcze jeden, może dogodniejszy nawet od nich do stosowania w praktyce, antyfebryna. Zaleca ją taniość [1 kilo kosztuje 30 marek], pewność działania przeciwgorączkowego, skuteczność małych już dawek, a przedewszystkiem to, że wszyscy chorzy znoszą ją dobrze, bo nie ma smaku przykrego, nie wywołuje mdłości, wymiotów, zapaści, a dreszcze tylko wyjątkowo zdarzają się przy jej użyciu.

Jest to proszek krystaliczny, o własnościach obojętnych [ani kwaśny, ani alkaliczny], smaku nieco palącego, bardzo trudno rozpuszczalny w zimnej wodzie [dopiero w 160 jej częściach], łatwo zaś w wyskoku, eterze, wodzie, mocnem winie.

Pod względem chemicznym ciało to, jako pochodne aniliny [acetanilid= octan aniliny $C_6H_5NH_3$ $O.COCH_3$—H_2 mniej woda—H_2O], zajmuje całkiem odrębne miejsce pomiędzy znanemi środkami przeciwgorączkowemi, z których najsilniejsze, wyżej wymienione, wszystkie są podobnemi do chinoliny.

Autorowie, asystenci prof. Kussmaul'a wypróbowali w jego klinice antyfebrynę na 60 chorych [z tej liczby w 29 przypadkach tyfusu brzusznego].

W działaniu przeciwgorączkowem okazuje ono wielkie podobieństwo do kairyny, antypiriny, talliny. Ciepłota zaczyna się obniżać już w godzinę po przyjęciu odpowiedniej dawki, po 3—5 godzinach spada najniżej, poczem znowu się wznosi, z początku zwolna potem szybciej do dawnej wysokości, albo nawet i wyżej. Czas więc działania tego środka [od początku spadku ciepłoty aż do

szczytu ponownego jej nasilenia] wynosi zależnie od dawki i przypadku 3 — 12 godzin.

Spadkowi ciepłoty towarzyszą: zaczerwienienie skóry i poty [u 3 chorych spostrzegano potówki na ciele]; jednocześnie i tętno staje się powolniejszem i bardziej napiętem; chorym odurzałym powraca przytomność umysłu, pragnienie, a nawet i łaknienie; wogóle chorzy czują się lepiej. Wymiotów częstych przy używaniu antypiryny, nigdy tutaj nie bywa. Przy silniejszym spadku ciepłoty, chorzy bledną, rzadziej sinieją, co nie ma jednak jakiegoś złego znaczenia, a zdarza się i przy antypirynie a zwłaszcza kairynie. Krótkotrwała zapaść w miernym stopniu bo przy wielkiej dawce raz tylko się wydarzyła. Podczas stanu bezgorączkowego chorzy często spokojnie zasypiają. Następcze nasilenia gorączki mogą sięgać i przy tym środku wyższego, niż poprzednio stopnia. Szybkiemu wznoszeniu się ciepłoty i tu mogą towarzyszyć dreszczyki. Wstrząsający jednak dreszcz raz jeden tylko spostrzegano.

Co się tyczy dawek, to 4 grany antyfebryny wywierają ten sam skutek co 16 antypiryny. Najlepiej zaczynać od dawki próbnej 4 granowej, która u wielu chorych, zwłaszcza wyniszczonych lub długo gorączkujących np. suchotników, wystarcza do zupełnego obniżenia ciepłoty. Gdzie ilość ta okaże się za małą, tam nazajutrz trzeba ją powiększyć do 8, czasami 12 a nawet i 16 gran [naraz lub w 2 dawkach w ciągu ½—1 godziny]. Mniejsze a częste dawki nie działają wcale lub daleko słabiej, zapewne w skutek szybkiego wydzielania antyfebryny z ustroju. Właściwiej już będzie w upartych gorączkach podtrzymywać skutek pierwszej większej dawki następnemi mniejszemi [0,1 grm. co 1—2 godziny]. W ciągu całej doby autorowie przepisywali swoim chorym co najwyżej pół drachmy [2 grm.] antyfebryny. Inni [Krieger, Fuerbringer. Riese] dochodzili do 1 i 1½ drachmy bez złych następstw. I doświadczenia nad zdrowymi i nad zwierzętami świadczą o niewinności tego środka, co także daje mu wyższość nad antypiryną. Dopiero stosunkowo ogromne dawki wywoływały u zwierząt ciężkie objawy nerwowe i śmierć.

