

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowineyi,
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.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

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

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

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

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

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 49.

0—21

Dla lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu

J. COHNHEIM'A:

Odczyty z Patologii Ogólnej.

Przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Trzy tomy: T. I. str. 608. T. II. str. 262. T. III
str. 340. Spis alfabetyczny str. 20. Ogółem 76½ arkuszy druku. Cena 5 rs.

S. JACCOUD:

Wykład Patologii Szczegółowej.

Przekład z 7-go wydania z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitogra-
ficznymi. Trzy tomy. T. I. str. 928. T. II str. 984. T. III. str. 961. Ogółem 185 arkuszy druku. Cena rs. 13.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

15—1

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najłatwiej osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencjami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawia się przez osoby najwęższe nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. Neneki. Poszukiwania nad barwnikiem krwi. (Dokończenie.) — II. Rosiński. O leczeniu rozlanego zapalenia nerek ergotyną. — *Dział sprawozdawczy.* 63. N e g a. Badania porównawcze o wchłanianiu i działaniu różnych przetworów rtęciowych używanych do leczenia skórniego. — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. (Dokończenie.) — Wiadomości bieżące. — Odpowiedzi od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. POSZUKIWANIA NAD BARWNIKIEM KRWI.

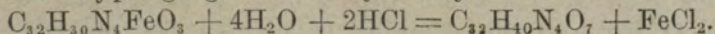
Napisał

Profesor D-r Marceli Neneki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 36).

Oprócz hexahydrohematoporphyriny powstaje, przy odtlenianiu heminy za pomocą cyny i kwasu solnego, jeszcze inny barwnik w niewielkiej ilości, który posiada wszystkie własności urobiliny. Rozpuszcza się on mianowicie w alkaliach, barwiąc roztwór brunatno-czerwono, a po rozcieńczeniu bursztynowo-żółto.

Roztwór amonijakalny, po dodaniu nieco chlorku cynku w roztworze, daje zieloną fluorescencyję. Barwnik ten strąca się z roztworów alkalicznych za dodaniem kwasów, w postaci bezkształtnych, czerwono-brunatnych kłaczków, które po wysuszeniu ich przedstawiają brunatny proszek z zielonym metalicznym odblaskiem. Nasycone roztwory kwaśne barwnika tego są koloru żółto-czerwonego, a po rozcieńczeniu stają się różowemi; dają one w widmie linię absorbeyną, charakterystyczną dla urobiliny. Barwnik ten powstaje w większej ilości, jeżeli roztwór alkoholiczny heminy poddać gotowaniu z cyną i stężonym surowym kwasem solnym. Godzi się to zupełnie z przypuszczeniem teoretycznem, że zamiana heminy na urobilinę polega głównie na hydratacyi:



Trudno jest barwnik ten otrzymać w stanie wolnym od popiołów, ale mam nadzieję, że wkrótce kwestyję tworzenia się urobiliny z barwnika krwi z zupełną stanowczością rozwiążę.

Przy stosowaniu cyny i surowego kwasu solnego, może roztwór alkoholiczny heminy po dłuższem gotowaniu zupełnie się odbarwić. Powstają przytem szczególne produkty z charakterystyczną wonią *pyrridinu*. Dalej, przy przepędzaniu roztworu przesyconego alkalicznie, przechodzi też jakiś związek lotny, w wodzie rozpuszalny, który barwił wiór jodłowy, zwilżony kwasem solnym, na kolor mocno czerwony. Kiedy bezbarwny, małą ilością kwasu solnego zakwaszony, roztwór

zagęszczano na kąpeli wodnej, nabierał on stopniowo coraz silniejszej czerwonej barwy i wreszcie zmieniał się w bezkształtną, z metalicznym zielonawym polyskiem żywicę. Mam zamiar bliżej produkt ten zbadać, gdy przynajmniej kilkaset gramów heminy mieć będę do przeróbki, co zresztą obecnie wielkich już trudności nie przedstawia.

Badalem także wpływ na heminę kwasu azotnego, jak również nadmanganianu potasu w roztworze alkalicznym. W obu razach utlenienie zadaleko się posuwa. Pomimo, że wielokrotnie zmieniałem i stężenie roztworów i ciepłotę i t. p., przyczem przerobiłem więcej niż 60 gramów kryształów heminy, otrzymywałem zawsze albo tylko produkty końcowe utlenienia, mianowicie wiele kwasu szczawowego, węglanego i amonijaku, albo produkty pośrednie bezkształtne, nie przedstawiające pewności, że mam przed sobą do rozbioru chemiczny osobnik. Z niejaką pewnością można przyjąć, że przy utlenianiu hematyny z kwasem azotnym nie powstają lotne, organiczne zasady. Gdy roztwór ten kwaśny przesycałem ługiem zasadowym i przepędzałem, uchodził tylko amoniak. Gdy destylat wprowadzono do kwasu solnego i po dodaniu do niego chlorku platyny, odparowano w wydzielonej podwójnej soli platynowej, która przedstawiała i formę krystaliczną i inne cechy salmijaku platynowego, znalazłem 43,7% platyny. $(\text{NH}_4\text{Cl})_2\text{PtCl}_4$ wymaga 44,2% platyny. W tem miejscu muszę sprzeciwić się dawniejszemu zdaniu Leyer'a i Köller'a ¹⁾, jakoby przy rozkładzie hematyny z rozcieńczonym kwasem siarczanym, powstawały znaczne ilości tyrozyny i leucyny. Nawet przy prażeniu hematyny z wodanem potażu nie wytwarza się ani tyrozyna ani leucyna. Jak to już Hoppe-Seyler podawał, hematyna mocno się opiera działaniu topniejącego wodanu potażu i dopiero przy wysokiej ciepłocie oswobadza się amoniak. Kiedy 20 gramów hematyny z pięciokrotną na wagę ilością wodanu potażu topniejącego w srebnem naczyniu ogrzewałem aż do zupełnego rozkładu, ulotniło się dosyć dużo pyrrolu. Przeważna wszakże ilość uległa zwęgleniu i w bardzo tylko małych ilościach wytworzył się niebieski, koloru bławatków, barwnik, który w kwasach rozpuszczał się przybierając barwę zieloną, którego wszakże minimalne ilości dalsze badanie uniemożliwiały.

III.

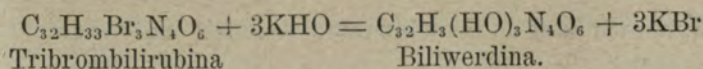
Stosunek barwnika krwi do barwników żółci.

Bilirubina posiada skład wzoru $\text{C}_{32}\text{H}_{36}\text{N}_4\text{O}_6$. Z poszukiwań Maly'ego ²⁾ wynika, iż powyższemu właśnie wzorowi należy przyznać prawdziwość przed dawniejszym wzorem, podanym przez Staedeler'a: $\text{C}_{16}\text{H}_{18}\text{N}_2\text{O}_3$. Bilirubina przyjmując H_2O i H_2 przechodzi w urobilinę (hydrobilirubina: $\text{C}_{32}\text{H}_{40}\text{N}_4\text{O}_7$), a staję się to zrozumiałem tylko przy zdwojeniu Staedeler'owskiego wzoru dla bilirubiny.

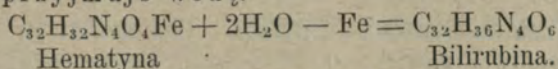
Dalej daje bilirubina z bromem związek tribrombilirubiny = $\text{C}_{32}\text{H}_{32}\text{Br}_3\text{N}_4\text{O}_6$, który przez alkalię zamienia się na biliwerdinę:

¹⁾ Ann. Chem. Pharm. T. 83, str. 337. r. 1882 r..

²⁾ Sitzb. der K. Akad. der Wissensch. III Abth. Jahrg. 1875. T. 72.



Kiedy barwnik krwi przechodzi w barwnik żółci, traci przytem żelazo a przyjmuje wodę.



Tym prostym wzorem stwierdza chemija dawne domniemanie patologii że: „pomiędzy barwnikiem krwi i barwnikiem żółci powinien istnieć blizki genetyczny związek“ ¹⁾. Wiadmo, że gdziekolwiek w ustroju żywym krew występuje z naczyń w otaczającą tkankę, jak to np. ma miejsce w jajnikach (*corpora lutea*), w bliznach poudarowych w mózgowiu, krwawych zawałach śledziony, torbielach, we krwi gnijących w łonie matki płodów i t. p. znajdują się stale kryształy drobnowidzowe hematoidyny, dostrzeżonej po raz pierwszy przez Virchow'a w wybroczynach krwawych ²⁾. Rozprawiano wiele o tożsamości hematoidyny i bilirubiny. Robin i Riche ³⁾ otrzymali raz z torbieli wątrobowej około 3 gram. hematoidyny i znaleźli, że suche kryształy zawierały: 65,05% C, 6,37% H, 10,51% N, a obok tego popiół zawierający alkalijska i żelazo. Wzór bilirubiny: $\text{C}_{32}\text{H}_{36}\text{N}_4\text{O}_6$, wymaga 67,1% C, 6,3% H i 9,8% N. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że kryształy nie były zupełnie czystymi, gdyż pozostawiały popiół, że zresztą bardzo były do bilirubiny podobnymi, to staje się bardzo prawdopodobnem zdanie, że bilirubina i hematoidyna są ciałami albo tożsamymi albo izomerycznymi. Że hematoidyna *resp.* bilirubina w ustroju żywym niewątpliwie z barwnika krwi pochodzi, dowodzą tego doświadczenia T. Langhans'a ⁴⁾: jeżeli gołębiom wprowadzimy własną ich skrzepłą krew pod skórę, to już drugiego dnia znajdujemy wśród skrzepów krwi hematoidinę wykrystalizowaną w drobnowidzowe rombiczne tabliczki i igły.

Drugim z barwnika krwi pochodzącym barwnikiem jest urobilina. Gerhardt ⁵⁾ zwrócił pierwszy uwagę na pojawianie się niezwykle wielkich ilości urobiliny w moczu przy pewnych chorobach. Od owego czasu wielokrotnie stwierdzano, zwłaszcza Bergmann ⁶⁾, a ostatnio R. Dick ⁷⁾, przechodzenie nadmiernie wielkich ilości urobiliny do moczu przy wylewach krwi w mózgu, przy zawałach płucnych, *haematocele*, przy skaleczeniach z następczemi wybroczynami krwi do

¹⁾ Że to domniemanie patologii tak późno dopiero zostaje przez chemię stwierdzone, usprawiedliwia się tem przedewszystkiem, że w ogóle mało jest chemików, zajmujących się specjalnie kwestyjami chemii fizjologicznej. Chemija czysta była w ostatnich latach pochłonięta wypracowaniem pierścienia benzolu. Zdaje się, że w najbliższym czasie nie zajdzie w tem ważniejsza zmiana, gdyż szereg tych pierścieni powiększa się tylko. Chemicy mają zresztą zadań dosyć, które czekają od nich rozwiązania, a któremi tem chętniej się zajmują, że praca około nich nie jest bez wyników praktycznej wartości, jak np. synteza sztucznych alkaloidów, barwników i t. p. A i ze strony lekarzy, gdy w medycynie nowy zwrot bakterjologii pochłania wszystkie umysły, interes dla spraw chemicznych w ustroju stał się mniejszym.

