

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganymi w ciągu ubiegłego roku. Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dalszy ciąg). — Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych. Napisał Dr Studenski z Kazania (Dokończenie). — Kronika zagraniczna O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu) (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. Chinium hydrochloratum w praktyce dziecięcej. Des altérations, qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac consécutivement aux lésions cérébrales. Anomalie refrakcyi i akomodacyi oka Prof. Donders'a. Od Redakcyi. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 32. Chorób z zatrucia ark. 16. Hygieny ark. 26 i 27. Oftalmologii T. III, ark. 27. Tytuł i spis rzeczy (Dzieło skończone).

Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganymi w ciągu ubiegłego roku.

Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z d. 6 czerwca r. b.).

(Dalszy ciąg).

Daleko liczniej i pod bardziej jeszcze urozmaiconemi postaciami występowały wypadki duru, w których powikłanie malaryczne ujawniało się głównie pod koniec choroby, w okresie zejścia, podczas tak zwaney gorączki następczej (*Nachfieber* Biermer'a).

Jednym z najpierwszych, a zarazem najbardziej charakterystycznych wypadków tej grupy, był następujący:

Kolega H., dziś lekarz, wówczas jeszcze kandydat medycyny, 25 września zeszłego roku, wezwał mię do siebie. Już od paru tygodni czuł się on chorym. Na dwa mniej więcej tygodnie przed obecną chorobą doświadczał kilkakrotnie dreszczów i czuł u siebie gorączkę, lubo istnienia takowej ciepłomierzem nie sprawdził. Uważał on wtedy stan swój za wynik zakażenia malarycznego i miał zamiar zażyć chininę, ale takowego nie uskutečnił, gdyż nastąpiło chwilowe polepszenie.

21 września po kilkakrotnie powtarzającym się dreszczu, w skutek bólu głowy, nudności i bólów w okolicy pępka, chory zmuszonym był położyć się do łóżka.

Tegoż dnia wezwany jeden z kolegów, w obec istniejących zaburzeń w trawieniu kiszkiowym i wyraźnego podrażnienia kiszek, uznał za właściwe postawić choremu bańki cięte na brzuch, do wewnątrz zaś, zalecił pół granowe dawki kalomelu, co 2 godziny, których to dawek chory wyżył 8 lub 10.

W dwa dni później, gdy gorączka nie ustawała, po radzie lekarskiej, zalecono choremu jako *evacuans* dwie dawki pięciogranowe kalomelu.

Badając chorego po raz pierwszy znalazłem co następuje:

Chory, znajomy mi od dawna, 26 lat wieku liczący, odznaczał się zawsze prawidłową i silną budową ciała. Układ mięśniowy mocno rozwinięty, odżywianie doskonałe, słowem, typ męczyzny w pełni sił i zdrowia. Jedynym ważniejszym zбочeniem, jakie przed obecną chorobą u niego istniało, była skłonność do zaparcia stolców i wzdęcia brzucha, zwykłych objawów lekkiego nieżytku kiszek, których zresztą nie brakuje podobno nikomu z dobrowolnie skazanych na więzienie, wśród murów wielkiego miasta. Temperament chorego wydatnie krwisty (sanguiniczny).

Znaczne natężenie gorączki, puls 96, pełny, twardy, skóra sucha. Stan podniecenia nerwowego (*excitatio. loquacitas*).

Język podsycha, — *gingivitis mercurialis*. Tępość serca ku górze między 3 i 4-ém żebrzem, śledziona obrzmiała, wyczuwalna pod łukiem żebrowym, twardawa, bolesna.

Granica górna wątroby, w linii pachwowej przedniej, o pół żebra wzniesiona ku górze. Pod łukiem żebrowym wątrobę wyczuwa się lekko stwardniałą i cokolwiek powiększoną.

Brzuch wzdęty, w podbrzuszu prawem przelewanie.

W płucach, gdzie nigdzie zaostrzenie oddechu, zresztą *respiratio puerilis*. Na skórze piersi i brzucha kilka plamek wyniesionych, różowawych (*taches lenticulaires*), reprezentują różyczkę durową.

Tegoż dnia wieczorem ciepłota ciała wzniosła się do 41,2.

Począwszy od tej chwili aż do 16-go dnia choroby, przebieg gorączki jest nader prawidłowym. Gorączka jest ciągłą, z bardzo małymi wahaniami dobowymi. Najniższa ciepłota ranna, dnia 10-go choroby, wynosi 39,6; najwyższa wieczorowa, dnia 15-go, 40,9. Innych dni, ciepłota rano nie opada poniżej 40°, wieczorem zaś, rzadko wznosi się powyżej 40,5°.

W tym czasie zasługują na uwagę następujące szczegóły: do 14-go dnia choroby trwają objawy zatrucia rtęciowego (*gingivitis, salivatio*). Już 9-go dnia choroby tworzy się znaczna odleżyna na krzyżu, w trzy dni później powstaje takż na krętarzu lewym. Tworzą się strupy nekrotyczne (*escharra*); — pod przy- parkami i środkami podniecającymi stosowanemi miejscowo, strupy się oddzielają; występuje prawidłowa ziarnina i bez względu na dalsze trwanie gorączki już 20 dnia choroby następuje całkowite zablżnienie się odleżyn, które nie odnawiają się więcej.

Tętno przez cały czas trwania choroby powolne staje się stopniowo coraz mniejszem. Częstość jego nie przenosi nigdy 100 uderzeń na minutę, zwykle 86 do 90.

Wyraźne w początkach podniecenie (*excitatio*) zamienia się niebawem w obłąd (*delirium*), któremu towarzyszy zupełna chwilami bezprzytomność umysłu.

Od 16 do 23-go dnia choroby, ciepłota ciała obniża się nieco. Nie opada wprawdzie poniżej $39,5^{\circ}$ w godzinach rannych, ale wieczorem nie wznosi się prawie powyżej 40° . W tym też czasie obłąd ustępuje, pozostawiając po sobie jedynie pewne błędne pojęcia i całkowite prawie zapomnienie tego, co się działo podczas choroby i przed nią samą. Chory dość zresztą przytomny, utrzymuje że jest parem Francyi, że posiada wielki majątek i t. p. Zresztą postępowanie jego nie zdradza żadnego umysłowego zboeczenia.

Przebieg duru aż do tej chwili był mniej więcej prawidłowym.

Stan chorego w 23-cim dniu choroby był następujący: Bardzo znaczne osłabienie i wychudzenie ciała (*prostratio virium, emaciatio*). Mięśnie zanikły, skóra cienka, *pityriasis tabescentium*. Ciepłota ciała wynosi rano $39,2^{\circ}$, ku wieczorowi opada do 39° . Skóra i język wilgotne. Ten ostatni przedstawia się mocno czerwonym i obnażonym z nabłonka, co przypisujemy znacznym dawkom chininy w roztworze kwaśnym, jakie chory w ostatnich dniach przyjmował. Śledziona znacznie zmniejszona jej granice górne w miejscu z pod łuku żeberowego nie wystaje, przy głębokiem wdechaniu jednak zstępuje i jest wyczuwalną. Przedstawia się mocno stwardniałą. Wątroba wydatnie powiększona niż w początku choroby. Wypróżnienia stolcowe codzienne, obrzednie,—żadnej bolesności w brzuchu.

W obec takiego stanu chorego, przypuszczamy iż następuje zejście duru powolne (*per lysin*) po bardzo długiem trwaniu choroby—i, na mocy tego, rokujemy rychłe wyzdrowienie.

Następnego dnia (24 choroby) rano temp. $38,8$. Stan ogólny zadawalniający, zaznaczamy jednak nie oczekiwane zgoła powiększenie się śledziony, tak ku górze jak i ku dołowi. Wystaje ona z pod żeber i jest namacalną nawet podczas wydechu, przytem bolesną. To też ku wieczorowi ciepłota ciała nagle się wznosi i dochodzi $40,0^{\circ}$.

Do następnego rana, spadając stopniowo, ciepłota znizła się znowu do $30,9^{\circ}\text{C}$., wieczorem wznosi się do 40° , a 26-go dnia choroby, rano, opada do $38,0^{\circ}\text{C}$. Przez dni następne 27, 28 i 29, ciepłota ciała waha się między $38,0^{\circ}$ a $39,0^{\circ}\text{C}$., a śledziona zmniejsza się znowu do normalnych prawie granic.

Dnia 28 rano, zaznaczamy nowe powiększenie się śledziony, przy $38,2^{\circ}\text{C}$. temp., to też do następnego rana ciepłota wznosi się znowu do 39, a 30 dnia wieczorem do $40,0^{\circ}\text{C}$.

Temu ponownemu wzniesieniu się ciepłoty, towarzyszy dość osobliwy objaw, mianowicie wysypka (*erythema disseminatum*), forma swę dermatologiczną, mocno do odry (*morbilli*) zbliżona, a zajmującą głównie skórę tułowia, pośladków i na udach. Współcześnie ze zmniejszeniem się gorączki wysypka

zbladła i zniknęła, pozostawiając po sobie obfite łuszczenie się naskórka. W ogóle, tak formą swą jak sposobem pojawienia się, wysypka owa przypomina mocno tak zwane wysypki przełomowe (*erythema criticum*) dawniejszych autorów. Niektórzy z kolegów, odwiedzający wtedy chorego, utrzymywali, iż przyczyną wysypki mogła być użyta dla ochrony od odleżyny, kauczukowa poduszka powietrzna, naszem jednak zdaniem, wysypka była zbyt ogólna, aby ją można odnieść do tak mało znaczącej miejscowej przyczyny, prawdopodobnie zależała ona od daleko głębiej sięgających przyczyn wewnętrznych i znajdowała się w związku z owym podwyższeniem się ciepłoty. Mniemanie to znalazło potwierdzenie w ponownem ukazaniu się wysypki po dniach kilku, przy nowem podwyższeniu ciepłoty, i to już bez współudziału poduszki.