Jakiegoś wyraźnego wpływu na przebieg samej choroby, jak inne owe środki przeciwgorączkowe, tak też i antyfebryna, zdaje się, że nie ma. Wyjątek stanowi tylko ostry gościec stawowy: tu jednocześnie z gorączką znikały i bóle, i obrzmienie stawów. To samo spostrzegano jednak i przy stosowaniu rezorcyny, kairyny, antypiryny, a przedewszystkiem kwasu salicylowego i jego soli. Zdarzało się też niekiedy, że antyfebryna tłumiła gorączkę u sochotników nie tylko bezpośrednio, po zażyciu, ale i przez cały dzień następny.

W całym szeregu przypadków spostrzegano, że przy użyciu tego środka wzmagało się niezmiernie wydzielanie moczu [niekiedy np. w 2 tygodniu ciężkiego tyfusu do 5 litrów na dobę]. Ciężar właściwy moczu spadał przytem bardzo nizko. Zdaniem autorów zależy to jedynie od tego, że chory, będąc przytomniejszym, więcej je i pije. [W takim razie jednak powtarzałoby się to, i przy stosowaniu antypiryny, która tymczasem, jak to wykazał Wiczkowski, przeciwnie zmniejsza wydzielanie moczu]. Szkodliwego wpływu na nerki i drogi moczowe antyfebryna nie ma, nawet przy istniejącem już zapaleniu tych narządów.

Antyfebryna opuszcza ustrój z moczem po części niezmieniona, po części rozkładając się i powiększając w moczu ilość kwasu siarczanego, związanego z ciałami aromatycznemi.

W nasyconym [½%] roztworze przytłumia ona lub tamuje sprawy fermentacyjne i gnilne.

Prócz antyfebryny i inne pochodne aniliny posiadają w pewnym, choć słabszym stopniu własności przeciwgorączkowe. Silniej od nich działa nawet w małych dawkach, sama anilina [siarczan jej mianowicie].

Liczba środków przeciwgorączkowych wzrasta z każdym rokiem. Niewątpliwie posłużą one do dokładniejszego poznania gorączki i gospodarstwa cieplikowego w ustroju. Co jednak na nich zyskują chorzy?

Najprzód, skoro zimnica i ostry gościec stawowy ustępują pod wpływem niektórych środków przeciwgorączkowych, można się spodziewać, że pomiędzy niemi właśnie trafimy na leki swoiste i dla innych chorób zakaźnych. Dalej, gdyby nawet w chorobie zakaźnej właściwym i jedynym czynnikiem leczniczym była sama gorączka, to i wtedy jeszcze środki przeciwgorączkowe stanowiłyby cenny nabytek dla lekarza i chorych, pozwalając pierwszemu miarkować gorączkę, t. j. dozować w odpowiedni sposób owo lekarstwo. Jeżeli natomiast przyszłe liczniejsze i bezstronne spostrzeżenia potwierdzą to, że choroby zakaźne przy sztucznem obniżaniu ciepłoty owemi środkami przebiegają nie dłużej i nie ciężej, niż przy dawniejszych sposobach leczenia, to już samo usunięcie gorączki będzie przynosiło tym chorym znakomitą ulgę.