²⁾ Tegoż Archiv. T. I. str. 445. 1847 r..

³⁾ Compt. rend. T. 41. str. 506.

⁴⁾ Virchow's Archiv. T. 49. str. 82.

⁵⁾ Wiener med. Wochenschrift. 1877.

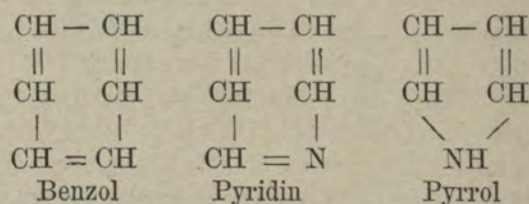
⁶⁾ Volkman's Vorträge. Nr. 190.

⁷⁾ Archiv für Gynaekologie. T. 23. str. 1.

tkanek, przy wylewach krwi do jamy brzusznej wskutek ciąży zewnętrznej i pęknięcia błon płodowych.

I w warunkach fizjologicznych zdaje się barwnik żółci powstawać z rozkładu barwnika krwi. Przemawia zatem nie tylko obecność bilirubiny w żółci, ale i wysoka w tej ostatniej zawartość żelaza. Według Joung'a ¹⁾ 100 ctm. szeciennych żółci wołowej zawiera 0,00438 grm. Fe, tyleż żółci psiej — 0,0160, ludzkiej zaś 0,0066.

Możliwym wszakże, a nawet prawdopodobnym jest fakt odwrotny, a mianowicie, że bilirubina jest niedokończonym w budowie swym barwnikiem krwi, przy powstawaniu tego ostatniego w komórce wątrobowej. Z punktu widzenia chemicznego, pewna ilość faktów przemawia za tem przypuszczeniem. Dowiedzione wytwarzanie się w wątrobie glikogenu z dekstrozy i mocznika z węglanu amonu polega na syntezie przy jednoczesnem wystąpieniu wody. Cholesteryna (alkohol jednoatomowy) zarówno jak i kwasy cholalowe, z żółci rozlicznych zwierząt otrzymane, mają wszystkie to z sobą wspólne, że molekuly ich, względnie do zawartości kwasu węglanego, mniej zawierają wody aniżeli materyjał, z którego powstają, t. j. aniżeli tłuszcze, wodany węgla i ciała białkowate, które służą nam za pokarm. Do tej samej kategorii należy uboga w wodór i tlen hematyna. Już ta jedna okoliczność, a nadto powstawanie pyrrolu i pyridynu przy rozkładzie barwnika krwi, przemawiają za tem, że w molekule hematyny, atomy węgla wiążą się z sobą nie pojedynczo, jak to ma miejsce w tłuszczach, ale podwójnie jak w pochodnych benzolu. Stosunki produktów rozkładu barwnika krwi do benzolu przedstawiają wyraźnie następujące wzory konstrukcyjne:



Możnaby zatem najodpowiedniej porównać komórkę wątrobową do komórki roślinnej: tak jedne jak i drugie przerabiają molekuly składu prostszego w molekuly bardziej złożone, a w wodór i tlen uboższe.

Byłoby wszakże nieusprawiedliwionem przypisywać komórce wątrobowej wyłącznie i bezwarunkowo wytwarzanie barwnika krwi. Istnieje fakt, który wyłączności takiej, przynajmniej w okresie życia płodowego, przeczy. Tu bowiem pojawia się barwnik krwi w chwili, w której wątroba wcale jeszcze nie istnieje. Jak mię prof. Th. St uder objaśnił, występuje krew czerwona w jajku kurczęcia już w końcu drugiego dnia rozwoju, a serce i naczynia powstają w listku średnim. Komórki krwi występują stale w pierwszej połowie drugiego dnia. Wątroba natomiast pojawia się w jajku kurczęcia, jako parzyste wypuklenie dwunastnicy, dopiero w 55-tej i 60-tej godzinie rozwoju i do tego zrazu wypuklenia

¹⁾ M a l y's Jahresbericht. T. I. str. 122.

te nie są wcale w związku z żyłami. Dopiero w końcu trzeciego dnia z pierwszych zaczątków rozwijają się wypuklenia i wtedy dopiero powoli wytwarza się pośród nich sieć naczyńowa.

O ile rozbierałem hematynę krwi rozlicznych gatunków zwierząt, posiada ona zawsze skład jednaki, a że i we własnościach swoich nie przedstawia szczególnych różnic, przeto uważać ją można za ciało zawsze tożsame. Natomiast z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że hemoglobina u różnych gatunków zwierząt jest różną. I tak: rozpuszczalność kryształów hemoglobiny, otrzymywanych ze krwi różnych zwierząt, jest bardzo różną. Kryształy hemoglobiny z krwi wołowej np. są w wysokim stopniu hygroskopijne, tak, że w ciepocie wyżej 0° C. rozplwają się wystawione na powietrze, pochodzące zaś ze krwi kruka niesłychanie trudno się rozpuszczają w zimnej wodzie. Hemoglobina krwi wiewiórczej krystalizuje w układ sześciokątny, inne w układ rombiczny. Skład procentowy różnych hemoglobin nie jest jednakim. C. Schmidt znalazł w 100 częściach hemoglobiny z krwi psiej 54,15% C, 7,18% H, 16,33% N, 0,43% Fe, 0,67% S. Podług zgodnych rozbiórów Kossel'a, Otto'a i Bücheler'a hemoglobina z krwi końskiej zawiera: 54,68% C, 7,07% H, 17,40% N, 0,46% Fe, i 0,66% S.

Różnica tedy w zawartości azotu przechodzi granice dopuszczalnego błędu rozbioru. Hüfner oblicza dla hemoglobiny z krwi konia empiryczny wzór: $C_{550}H_{852}N_{149}S_2FeO_{149}$ dla hemoglobiny z krwi psiej: $C_{636}H_{1025}N_{164}FeS_3O_{189}$. Różnice w hemoglobinach mogą tylko polegać na tem, że tenże sam barwnik — hemina — łączy się z rozmaitemi ciałami białkowatymi, *resp.* z rozmaity liczbą molekuł ciał białkowatych. Jest możliwem, a nawet prawdopodobnem, że ten związek heminy z ciałami białkowatymi jest takiej natury, jak rozbiórany przez emnie związek heminy z alkoholem amyłowem. Wszakże stanowczego wyjaśnienia w tej mierze oczekiwać należy od dalszych badań, w każdym razie wyniki badań moich wyjaśniły skład i chemiczne stosunki składnika barwnikowego hemoglobin, najbardziej złożonych ciał białkowatych.

Bern, w Sierpniu 1884 r.

I. O LECZENIU ROZLANEGO ZAPALENIA NEREK ERGOTYNĄ.

Napisał

Dr Rosiński.

Spostrzeżenia moje, dotyczące działania ergotyny przy rozlanem zapaleniu nerek, odnoszą się do tych postaci cierpienia nerek, które powstały skutkiem zaziębienia i płonicy, tak z przebiegiem ostrym jak i przewlekłym. Spostrzeżenia te nie mogą się odnosić do tych przypadków białkomoczu, które powstały skutkiem głębszych zmian w tkance nerkowej, jak np. przy nerce mączkowatej i zanikłej; w przypadkach takich działanie środka, regulującego tylko czynność przyrządu, objawić się nie może.

Czy rozlane zapalenie nerek, stosownie do różnych przyczyn, osobne przedstawia rodzaje choroby, czy też tylko różni się natężeniem sprawy, pytanie to, dotychczas niewyjaśnione, rozbierać tutaj nie jest mojem zadaniem. Tak patologiczna anatomija, jak i badania przy łóżku chorego, wykazują nam zawsze te same zmiany i te same zjawiska, z jakiegokolwiekby choroba pochodziła źródła. Przy ostrym przebiegu: mniejsza lub większa gorączka, ból w krzyżu, wymioty częste napieranie do wydzielania moczu, czasami krwawego; przy przewlekłym przebiegu: brak łaknienia i ogólne osłabienie rozpoczynają szereg zjawisk, po których następują stale, zmniejszenie się ilości moczu, białkomocz, puchlina, a nawet i mocznica.

Objawy te są tak samo stałe, jak wyniki oględzin pośmiertnych, które zawsze wykazują: powiększenie i przekrwienie przyrządu. Powiększenie nerek, które niekiedy do podwójnej dochodzą wielkości, dotyczy głównie istoty ich korowej, która wtedy bywa czerwono-szara, co zależy od nagromadzenia się krwi w znacznie rozszerzonych naczyniach kłębków Malpighiego. Istota rdzeniowa przedstawia się jasno czerwoną i odbija jaskrawo od szarego tła części korowej. Nabłonek zarówno w kanalikach moczowych, jak i w ciałkach Malpighiego jest napeężniały, ziarnisty i zmętniały.

Patologiczne te zmiany sprowadzić muszą w czynnościach nerek zaburzenia, dotyczące tak ilości, jak i jakości wydzielanego moczu.

Przyjmując bowiem za rzecz dowiedzioną, że mocz w kłębkach Malpighiego przesiąka przez naczynia krwionośne, jak przez sączki do kanalików moczowych, oczywistą jest rzeczą, że każda zmiana naturalnych tych sączków odbijać się musi na ich czynności. Jak dalece zaś zapalenie każde dotyka ścian naczyń krwionośnych, zmieniając ich żywotność i wprawiając takowe w pewien stan porażenia, opisał to dokładnie w klasycznych swych pracach Cohnheim. Według jego spostrzeżeń, zwalnia się obieg krwi w okolicy, zapaleniem dotkniętej, przyczem naczynia krwionośne znacznie się rozszerzają. Nie ulega zaś wątpliwości, że i w uległej zapaleniu nerce, zwolnienie takie w obiegu krwi nastąpić musi i to nawet w tem większym stopniu, im trudniejsze są w niej prawidłowe warunki krążenia. Krew bowiem przez dwojaki układ włosowaty przechodzić w niej musi: raz w kłębkach Malpighiego, drugi raz — przepływając, po wyjściu z nich przez zwyczajny układ włosowaty, z tętniczek do żył. Ponieważ zaś dalej w przyrządach wydzielających, ilość wydzielanej cieczy ma się w stosunku do szybkości obiegu krwi w takowych, więc i ilość moczu, wydzielonego przez nerkę uległą zapaleniu, tem bardziej zmniejszać się musi, im wolniejsze w niej będzie krążenie. Spostrzega się też przy chorobie powyższej, że ilość moczu obniża się często do połowy, a czasem nawet do kilku kropel na dobę.

Jedno z głównych zjawisk przy rozlanem zapaleniu nerek: zmniejszenie się ilości moczu, jest zatem wynikiem zwolnionego w nich krążenia, spowodowanego zapalnym porażeniem ich naczyń krwionośnych.