Poczynając od 32-go dnia choroby, w którym ciepłota przez całą dobę nie wzniosła się powyżej $38,4^{\circ}$, typ gorączki trapiącej chorego wchodzi w całkiem nową fazę. Zamiast nasileni wieczorowych, występują południowe, tak, że niezależnie od różnicy ciepłoty, między dniem poprzednim a następnym, każdodziennie najwyższą ciepłotę znajdujemy pomiędzy godziną 1 a 3-ą w południe, najniższą zaś około północy. Podczas trzeciego z kolei wzniesienia się temperatury, ta ostatnia najwyższej bo $40,3^{\circ}$, dosięgła 34-go dnia choroby, w południe.

38-go dnia choroby, ciepłota nie wznosi znowu powyżej $38,4^{\circ}\text{C}$. Jestto czwarty od początku choroby upadek temperatury, któremu towarzyszy czwarte z kolei zmniejszenie się śledziony.

Podczas 5-go nasilenia się gorączki, które punktu kulminacyjnego dosięgło 39-go dnia choroby, i któremu towarzyszyła wspomniona powyżej powtórna erupcyja wysypki, obrzmienie śledziony, nie doszło już do takiego stopnia jak przy poprzednich nasileniach. To też i ciepłota ciała nie wzniosła się tak wysoko, najwyższa bowiem w tem nasileniu wynosiła $39,7^{\circ}$.

Poczynając od chwili tego ostatniego nasilenia, które przypadało na 29 dzień choroby, ciepłota ciała do 42-go dnia choroby waha się pomiędzy $38,2$ a $39,6$. Dobowe poruszenia ciepłomierza nie przenoszą jednego stopnia.

43-go dnia choroby, rano, ciepłota ciała obniża się do $37,5^{\circ}\text{C}$., ku południowi wznosi się do $38,6$, ale poczynając od tego dnia, aż do 52 dnia choroby, nie podnosi się prawie powyżej 38°C ., w godzinach zaś rannych wynosi zaledwie od 37 do $37,5$.

Podczas tej, prawie dziesięciodniowej i prawie bezgorączkowej przerwy, śledziona zmniejsza się tak dalece, że zaledwie i to przy najgłębszym wdechniu jest wyczuwalną pod łukiem żebrowym. Jest ona mocno stwardniała. Granica górna tępości śledziony ściśle prawidłowa. Stan też ogólny chorego po raz pierwszy od początku choroby zaczyna się poprawiać. Pojawił się apetyt. Wypróżnienia są prawidłowe. Badanie objektywne, oprócz znacznego jeszcze niezytu oskrzeli i śladów przekrwienia opadowego w dolnym zrazie lewego płuca, nie wykazuje w żadnym z ważniejszych narządzi lub narządów wydajniejszych zbroczeń chorobowych. Język chorego poprzednio żywo czerwony i pozbawiony nabłonka, staje się nieco bledszym, wilgotniejszym i widocznie utracony nabłonek odzyskuje. Stan umysłowy chorego również poprawił się

znacznie. Wspomniony poprzednio jego obłęd durowy, wraz z wygórowanym pojęciem o własnym położeniu towarzyskiem i majątkowym przeminął. Potrafiono wreszcie przekonać go, że nie jest ani parem Francuzi, ani wielkim bogaczem, ani nawet doktorem medycyny: słowem, nadeszła chwila, iż na dobre zaczęliśmy wierzyć w rekonwalescencyę i szybkie wyzdrowienie chorego.

Tymczasem, 50-go dnia choroby, który przypadł na 10 listopada, przyszedłszy do chorego rano, znalazłem przy stanie zupełnie bezgorączkowym, znacznie powiększone rozmiary śledziony. Zmiękła ona nieco, ale przynajmniej na 3 centymetry w wydechu, z pod żeber wystaje. Górna granica tępości między 7-ym a 8-ym żebrzem. Tegoż dnia ku wieczorowi ciepłota wzniosła się do 38,5°C., przez dzień następny nie opadła poniżej 38°, i mimo że 52-go dnia choroby, rano, ciepłomierz wykazał znowu 37°. Wieczorem tegoż dnia wynosiła 39,3°, przy ciągłym wzrastaniu śledziony. Następnego dnia (53 choroby) ciepłota spadła do 38°C., ku południowi jednak podskoczyła do 39,8 i od tej chwili aż do 56-go dnia choroby nie opadła niżej 39°.

Kulminacyjnego punktu ciepłota dosięgła w obecnym nasileniu, 59 dnia wieczorem, wynosiła wtedy 40,4°C. Zaraz w początku obecnego nasilenia za stosowane pełne dawki chininy, trzeba było niebawem odsunąć, z przyczyny wstawienia się nowych objawów, a raczej nowego powikłania. W nocy z 58 na 59 dzień choroby pojawiły się dość silne wydęcia (*tenesmi*) i stolce mocno zakrwawione, ale zawierające znaczne ilości śluzu i pewnego rodzaju błon rzekomych, tak, że całość bardzo była zbliżoną do stolców przy czerwonce (*dysenteria*) spotykanych. Ilość tylko krwi była stosunkowo większa i zabarwienie jej ciemniejsze, tak że stolce owe zdawały się pochodzić z głębszych nieco odcinków kiszek, niż stolce czerwonkowe. Wydęcia nie były też dość silne, aby za siedlisko choroby można było uważać odbytnicę.

Przypadłości powyższe zresztą nie okazały się zgoła uporczywemi, ustąpiły bowiem niezwłocznie, po wyżyciu pełnej porcyi oleju rycinowego i ukazaniu się kałowych wypróżnień.

55-go dnia choroby, ciepłota wynosząca rano 39,8°, ku wieczorowi opadła do 39°, następnego dnia rano do 38°. Wystąpił jeden silny, wstrząsający dreszcz, a ku południowi ciepłota wzniosła się do 40°. Następnego dnia powtórzyło się toż samo, z większem jedynie nateżeniem, bo ciepłomierz w chwili nasilenia gorączkowego wykazał 40,5°.

Począwszy od tej chwili, przychodzą codzienne przystępy gorączkowe, różniące się od siebie jedynie długością trwania okresu gorzenia. Z rana zawsze jest znaczny spadek ciepłoty, przed południem dreszcz, począwszy od południa gorączka, która niekiedy weześniej kończy się potami i ku wieczorowi opada, niekiedy zaś trwa aż do następnego rana.

Śledziona wielka, twarda, bolesna przy ucisku, mało ruchoma.

Stan w jakim chory znajduje się teraz jest istotnie straszliwy. Obok niesłychanego wyniszczenia, wychudnienia i wyczerpania sił, zupełna przytomność umysłu, nieopuszczająca go nawet w chwilach najsilniejszego nateżenia gorączki, pozwala mu należycie ocenić wielkość zagrażającego życiu jego niebezpie-

czeństwa. Jest on zrozpaczony. W ocalenie swoje nie wierzy. Wpatrując się w otaczających dzikim, błyszczącym wzrokiem, żąda aby męki jego skończyły się nareszcie.

Tętno chorego, które aż do tej chwili było stosunkowo powolne i dość pełne, stało się szybkim, drobnym i częstym. Ilość uderzeń jego na minutę dochodzi 120. Kończyny ziębną, bezsenność. Powstaje zapalenie okostnej na prawej górnej szczęce (*periostitis alveolaris*), tworzy się ropień, który otwiera się do jamy ustnej, wydzielając bezustannie cuchnącą ropę.

Wielkie dawki chlorku chininy, jakie chory już po raz trzeci od początku choroby przyjmuje, nie wywierają żadnego wpływu na przebieg gorączki.

Zebrana w obec tak krytycznego położenia chorego, liczna narada lekarska, podzieliła w zupełności pogląd mój na naturę gorączki, przypisując ją wpływowi malaryi. Prócz tej ostatniej bowiem, gorączkę podobnego charakteru, mogłoby wywołać jedynie zakażenie krwi ropne (*pyaemia*), a takowe, można było stanowczo wykluczyć. Po pierwsze — nie podobna było wykryć w ustroju chorego żadnej miejscowej sprawy chorobnej, zwłaszcza też żadnego zapalenia z ropieniem połączonego, któreby za źródło podobnego zakażenia uważanem być mogło. Wspomniane powyżej zapalenie okostnej zębodołowej, było sprawą tak ściśle miejscową i tak mało znaczącą, iż w żadnym razie podobnych skutków sprowadzićby nie mogło. Powtóre, charakter przystępów gorączkowych, rzadkość dreszczów i rodzaj obrzmienia śledziony, stanowczo przemawiały przeciw podobnemu przypuszczeniu. Najwymowniejszym jednak argumentem, przemawiającym za malaryczną naturą gorączki, był rzut oka na krzywiznę ciepłoty, prowadzoną starannie od pierwszych dni choroby, a przedstawiającą, po ukończeniu okresu głównego duru, charakterystyczny obraz zimniczej gorączki zwalnającej (*febris malarica remittens*), która stopniowo, jak się to często zdarza, przeszła w zimnicę codzienną (*febris intermittens quotidiana*).