(*Berl. Kl. Woch. 1887*, N. 1, 2.) *Chełchowski.*

14. Lebedeff. O wewnątrzmacicznem udzielaniu się róży.

Autor podaje przypadek następujący. Pierwiastka 26-cio letnia, która na krótki czas przed porodem przebyła różę kończyn dolnych, urodziła w 7-ym miesiącu ciąży dziecię płci żeńskiej, dające słabe oznaki życia, które zmarło po 10-ciu minutach. Skóra płodu na głowie, tułowiu i na kończynach miała wygląd marmurkowy, pokryta była czerwonemi plamami rozmaitej wielkości i kształtu, między któremi znajdowały się miejsca zupełnie białe. Na tułowiu i kończynach plamy czerwone znacznie gęściej były rozsiane, aniżeli na głowie, ztąd na głowie przeważała barwa biała, kiedy na pozostałej powierzchni ciała, barwa czerwona. Plamy białe były wzniesione, czerwone zaś zapadłe wskutek złuszczenia się w tych miejscach naskórka; warstwa brodawkowa była tu obnażona, a nastrzyknięte naczynia włosowate przebiegały zupełnie powierzchownie, tworząc w niektórych miejscach wynaczynienia, wyróżniające się silniejszem zabarwieniem. Narządy wewnętrzne, z wyjątkiem wątroby, znacznie powiększonej wskutek przekrwienia żylnego, nic nieprawidłowego nie przedstawiały. Otrzewna bez śladów zapalenia.

Ponieważ matka w czasie porodu przedstawiała jeszcze niezaprzeczone ślady niedawno przebytej róży, to nasunęło się podejrzenie, czy zmiany zapalne skóry płodu, wyżej opisane, nie zależały także od sprawy różowatej, z matki na płód przeniesionej. Autor postanowił zbadać skórę płodu na mikrokoki swoiste róży Fehleisen'a. Do barwienia użył płynu Loeffler'a. [Jestto mieszanina 3 części stężonego wyskokowego roztworu błękitu metylowego z 10 częściami słabego [1:1000] wodnego roztworu ługu potażowego]. Wynik badania był zupełnie dodatni. Warstwa luźnej tkanki tłuszczowej, leżąca pod skórą właściwą (*corium*), zawierała przeważnie znaczną ilość mikrokoków róży, ułożonych w grupy rozmaitego kształtu, z których każda składała się z pary lub też z kilku oddzielnych mikrokoków, łańcuszkowato ułożonych. Przy bliższem badaniu można się było przekonać, że układ ich odpowiadał zupełnie przestrzeniom chłonnym, przebiegającym w luźnej tkance między wysepkami komórek tłuszczowych. W naczyniach krwionośnych autor koków nie znalazł, co odpowiada badaniom Fehleisen'a, który również nigdy w naczyniach krwionośnych mikrokoków róży nie mógł wykryć. Prócz tego takie same drobnoustroje znalazł autor w przestrzeniach chłonnych tkanek sznurka pępkowego.

Jestto pewny przypadek dowodnie stwierdzonego przejścia sprawy różowatej z matki do płodu. Możliwość wewnątrzmacicznego udzielania się róży przypuszczali już dawniej Kaltenbach i Runge (*Centr. f. Gyn. 1884 N. 44 i 48*), opisując dwa przypadki nadzwyczaj obfitego łuszczenia się naskórka u nowo-

rodków, których matki na krótki czas przed porodem przebyły różę kończyn dolnych.

(*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1886 XII. B. 2 H*).

Przyp. spraw. Stratz w *Centrbl. f. Gyn. 1885 N. 14.* opisał również podobny przypadek. Ciężarna dotknięta t. zw. różą nawykową twarzy (*Erysipelus habituale faciei*) urodziła dziecię żywe, u którego naskórek, zwłaszcza na grzbiecie, łuszczył się szerokiemi płatami. Zajmującą w tym przypadku jest ta okoliczność, że części rodne matki nie były różą dotknięta, a więc róża płodu prawdopodobnie nie mogła przyjść do skutku na drodze zakażenia z zewnątrz.

Zweigbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznem dodatkowem d. 29 Marca 1887 r. Sekretarz komitetu hygieny publicznej odczytał referat tegoż komitetu „O dezynfekcyi podczas choroby"; przepisy te będą ujęte w rodzaj paragrafów zredagowanych krótko i zrozumiale, a następnie odbite w większej ilości egzemplarzy w oddzielnej odbitce.