Co się tyczy jakości moczu, a zwłaszcza przyczyny przesiąkania białka, to takowej musimy szukać w chorobliwym stanie naczyń krwionośnych przyrządu. Wiemy bowiem, że w zdrowej nerce naczynia krwionośne nie prze-

puszczają białka przez swe ścianki, jako ciała trudno przesiąkającego, które powstrzymywane bywa nadto w obiegu krwi przez szczelny nabłonek, otaczający kłębki Malpighi'ego. Jest rzeczą dowiedzioną, że dwie te zapory wystarczają jak najzupełniej w prawidłowym stanie do powstrzymania przesiąkania białka. Inaczej bywa przy zapaleniu. Cohnheim wykazał bowiem, że ściany naczyń krwionośnych tracą w takim razie na swej ściśłości i że powstają w nich pory, przez które nie tylko rozpuszczone, ale i upostaciowane zawartości surowicy przesiąkają. Stan taki ma miejsce i przy zapaleniu nerki, przyczem naczynia w kłębkach Malpighi'ego ulegają rozszerzeniu wskutek przepełnienia krwią, a ściany ich są rozluźnione. Jeżeli uwzględnimy przytem, że ciśnienie krwi w naczyniach takich skutkiem zapalenia się zwiększa, to przesiąkanie białka będzie nam się przedstawiało jako konieczny skutek powyższych zmian w sączkach nerkowych. Wskutek gwałtownego nabrzmienia kłębków Malpighi'ego, rozsuwa się i nabłonek, otaczający takowe, przez co w przegrodzie pomiędzy nimi a kanalikami moczowemi powstają szczeliny, przejście białka ułatwiające.

Z zapatrywań powyższych wynika, że białkomocz jest li tylko sprawą mechaniczną, spowodowaną przez chorobliwą przepuszczalność naczyń krwionośnych, przy zwiększonym w nich ciśnieniu.

Twierdzono wprawdzie, że dotychczas nie udało się dostrzedz w nerce owej dziurkowatości jej naczyń krwionośnych, a i Cohnheim nie mógł takowej w doświadczeniach swoich wykazać, przypuszcza on jednakże, że takowa za życia istnieć musi, skoro nawet ciała krwi przechodzić mogą.

Powyższej teorii tworzenia się białkomoczu przeciwstawiają i inne, pomiędzy którymi pierwsze zajmuje miejsce mniemanie, jakoby stan chorobliwy nabłonka w kanalikach moczowych powodował wydzielanie się białka. Przypuszczenie to wszakże nie zgadza się zupełnie z rzeczywistością. W wielu bowiem przypadkach białkomoczu, znaleziono po śmierci nabłonek zupełnie nietknięty, podczas gdy znów przeciwnie nie było za życia ani śladu białka w moczu, pomimo zupełnie stłuszczonego nabłonka. To też Bartels wpływ takowego na białkomocz stanowczo odrzuca.

Mniemania, jakoby zmniejszenie się ilości soli kuchennej w surowicy miało być przyczyną białkomoczu, jak to twierdzi Wundt, nie mógł potwierdzić Stokvis, pomimo licznych doświadczeń w tym względzie. Nie utrzymała się wreszcie i teoria Canstatt'a i Prout'a, dowodzących, że białko w obiegu krwi ulega rozkładowi i przybiera przez to własności łatwo przesiąkającej substancji. Chemiczny bowiem rozbiór białka, z moczem wydzielanego, nie wykazał nigdy żadnej różnicy pomiędzy niem, a białkiem zwyczajnem.

Co się tyczy wpływu nerwów na białkomocz, to ważne bardzo w tej sprawie są doświadczenia Wittich'a. Badacz ten wykazał, że nerwy, wydzielaniem kierujące, nie mają żadnego wpływu na chorobę powyższą. Przecięcie ich bowiem nie powodowało żadnych następstw w tym względzie. Przeciwnie zupełnie zachowują się nerwy naczynio-ruchowe, których przecięcie białkomocz regularnie wywołują. Oczywiście, że porażenie naczyń krwionośnych, jakie w takim razie następuje, wywołuje w nerce wyżej opisane zmiany, które przesiąkanie białka

sprowadzić muszą. Tym sposobem dają się tłómaczyć i te przypadki białkomoczu, które towarzyszą cierpieniom niektórych części mózgu, szczególnie zaś rdzenia przedłużonego. Schiff i Claude Bernard wykazali bowiem doświadczeniami, że uszkodzenie ośrodka naczynio-ruchowego, znajdującego się w mózgu i rdzeniu przedłużonym, stale białkomocz wywołuje. Dalej uważa Fischer z Wrocławia chorobę tę jako stałe zjawisko przy wstrząśnieniu mózgu, a w ostatnich czasach stwierdzono, że białkomocz jest jednym z prawidłowych objawów przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych.

Odkrycie Wittich'a potwierdza nam więc wyluszczoną teorię białkomoczu, objaśniającą takowy chorobliwym stanem naczyń krwionośnych, wskutek porażenia nerwów naczynio-ruchowych, co zarazem wyraźnie nam wskazuje drogę, jaką przy leczeniu tego cierpienia postępować winniśmy.

Pierwszem i głównem następstwem utraty białka, które szczególnie przy przewlekłym przebiegu choroby w wielkiej bardzo wydziela się ilości, jest rozdwodnienie surowicy. Christison, który ciężar właściwy takowej w prawidłowym stanie na 1029—1031 oznacza, znalazł, że u chorych na białkomocz, ciężar właściwy obniża się i wynosi od 1019—1022. Wodnistość surowicy nie prowadzi jednakże zaraz do puchliny, jak się o tem przekonać możemy w tych przypadkach, w których u chorych, pomimo silnego białkomoczu, puchlina przez długi czas nie występuje. Do wywołania skutku tego jest raczej potrzebem i zmniejszenie się dziennej ilości moczu; wtedy bowiem dopiero nagromadza się w obiegu krwi tyle wodnistej płyny, że przesiąkanie jego do tkanek ustroju staje się koniecznem. Widzimy z powyższego, że to niebezpieczne i do energicznego działania wzywające zjawisko przy zapaleniu nerek, t. j. puchlina, początkowo skórna tylko, ale w swym dalszym rozwoju i jamy ciała ogarniająca, jest wspólnem dziełem białkomoczu i zmniejszenia się dziennej ilości moczu. Ponieważ zaś oba te objawy w chorobie naczyń krwionośnych nerki mają swoje źródło, starania nasze lecznicze będą musiały zatem mieć głównie na celu przyprowadzenie naczyń do prawidłowego stanu.

Wskazaniem przeto zasadniczego leczenia będzie:

1) Usunięcie porażenia naczyń krwionośnych nerki i nadanie ich ścianom pierwotnej żywotności i ścisłości.

2) Zmniejszenie powiększonego w nich ciśnienia krwi.

Pomiędzy jakimi lekami środka tego szukać należy, wskazują nam wyżej podane doświadczenia Wittich'a, który wpływ nerwów naczynio-ruchowych na białkomocz tak dobitnie wykazał. Logicznym bowiem jest wniosek, że, jeżeli porażenie nerwów naczynio-ruchowych sprowadza białkomocz, to środki, podnoszące czynności takowych i zwracające im ich siłę, chorobę tę usunąć muszą.

Że ergotyna odpowiadać tu będzie wszelkim wymaganiom, *a priori* przypuszczać musimy, znając jej działanie, podnoszące czynność nerwów naczynio-ruchowych i zniżające przy wielkich dawkach tętno, a tem samem i ciśnienie krwi.

Skoro zaś ergotyna działa tak energicznie na tętniaki, i w leczeniu ich niejednym już poszczycić się może pomyslnym skutkiem, toż i na istotę korową nerki wpływ jej będzie musiał być korzystnym, a to z powodu, że naczynia krwionośne

tej części przyrzędu są przeważnie natury tętnicznej. Rozgałęzienia bowiem tętnicy nerkowej, przebiegające w kłębkach Malpighiego, jednoczą się po wyjściu z takowych znowu w małe tętniczki, które dopiero po krótkim przebiegu po drugi raz się rozchodzą, aby utworzyć zwyczajny układ naczyń włosowatych. Możemy przeto na kłębki Malpighiego, owe krwią zatkane sączki, o które nam tu głównie chodzi, z dwóch stron działać, ożywiając przez ergotynę czynności ich naczyń doprowadzających i odprowadzających. Sprowadzając zaś z wawszy obieg krwi przed i po za kłębkami, uwalniamy i same kłębki od przekrwienia i do prawidłowego przywracamy stanu. Z drugiej strony ruchliwsze krążenie korzystnie oddziaływać będzie na ściany naczyń krwionośnych, bo uwalniając takowe od zbyt wielkiego ciśnienia, pierwotną wraca im siłę. Praktycznym skutkiem tego wpływu ergotyny na ożywienie krążenia w nerce jest obfitsze moczenie, które czasami tak staje się wybitnem, że dzienna ilość moczu, po zażyciu środka tego, zwyczajną ilość znacznie przewyższa. Przez to zaś pozbywa się surowica nadmiaru wody, puchlina zaczyna ustępować i jeden z najniebezpieczniejszych objawów choroby znika.

Dalej ulegać musi zwężeniu i światło rozszerzonych naczyń krwionośnych nerki, tak pod bezpośrednim wpływem środka, jako też pośrednio, wskutek skłęśnienia narządu. Ściany naczyń skutkiem tego powracają do swej prawidłowej ścisłości, ich dziurkowatość znika, a tem samem upada i przyczyna przesiąkania białka.

O ile wreszcie ergotyna w wielkich dawkach zniża częstość tętna, o tyle zmniejsza ona i ciśnienie krwi w nerce.

Widzimy zatem, że w leku powyższym posiadamy środek, który odpowiada obu wskazaniom leczenia zasadniczego.

Oczywistą jest rzeczą, że dawka ergotyny musi być wielką: pół do całego grama po kilka razy dziennie. Potrzebujemy bowiem, stosownie do wielkich przeszkód krążenia w nerce, całej skuteczności środka, a następnie chodzi nam i o wpływ jego na zmniejszenie ciśnienia krwi. W ostrym przebiegu wystarcza zastosowanie kilkodniowe ergotyny, aby chorobie dać zwrot ku lepszemu, w przewlekłym — niezbędnem jest jej działanie dłuższe, kilkotygodniowe, z odpowiedniami przestankami.