Prócz tego, na powyższej naradzie, zwrócono uwagę na ważną okoliczność, iż chory, od początku cierpienia, pozostaje bez przerwy w jednym i tymże samym pokoju, którego powietrze, przy utrudnionem, z przyczyny zimowej pory przewietrzaniu, przepelnionem być musi szkodliwemi zdrowiu wyziewami, zawierającemi niewątpliwie miazmata duru i zimnicy.

Dla usunięcia zatem chorego z pod wpływu tychże samych warunków, pod działaniem których choroba powstała, na powyższej naradzie postanowiliśmy przenieść go z dotychczasowego mieszkania w inną dzielnicę miasta, mniej często niż Leszno nawiedzaną przez malaryę.

Na pobyt dla chorego, jako najwięcej wszystkim wymaganiom naszym odpowiadający, wybraliśmy Hotel Europejski. gdzie też w dniu 19 listopada, a 59 dnia choroby, przeniesionym został.

Współcześnie, zaleconem zostało choremu użycie arszeniku (*Solutio Fowleri*, w ilości stopniowo zwiększanej), począwszy od 8 kropel (dziennie), oraz chlerek chininy w lawatywach.

W pierwszych chwilach po przeniesieniu chorego do nowego mieszkania stan jego nie poprawił się wcale; — owszem, 60 dnia choroby, ciepłota po dre-

szezu doszła do 40,8 i utrzymywała się na tej wysokości dłużej niż podczas poprzednich przystępów. Następnego rana nie opadała poniżej 38°C., a ku wieczorowi, prawie bez dreszczu, podniosła się do 40,6. Od tej chwili dopiero, napady stopniowo tracą na sile. Przerwy bezgorączkowe stają się dłuższymi i zupełniejszymi, a najwyższe wzniesienie się ciepłoty, nie wiele przekracza 39°C. Raz jeszcze, 65 dnia choroby, ciepłota poskoczyła, po dreszczu, wyżej 40° a 66 dnia doszła w godzinach po południowych i już bez dreszczu do 39,2. Następnego zaś rana spadłszy do 37,2°, odtąd nie podniosła się wyżej normy. *)

Ogółem, po przeniesieniu się do hotelu, było jeszcze 8 codziennych napadów zimniczych, wszystkich zaś przystępów codziennych, naliczyliśmy 11.

Który z użytych środków przeważnie wpłynął na ustanie napadów i powrót do stanu bezgorączkowego, orzec trudno. Ze stanu w jakim chory znajdował się przed przeniesieniem do hotelu, natężenia napadów i charakteru cierpienia wnosić można z całą pewnością, że to ostatnie, pozostawione samo sobie, musiałyby nieodwołalnie doprowadzić do śmiertelnego zejścia, bo przeciwdziałanie tak wyczerpanego już ustroju było niedostatecznem, aby zrównoważyć wpływ momentów chorobowych. Zatem, jedynie przedsięwzięte środki, postawiły ustrój chorego w możności oparcia się temu wpływowi — i sprowadziły wyzdrowienie. Zwracamy uwagę, że chory przed powrotem do stanu bezgorączkowego, przez dni 9, przyjmował arsenik, że zatem wyzdrowienie przypada właśnie na chwilę, w której działanie tego środka na ustrój, wystąpiło w całej sile. Doraźne ustąpienie przystępów gorączkowych, zdaje się również przemawiać za doraźnością wpływu, który ustąpienie to spowodował, a że wpływem tym był pewien stopień nasycenia ustroju arsenikiem, to dla mnie przynajmniej, wątpliwem być nie może.

Gdyby ustąpienie gorączki było wynikiem jedynie zmiany pobytu, to: po pierwsze, albo przyszłoby do skutku od razu, jak się to niekiedy ze zwykłemi zimnicami dzieje, albo też, gorączka zmieniłaby stopniowo typ swój i natężenie, przechodząc w mniej lub więcej wyrażone zimnicze charłactwo. Zresztą, nie należy zapominać, że chory przeniesionym został jedynie z silniejszego ogniska malaryi do słabszego, ale nie usunięty całkiem z pod jej wpływu, gdyż w owym czasie, wypadki malarycznego zakażenia, spotykały się usłane gęsto we wszystkich dzielnicach miasta, a taka zmiana pobytu, sama przez się, nie mogła być wystarczającą do usunięcia choroby.

Rozumie się, iż zmiana miejsca pobytu mogła znakomicie ułatwić zadanie innym środkom, które bez tego warunku, może okazałyby się niedostatecznymi do zwalczania choroby.

Zresztą, przekonanie o skuteczności arseniku w tym razie, opieram głównie na analogii z innymi podobnemi powyższemu wypadkami, w których wpływ arseniku na ukończenie choroby okazał się stanowczym. Liczba tych obserwacji, jak wspomniałem powyżej, jest dość poważną.

*) Należące do niniejszego artykułu tablice temperatury dołączone będą w osobnem odbiciu litograficznem. (Przyp. Red.).

Nie mniej ważnym czynnikiem umożliwiającym wyzdrowienie, w tym niesłychanie ciężkim wypadku, było bezustanne i systematyczne podtrzymywanie sił, za pomocą łatwo strawnych a budujących pokarmów (żółtka od jaj, rosół), a przede wszystkim wino. Chory, w ciągu swej długiej choroby, wypił kilkanaście (sic) butelek starego tokaju, nie licząc win reńskich i francuzkich, jakie spożywał w formie polewki.

W chwilach krytycznych, w obec słabnącej czynności serca, uciekaliśmy się niejednokrotnie i do gwałtowniej od wina podniecających środków, a mianowicie do kamfory.

(*Dokończenie nastąpi.*)

Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych.

Napisał Dr N. Studenski z Kazania.

(*Dokończenie.*)

Mozemy się jeszcze uciec do drugiego objaśnienia mianowicie, że w doświadczeniu Nr. 10 utworzenie się osadu zależało od niedostatecznie odbywającego się utlenienia w organizmie zwierzęcia, do doświadczenia użytego. Możemy to uczynić na zasadzie wyżej przytoczonych poglądów na przyczyny powiększenia się ilości kwasu moczowego w organizmie. Niektóre kliniczne spostrzeżenia także pogląd ten popierają, gdyż utrzymują, że chroniczny katar kiszek u dzieci jest główną przyczyną powstawania w nerkach infarktów złożonych z kwasu moczowego (Gerhardt). Okoliczność, że choroba kamienia najbardziej rozprzestrzenioną jest w klasie biednej czyni przypuszczenie to jeszcze bardziej prawdopodobnem. Aby stwierdzić to ostatnie przypuszczenie, że ilość kwasu moczowego zwiększa się przy niedostatecznym pożywieniu, głodziłem psy przez czas dwóch tygodni. Doświadczenia te jednak nie wydały żadnego stanowczego rezultatu, gdyż na ciałach obcych nie utworzył się żaden osad.

Co się tyczy innej części składowej kamieni moczowych, mianowicie szczawianu wapnia, to i osady jego udawało mi się otrzymywać na ciałach obcych, ale nie w tych doświadczeniach, które umyślnie w tym celu były robione.

Jak widać z doświadczenia Nr. 14, trzy psy w przeciągu dwóch miesięcy otrzymywały w pożywieniu taką ilość kwasu szczawowego, jaka się nie mieści w żadnym pokarmie, kwas ten zawierającym. Gdyby sprawiedliwem było mniemanie, że przy wewnętrznem użyciu kwasu szczawowego powiększa się także w moczu ilość szczawianu wapnia i że w taki sposób osadza się on w kształcie kamieni, to w naszym wypadku powinniśmy byli oczekiwać utworzenia się na ciałach obcych osadu złożonego ze szczawianu wapnia i to w znacznej ilości. Tak się jednak nie stało. Oczywiście zbyt wcześnie byłoby na zasadzie tych trzech doświadczeń zbijać pogląd na tworzenie się kamieni złożonych ze szczawianu wapnia przy wewnętrznem użyciu kwasu szczawowego; do tego trzebaby wypróbować wpływ bardziej długiego zażywania kwasu szczawowego. Dla tego zwierząt użytych (Nr. 14) nie zabiłem, lecz wyjąłem ciała

obce za pomocą powtórnej litotomii, a następnie znowu je do pęcherza wprowadziłem.

I naodwrot, znajdowałem osad złożony ze szczawianu wapnia (patrz doświadczenie Nr. 6) tam, gdzie się go wcale nie spodziewałem. Według mnie jest to fakt bardzo wielkiej wagi. Pies znajdował się w zwykłych dla niego warunkach życia. Przy otwarciu pęcherza widać było na perle osad szczawianu wapnia, koloru ciemno-brunatnego, t. j. taki jaki zwykle spotyka się w kamieniach moczowych u człowieka. Co się tyczy tworzenia w moczu szczawianu wapnia, to najprawdopodobniejszym wydaje mi się pogląd Lehmann'a. Jakkolwiek przyjmuje on, że ilość jego w moczu powiększa się przy używaniu pokarmów roślinnych, to nie przypuszcza jednak, by istniał tylko ten jedyny sposób powstawania szczawianu wapnia w moczu; albowiem bardzo dokładne spostrzeżenia wykazują, że ilość tej soli w moczu powiększa się przy utrudnionem oddychaniu, np. przy rozedmie, przy chronicznym katarze płuc zarówno jak i w czasie zdrowienia po ciężkich chorobach, szczególnie zaś po durze. Najprawdopodobniej odgrywa przy tem ważną rolę niedostatek tlenu, z powodu którego nie następuje dokładne utlenienie ciał białkowych (zamiana ich na kwas moczowy i kw. węglany), ale ogranicza się ono tylko na utworzeniu z jednej strony kwasu moczowego a z drugiej kwasu szczawowego. W taki sposób staje się jasnym dla czego powiększa się ilość kwasu szczawowego w moczu przy użyciu napojów obfitujących w kwas węglany (wino szampańskie, woda selcerska), dwuwęglanów i alkaliów roślinnych: wówczas nadmiar kwasu węglanowego we krwi istniejący, utrudnia dostawę tlenu, a następczo i akt utleniania. I rzeczywiście, we wszystkich wypadkach obfitego wydzielania się kwasu szczawowego z moczem, sprawdzono niedostateczne utlenianie. Doświadczenie nasze Nr. 6 jest świetnym potwierdzeniem tego faktu. Pies był wychudzony i ledwie że nie zdechł z wycieńczenia.