Następnie kol. Noiszewski z Dynaburga odczytał rzecz p. t. „*Retinitis pigmentosa* [barwikowica] i choroby mowy, woli i pamięci".

Związek między barwikowem zwyrodnieniem siatkówki i upośledzeniem różnych czynności mózgowych zauważonym był dość dawno; mówca spostrzegł ważny związek między tem cierpieniem siatkówki i zaburzeniami pamięci. Wnioski swe kol. Noiszewski oparł początkowo na 79 spostrzeżeniach, ogólna zaś liczba przypadków, które zdołał zaobserwować do ostatniego czasu przechodzi cyfrę stu.

Opierając się na dwóch ogólnych prawach pamięci, t. j. na prawie tożsamości i prawie styczności, mówca rozróżnia cztery rodzaje pamięci. Pierwszym jest p a m i ę ć t o ż s a m o ś c i albo poznanie; drugi rodzaj jest to pamięć znaków, pomników i nazw albo pamięć c z ę ś c i o w e j t o ż s a m o ś c i; trzecim jest pamięć k o j a r z e ń albo c i ą g ł o ś c i [rodzaj ten obejmuje to, co zazwyczaj nazywa się pamięcią]; czwarty wreszcie rodzaj pamięci jest pamięcią n a s t ę p s t w albo z w y c z a j ó w. To co powiedziano o pamięci według mówcy da się najzupełniej zastosować i do wyrazów, tu jednak choroby woli wikłają się najrozmaiciej z chorobami pamięci. Rozróżniać jednak ściśle trzeba niepamiętanie pewnych liter [form dźwiękowych] od niemożności ich wymawiania t. j. od jąkania się; to ostatnie za Rosenthal'em, Benedikt'em i Kussmauel'em kol. Noiszewski uważa za nerwicę, polegającą na naruszeniu koordynacyi.

Co się tyczy barwikowego zwyrodnienia siatkówki, nazwanego przez kol. N. b a r w i k o w i c ą, to w takowej rozróżnia dwie postacie: *retinitis pigmentosa ascendens i descendes*, czyli o d b a r w i k o w i c ę i d o b a r w i k o w i c ę. W tej ostatniej rozróżnia kol. N. następnych 6 odmian: „1) pasowa (*pigmentitis systematica*), złożoną z świetlnych pasków podłużnych i poprzecznych, 2) promienista (*pigm. radialis*), 3) proszysta (*pigm. dysseminata*), 4) oczkowa (*pigm. circumscripta multiplex*), 5) mięszana i 6) ukryta (*p. latens*) przejawiająca się tylko w chorobowoznacznem zwężeniu ozrenu [pola widzenia] i niedoślepem wieczornym oraz osłabieniem pamięci."

Osłabienie pamięci, woli i mowy według kol. Noiszewskieeo występuje tylko tam, gdzie jest *retinitis pigmentosa descendens* sama, albo obok *ret. pigm. ascendens.*

W licznej kazuistyce kol. N. opisał 79 przypadków, gdzie przy *retinitis pigm. descendens* istniały w różnym stopniu zaburzenia mowy, woli i pamięci. Jedno

zwłaszcza spostrzeżenie, gdzie barwnika zwyrodnienia siatkówki nie było, wystąpiło dopiero po zaburzeniach mowy [zupełnem odjęciu mowy], najbardziej służy do poparcia jego poglądów. Przypadek ten dotyczył 14-letniej dziewczynki, której ojciec przechodził przymiot; w Czerwcu r. z. kol. Noiszewski widząc chorę z powodu *ptosis post trachoma* badał dno obu oczu i nie znalazł w takowych nic nieprawidłowego: w połowie Września chora utraciła mowę, a wraz z jej utratą wystąpiła *aphasia*; w kilka dni potem mowa zaczęła powoli wracać. Nawet w parę tygodni po utracie mowy, gdy takowa zaczęła już wracać, chora tylko niektórych liter wymawiać nie była zdolną, dno oka było jeszcze całkowicie prawidłowem. Dopiero w drugiej połowie Października, gdy chora wymawiała już wszystkie głoski i zaledwo znać było nieznaczny wysiłek przy wymawianiu takich zgłosek jak prze, krze, wziernik wykazał bardzo wydatną „dobarwikowicę rozsianą.“ Przyczyny związku między zabarwieniami czynności mózgowej i zmianami na siatkówce upatruje kol. N. w zaniku włókien nerwowych omózgosiatkowych. Praca kol. N. w całości drukowaną będzie w Pamiętniku Towarzystwa.