Obawy ergotyzmu, objawiającego się kurczami, zgorzelą kończyn i porażeniem serca, jakieby przeciw dłuższemu zażywaniu środka tego przemawiać mogły, nie są, przy odpowiedniej kontroli lekarskiej, uzasadnione. Oprócz rozwolnienia i to głównie u dzieci, nie widziałem żadnych niemiłych skutków. Znane są wprawdzie przypadki, gdzie już nawet po dwóch centygramach dziennej dawki następowała zgorzel nóg i niepokojące objawy ze strony serca; ale właśnie spostrzeżenia te, wobec wypróbowanej nieszkodliwości ergotyny w wielkich dawkach przemawiają tylko za tem, że nie ergotyna, jako taka, lecz prawdopodobnie nieczystość leku, przez wytwarzanie się w nim np. jakiego złośliwego grzybka, co jak wiadomo bardzo łatwo następuje, lub też przez sporządzenie jej ze sporyszu niedojrzałego albo wilgotnie przechowywanego, co mu nadaje własność trującą, musiała być przyczyną owych smutnych następstw. Sprzeczność ta w działaniu ergotyny może być dalej powodowaną niejednostajnością preparatu, który na zy-

wany bywa ergotyną Bonjean'a, lub Wiggers'a, lub Bombelon'a, a pomimo tego nikt jeszcze nie przedstawił takowego w chemicznej czystości. Ostateczne rozwiązanie kwestyi tej nastąpić naturalnie może tylko w laboratorium chemicznem i byłoby to zadaniem bardzo wdzięcznem, a dla praktycznej medycyny niesłychanie doniosłym, wykazanie sposobu przyrządzania ergotyny, chemicznie czystszej i podanie warunków pewnego jej przechowywania.

Tak samo twierdzi też i Weber, że epidemije *raphaniae*, wskutek spożywania sporyszem zanieczyszczonego chleba, nie są spowodowane jedynie tą nieprawidłową przymieszką, lecz, że raczej zależą od innych jeszcze, niezbadanych dotąd okoliczności. Podobnie zresztą ma się rzecz z jodoformem i chloroformem, z których ostatni czasami po kilku już wziewaniach zabija. Pomimo tego nie wyrzeczemy się używania środków powyższych, tak samo, jak i dla niemiłych czasami skutków ergotyny, nie będziemy się pozbawiali korzystnego jej działania przeciw tak ciężkiemu cierpieniu.

Wiek nie przeszkadza używaniu ergotyny, którą dawałem nawet dzieciom, mniej niż rok liczącym. Rozumie się samo przez się, że u osób wątłych, tak jak przy wszystkich energicznych środkach, tak też i przy ergotynie, szczególną zachować należy ostrożność.

Co się tyczy czasu, w jakim ergotynę przy rozlanem zapaleniu nerek podawać należy, to radzę, aby w ostrej postaci przeczekać pierwszy okres zapalenia, w przewlekłej zaś podawać środek o ile można jak najprędzej.

Bardzo ważnym pomocniczym środkiem przy leczeniu puchliny w skutek zapalenia nerek jest żelazo. Zmniejszając wodnistość surowicy i nadając wogóle jędrność tkankom, musi ono i na rozluźnioną zapaleniem nerkę, jako też i przeciw puchlinie działać korzystnie. Żelazo podawałem w połączeniu z ergotyną, lub też na przemian z takową, posługując się w tym celu zazwyczaj *tinctura ferri pomati*. Szczególniej korzystnem jest to przy leczeniu następczem, po usunięciu puchliny, kiedy już tylko ślady białkomoczu pozostały. Dłuższe zażywanie żelaza przyspiesza wtenczas ostateczne usunięcie tych resztek cierpienia.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

63. Nega. Badania porównawcze o wchłanianiu i działaniu różnych przetworów rtęciowych, używanych do leczenia skórnegó.

Dotychczas nie ma zgody między syfilidologami, czy do wcierań należy używać maści, zawierających rtęć metaliczną, czy też rtęć utlenioną. Spór ten nie ustaje w literaturze. Jak wiadomo, w starych maściach rtęciowych część rtęci metalicznej powoli się utlenia. Dlatego też niektórzy z autorów sądzą, że tylko rtęć utleniona, w maści zawarta, działa na ustrój (Donarau, Bärensprung), podczas gdy inni wpływu jej tego nie przypisują, ze względu na jej małą ilość (Voyel, Boulay, Soubeyran). Zwolennicy pierwszego zapatrywania zalecają bardzo logicznie zastąpienie szarej maści, dotychczas zwykle używanej,

przetworami, zawierającymi rtęć wyłącznie w postaci utlenionej, jak np. maścią tlenika rtęciowego (*hydrargyrum oxydulatum* — Bärensprung, Bouchardat), albo olejanem rtęci (*hydrargyrum oleinicum, oléate de mercure*), jak Venot 1857, Marshall 1872, Berkley Hill 1873, Vajda 1874. W ostatnich czasach nadto Charcot, a za nim niektórzy z niemieckich lekarzy (Schuster, Oberländer), zaczęli zamiast maści szarej robić próby z mydłem rtęciowym (*savon napolitain savo mercurialis*), które ma się odznaczać energiczniejszym działaniem na objawy przymiotowe obok łatwości przenikania skóry i nieznacznego drażnienia tejże.

Wobec tak różnorodnych zapatrywań, postanowiłem badaniem moczu jako też równoczesnem uwzględnieniem wyników klinicznych rozstrzygnąć pytanie, który z tych przetworów ma największe zalety, tak pod względem najprędszego i najobfitszego wchłaniania, jakoteż pod względem najlepszego działania leczniczego. Dla porównania z jednej strony skuteczności przetworów rtęci utlenionej ze skutecznością przetworów rtęci metalicznej, używałem zamiast maści szarej starej, olejanu rtęci,— z drugiej zaś strony, zamiast zwyczajnej maści szarej świeżej ¹⁾, maści rtęciowej podwójnej, wedle przepisu Łucyjana Lebeu'a ²⁾ sporządzonej, a zawierającej czystą rtęć metaliczną (*Pomade mercurielle double du code français*).

Dalszem zadaniem mojem było rozwiązać pytanie, jak znaczne ilości rtęci wnikają przez samą skórę, do czego używałem plastrów rtęciowych wedle D-ra Unny. Plastry te są tego rodzaju, że prawie uniemożliwiają ulatnianie się rtęci i dostanie się jej zapomocą dróg oddechowych do ustroju.

Wreszcie badałem różnice, objawiające się przy wcieraniu różnych ilości rtęci z jednej strony stale na jedno miejsce ciała, z drugiej strony z kolei na całe ciało.

Obok tego postanowiłem sprawdzić twierdzenia D-ra Schustera, że często udaje się wykazać rtęć w kale, rzadko tylko w moczu przy wcieraniach.

Kierowałem się przy badaniu moczu metodą Fürbringera z kilku mmi zmianami technicznymi, usuwającemi najczęściej zdarzające się przyczyny błędów, a mianowicie rozwinięciem się par wodnych i dostanie się zbytecznej ilości jodu do rurek do ogrzewania. Do wydobycia rtęci z moczu zastosowałem, wedle polecenia Fürbringera, tak zwaną „lamette“, t. j. masę składającą się z cynku i miedzi. Uwzględniając łatwość, z jaką takowa w powietrzu z parami rtęciowymi się łączy, rozpałałem ją w rurze przed użyciem w prądzie wodoru.

Ponieważ wyników leczenia w streszczeniu podać niepodobna, przeto, odsyłając czytelników do oryginału, przedstawię tu jedynie główne wyniki, do jakich w pracy swej doszedłem.

Maść olejanu rtęci, u nas stosowana, zawierała tylko połowę tej ilości rtęci, jaką zawiera maść rtęciowa podwójna ¹⁾, t. j. w trzech gramach maści olejanu było 0,75 grm. rtęci (gdy w trzech gramach maści rtęciowej podwójnej było jej 1,50 grm.), a zatem 6 grm. maści olejanu zawierały tyle rtęci, ile 3 grm. maści rtęciowej podwójnej.

¹⁾ Nie używałem zwyczajnej maści szarej świeżej, z powodu że takowa zarobioną bywa albo tłuszczem zjeleżałym, albo domieszką starej maści szarej, przez co nigdy nie zawiera czystej metalicznej rtęci.

²⁾ Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 2 série, tome VII, mercure. Union pharmaceutique. 1871.

³⁾ *Pomade mercurielle double (code français)*:

Mercure métallique 500

Axonge benzoïnée 460

Cire blanche 40.

Przy wcieraniach olejanu po 3 grm. dziennie, z pomiędzy 184 rozbiórów 84 dało wynik ujemny; przy używaniu zaś olejanu po 6 grm. dziennie, z pomiędzy 26 rozbiórów tylko w dwu był wynik ujemny. Wnioskuje ztąd, że ilość stosowanej rtęci stanowczy ma wpływ na ogólny wynik rozbiórów.

Mydło rtęciowe i olejan rtęci zawierają równe odsetki rtęci, z tą tylko różnicą, że w mydle rtęciowym znajduje się wyłącznie rtęć metaliczna, a w olejanie wyłącznie rtęć utleniona.

Przy stosowaniu równych ilości mydła i olejanu (t. j. po 3 grm. dziennie) okazało się, że mydło rtęciowe prędzej i obficiej się wydziela niż olejan. Nie mogę przeto przychylić się do przypuszczenia dawnych autorów, zalecających olejan rtęci w przekonaniu, że rtęć utleniona prędzej i łatwiej się wchłania niż metaliczna (Marshall, Berkley Hill, Vajda).

Przeciwnie, zgadzam się ze zdaniem Overbeck'a, który na podstawie doświadczeń na zwierzętach sądził, że maści, zawierające rtęć metaliczną, bardziej godne są polecenia do użytku leczniczego.

Olejan rtęciowy, stosowany w dawce 3 grm. na dzień, ustępuje znacznie pod względem działania mydłu rtęciowemu i maści rtęciowej podwójnej, użytych również w dawce 3 grm.. Nawet przy stosowaniu 6-ciu gramów olejanu (t. j. dawki, zawierającej tyle rtęci, ile jej mają 3 grm. maści rtęciowej podwójnej) nie widziałem lepszego działania jak przy użyciu 3 grm. maści rtęciowej podwójnej.

Olejan, z pośród przytoczonych przetworów, najmniej drażni skórę, możemy go więc używać w przypadkach przymiotu, objawiającego się niezbyt groźnie, kiedy wskazanem jest wcielenie mniejszych ilości rtęci przez dłuższy czas.

Do leczenia ciężkich przypadków polecam maść rtęciową podwójną, tak ze względu na prędkie i obfite wchłanianie, jako też ze względu na najkorzystniejsze działanie na objawy przymiotowe, w porównaniu z innymi przetworami.

Mydło rtęciowe łatwiej się wchłania i lepiej działa niż olejan rtęciowy, a chociaż zawiera o połowę mniej rtęci, niż maść rtęciowa podwójna, to wszakże tak pod względem wchłaniania, jak pod względem działania na przymiot bardzo się zbliża do niej. Najgorsza, że trudno przygotować przetwó odpowiedni przepisanemu Oberländer'a i wcierać większe dawki tegoż.

Jak wspomniałem już wyżej, najodpowiedniejszym przetworem do rozstrzygnięcia pytania, o ile rtęć przenika skórę, wydały mi się plastry rtęciowe. Używałem wyżej wzmiankowanych plastrów rtęciowych D-ra Unn'y, które kazałem sobie przysłać z Hamburga, z apteki Beierschorff'a. Użycie tych nieprzenikalnych plastrów uniemożliwia prawie zupełnie ulatnianie się rtęci, a tem samem, dostanie się jej do dróg oddechowych.