Co się tyczy powstawania osadów, złożonych z fosforanów ziem, to teoria Scherera o alkalicznej fermentacji moczu tak jest prostą i prawdopodobną, że zgodzili się na nią prawie wszyscy uczeni. I rzeczywiście, jeżeli mocz alkaliczny daje obfity osad natychmiast po wydaleniu się z pęcherza, to bardzo możebnym jest tworzenie się takiego osadu i w samym pęcherzu na ciałach obcych w nim się znajdujących. Brak jednak w tym kierunku bezpośrednich spostrzeżeń.

Niektóre z moich spostrzeżeń wypełniają ten niedostatek. Osady złożone z trójfosfatów tworzyły się bardzo prędko na ciałach obcych u tych psów, których pęcherz znajdował się w stanie zapalenia nieżyłowego, a szczególnie gdy miało miejsce zatrzymanie się moczu. I tak, w doświadczeniu Nr. 8 istniał nieżyt pęcherza z zatrzymaniem moczu, i już po 10-ciu dniach widzieliśmy osad złożony z fosforanów, ważący 0,230 grm. W doświadczeniach Nr. 1, 2 i 5 błona śluzowa pęcherza była dotknięta katarzem rozmaitego natężenia i spostrzegaliśmy też mniej lub więcej wyraźne warstwy fosforanów ziem.

Najbardziej zasługuje pod tym względem na uwagę doświadczenie Nr. 7. Ze utworzenie się tego kamienia pozostaje w związku z alkaliczną fermentacją

moczu, pokazują: 1) przewlekłe zapalenie pęcherza i 2) budowa samego kamienia. Jak długo ciało obce zachowywało nie wielką objętość i podrażnienie pęcherza było nieznaczne, dopóty odkładanie się soli wapiennych było powolne. Dla tego wewnętrzna warstwa kamienia jest tak zbitą. Z powiększeniem się objętości i ciężaru kamienia pęcherz był silniej napiętym, zapalenie jego powiększyło się i przy tem nastąpiło prędsze odkładanie się soli wapiennych, tak że te ostatnie nie miały czasu na utworzenie zbitej masy jak warstwa poprzednia, lecz utworzyły warstwę luźną, gąbczastą. Przy dojściu kamienia do rozmiarów powyżej opisanych, podrażnienie z pęcherza rozszerzyło się na moczowody i miedniczki nerkowe. Mocz podlegał fermentacyi alkalicznej w chwili, że tak powiem, wydzielania się swego z nerek i natychmiast tworzył osady wapienne.

Gąbczasta, luźna budowa kamieni w nerkach i miedniczkach nerkowych wykazuje jak prędko się one tworzyły. Według wszelkiego prawdopodobieństwa tworzyły się one w ostatnim tygodniu życia psa, wówczas gdy zauważono, że pies znajduje się w stanie chorobliwym.

Obecność kamieni w nerkach jest oczywiście zjawiskiem następczem, przeniesieniem się sprawy z pęcherza. Istnieje pogląd że kamienie opuszczają się do pęcherza z nerek; gdy przy poszukiwaniach anatomo-patologicznych zdarzy się znaleźć kamień w pęcherzu i w nerkach, to zwykle przyjmują, że kamień z początku pojawił się w nerkach. Doświadczenie nasze Nr. 6 pozwala przyjąć i odwrotny porządek w tworzeniu się kamieni.

Pod względem praktycznym jest to fakt bardzo ważny, gdyż długotrwała obecność kamienia w pęcherzu może wywołać tworzenie się złogów w nerkach i, opierając się na tej zasadzie, zawsze należy przedsiębrać operacyą jak najwcześniej.

Nie można przypuścić aby fosforany osadzały się tylko przy rozkładzie moczu, t. j. przy odczynie jego alkalicznym. Stan kataralny pęcherza podczas przebywania w nim ciała obcego jest niewatpliwie możebny i w rzeczywistości się spostrzega.

Nie jest to jednak bezwzględnie koniecznem. Od czasu kiedy rozpocząłem badać odczyn moczu u chorych na kamień, widziałem tylko 10-ciu chorych i u nich wszystkich podczas wstąpienia do szpitala mocz był odczynu kwaśnego. Po wydobyciu często bardzo wielkich kamieni okazywało się, że we wszystkich wypadkach zewnętrzna ich warstwa składała się z fosforanów ziem. Przypuszczenie, że w chwili badania przeminął stan nieżytowy pęcherza, było bardzo naciąganem. Przy doświadczeniach moich wprowadzałem do pęcherza psów ciała obce dosyć wielkie, np. objętości jaja gołębiego, a przytém ciężkie (krążki ołowiane), a badanie powtarzane w ciągu 1 do 3 tygodni wykazało, że nie rzadko mocz był kwaśny, t. j. nie istniał stan nieżytowy pęcherza.

Neubauer i Vogel przypuszczają, że i w kwaśnym moczu mogą się tworzyć osady złożone z fosforanu wapnia (lecz nie z trójfosfatów).

Doświadczenia moje z wodą wapienną pokazały, że obfite przyjmowania wapnia w pokarmie powiększa ilość jego w moczu; za tem przemawia prędkie

tworzenie się złogów fosforanu wapnia na ciałach obcych u kilku z tych psów, które za napój używały wody zawierającej wapno. Doświadczenia Nr. 15, 16, 17 i 18 pokazują, że tem obfitszy tworzył się osad fosforanu wapnia, im dłużej ciała obce w pęcherzu pozostawały. Co się tyczy doświadczeń Nr. 19 i 20, w których powstał tylko nieznaczny osad, jakkolwiek w jednym wypadku ciało obce pozostawało w pęcherzu przez 2, a w drugim przez 4 miesiące, to sprzeczność ta jest tylko pozorną. Rzecz się miała jak następuje: psy (w doświadczeniach Nr. 15, 16, 17 i 18) żyły z ciałami obcymi w miesiącach letnich i to w roku 1872, który w Kazaniu był bardzo gorącym i dla tego oczywiście psy wypijały bardzo wielką ilość wody zawierającej wapno. W doświadczeniach zaś Nr. 12 i 13 psy pozostawały z ciałami obcymi przez jesień i zimę i to w miejscach chłodnych, tak że każdy z nich wypijał przynajmniej 3 razy mniej wody zawierającej wapno niż psy z miesięcy letnich. Dla tego, jak się zdaje, możemy słusznie utrzymywać, że doświadczenia Nr. 19 i 20 potwierdzają tylko ten pogląd nasz, że ilość złogów fosforanu wapnia znajduje się w stosunku prostym do ilości wapnia przez ustrój przyjętej. Nie można jednak tego powiedzieć o doświadczeniu Nr. 14, w którym blaszka cynowa, która pozostawała w pęcherzu przez 5 miesięcy, nie pokryła się żadnym osadem, chociaż pies znajdował się w tych samych warunkach co inne. Nie umiem objaśnić od czego ten brak osadu zależał.

W każdym razie należy przyjąć dwa sposoby powstawania złogów fosforanów w kamieniach mocz.: 1) fermentacya alkaliczna moczu (Scherer) i 2) powiększona zawartość wapnia w pęcherzu przy zażywaniu go wewnętrznem. Przechodzenie wapnia do moczu sprawdził doświadczalnie Soborow z pomocą rozbioru moczu *). Jednak za przyczynę choroby kamienia nie można uważać ani alkaliczną fermentację moczu, ani powiększoną zawartość wapnia. Należy zauważyć, że w kamieniach, w których rozbiór był bardzo dokładnie dokonany, nadzwyczaj rzadko znajdowano jądro złożone z fosforanów. Lehmann utrzymuje nawet, że w jądrze kamieni zawsze można znaleźć, choćby tylko ślady kwasu moczowego. Dopiero w następstwie, na nim, jakby na ciele obcym, osadzają się z moczu fosforany ziem, powiększając tym sposobem objętość kamienia; z tego powodu w okolicach których wody i ziemia obfitują w wapno, powinny się daleko częściej i obszerniej napotykać na kamieniach złogi fosforanów.

Nie możemy pod żadnym pozorem uważać za przyczynę choroby kamienia używanie wody i pokarmów obfitujących w wapno.

Streszczając moje spostrzeżenia, dochodzę do następujących wniosków:

1) Na drodze doświadczałnej (u zwierząt) można wywołać tworzenie się na ciałach obcych, wprowadzonych do pęcherza, osadów, zawierających też sa-

*) Centralblatt für med. Wissenschaften. 1872. Nr. 39.

me części składowe, które zwykle znajdują się w kamieniach moczowych u człowieka, a mianowicie osady złożone:

- a) z połączeń kwasu moczowego;
- b) z kwasu szczawowego;
- c) z fosforanu wapnia i
- d) z fosforanu wapnia wraz z fosforanem amoniako-magnezyowym.