W dyskusyi kol. Perkowski wspomniał, że zdarzyło mu się spostrzegać przypadek, w którym chory w pięć dni po operacyi raptem zaniewidział na 5—6 dni, przyczem utracił zupełnie świadomość rzeczy, a kol. Korniłowicz zaznaczył, że oftalmoskopując zawsze chorych na *paralysis progresive* zdarza mu się widywać *ret. pigmentosa*. Kol. Hoene w kwestyi związku zaburzeń czynności mózgowych z barwikowem zwyrodnieniem siatkówki nadmienił, że zna rodzinę, w której trzej bracia cierpieli na *retin. pigmentosa*, u siostry zaś po dojściu do tegoż samego wieku, w którym bracia zachorowali, wystąpiły objawy psychozy. Kol. Kamocki przypomina, że u ś. p. kol. Klinka postępowe zwyrodnienie siatkówki rozwijało się obok zaburzeń w pamięci i mowie. Badania doświadczalne potwierdzają do pewnego stopnia związek między barwikowem zwyrodnieniem siatkówki i zniszczeniem włókien *n. optici*; Berlin po przecięciu tych nerwów wywołał u żaby zanikowe bujanie nabłonka (*atropische Wucherung*) z odkładaniem się barwnika. Wraz z kol. Gepnerem mówca miał sposobność obserwować u niedoszłego samobójcy, któremu kula przecięła nerw wzrokowy, rozwijające sie w następstwie tego zniszczenia barwnikowe zwyrodnienie siatkówki. W końcu prezydujący podziękował kol. N. za umyślny przyjazd dla wygłoszenia tak interesującego i poruszającego nowe kwestyje odczytu, co zaznaczył także kol. Z. Kramsztyk, nadmieniając zarazem, że szczegółowo dyskusyja nad odczytem z powodu nowej terminologii, wprowadzonej przez kol. N., na razie, bez szczegółowego obeznania się z takową, a także z powodu poruszenia tylu nowych kwestyj, jest rzeczą niemożliwą.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 19 Kwietnia 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

1) Gajkiewicz. Przedstawienie chorego z zanikiem połowy języka (*haemiatrophia linguae*).

2) Sokołowski. a) O zwężeniu tchawicy przymiotowem [z demonstracyją preparatu], b) Przypadek krupu oskrzeli (*bronchitis crouposa*) z demonstracyją preparatu.

3) Bujwid. Odczyn chemiczny na bakteryje cholery [rozpoznanie bez pomocy mikroskopu].

4) Dunin. Sprawozdanie z prac kol. Wł. Brunera.

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою Варшава, 3 Апрѣля 1887 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

Salvator

wypróbowana przy chorobach **nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i narządów trawienia.**

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—3 *Dyrekcyja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).*

Zwracamy uwagę

iż Kefir przyrządzany według specyjalnych wskazówek i badań ogłoszonych w świeżo wyszłej pracy p. p. Dr. Dr. Nenckiego i Fabiana wyrabia wyłącznie

zakład Kefirowy aptekarzy

Biertümpfla i Gessnera

Aleja Jerozolimska róg Kruczej

dawniej **D-RA WYSZYŃSKIEGO.** 6—6

DRUSKIENICKIE

WODY MINERALNE

w gubernii i powiecie Grodzieńskim

Komunikacyja od stacyi Porzecze drogi żelaznej Warszawsko-Petersburskiej 17 wiorst, w powozach i omnibusach pocztowych, prócz tego z Grodna codziennie statkiem parowym, drogi godzin 3.