Jeżeli przyłożymy plastry, zawierające wielkie ilości rtęci i takowe kilka dni na skórze pozostawimy, wtedy wydzielanie się rtęci jest bardzo obfite, a działanie na przymiot bardzo pomysłne. Wydzielanie podczas leczenia jest prawie stałe i nie kończy się z odjęciem plastrów.

Dla tego nie mogę się zgodzić na zadanie Kirchgässer'a, Nothnagel'a i Rossbach'a, że przy wcieraniach największa część rtęci wnika jako para rtęciowa przez drogi oddechowe, a skóra tylko mało przyczynia się do jej wchłaniania. Owszem, na podstawie moich rozbiórów wypada przypuścić, że nawet bez wcierania znaczna część rtęci dostaje się bezpośrednio przez skórę do krążenia.

Jeżeli nie zmieniałem okolic skóry przy wcieraniach, ale wyjątkowo na to samo miejsce (podpęczce) wcierałem olejan rtęci (po 3 gramy codziennie), wtedy bardzo wiele otrzymałem wyników ujemnych. Wybrałem do tych doświadczeń pięć przypadków zapalenia pęcherza. W trzech przypadkach osiągnąłem leczeniem tem skutek zadawalniający, w dwóch zaś usunąłem chorobę dopiero po zmianie leczenia (mianowicie po zastosowaniu wypłukiwania pęcherza 2% roztworem kwa-

su bornego). Pewnem jest, że przy zmianie miejsca skóry, znacznie więcej rțęci się wchłania, niź przy użyciu tego samego miejsca do wcierania.

Zmuszony jestem wdać się w polemikę z D-rem Schuster'em, którego badania w takiej wybitnej sprzeczności pozostają z mojemi. D-r Schuster badał zwykle mocz tylko raz podczas leczenia, a nie znalazłszy rțęci, po jednorazowem zbadaniu nie wahał się wnioskować, że wydzielania rțęci wcale nie było; starałem się podczas leczenia jak najczęściej mocz badać, w niektórych przypadkach prawie codziennie i przyszedłem do wręcz przeciwnych wyników jak D-r Schuster.

W 48 przypadkach badałem mocz 430 razy; podczas leczenia 293 rozbiorów dało wynik dodatni, a 137 ujemny. Nie było ani jednego chorego, u któregoby podczas dłuższego leczenia nie można było wykazać obecności rțęci w moczu, bez względu na to, czy używałem wcierań, czy plastrów, zawierających rțęc w większej ilości (po 20 grm. każdy), chociaż często się zdarzało — jak od dawna już wiemy — że, dla zbyt małej ilości rțęci w moczu z jednej doby, nie mogłem wykazać obecności takowej (Schneider, Vajda, Oberländer). Wynika ztąd konieczność albo kilkorazowego badania moczu albo używania większej ilości takowego do rozbiorów.

W 17 przypadkach badałem 90 razy mocz w przeciągu 1—6-ciu miesiąca po leczeniu, 49 rozbiorów dało wynik dodatni, a 41 ujemny. W trzech tylko przypadkach, w przeciągu 2 miesięcy po leczeniu, nie udało mi się wykazać rțęci w moczu. Powiniennem jednakże zwrócić uwagę na to, że w dwóch z tych przypadków używano nader małych ilości rțęci do leczenia (11 *resp.* 13 wcierań po 3 grm. olejanu, nie zmieniając miejsca przy wcieraniach).

Vajda wykazał rțęc w moczu chorych, którzy już lata przedtem przebyli leczenie rțęciowe. Schuster oświadczył, że w takiego rodzaju przypadkach rțęc, którą w moczu znaleziono, nie była częścią rțęci przed laty wcielonej, ale wnikła do ustroju prawdopodobnie przez drogi oddechowe, dopiero podczas nowego pobytu w szpitalu. Nie chcąc narazić się na takie zarzuty, badałem mocz nie tylko tych, którzy rțęc wcierali, ale także u chorych w tych samych salach znajdujących się, a rțęcią nie leczonych. Nigdy nie udało mi się wykazać rțęci w moczu ostatnich. Wolno przeto, zda mi się, wnioskować, że przynajmniej w naszym szpitalu nie było takiego ulatniania się rțęci, któreby mogło wywrzeć jakikolwiek wpływ na wyniki rozbiorów.

Nadto stosunki na oddziale kobiecym naszego szpitala są nader korzystne do usunięcia podobnej przyczyny błędów. Jest bowiem osobna sala do wcierań, następnie wielka sala dobrze przewietrzana na pierwszym piętrze, w której kobiety resztę dnia przebywają, a nakoniec odrębne obszernie sypialnie na drugim piętrze, dokąd chore udają się dopiero wieczorem. Gdy więc przy takich urządzeniach wszystkie sale kliniki z kolei obficie i wystarczająco przewietrzać można, nie ma mowy o zanieczyszczeniu powietrza znaczniejszą ilością pary rțęciowej.

Jeden chorey w pięć miesięcy po wcieraniach wrócił znów do szpitala. Natychmiast po wstąpieniu rozpocząłem badanie moczu. Zbadałem mocz pięć razy, a za każdym razem wynik rozbioru był dodatni.

Chętnie byłbym się przekonał własnem doświadczeniem, o twierdzeniu powyższem Vajdy (że rțęc nawet lat kilka pozostaje w ustroju), ale brakło mi odpowiedniego materyjału. Nie ma atoli przyczyny powątpiewać o podaniach tego autora. Było wprawdzie dosyć chorych, których przed laty leczono rțęcią, nie działo się to jednak pod moim dozorem, a powtórnie nie mogłem w tych przypadkach być zupełnie pewnym, że w czasie od końca wcierań aż do nowego zgłoszenia się do szpitala nie było żadnego leczenia rțęciowego.

Ostatecznie zwróć uwagę kolegów jeszcze na różnice wydzielania, mające występować przy wstrzykiwaniach i przy wcieraniach. Wielu autorów twierdzi, że przy wstrzykiwaniach rtęć prędzej się wydziela, niż przy wcieraniach. Poczytują to wstrzykiwaniom za zaletę; a kiedy polecają wstrzykiwania, to rzadko zapominają wspomnieć o prędkim wydzielaniu. Przy wcieraniach, rtęć jakoby się pokazywała w moczu dopiero po kilku dniach, a przy wstrzykiwaniach po kilkunastu godzinach.

Tak ważnych różnic w istocie nie ma. Przy wcieraniu rozmaitych maści rtęciowych, również jak przy wstrzykiwaniu rozmaitych soli rozpuszczalnych, w niektórych przypadkach już po przeciągu doby można wykazać rtęć w moczu. Rtęć przez skórę niezranioną dosyć prędko przenika, ale stopniowo, dlatego część w moczu pierwszych dni leczenia wydzielana może być tak nieznaczna, że trudno wykazać jej obecność. Przy wstrzykiwaniach większe ilości na raz dostają się do krążenia, łatwiej też i wskutek tego wykazać część rtęci, wydzielającą się w moczu.

Nega,

asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych
w Strasburgu.

(Streszczenie własnoręcznie po polsku przez autora dla pisma naszego z większej pracy, w niemieckim języku wydane) (1884), przygotowane).

ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 36).

Sekcja chorób wewnętrznych.

I Posiedzenie zagał D-r Kaczorowski proponując połączenia obu oddziałów sekcji w jeden, stosując się w tym względzie do życzenia większości zgromadzonych. Następnie zaprosił na przewodniczącego prof. D-ra Maixnera z Pragi, na wice-prezesa D-ra Buewicza z Charkowa, na sekretarzów D-ra Pacanowskiego z Warszawy i Chłapowskiego z Kissingen.

Pierwszy D-r Gluziński przedstawia pracę p. t. „Badania doświadczalne nad trawieniem białka w żołądku ludzkim w stanie fizjologicznym i patologicznym“, którą prelegent wykonał wspólnie z docentem D-r'em Jaworskim w klinice krakowskiej prof. Korczyńskiego.

Autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń na przeszło 30 indywidualach, tak względnie fizjologicznych jako też patologicznych, w następujący sposób: Po dłuższej obserwacji klinicznej, jakoteż po zbadaniu zawartości żołądka chemicznie i mikroskopowo, podawano zrana na czczo do zjedzenia jedno, na twardo ugotowane, kurze białko (bez żółtka) i 100 ctm. sz. wody przekropionej do wypicia. Po upływie 1, 2 lub 3... i t. d. kwadransów zakładano sondę żołądkową, wlewano 100 ctm. sz. wody przekropionej i zapomocą aspiratora Jaworskiego wyciągano zawartość, którą odstawiano do badania chemicznego i drobnowidzowego. W celu zaś wyciągnięcia całej ilości zalegających kawałków białka, wlewano kilkakrotnie wodę przez zgłębnik i aspirowano. Wyniki tych doświadczeń, mających na celu zbadanie właściwej czynności żołądka, najprostszym pokarmem, w stanie fizjologicznym i patologicznym i zastosowanie wyników do celów klinicznych, okazały się następujące:

W stanach względnie prawidłowych, t. j. w tych przypadkach, w których badani, na żadne przypadłości żołądkowe się nie uskarżali, można było wykazać:

1) Co do kwaśności, że już po jednym kwadransie zawartość była kwaśną od kwasu solnego, który mógł być wykazany ilościowo dziesiętno-normalnym ługiem sodowym, a jakościowo słabą zmianą barwy rozczynu metylorozanilowego. Po dwóch kwadransach kwaśność się podniosła; wyraźna zmiana barwy rozczynu metylorozanilowego dowodziła, iż kwaśność ta zależała od kwasu solnego, i zwykle w trzecim kwadransie dosięgła maximum, poczem szybko, bo po 1 — 2 kwadransach opadała nawet do oddziaływania słabo alkalicznego. Maximum kwaśności nie było jednak nigdy wyższe nad 4—6 cm. sz. dziesiętnonormalnego ługu sodowego na 100 cm. sz. przesączonej zawartości żołądkowej.

2) Po pierwszym kwadransie w zawartości żołądkowej można było wykazać tak syntoninę, przy zobojętnianiu ługiem sodowym, jakoteż peptony—ługiem potasowym i siarczanem miedzi, jednak tylko ślady dostrzegalne i to oddziaływanie na syntoninę było wyraźniejsze, niż na peptony; w dalszym czasie ilość peptonów się zwiększała kosztem syntoniny, tak, że w drugim lub trzecim kwadransie zwykle syntoniny nie było, natomiast tylko czysty pepton, którego ilość jednak tylko małą się okazywała, bo oddziaływanie było tylko blado-różowe, a po upływie 4—5 kwadransów w zawartości żołądkowej ani peptonów, ani syntoniny już nie było.