2) Co się tyczy przyczyn powstawania złogów pierwszego i drugiego rodzaju, to nie można jeszcze wypowiedzieć ostatniego słowa, ale bardzo prawdopodobnie niedostateczne odbywanie się processów fizyologicznych odgrywa w tym wypadku jeżeli nie jedyną to przynajmniej najgłówniejszą rolę.

3) Fosforan wapnia może utworzyć złogi i w moczu kwaśnym bez istnienia stanu niezytowego pęcherza, tylko w skutek powiększonej jego zawartości w moczu, która znajduje się w bezpośrednim związku z powiększonym zazywaniem wewnętrznym wapnia. Co się tyczy trójfosfatów, to one powstają tylko w moczu alkalicznym (sprawdzone na drodze doświadczalnej).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweifel (w Strassburgu).

(Dokończenie).

O działających składowych częściach sporyszu. Połączonym jest z wielu trudnościami przyrządzenie dla doświadczeń dobrego sporyszowego wyciągu, któryby odpowiedział celowi i działające składowe części sporyszu wydatniał.

Co wiemy dokładnie o działającym czynniku sporyszu, jest jego rozpuszczalność w wodzie i nierozpuszczalność w absolutnym alkoholu. Prócz tego ze wszech stron wskazują na łatwy rozkład sporyszu, co też wielu doświadczeniami potwierdzić mogę. Handel in dla swych wyciągów brał alkohol od 90 proc.; mały skutek takowego na ssących (tylko ślinotok i wymioty) prawdopodobnie tłumaczył się tym, że przez pozostałość 10 procent wody cokolwiek traciło się działających części sporyszu, co jednakże na ssących mało działało; żabę mogło jeszcze sparalizować.

Robiłem wyciąg sporyszu za pomocą czystego absolutnego alkoholu, który mimo to, że preparat powinien był być pozbawionym tłuszczu, jeszcze zawierał znaczną ilość oleju. Doświadczenia z rozpuszczoną w wodzie przekroploną częścią tego wyciągu (po zupełnym usunięciu alkoholu) nie wywoływały najmniejszego sparalizowania, równie zdawało się, że tłuszczowa pozostałość nie okazywała też żadnego wpływu na zwierzę.

Przy doświadczeniach w celu oczyszczenia wyciągu zwracało uwagę to, że przy dłuższem rozgrzewaniu takowy przybierał coraz ciemniejszą barwę. Zupełnie skoncentrowane rozczynty w zimnej wodzie miały kolor cienko zmielonego sporyszu, skoncentrowane zaś odwary, odcień czerwono-fioletowy. Probki z obydwóch stawilem w wodnej kąpieli i zauważyłem, że już po godzinie zaczynały przybierać kolor brunatny.

Niejednokrotnie, gdy przyrządzałem wyciąg w znacznej ilości, przyczem skuteczność przed rozpoczęciem całej procedury była stwierdzoną, zgęszczony wodny rozczyn nie działał wcale na żaby. Z tych doświadczeń dochodzę do tych wyników, że

rozkład ten prędkiej następuje im wyższa bywa temperatura, przy niższej zaś to samo ma miejsce później.

Tym sposobem tłumaczą się często podnoszone skargi na zmienność officynalnego wyciągu. Robiłem doświadczenia z roztynem takowego w ilości 2,5 grm. na 10 wody i zwyczajna dawka zawarta w strzykawce Pravaz'a działała na żaby bardzo mało lub też nic, gdy tymczasem, takąż samą ilość zwyczajnego wyciągu z zimną wodą dostateczną była dla sparaliżowania żab w przeciągu godziny. Stąd wynika, że przy wydośtaniu wyciągu przez zgęszczenie, nie powiększa się wcale jego działalność, lecz przeciwnie zupełnie się niszczy. Twierdzenie, że gorąco rozkłada ergotynę znajdowałem już w literaturze.

Dietz *) w swojej godnej uwagi pracy, opartej na doświadczeniach, powiada: „iż przez wpływ wysokiej temperatury sporysz traci działające składowe części.“

Ponieważ wedle Handeli'n'a octan ołowiu nie osadza działającego pierwiastku, przeto dla dalszego oczyszczenia wodnych wyciągów zaprawiałem takowe bez wyjątku z asadowym octanem ołowiu; potem przy możliwie niskiej temperaturze—w wielu razach pod powietrzną pompą w pokojowej ciepłocie—zgęszczałem i osadzałem absolutnym alkoholem. Były to wyciągi używane dla wyżej wspomnianych doświadczeń na kotach.

W jednym wypadku dla zobojętnienia dodano cokolwiek więcej sodu, w skutek czego plyn lekko reagował alkalicznie. Po wyparowaniu wody—w jakim celu plyn wyłano na blachę wodnej kąpeli—działalność zgęszczonego wyciągu równała się 0; przyczem plyn stał się brudnym, ciemnym smarowidłem.

Zeby zbadać przyczynę tego rozkładu umieściłem w kolbecie część wyciągu znowu z taką ilością sodowego ługu, że ta ilość płynu stała się lekko alkaliczną, i takową umieściłem jednocześnie w wodnej kąpeli z drugim naczyniem ze zwyczajną nalewką. Już na drugi dzień oba płyny ściemniały, jednakże nie długo różnica stała się widoczną i wyciąg sporyszowy zawierający sodę stał się prędko o wiele ciemniejszym, a po sześciu dniach brunatno-czarnym, prócz tego miał odczyn kwaśny i zastosowany w ilości jednej spryki u żaby, nie był tak skutecznym jak zwyczajnie rozgrzany.

Po osadzeniu octanem ołowiu wodne wyciągi miawały każdą razą tylko kolor jasno bursztynowy. Lecz ponieważ nie miałem przyrządu próżni (*Vacuum apparat*) wyparowanie przy niższej temperaturze było niemożliwem, roztyny przeto przybierały u mnie barwę ciemniejszą niż ta jakiej się można było spodziewać od zwykłego stężenia. Dla prepatu korzystniejszym było zgęszczenie pod powietrzną pompą; jednakże przytem niemożliwem było wydośtanie większej ilości, nie uwzględniając już i znacznej straty czasu, jakiej metoda ta wymaga. Dosć, że zwykle zmuszony byłem znowu wyparowywać przy mniejszej ciepłocie.

Wyciągi przygotowane wedle powyższych przepisów bardzo silnie działały na żaby; przy pojedynczych doświadczeniach zwierzęta już po 15 minutach bywały sparaliżowanemi, nie okazując przytem żadnych symptomów różniących się od typowego przebiegu otrucia się ergotyną.

Chociaż zwykle przed doświadczeniami nad zwierzętami wyciągi dobrze wysuszałem i przez wachanie przekonywałem się o zupełnem wyparowaniu alkoholu, jednakże dla ostatecznego pozbycia się takowego oddzielne próbki alkoholem osadzonego wyciągu nie długo gotowałem przed samem wstrzykiwaniem. Ponieważ i w tym razie wyciągi pozostawały działającemi, musi przeto upaść zarzut, iż paraliż zależy od pozostałego w wyciągu alkoholu, przyczem uwidoczni się też i to, że czasowe rozgrzewanie nie zupełnie znosi działalność wyciągu.

Każdy znający sporyszową literaturę z ostatnich lat, zapyta mnie o ile są przydatne do ulepszenia wyciągu tyle zachwalane przez Wernich'a filtracje. Że zwięzienie naczyń ma tu miejsce, jak to przyznaje Wernich, mogę stanowczo stwierdzić. Lecz z jego zdaniem o znaczeniu tego zjawiska, jak to już wzmiankowałem, zgodzić się nie mogę.

Dzięki grzeczności prof. Guss'erowa doszedłem do posiadania Werni-

*) Versuche über die Wirkung des Mutterkorns. Tübingen 1831, str. 97

e h'owego ergotynu, pochodzącego wprost z berlińskiej apteki Augusta. Z pozoru było to takie same czarne smarowidło, jak officynalny wodny wyciąg. Po wstrzyknięciu rozczyń z 0,025 wyciągu w 1 c.c. wody sparaliżowanie następowało bardzo prędko, poczem miała miejsce śmierć zwierzęcia, która tylko wielkiej zawartości soli przypisaną być powinna. Niejednokrotnie wstrzykiwałem żabom daleko większe ilości, mojego intensywnie działającego wyciągu a także ergotynę B o n j e a u, bez śmiertelnych następstw. Co się tycze lugowych rozczyń, wspomniałem już o nich wyżej. Przy filtracji przechodzi bardzo wiele soli, które już same przez się zdolne są żabę sparaliżować a nawet zabić. W każdym razie i przy moich silnie działających substancjach widywałem śmiertelne otrucia, lecz przytem zawartość lugu nie mogła być uważaną za przyczynę paraliżu; przy takiej śmierci była wyraźna różnica z zejściem śmiertelnym przy wstrzykiwaniach rozczyń solnych.

Głównie usiłowania moje zmierzały ku temu aby trującą materię oddzielić, w tym celu używałem rozmaitych środków, które jednakże nie doprowadziły mnie do pożądaných wyników. Po przefiltrowaniu składowe działające części znowu dawały się osadzać alkoholem, tak jednakże, że rozcieńczonemi nie były. To osadzenie się stężonego wodnego rozczyń w wyciągach wydobytych podług wyżej wymienionego sposobu odbywa się tak, że pierwsze części powstających osadów usuwają się i dopiero po powtórny dodaniu absolutnego alkoholu większa część takowych opada.