Sezon od 5/17 Maja do 15/27 Września

później, przy sprzyjającej pogodzie.

Solanka jodo-bromowa, używa się z dobrym skutkiem w skrofułach, chorobie angielskiej, reumatyzmie, artrytyzmie, blednicy, otyłości, hemoroidach, katarach żołądka, kiszek, dróg urynowych, chorobach kobiet, paraliżach, chorobach skóry. Warunki klimatyczne bardzo dobre. Cholery i żadnych innych epidemicznych chorób w Druskienikach nigdy nie było. Całe Druskieniki otoczone sosnowemi lasami. Domy w ogrodach i lesie.

Łazienki nowo wybudowane z urządzeniem zastosowanem do najświeższych wymagań nauki. Wszelkie wygody, ceny umiarkowane, Muzyka, Kąpiele na Niemnie i kaskadowe na Rotniczance, Apteka i Skład apteczny, Lekarz stale praktykujący i kilku na sezon przyjezdnych. Wody mineralne zagraniczne, kumys naturalny, kefir. Sól i ług (Mutter lauge) Druskienickie w Warszawie, w aptece p. Heinricha. 3—1

Zakład wodoleczniczy

Bad Elgersburg w Lesie Turyngskim (Thüringer Wald).

Najwięcej renomowany, już r. 1837 założony zakład dla zastosowania hydro-elektro- i pneumatoterapii; dla massażu i gimnastyki leczniczej, dla leczenia dyjetetycznego, klimatycznego i terrenowego; dla kuracyi Mitchella (celem utycia), dla kuracyi serwatkowej oraz wypoczynku letniego w przepysznej górskiej okolicy. Znakomite rezultaty w najrozmaitszych cierpieniach, przedewszystkiem w chorobach nerwowych. Sezon od 1-go Kwietnia do 1-go Października. Leczenie hydropatyczne przez cały rok. 520 metrów nad powierzchnią morza. Stacyja kolei żelaznej. Wyborne pożywienie. Tanie ceny. Bliższych wiadomości (gratis i franco nadsyła się prospekty) udzieli dyrekcyja:

Dr. med. Barwiński. — Fr. Mohr. 5—1

WIESBADEN

Dr Pospišil 5—1

mieszka teraz na Geissbergstr. № 6 (u Kochbrunn)

Dr. Adam Sołowij

(lekarz chorób kobiecych)

ordynuje podczas sezonu kąpielowgo w **Franzensbadzie**

„Englischer Hof". —Kulmerstrasse. 12—2

Doktór Medycyny **Stanisław Bęklewski**

ordynuje w Piatygorsku i na grupach jak zwykle od 15-go Maja
0—4 do 1-go Września.

JAWORZE (ERNSDORF)

koło Bielska na Szlązku austr.

Zakład wodoleczniczy i żętyczny. uzdrowisko klimatyczne 360 metrów nad poz. morza, u stóp Beskidau szlązkiego. Kąpiele igliowe i inne, kuracya mleczna, Kefir, mięszenie (massage), apteka zaopatrzona w wszelkie wody mineralne, nowozbudowany wodociąg wybornej źródlanej wody do picia, urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu, restauracya zakładowa pod własnym zarządem, dwa razy dziennie gra orkiestra.

Pora kąpielowa od I Maja do końca Września.—Lekarz zakładowy **Dr. St. Smoleński** docent Uniwersytetu Jagiell.—Zgłoszenia przyjmuje Inspekcya kąpielowa w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Szlązku austr. 8—2

Fabryka wód mineralnych

Magistra Farmacji

W. KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece

ulica Elektoralna Nr. 39.

Ekspedycja na wszystkie dworce kolejowe. Cenniki gratis i franco.—Numer telefonu 412.

10—1 **W. Karpiński.**

Дозволено Цензурою Варшава, 3 Апрѣля 1887 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.