3) Siła trawiąca przesączonej zawartości żołądkowej okazała się największą po 2 kwadransach; zwykle trawiła ona krążek białka w przeciągu 4—7 g., a trawiła zawsze sama, jeżeli jej kwaśność wynosiła już 4 cm. sz. 10 normalnego ługu sodowego. Jednak zawartość żołądkowa o niższej kwaśności, tak przed jako też po ukończeniu trawienia białka, nawet alkaliczna peptonizowała zawsze, skoro dodano jedną kroplę kwasu solnego na 25 cm. sz. przesączonej zawartości żołądkowej.

4) Kawalki białka zostawały wydalone zupełnie z żołądka w przeciągu 4—5 kwadransów i skoro tylko opuściły żołądek, kwaśność opadała do zera, a peptony i syntonina znikaly.

W stanach zaś patologicznych okazały się w jednej i to przeważnej części przypadków następujące zbeczenia:

1) Kwaśność zawartości żołądka już po jednym kwadransie była znaczną, podnosiła się stale, a według stanu patologicznego bardzo długo, i to nieraz do znacznej wysokości, tak, że maximum kwaśności wynosiło 24—28 cm. sz. 10—norm. ługu sodowego na 100 cm. treści żołądkowej, ze znaczną ilością kwasu solnego, gdyż metylorozanilina dawała zupełnie niebieskie zabarwienie. Maximum to występowało późno, n'eraż dopiero po 8 — 12 kwadransach, poczem opadało, lecz nie nagle, ale zwolna, po 4 — 6 kwadransach; zwykle nie można się było doczekać opadu kwaśności aż do zupełnego zobojętnienia zawartości żołądkowej.

2) Ilość peptonów w zawartości żołądkowej już po 15 minutach okazała się bardzo widoczną i większą w stosunku do ilości syntoniny. W miarę dłuższego przebywania białka w żołądku, ilość peptonów wzrastała tak, że oddziaływanie na nie wypadło jak najsilniej czerwone. Z opadaniem kwaśności ilość peptonów się zmniejszała w żołądku, lecz ostatecznie i po kilku godzinach zawartość żołądka dawała zawsze ślad oddziaływania na peptony.

3) Siła trawiąca przesączonej zawartości żołądkowej okazała się bardzo znaczną, bo niekiedy już w przeciągu 2 godzin krążek białka został zupełnie zpeptonizowany.

4) Kawalki białka zalegały bardzo długo w żołądku, bo pomijając przypadki większego rozszerzenia, w których białko pozostawało i przez noc całą w żołądku, to w przypadkach, gdzie rozszerzenia nie było i tylko kliniczne objawy przemawiały za niezłym, kawalki białka zatrzymywały się po 12 — 16 kwadransów, a dopiero ze zniknięciem kawalków białka zmniejszała się kwaśność i ilość peptonów w zawartości żołądkowej.

W innych, mniej licznych przypadkach patologicznych, objawiających się również podmiotowo objawami gastrycznymi, nie napaotykaono przeciwnie przez cały czas przebywania białka w żołądku wysokiej kwaśności; owszem zawartość była obojętną lub tylko słabo kwaśną (2 cm. sz. ługu sod. 10 norm.), zawierała zaledwie ślad syntoniny lub peptonów, po zakwaszeniu kwasem solnym krążek białka speptonizowała, a jedyne zbeczenie funkcyjne było to, że kawalki białka zalegały w żołądku dłużej, bo nieraz 3—4 godzin. Wobec niemożności wykazania jeszcze obecnie zmian anatomicznych w ścianach, a w szczególności w błonie śluzowej żołądka na podstawie

symptomatologii, na co prawdopodobnie jeszcze długo będzie trzeba czekać, musi klinicysta zadowolnić się obecnie wykazaniem zбоcezeń funkcyjnalnych tego narządu. A ponieważ najważniejszą czynnością żołądka jest trawienie ciał białkowych, polegające na dwóch czynnikach: chemizmie trawienia i mechanizmie wydalania, dla tego uważają obydwaj autorowie za niezbędne przeprowadzenie w celach dyagnostycznych u indywiduów, które wprowadzenie sondy żołądkowej znoszą, następującej metody postępowania:

Zrana naczecz, jeżeli się dnia poprzedniego przekonano, że żołądek zawsze zrana jest próżny, zjada pacyent 1 białko twarde (bez żółtka) i zapija 100 cm. sz. wody przekroplonej o ciepłocie pokojowej, poczem siedzi przez 5 kwadransów. Następnie zakłada się zglębnik, wlewa 100 cm. sz. wody przekroplonej, aspiruje zawartość o ile można, wlewa się ją na sączek i odstawia do rozbioru chemicznego. W celu przekonania się, czy znajdują się jeszcze kawałki białka w żołądku, wlewa się 2 — 3 razy po pół szklanki wody przez zglębnik i aspiruje, czyli też niewyciągnię się kawałków białka. Jeżeli przesącz zawartości żołądka oddziaływa obojętnie lub słabo tylko kwaśno, tak, że rozczysem metylorozaniliny kwasu solnego wykazać już nie można, jeśli wykazuje dalej brak syntoniny, brak lub zaledwie tylko ślad peptonów, dalej zupełny brak kawałków białka, to należy uważać trawienie żołądkowe klinicznie za prawidłowe. Jeżeli pomimo to, są przypadłości żołądkowe, to należy jeszcze to samo badanie drugi raz zrana naczecz powtórzyć, lecz już po dwóch kwadransach. Po tym czasie zawartość, badana w stanie prawidłowym, powinna wykazywać tylko ślad kwasu solnego (zabarwienie fioletowo-niebieskie z rozczysem metylorozaniliny, a 4—6 cm. sz. 10-norm. kwasu solnego na 100 cm. sz. zawartości żołądkowej), tylko mierne różowe zabarwienie na peptony, tylko ślad syntoniny, a pod mikroskopem żadnych nieprawidłowych morforycznych składników. Zwiększona lub zmniejszona kwaśność zawartości żołądka, wybitniejsze zabarwienie na peptony, wskaże na nieprawidłowości podczas aktu trawienia i równocześnie poda wskazówki do stosowania terapii.

Nad tą rozprawą wszczęła się żywa dyskusja.

Doc. J a w o r s k i zabiera głos i zwraca uwagę, że kol. G l u z i ŋ s k i, chcąc być zwyciężym dla oszczędności czasu, nie podniósł bliżej niektórych momentów, wykazujących ważność otrzymanych wyników, a mianowicie:

1) Że niniejsza praca autorów stoi w sprzeczności z dotychczasowem pojmowaniem trawienia żołądkowego. Dotąd uważa się bowiem obecność soku żołądkowego mocno kwaśnego od kwasu solnego i silnie trawiącego, obecność znacznej ilości peptonów, za oznakę prawidłowej funkcyi żołądka, tymczasem ma się rzecz przeciwnie: wysoka kwaśność soku silnie gryzącego ścianę żołądka, jako też nagromadzenie produktów trawienia jest właściwie stanem patologicznym, wywołującym tylko przypadłości gastryczne. To pojmowanie pochodzi ztąd, że robiono doświadczenia i to po kilka, bądź to na zwierzętach, bądź też na przetokach żołądkowych u ludzi, gdzie żołądek sam przez się już chorobowo musi być zmieniony, lub przynajmniej w swych ruchach upośledzony.

2) Ani brak kwasu, ani upośledzenie siły trawiącej zawartości żołądka nie wywołuje jeszcze stale objawów gastrycznych, które następują jedynie dopiero, jeżeli siła wydalająca żołądka jest upośledzona, czyli jeżeli zawartość za długo zalega w żołądku i to jest najczęstszą przyczyną, dla której chorzy do lekarza się udają, a temu nie zaradzi ani kwas solny, ani tem mniej pepsyna, która w każdym żołądku istnieje.

3) Żołądka nie należy uważać za główny organ trawienia, jakoby jeneralny digester, jest on przeważnie tylko zbiornikiem dla pokarmów, przechowującym je dla jelit, w których głównie akcja trawienia i wessania się odbywa, tak, że trawienie żołądkowe bez upośledzenia odżywiania ogólnego ominąć można.

4) Że między przypadłościami podmiotowemi ze strony żołądka, a badaniem przedmiotowem, dotąd jeszcze związku wykazać nie można, i zdarza się bardzo często, że te same objawy podmiotowe wydają przy badaniu przedmiotowem wprost przeciwne wyniki. Są nawet przypadki, w których przez nas podana metoda badania wykazuje prawidłową czynność trawienia, a pomimo tego istnieją przypadłości podmiotowe, dolegliwości żołądkowe; wtenczas przez wykluczenie dopiero należy je uważać jako występujące na tle czysto nerwowem.

5) Kwas, który się w żołądku podczas podrażnienia pokarmem wydziela, jest rzeczywiście kwasem solnym, a nie organicznym, a za tem przemawiają kontrolne próby, których doskonalili autorowie: podczas gdy rozcieńczone rozezyny kwasem octowego lub mlecznego rozezynem metylorozanilowym nie zabarwiały się na niebiesko, to następowało to w zawartości żołądkowej kwaśnej, lub obojętnej, zakwaszonej sztucznie kwasem solnym; a dalej ta okoliczność, że jeżeli w żołądku czegym nie było pierwotnie kwasu, a tenże powstał dopiero po wprowadzeniu czystego białka, to pojawienie się tegoż należy odnieść do wydzielenia kwasu z błony śluzowej, a nie do fermentacji białka, która nie wydaje nigdy kwasów organicznych.

Dr. Gluziński oświadcza, iż dopełnienia podane, przez D-ra Jaworskiego, pominał jedynie tylko dla oszczędzenia czasu.

D-r Chłapowski zwraca uwagę na wpływ pewnych czynników czysto nerwowych na trwanie trawienia żołądkowego.

D-r Rejchman zwraca uwagę zebranych na ważne praktyczne znaczenie badań, przez D-rów Gluzińskiego i Jaworskiego wykonanych. Zastosowali oni metodę bardzo ścisłą i poszukiwania swe przeprowadzili nad trawieniem pokarmu jednorodnego, a więc wyniki tych poszukiwań u osób zdrowych mogą wprost służyć do rozpoznawania zbożeń trawienia przy najrozmaitszych chorobach przewodu pokarmowego, gdyż tenże sam pokarm i w tejże ilości możemy dawać chorym i badać jakim on zmianom w żołądku ulega i jak się żołądek względem tego pokarmu zachowuje. Pokarmy różnorodne nie mogą, rozumie się, dostarczyć tak pewnych wyników. Na zasadzie swoich badań D-r R. utrzymuje, że u ludzi zdrowych, przy różnorodnym pokarmie, często nawet w godzinę po przyjęciu pokarmu kwas solny w zawartości żołądkowej wykazać się nie daje. Wczesne wydzielenie się kwasu solnego w doświadczeniach autorów zależało może od jednorodności (białkowatego) pokarmu i od podrażnienia żołądka sondą. Słusznie autorowie uważają nadmierne wydzielenie kwasu solnego za stan chorobowy.