Z ostatnim osadem powtarzałem tę samą procedurę i tym sposobem otrzymałem jasno-żółtą, w małej ilości wody rozpuszczalną, chociaż niehygroskopijną masę, która wywoływała u żab owe charakteryczne sparaliżowanie.

Ścisłe badanie tej materji przekonało o osadzaniu się takowej oct. ołowiu w obecności amoniaku, gdyż wodny rozczyń bez dodatku tego ostatniego wcale nie dawał osadu. Dobrze wymyty na filtrze osad, rozproszony nie wielką ilością wody, rozkłada się siarczanem wodoru i filtrat siarczanu ołowiu, który przez płukanie nie powinien być zbyt rozcieńczonym, osadza się dodaniem znacznej ilości absolutnego alkoholu. Przytem powstaje amorfny osad, niekiedy biały, częściej żółtawy, osiadający w niedługim czasie na szkłe, tak że po zlanu alkoholu masa ta nową ilością takowego oplukana być może. Po zupełnym usunięciu alkoholu—przy łagodnej ciepłocie, pod wpływem powietrznego prądu i jednoczesnym dodaniu małej ilości wody lub też wysuszeniu—rozpuszcza się w rozmaitych ilościach wody i ma odczyn kwaśny. Starannie sodą zobojętnione wodne rozczyń wywoływały u żab często już wspomniany paraliż. Następuje to jednak bardzo pomalu i dosięga wysokiego stopnia, częstokroć dopiero po wielu godzinach. To późno objawiające się działanie jest właściwe tej składowej części sporyszu. Badany przezemnie sporysz zdaje się nie zawierać innych działających składowych części, aczkolwiek zasadowe ciała, przez innych niejednokrotnie wynajdywane, przezemnie również też były obserwowane i mogły być wydobyte.

Rozpuszczalność tej działającej składowej części sporyszu w rozcieńczonym alkoholu, odnośnie do procentu tego ostatniego, zmusza wyrabiać znacznie stężone filtrowane rozczyń, lub też dodawać większą ilość absolutnego alkoholu. Gdy próbowałem przefiltrowany rozczyń zgęszczać w wodnej kąpieli, to zwykle takowy ciemniał, nie tracąc jednak swęj działającej własności. Prawdopodobnie można było osiągnąć większe stężenie bez tych niedogodności za pomocą aparatu próżni, którego nie posiadałem. Gdy kwaśny odczyn po powtórny rozpuszczeniu i osadzeniu nie przestaje istnieć, staje się pewnem, że takowy nie zależy od kwasu octowego. Czynnikiem więc działającym jest k w a s. Podobne zdanie wypowiedział przedemną jeszcze W e r n i c h; jednakże twierdzenie jego obalil B u c h h e i m.

Osadzona alkoholem lepka masa osusza się kwasem siarczanym i następnie proszkuje się, przyczem jednakże traci nieco działających swych własności. Na powietrzu proszek ten zlepia się znowu. Przy rozgrzewaniu silnie się wzdyma, wydając zapach spalonego chleba. Naprowadziło mnie to na myśl, że być może sprawia to kleber, którego cząstka mogła przejść w filtrat ołowiu. Mogło jednakże i nie być tu kleberu, ponieważ odczyn x a n t h o p r o t e i n o w y i gotowanie z odczynnikiem M i l l o n'a dały ujemny rezultat. Gotowanie naszego preparatu z solami l u g o w e m i i rozczyńem siarczanu między wcale nie wytwarza z a b a r w i e n i a f i o l e t o w e g o (odczynu peptonu), gdy przeciwnie dodanie k w a s u

o c t o w e g o i *ferro cyankalium* daje biały osad*). Przy spopieleniu zostaje jeszcze mała ilość nieorganicznych części (ziemnych alkaliów).

Nasz preparat zawiera kwas oródk; kwas garbnikowy w skoncentrowanym roztworze robi osad, którego się rozpuszcza po dodaniu wody. Chlorek rtęci, za pomocą którego Wenzell osadzał swoje alkaloidy ergotinu i eholinu, nie robi żadnego osadu. Węglanem sodu sublimat z roztworu nie osadza się. Kwas fosforowo-wolframowy z kwasem siarczanym robi osad, równie też azotan srebra; przeciwnie kwas fosfomolibdenowy i woda barytu nie sprawiają osadu.

(Arch. f. Experimentelle Pathologie u. Pharmakologie. Leipzig 1875).

Wiadomości bieżące.

— *Chinium hydrobromatum* w praktyce dziecięcej (Dr Steinitz—Allg. Med. Centrztg. 53—1876). *Chinium hydrobromatum*, dawny, zapomniany preparat, w nowszych czasach z pomyslnym skutkiem jest używany u dorosłych przy cierpieniach nerwowych. Jest użytecznym przy chronicznych kardialgiach, wymiotach u ciężarnych, w znacznych dawkach przy padaczce, słowem przy ogólnym rozstroju nerwowym. W praktyce dziecięcej środek ten nie może być odrzuconym, ponieważ ma zastosowanie w przypadkach, w których dotychczas terapia była niedostateczną. Autor posługiwał się takowym podczas rozprzestrzenionej epidemii kokluszowej, a mianowicie w następującej postaci: Rp. *Chinii hydrobrom.* 0,3—0,5, *Syr. rub. idaei* 100,0. DS. co 2 godz. po łyżeczce. Pomimo gorzkawo-słodkiego smaku mixtura ta chętnie jest przyjmowana. Autor również kładzie nacisk na to, iż nie potrzebował w żadnym wypadku uciekać się do innych środków, ani nawet wykrztusznych. *Chinium hydrobromatum* zbawienny wywierało wpływ, ponieważ napady kaszlu były mniej gwałtowne i przebieg choroby krótszy. Koklusz trwał w 23 wypadkach przecięciowo 10 tygodni, w 15 zaś 12. W ostatnich wypadkach choroba wystąpiła u dzieci wycieńczonych. Po wyżej wspomnianem leczeniu napady były lżejsze i rzadsze — w żadnym wypadku nie zauważono nieprzyjemnych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. Również z dobrym skutkiem było *chinium hydrobromatum* stosowane przy *laryngismus stridulus*, i nakoniec przy drgawkach podczas ząbkowania.

Dr H. L.

— Des alterations, qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac consecutivement aux lesions cerebrales (Brown-Sequard, Progrès med. 1876. Nr. 8). Rozmięczenia i owrzodzenia błony śluzowej żołądka następują po skaleczeniach ciątek prążkowanych (*corp. striata*), odnóg mózgu albo rdzenia; krwotoki zaś po większej części tylko po skaleczeniu jednego punktu mostu, w miejscu przyczepu średniej odnogi mózdku. Nadto krwotoki nie następują skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych; przeciwnie, tętnice i żyły kurczą się, krew zatrzymuje się w naczyniach włosowatych, które natenczas pękają.

— Anomalie refrakcyi i akomodacyi oka, znakomite dzieło Prof. Donders'a, wyszło w przekładzie polskim przez Dra Bolesława Gepnera. Dzieło to, stanowiące tom 3-ei Oftalmologii wchodzącej w skład Biblioteki Umiejętności Lekarskich, obejmuje odrębną całość i znaleźć się winno w rękach każdego lekarza, jako jedyne dzieło wyczerpujące tę ważną gałąź oftalmologii. Przekład staranny, język czysty. Cena rs. 4.

*) Twierdzenia Buchheim'a, że działająca składowa część sporyszu jest tylko przeistoczeniem żytniego kleberu w żadnym razie nie sprzeciwiają się rezultaty przedstawionych doświadczeń. Własności wydobytej przezemnie składowej części, zdaje się przedśj nawet potwierdzają to zdanie.

Od Redakcyi Gazety Lek. i Bibl. Umiejętn. Lekarskich.

I. **Gazeta Lekarska** i w przyszłym półroczu 1877 r. wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1877 r. zaczyna się tom dwódziesty drugi. **Cena Gazety Lekarskiej:** 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pi ę ć, półrocznie rsr. d w a k o p. p i ę ć d z i e s i ą t; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. s z e ś ć, półrocznie rsr. t r z y.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. **Biblioteka Umiejętności Lekarskich**, w półroczu przyszłym 1877 r. wydawaną będzie

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągle śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej i d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania **Biblioteka Umiejętności Lekarskich** rozpada się na cztery działy.

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

D z i e ł t y c h w przyszłym półroczu wyjdzie s t o arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1877 do 1 lipca 1877 r) wynosi rsr. d z i e s i ę ć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskich, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1875 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z D z i e ł a mi wyżej wyliczonymi, lub z G a z e t ą L e k a r s k ą. Przegląd za rok 1875 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. **Cena Przeglądu za rok 1875 wynosi:** 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. D z i e ł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci Bibl. Um. Lek. stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale Bibl. Umiejętności Lekarskich zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów G a z e t y L e k a r s k i e j dział ten, jako d o d a t e k dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący Gazety Lek. mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. **Kalendarz Lekarski** na r. 1877 wyszedł z druku. Cena rs. 1 (z przesyłką).

„Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich“ są pod prasą i pp. prenumeratom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w i.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 8 (20) Декабря 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1876 do 1 stycznia 1877) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1877 r. rsr. 188 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganymi w ciągu ubiegłego roku. Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dalszy ciąg). — Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych. Napisał Dr Studenski z Kazania (Dokończenie). — Kronika zagraniczna O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu) (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. Chinium hydrochloratum w praktyce dziecięcej. Des altérations, qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac consécutivement aux lésions cérébrales. Anomalie refrakcyi i akomodacyi oka Prof. Donders'a. Od Redakcyi. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 32. Chorób z zatrucia ark. 16. Hygieny ark. 26 i 27. Oftalmologii T. III, ark. 27. Tytuł i spis rzeczy (Dzieło skończone).

Kilka uwag nad wypadkami duru brzuszego, dostrzeganymi w ciągu ubiegłego roku.

Przez Dra A. Kurcyusza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z d. 6 czerwca r. b.).

(Dalszy ciąg).

Daleko liczniej i pod bardziej jeszcze urozmaiconemi postaciami występowały wypadki duru, w których powikłanie malaryczne ujawniało się głównie pod koniec choroby, w okresie zejścia, podczas tak zwaney gorączki następczej (*Nachfieber* Biermer'a).

Jednym z najpierwszych, a zarazem najbardziej charakterystycznych wypadków tej grupy, był następujący:

Kolega H., dziś lekarz, wówczas jeszcze kandydat medycyny, 25 września zeszłego roku, wezwał mię do siebie. Już od paru tygodni czuł się on chorym. Na dwa mniej więcej tygodnie przed obecną chorobą doświadczał kilkakrotnie dreszczów i czuł u siebie gorączkę, lubo istnienia takowej ciepłomierzem nie sprawdził. Uważał on wtedy stan swój za wynik zakażenia malarycznego i miał zamiar zażyć chininę, ale takowego nie uskutečnił, gdyż nastąpiło chwilowe polepszenie.

21 września po kilkakrotnie powtarzającym się dreszczu, w skutek bólu głowy, nudności i bólów w okolicy pępka, chory zmuszonym był położyć się do łóżka.

Tegoż dnia wezwany jeden z kolegów, w obec istniejących zaburzeń w trawieniu kiszkiowym i wyraźnego podrażnienia kiszek, uznał za właściwe postawić choremu bańki cięte na brzuch, do wewnątrz zaś, zalecił pół granowe dawki kalomelu, co 2 godziny, których to dawek chory wyżył 8 lub 10.

W dwa dni później, gdy gorączka nie ustawała, po naradzie lekarskiej, zalecono choremu jako *evacuans* dwie dawki pięciogranowe kalomelu.

Badając chorego po raz pierwszy znalazłem co następuje:

Chory, znajomy mi od dawna, 26 lat wieku liczący, odznaczał się zawsze prawidłową i silną budową ciała. Układ mięśniowy mocno rozwinięty, odżywianie doskonałe, słowem, typ mężczyzny w pełni sił i zdrowia. Jedynym ważniejszym zбочeniem, jakie przed obecną chorobą u niego istniało, była skłonność do zaparcia stolców i wzdęcia brzucha, zwykłych objawów lekkiego nieżytku kiszek, których zresztą nie brakuje podobno nikomu z dobrowolnie skazanych na więzienie, wśród murów wielkiego miasta. Temperament chorego wydatnie krwisty (sanguiniczny).

Znaczne natężenie gorączki, puls 96, pełny, twardy, skóra sucha. Stan podniecenia nerwowego (*excitatio. loquacitas*).

Język podsycha, — *gingivitis mercurialis*. Tępość serca ku górze między 3 i 4-ém żebrem, śledziona obrzmiała, wyczuwalna pod łukiem żebrowym, twardawa, bolesna.

Granica górna wątroby, w linii pachwowej przedniej, o pół żebra wzniesiona ku górze. Pod łukiem żebrowym wątrobę wyczuwa się lekko stwardniałą i cokolwiek powiększoną.

Brzuch wzdęty, w podbrzuszu prawem przelewanie.

W płucach, gdzie nigdzie zaostrzenie oddechu, zresztą *respiratio puerilis*. Na skórze piersi i brzucha kilka plamek wyniesionych, różowawych (*taches lenticulaires*), reprezentują różyczkę durową.

Tegoż dnia wieczorem ciepłota ciała wzniosła się do 41,2.

Począwszy od tej chwili aż do 16-go dnia choroby, przebieg gorączki jest nader prawidłowym. Gorączka jest ciągłą, z bardzo małymi wahaniami dobowymi. Najniższa ciepłota ranna, dnia 10-go choroby, wynosi 39,6; najwyższa wieczorowa, dnia 15-go, 40,9. Innych dni, ciepłota rano nie opada poniżej 40°, wieczorem zaś, rzadko wznosi się powyżej 40,5°.

W tym czasie zasługują na uwagę następujące szczegóły: do 14-go dnia choroby trwają objawy zatrucia rtęciowego (*gingivitis, salivatio*). Już 9-go dnia choroby tworzy się znaczna odleżyna na krzyżu, w trzy dni później powstaje takż na krętarzu lewym. Tworzą się strupy nekrotyczne (*escharra*); — pod przy- parkami i środkami podniecającymi stosowanemi miejscowo, strupy się oddzielają; występuje prawidłowa ziarnina i bez względu na dalsze trwanie gorączki już 20 dnia choroby następuje całkowite zablżnienie się odleżyn, które nie odnawiają się więcej.

Tętno przez cały czas trwania choroby powolne staje się stopniowo coraz mniejszem. Częstość jego nie przenosi nigdy 100 uderzeń na minutę, zwykle 86 do 90.

Wyraźne w początkach podniecenie (*excitatio*) zamienia się niebawem w obłąd (*delirium*), któremu towarzyszy zupełna chwilami bezprzytomność umysłu.

Od 16 do 23-go dnia choroby, ciepłota ciała obniża się nieco. Nie opada wprawdzie poniżej $39,5^{\circ}$ w godzinach rannych, ale wieczorem nie wznosi się prawie powyżej 40° . W tym też czasie obłąd ustępuje, pozostawiając po sobie jedynie pewne błędne pojęcia i całkowite prawie zapomnienie tego, co się działo podczas choroby i przed nią samą. Chory dość zresztą przytomny, utrzymuje że jest parem Francyi, że posiada wielki majątek i t. p. Zresztą postępowanie jego nie zdradza żadnego umysłowego zboeczenia.

Przebieg duru aż do tej chwili był mniej więcej prawidłowym.

Stan chorego w 23-cim dniu choroby był następujący: Bardzo znaczne osłabienie i wychudzenie ciała (*prostratio virium, emaciatio*). Mięśnie zanikły, skóra cienka, *pityriasis tabescentium*. Ciepłota ciała wynosi rano $39,2^{\circ}$, ku wieczorowi opada do 39° . Skóra i język wilgotne. Ten ostatni przedstawia się mocno czerwonym i obnażonym z nabłonka, co przypisujemy znacznym dawkom chininy w roztworze kwaśnym, jakie chory w ostatnich dniach przyjmował. Śledziona znacznie zmniejszona jej granice górne w miejscu z pod łuku żeberowego nie wystaje, przy głębokiem wdechaniu jednak zstępuje i jest wyczuwalną. Przedstawia się mocno stwardniałą. Wątroba wydatnie powiększona niż w początku choroby. Wypróżnienia stolcowe codzienne, obrzednie,—żadnej bolesności w brzuchu.

W obec takiego stanu chorego, przypuszczamy iż następuje zejście duru powolne (*per lysin*) po bardzo długiem trwaniu choroby—i, na mocy tego, rokujemy rychłe wyzdrowienie.

Następnego dnia (24 choroby) rano temp. $38,8$. Stan ogólny zadawalniający, zaznaczamy jednak nie oczekiwane zgoła powiększenie się śledziona, tak ku górze jak i ku dołowi. Wystaje ona z pod żeber i jest namacalną nawet podczas wydechu, przytem bolesną. To też ku wieczorowi ciepłota ciała nagle się wznosi i dochodzi $40,0^{\circ}$.

Do następnego rana, spadając stopniowo, ciepłota znizła się znowu do $30,9^{\circ}\text{C}$., wieczorem wznosi się do 40° , a 26-go dnia choroby, rano, opada do $38,0^{\circ}\text{C}$. Przez dni następne 27, 28 i 29, ciepłota ciała waha się między $38,0^{\circ}$ a $39,0^{\circ}\text{C}$., a śledziona zmniejsza się znowu do normalnych prawie granic.

Dnia 28 rano, zaznaczamy nowe powiększenie się śledziona, przy $38,2^{\circ}\text{C}$. temp., to też do następnego rana ciepłota wznosi się znowu do 39, a 30 dnia wieczorem do $40,0^{\circ}\text{C}$.

Temu ponownemu wzniesieniu się ciepłoty, towarzyszy dość osobliwy objaw, mianowicie wysypka (*erythema disseminatum*), forma swę dermatologiczną, mocno do odry (*morbilli*) zbliżona, a zajmującą głównie skórę tułowia, pośladków i na udach. Współcześnie ze zmniejszeniem się gorączki wysypka

zbladła i zniknęła, pozostawiając po sobie obfite łuszczenie się naskórka. W ogóle, tak formą swą jak sposobem pojawienia się, wysypka owa przypomina mocno tak zwane wysypki przełomowe (*erythema criticum*) dawniejszych autorów. Niektórzy z kolegów, odwiedzający wtedy chorego, utrzymywali, iż przyczyną wysypki mogła być użyta dla ochrony od odleżyny, kauczukowa poduszka powietrzna, naszem jednak zdaniem, wysypka była zbyt ogólna, aby ją można odnieść do tak małoznaczającej miejscowej przyczyny, prawdopodobnie zależała ona od daleko głębiej sięgających przyczyn wewnętrznych i znajdowała się w związku z owym podwyższeniem się ciepłoty. Mniemanie to znalazło potwierdzenie w ponownem ukazaniu się wysypki po dniach kilku, przy nowem podwyższeniu ciepłoty, i to już bez współudziału poduszki.