Następny odczyt miał D-r M. Rejchman „O tak zwanej niestrawności kwaśnej“. Głównymi objawami t. zw. „niestrawności kwaśnej“ jest zgaga i kwaśne zwracanie. Te objawy występują zarówno wówczas, gdy zawartość żołądkowa jest nadmiernie lub zawcześnie kwaśną, jak i w tych razach, w których kwaśność zawartości żołądkowej jest prawidłową lub nawet zmniejszoną. Co do przyrody kwaśności, przy jakiej zgaga występuje, to zarówno obserwujemy ją wtedy, gdy odczyn kwaśny zawartości żołądkowej zależy od kwasu solnego, jak i wówczas, gdy zależy on od mieszaniny kwasów organicznych ze solnym, albo też wyłącznie od kwasów organicznych. Niezbędnym jednak warunkiem powstawania zgagi jest, aby zawartość żołądka była kwaśną. Wyrażenie „niestrawność kwaśna (*dyspepsia acida*)“ powinno być zarzucone, gdyż autorowie używają tego wyrażenia zawsze w znaczeniu zwiększenia kwaśności płynu, w żołądku zawartego. Uczucie zgagi zależy od wstępowania kwaśnego płynu z żołądka do przełyku. O tem prelegent przekonał się drogą doświadczalną. Jeżeli płyn w większej ilości lub z większą siłą dostanie się do przełyku, t. j. jeżeli dojdzie do gardzieli, to powstaje kwaśne zwracanie. Aby kwaśny płyn dostał się z żołądka do przełyku, potrzeba albo aby się wpust czynnie otworzył, albo aby zwieracz wpustu był do tego stopnia osłabiony żeby płyn, napierając wskutek skurczów żołądka, mógł go otworzyć. Istnienie w stanach chorobowych takiej „niedostateczności wpustu — *insufficiencia cardiaea*“ jest bardzo prawdopodobnem, prelegent jednak sądzi, że częściej wpust czynnie się otwiera, co do skutku przychodzi przez podrażnienie żołądka ostremi pokarmami, lub przez podrażnienie nadczulej *resp.* owrzodzonej błony śluzowej przez zwykłą a tembardziej przez zbyt kwaśną lub fermentującą zawartość żołądka (Odczyt ten w całości był drukowany w N-rze 29 Gaz. Lek.).

D-r Kaczorowski zwraca uwagę na to, iż drobnoustroje grają ważną rolę w akcie trawienia, większa część przypadłości dyspeptycznych polega na zakażeniu zawartości żołądka, przez najdrobniejsze grzybki (*bacilli, micrococci*), które dostają się aż do przewodu pokarmowego z zepsutych zębów i z jamy ustnej uległej przewlekłemu nieżyłowi. D-r K. radzi specjalistom zająć się szczegółowo tę kwestyję.

D-r Jaworski zauważył, że każdy chory w inny sposób określa uczucie zgagi, dla tego też w tej kwestyi należy się mieć na baczności. Co się tyczy wpustu, to D-r J. przytacza zdanie Mikulicza, który przekonał się, iż wpust stoi otworem. O tem przekonano się też w klinice

krakowskiej prof. Korczyńskiego przy licznych badaniach zapomocą gastrokopu Mikulicza.

Dr. Rejchman: podług Mikulicza wpust na czczo bywa otwarty; tak też sądzi większość fizjologów. O stanie wpustu po wprowadzeniu do żołądka pokarmu wzmianki w rozprawie Mikulicza nie znajdujemy, gdyż nie było celu wprowadzać gastrokopu do żołądka, pokarmem napełnionego. Badania w klinice krakowskiej były też zapewne przy pustym żołądku wykonywane. Najkompetetniejsi fizjologowie utrzymują, że po przejściu pokarmu wpust się zamyka. Inaczej być nie może. R. w odczycie swym, mówiąc o zamknięciu wpustu, zawsze dodawał, że tak bywa po wprowadzeniu do żołądka pokarmu.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Leżą przed nami dwa dzieła lekarskie, które świeżo prasę opuściły:

1) **D-ra Julijusza Cohnheima.** *Odczyty z patologii ogólnej.* Przekład z drugiego przerobionego wydania z 1882 r. (Cena rs. 5).

2) **S. Jaccoud.** *Wykład patologii szczegółowej.* Przekład z siódmego wydania francuzkiego z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznymi (Cena rs. 13).

Dzieło pierwsze, które w oryginale składa się z dwóch tomów, w polskim przekładzie podzielono na trzy tomy, co było koniecznem, o ile nam wiadomo, do spiesznego wykończenia. Tom pierwszy, zawierający 39 arkuszy druku, przełożyli D-r Aleksander Fabian i D-r Stanisław Markiewicz: pierwszy z nich przetłumaczył wstęp i patologiję krążenia, drugi zaś — dalszy ciąg patologii krążenia i patologiję odżywiania.

Tom drugi, objętości arkuszy 17, przekładu D-ra Józefa Poznanińskiego, zawiera patologiję odżywiania (dalszy ciąg) i patologiję krążenia.

Tom trzeci, 22 arkusze druku, przekładu D-ra Ottona Hewelkego, mieści w sobie: patologiję oddechania, patologiję narządu moczowego i wreszcie patologiję obrotu ciepła.

Dzieło drugie składa się z trzech tomów. Tom pierwszy, objętości 58 arkuszy, zawiera treść następującą: sprawy chorobowe ogólne przełożył D-r Aleksander Fabian, choroby mózgowia — D-r Franciszek Jawdyński i D-r Henryk Nusbaum, choroby rdzenia kręgowego, nerwów troficznych, nerwów odwodowych i nerwice — D-r Aleksander Stockmann.

Tom drugi — 62 arkusze druku. Choroby narządu krążenia przełożył D-r Wiktor Grossster, choroby narządu oddechowego — D-r Konrad Dobrski, choroby narządu trawienia — D-r Mikołaj Rejchman.

Tom trzeci — 60 arkuszy druku. Dalszy ciąg chorób narządu trawienia, choroby narządu moczowego, choroby narządu ruchowego, choroby zakaźne, czyli zymotyczne, otrucia, zaburzenia w ogólnem odżywianiu — przełożył D-r Teodor Dunin i zaopatrzył dodatkiem: o tyfusie powrotnym, opracowanym przez Ewald'a w „*Real-Encyclopedie*“ z r. 1882.

Z przedmowy dowiadujemy się, że prócz korekty, prowadzonej przez każdego oddzielnie tłómacza, nadkorektę ogólną przeprowadził D-r Fabian, a jednostajności ortografii pilnował pewien fachowy literat; jest to rzecz niezmiernie ważna ze względu na to, że na przekład dzieł tak wielkich rozmiarów złożyło się aż dziesięciu tłómaczy: w ten bowiem tylko sposób owe dzieła mogły zachować pewną jednostajność. Z owej przedmowy dowiadujemy się prócz tego, że przekłady te są początkiem obszernego „wydawnictwa dzieł naukowych lekarskich, które podjętem zostaje głównie w celach pedagogicznych“.

„Kształcenie naukowe — mówi dalej autor przedmowy — wyłącznie w obcym języku czyni nietylko nabycie wiedzy trudniejszym, ale nadto w dalszem następstwie utrudnia samoistną naukową pracę.“

„Nawyki do czytania i myślenia w obcej formie umysł, gdy zamierza opracować rzecz naukową, we własnym języku, napotyka trudności do pokonania, niełatwe i mogące zniechęcić do podjęcia pracy.“

A zresztą, dodajmy od siebie, iluż to lekarzy, z powodu braku odpowiednich dzieł w rodzinnym języku, mimowoli uchyla się od pracy naukowej i od nieustannego naukowego kształcenia się w swoim zawodzie.

Od kilku też lat krzujemy się na polu wydawnictwa, poświęcając na to niemało trudu i kapitału bez żadnych chęci i widoków zysku materialnego. Cieszy nas niezmiernie, że na tem samym polu spotykamy nowych pracowników, dążących do tego samego celu; chętnie też ich witamy i szczerze życzymy powodzenia.

Niemniej również ucieszyła nas wzmianka w przedmowie, że co się tyczy dzieła chirurgii i jej rozgałęzień, to „potrzebie pedagogicznej w tym kierunku z innej kompetentniejszej strony zadłość uczynionem będzie“. Są więc ludzie, poczuwający się do obowiązków obywatelskich i mający zamiar je wypełnić. Jest więc nadzieja, że nasza biedna literatura lekarska niezadługo „biedną“ być przestanie.

Z powodów łatwo zrozumiałych, o wiele przyjemniej by nam było powitać dzieła oryginalne tego obszaru, co powyższe przekłady; ale trudno nam jakoś i w tym względzie sprostać naszym pobratymcom, Czechom. A zresztą wyznajmy szczerze, że wolimy cośkolwiek, aniżeli nie i że w każdym razie wolimy dobry przekład dzieła uznanej wartości, aniżeli nędzne opracowanie oryginalne.

Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że od pojawienia się przekładu dzieła Niemeyera'a upłynęło lat 14, a od pojawienia się przekładu patologii ogólnej (Uhle'go, Wagner'a i Hartman'a) — lat 10; że dzieła wzmiankowane wyczerpane są z handlu księgarskiego; że wreszcie od owego czasu nauka o wiele naprzód postąpiła: to musimy przyklasnąć nowym pracom tego rodzaju.

Pochwalić również należy wydawców za trafny wybór dzieł ludzi powszechnie znanych i cenionych w nauce. Dzieło Cohneim'a stanowi, rzec można, jedyną gruntowną, racjonalną patologię ogólną. Cohneim to nie tuzinkowy kompilator, zbierający bez krytyki wszystko, co zrobiono w nauce. Z każdego dzieła jego patologii widnieje umysł bystry, ścisłe krytyczny, umiejący objąć w jedną całość i uogólnić mnóstwo oddzielnych faktów. A zresztą nie ma prawie dzieła, w którymbyśmy nie napotykali mnóstwo kwestyj, które autor sam własnem doświadczeniem rozwiązał, lub starał się przynajmniej rozwiązać.

Dzieło Jacoud'a najzupełniej odpowiada dzisiejszemu stanowi pojęć naukowych, a prztem jest owocem pracy wytrawnego lekarza klinicznego. Opisy oddzielnych form chorobowych nie polegają na prostem wyliczeniu i objaśnieniu pojedynczych objawów, jak to wielu autorów czynić zwykło, ale obok tego są jasnym, jednociągłym obrazem klinicznym. Czytając opisy Jacoud'a, mimowoli myślą stajemy przed łóżkiem chorego i razem z autorem obserwujemy rozwój choroby oraz przebieg takowej w rozmaitych fazach, a prztem na każdym kroku napotykałyśmy poglądy jasne, własnem doświadczeniem nabyte. Po skutecznieniu ścisłego rozpoznania różniczkowego, przechodzi autor do leczenia; ale tu niezadawalnia się, jak to w największej liczbie podręczników bywa, zwyczajnem wyliczeniem środków zachwalanych. W każdym bowiem przypadku przedewszystkiem zdaje sobie jasno sprawę z tego, o co właściwie w danym razie starać się należy, a następnie dopiero — w jaki sposób i o ile cel ten osiągnąć można. To też czytelnik wzdraża się przez to do ścisłego myślenia przy łóżku chorego. Jacoud ma wreszcie i tę zaletę, że przy każdym działaniu, przy każdej oddzielnej chorobie podaje w sposób wyczerpującej literaturę aż do ostatnich lat, przyczem bardzo często nie pomija i prac polskich.

Dodajmy tu nakoniec, że tak Cohneim jak Jacoud są wytrawnymi pedagogami i władają piórem wytwornem, a łatwo zrozumimy, dla czego ich dzieła cechują się wykładem jasnym i potoczystym, formą piękną i nienużącą.

Co się tyczy samego przekładu, to po przeczytaniu wielu dzieł onego, doszliśmy do przekonania, że tłumacze wogóle wywiązywali się ze swego zadania z całą sumiennością, starając się o jasność przedmiotu i przestrzegając czystości i poprawności języka.

W tem miejscu niepodobna nam nie zaznaczyć z pewną przyjemnością, że przeważny udział w przekładzie wzmiankowanych dzieł przyjęli członkowie naszej gazety; na 10 bowiem tłumaczy

spotykamy sześciu współwłaścicieli Gazety Lekarskiej, a mianowicie: kol. Dunina, Fabiana, Grossterna, Jawdyńskiego, Nussbauma i Rejchmana, z pomiędzy których znowu wyszczególnić musimy kol. Dunina i podziwiać jego pracę niezmierną; on sam bowiem w ciągu niespełna roku przełożył aż 60 arkuszy druku. Kto kiedykolwiek dotknął się podobnej pracy, ten wie doskonale, ile to mozołu i trudu ona kosztuje.

Szanownym wydawcom należy się szczerze i serdecznie podziękowanie za to, że nie szędząc trudów, a co najważniejsza wysokich kosztów materyjalnych, obdarzyli ogół lekarzy tak przeszli-cznem co do formy wydawnictwem, które doprawdy nawet zbyt konwem godziłoby się nazwać. Papier, druk, drzeworyty i chromolitografije przedstawiają się tak świetnie, że nie powstydziliby się ich pierwszorzędny zakład typograficzny zagraniczny. To też na wielkie uznanie zasługuje zakład pana Kowalewskiego, który tak wydawnictwem dzieł Gazety Lekarskiej, jako też i tem nowem wydawnictwem, dowiódł, że przy pracy i dobrych chęciach możemy najzupełniej sprostać zakładom typograficznym zagranicznym.

A teraz do Was, Szanowni Czytelnicy, się zwracamy!

Gazeta Lekarska wydała z niemalym nakładem i trudem Farmakologiję prof. Nothnagel'a i Rossbach'a, pracę oryginalną o chorobach serca D-ra Widmana, wkrótce wyda psychiatryję, oryginalnie opracowaną przez znanego specjalistę, D-ra Rothego.

Towarzystwo krakowskie ciągle również wzbogaca naszą literaturę swemi wydawnictwami. Obecnie nowe grono wydawców, nie szędząc zachodu i kapitału, obdarza nas pracą ogromnych rozmiarów, pracą, mającą być początkiem dalszego wydawnictwa. Pracy więc nie szędzimy, zysków materyjalnych nie chcemy; ani my bowiem, ani owe drugie grono nie po to puszczaemy w świat nasze wydawnictwa.

Czyż ogół lekarzy okaże się obojętnym na nasze trudy? Czyż pozwoli zalegać owym dziełom półki księgarskie? Czyż nie zechce raczej czynem pokazać, że ceni dążenia nasze i wogóle wszystkich tych, którzy się starają o wzbogacenie naszej krajowej, tak biednej literatury lekarskiej.

Mamy nieplonną nadzieję, że Szanowni Koledzy, szczerze dopomożecie w zbieraniu cegiełek, z których później może jednak jakiś świetniejszy gmach powstanie.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

— *Przegląd lekarski* Nr. 36. Schramm. Przyczynki do nauki o wyluszczeniu wola. — Żuławski. Przypadek obłądu ostrego (*delirium acutum*). — Jabłonowski. Kazuistyka lekarska w Turcji.

— *Medycyna* Nr. 36. Biegański. O porażeniach arsenowych.

— *Wszechświat*. Nr. 36. Mikroorganizmy, istoty bakteryjne, przez prof. Leona Cienkowskiego. — Parę słów o teorii Greena wyjaśniającej przyczynę kryształów i rozmieszczenia łądów, streścił Józef Siemiradzki, mag. min. — Balon dający się kierować. — O chorobach zaraźliwych i szczeniach. — Środki ochronne od pożaru przy elektrycznym oświetleniu podał A. T. — Kalendarzyk astronomiczny. — Kronika naukowa. — Kalendarzyk biograficzny. — Ogłoszenia.

ODPOWIEDZI OD REDAKCYI.

D-r M. w Tyflisie. Pracę odebraliśmy i za takową dziękujemy.

D-r N. w Sosnowcu. Pracę odebraliśmy. W swoim czasie listownie odpowiedziliśmy.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 31 Августа 1884 г. Друк. К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.

ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR
 KATAR Pluc i osłabienie
 piersiowe, **SUCHOTY PŁUCNE, Astma**
 Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

KROPEL LIWONIENSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

TROUETTE-PERRET

Składających się z Kreozotu bukowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego

Przetwór ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zalecanym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych chorobach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrawia, pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najuporczywszych, dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropel, rano i wieczorem.

Skład główny : TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU
 jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknięcia fałszerstw należy uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej flasce.

W Warszawie u D-ra Heinricha, Barcza, Ziemińskiego, aptekarzy i u drogistów Gallego, Ludw. Spiessa i Syna, Mrozowskiego i Zeuschnera.



DRAGEES MEYNET
 D'EXTRAIT
 DE FOIE DE MORUE

Pigulki Meynet z Ekstraktu • Tranu Rybiego.
 Zatwierdzone przez Paryżką Akademię Medyczną. Zalecane przez wszystkich lekarzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie sprawijające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigulki Meynet sprzedają się w pudełkach albo we flakonach. Wymagać na etykiecie znak fabryczny, jak obok, i podpis **G. Meynet, niebieskim atramentem.**
 Skład Hurtowy: **A. Fourny,**
 44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSJI WE WSZYSTKICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

Biblioteka matematyczno-fizyczna, wydawana pod red. *M. A. Baranieckiego* z zapomog. Kassy pomocy naukowej im. Mianowskiego,

Seryja I tom I: **Początki arytmetyki M. Berkmana**, kop. 65. Ser. I tomy II i III: **Wiadomości początkowe z fizyki S. Kramsztyka**, kop. 30 i kop. 45. Ser. III tom I: **Arytmetyka, kurs teoretyczny M. A. Baranieckiego**, rub. 1 kop. 70. Ser. IV tom IV: **Geometria analityczna W. Zajączkowskiego**, rs. 3.

W druku: ser. I, tom IV: **Wiadomości początkowe z geografii fizycznej i meteorologii A. W. Witkowskiego**; ser. IV, tom II: **Rozwiązywanie równań liczebnych J. Sochockiego**.
 6—5

„TERAZNIEJSZOŚĆ”

Nowe to czasopismo wychodzić będzie w języku polskim w dwunastu zeszytach rocznie, w rozmiarze od 3-eh do 4-eh arkuszy druku każdy.

Na treść składać się będą obok przekładów Rossyjskich dzieł Szygaryna, artykuły ekonomiczne i społeczne oraz bezstronna i beznamiętna kronika ważniejszych wypadków dotyczących warunków miejscowego bytu społecznego oraz powieści i dramaty.

Prenumerata roczna za 12 zeszytów wynosi tak w Warszawie z odnośnieniem do domów, jak i na prowincyi z przesyłką pocztową Rs. 3 kop. 50, półrocznie Rs. 1 kop. 75. cena jednego egzemplarza kop. 30; przyjmuje się w Biórze Redakcyi w Warszawie, ulica Mazowiecka Nr. 4 oraz we wszystkich księgarniach.

Zeszyt pierwszy już wyszedł. Główny skład w Biórze Redakcyi. 3—1

APTEKA M. SOŁTYKIEWICZA

DZIERŻAWIONA PRZEZ

BOLESŁAWA BUKATEGO

ulica Graniczna Nr. 10 w Warszawie.

Mam zaszczyt zawiadomić, że przygotowuję **specyjalnie** następujące przetwory lecznicze które zresztą zostały już wypróbowane przez wielu z Szanownych Panów Doktorów.

1. Jodoformium desodoratum. Jodoform, odwoniony za pomocą **mojej metody**, nie nie traci pod względem skuteczności leczniczej a zapach stale posiada bardzo przyjemny. Wielu Szanownych P. Doktorów przekonało się, że moja metoda odwaniania jodoformu przewyższa wszelkie inne podziśdzień znane. Przepisywać go można w różnej postaci, a mianowicie: w kryształach, proszku, maści, świeczkach, gąłkach i t. d.. Cena taka sama, jak jodoformu zwyyczajnego.

2. Ziółka przeczyszczające na sposób **Chambarda** co do składu swego w niezem się nie różniące od oryginalnych, znanych pod nazwą „Thé purgatif de Chambard“; działają w sposób niezawodny a zarazem bardzo łagodny we wszelkich cierpieniach, tak ostrych, jak przewlekłych, w których idzie o działanie wypróżniające. Cena dozy wraz z pudełkiem kop. 75.

3. Katakplazm płócienny z lnianego siemienia znany pod nazwą **Hamilton**, w niezem się nie różni od oryginalnego. Po licznych próbach, dokonywanych przez wielu Szanownych Panów Doktorów, tak w praktyce prywatnej jako też w Szpitalach Warszawskich, uznany został za środek leczniczy bardzo praktyczny i niezmiernie skuteczny. Pudełko zawierające sześć sztuk i odpowiednią ilość ceratki nieprzemakalnej kosztuje kop 75. Można również nabywać go w pojedynczych sztukach po kop. 15.

4. Solutio ferri albuminati. Białkan żelaza w płynie świetnie asymilowany przez żołądek a z powodzeniem stosowany w bezkrwistości przez wielu Szanownych P. Doktorów, uzyskał pierwszeństwo nad wszelkimi preparatami żelaza do obecnej chwili używanemi. Cena dozy sześć u uncyjów z poważaniem kop. 50.

20—14

B. BUKATY.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni,

E. Wende i Sp.

T. H. Huxley, Wykład bijologii praktycznej

Przekład A. Wrześniowskiego. 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego

w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i łądów. Cena kop. 25.

8—5

FABRYKA PRASOWANYCH PASTYLEK i MEDYKAMENTÓW

APTEKARZA W. RUSSYANA

egzystująca od lat trzech

Skład w Warszawie ulica Kotzebue Nr. 3.

Poleca po cenach przystępnych pastylki eleganecko wykończone w wyborowem gatunku z gwarancją iż do wyrobów swoich nie używam żadnych kleistych substancji obciążających trawienie.

Fabryka przyjmuje wszelkie medykamenta w większej ilości do komprimowania za skromne wynagrodzenie. Cenniki na żądanie franco. Adres „Russyan Warszawa.”