Poczynając od 32-go dnia choroby, w którym ciepłota przez całą dobę nie wzniosła się powyżej $38,4^{\circ}$, typ gorączki trapiącej chorego wchodzi w całkiem nową fazę. Zamiast nasileni wieczorowych, występują południowe, tak, że niezależnie od różnicy ciepłoty, między dniem poprzednim a następnym, każdodziennie najwyższą ciepłotę znajdujemy pomiędzy godziną 1 a 3-ą w południe, najniższą zaś około północy. Podczas trzeciego z kolei wzniesienia się temperatury, ta ostatnia najwyższej bo $40,3^{\circ}$, dosięgła 34-go dnia choroby, w południe.

38-go dnia choroby, ciepłota nie wznosi znowu powyżej $38,4^{\circ}\text{C}$. Jestto czwarty od początku choroby upadek temperatury, któremu towarzyszy czwarte z kolei zmniejszenie się śledziony.

Podczas 5-go nasilenia się gorączki, które punktu kulminacyjnego dosięgło 39-go dnia choroby, i któremu towarzyszyła wspomniona powyżej powtórna erupcyja wysypki, obrzmienie śledziony, nie doszło już do takiego stopnia jak przy poprzednich nasileniach. To też i ciepłota ciała nie wzniosła się tak wysoko, najwyższa bowiem w tem nasileniu wynosiła $39,7^{\circ}$.

Poczynając od chwili tego ostatniego nasilenia, które przypadało na 29 dzień choroby, ciepłota ciała do 42-go dnia choroby waha się pomiędzy $38,2$ a $39,6$. Dobowe poruszenia ciepłomierza nie przenoszą jednego stopnia.

43-go dnia choroby, rano, ciepłota ciała obniża się do $37,5^{\circ}\text{C}$., ku południowi wznosi się do $38,6$, ale poczynając od tego dnia, aż do 52 dnia choroby, nie podnosi się prawie powyżej 38°C ., w godzinach zaś rannych wynosi zaledwie od 37 do $37,5$.

Podczas tej, prawie dziesięciodniowej i prawie bezgorączkowej przerwy, śledziona zmniejsza się tak dalece, że zaledwie i to przy najgłębszym wdechniu jest wyczuwalną pod łukiem żebrowym. Jest ona mocno stwardniała. Granica górna tępości śledziony ściśle prawidłowa. Stan też ogólny chorego po raz pierwszy od początku choroby zaczyna się poprawiać. Pojawił się apetyt. Wypróżnienia są prawidłowe. Badanie objektywne, oprócz znacznego jeszcze niezytu oskrzeli i śladów przekrwienia opadowego w dolnym zrazie lewego płuca, nie wykazuje w żadnym z ważniejszych narzędzi lub narządów wydajniejszych zbroczeń chorobowych. Język chorego poprzednio żywo czerwony i pozbawiony nabłonka, staje się nieco bledszym, wilgotniejszym i widocznie utracony nabłonek odzyskuje. Stan umysłowy chorego również poprawił się

znacznie. Wspomniony poprzednio jego obłęd durowy, wraz z wygórowaném pojęciem o własnem położeniu towarzyskiem i majątkowem przeminął. Potrafiono wreszcie przekonać go, że nie jest ani parem Francuzi, ani wielkim bogaczem, ani nawet doktorem medycyny: słowem, nadeszła chwila, iż na dobre zaczęliśmy wierzyć w rekonwalescencyę i szybkie wyzdrowienie chorego.

Tymczasem, 50-go dnia choroby, który przypadł na 10 listopada, przy szedłszy do chorego rano, znalazłem przy stanie zupełnie bezgorączkowym, znacznie powiększone rozmiary śledziony. Zmiękła ona nieco, ale przynajmniej na 3 centymetry w wydechu, z pod żeber wystaje. Górna granica tępości między 7-ém a 8-ém żebrzem. Tegoż dnia ku wieczorowi ciepłota wzniosła się do 38,5°C., przez dzień następny nie opadła poniżej 38°, i mimo że 52-go dnia choroby, rano, ciepłomierz wykazał znowu 37°. Wieczorem tegoż dnia wynosiła 39,3°, przy ciągłym wzrastaniu śledziony. Następnego dnia (53 choroby) ciepłota spadła do 38°C., ku południowi jednak podskoczyła do 39,8 i od tej chwili aż do 56-go dnia choroby nie opadła niżej 39°.

Kulminacyjnego punktu ciepłota dosięgła w obecnem nasileniu, 59 dnia wieczorem, wynosiła wtedy 40,4°C. Zaraz w początku obecnego nasilenia za stosowane pełne dawki chininy, trzeba było niebawem odsunąć, z przyczyny wstawienia się nowych objawów, a raczej nowego powikłania. W nocy z 58 na 59 dzień choroby pojawiły się dość silne wydęcia (*tenesmi*) i stolce mocno zakrwawione, ale zawierające znaczne ilości śluzu i pewnego rodzaju błon rzekomych, tak, że całość bardzo była zbliżoną do stolców przy czerwonce (*dysenteria*) spotykanych. Ilość tylko krwi była stosunkowo większa i zabarwienie jej ciemniejsze, tak że stolce owe zdawały się pochodzić z głębszych nieco odcinków kiszek, niż stolce czerwonkowe. Wydęcia nie były też dość silne, aby za siedlisko choroby można było uważać odbytnicę.

Przypadłości powyższe zresztą nie okazały się zgoła uporczywemi, ustąpiły bowiem niezwłocznie, po wyżyciu pełnej porcyi oleju rycinowego i ukazaniu się kałowych wypróżnień.

55-go dnia choroby, ciepłota wynosząca rano 39,8°, ku wieczorowi opadła do 39°, następnego dnia rano do 38°. Wystąpił jeden silny, wstrząsający dreszcz, a ku południowi ciepłota wzniosła się do 40°. Następnego dnia powtórzyło się toż samo, z większem jedynie nateżeniem, bo ciepłomierz w chwili nasilenia gorączkowego wykazał 40,5°.

Począwszy od tej chwili, przychodzą codzienne przystępy gorączkowe, różniące się od siebie jedynie długością trwania okresu gorzenia. Z rana zawsze jest znaczny spadek ciepłoty, przed południem dreszcz, począwszy od południa gorączka, która niekiedy weześniej kończy się potami i ku wieczorowi opada, niekiedy zaś trwa aż do następnego rana.

Śledziona wielka, twarda, bolesna przy ucisku, mało ruchoma.

Stan w jakim chory znajduje się teraz jest istotnie straszliwy. Obok niesłychanego wyniszczenia, wychudnienia i wyczerpania sił, zupełna przytomność umysłu, nieopuszczająca go nawet w chwilach najsilniejszego nateżenia gorączki, pozwala mu należycie ocenić wielkość zagrażającego życiu jego niebezpie-

czeństwa. Jest on zrozpaczony. W ocalenie swoje nie wierzy. Wpatrując się w otaczających dzikim, błyszczącym wzrokiem, żąda aby męki jego skończyły się nareszcie.

Tętno chorego, które aż do tej chwili było stosunkowo powolne i dość pełne, stało się szybkim, drobnym i częstym. Ilość uderzeń jego na minutę dochodzi 120. Kończyny ziębną, bezsenność. Powstaje zapalenie okostnej na prawej górnej szczęce (*periostitis alveolaris*), tworzy się ropień, który otwiera się do jamy ustnej, wydzielając bezustannie cuchnącą ropę.

Wielkie dawki chlorku chininy, jakie chory już po raz trzeci od początku choroby przyjmuje, nie wywierają żadnego wpływu na przebieg gorączki.

Zebrana w obec tak krytycznego położenia chorego, liczna narada lekarska, podzieliła w zupełności pogląd mój na naturę gorączki, przypisując ją wpływowi malaryi. Prócz tej ostatniej bowiem, gorączkę podobnego charakteru, mogłoby wywołać jedynie zakażenie krwi ropne (*pyaemia*), a takowe, można było stanowczo wykluczyć. Po pierwsze — nie podobna było wykryć w ustroju chorego żadnej miejscowej sprawy chorobnej, zwłaszcza też żadnego zapalenia z ropieniem połączonego, któreby za źródło podobnego zakażenia uważanem być mogło. Wspomniane powyżej zapalenie okostnej zębodołowej, było sprawą tak ściśle miejscową i tak mało znaczącą, iż w żadnym razie podobnych skutków sprowadzićby nie mogło. Powtóre, charakter przystępów gorączkowych, rzadkość dreszczów i rodzaj obrzmienia śledziony, stanowczo przemawiały przeciw podobnemu przypuszczeniu. Najwymowniejszym jednak argumentem, przemawiającym za malaryczną naturą gorączki, był rzut oka na krzywiznę ciepłoty, prowadzoną starannie od pierwszych dni choroby, a przedstawiającą, po ukończeniu okresu głównego duru, charakterystyczny obraz zimniczej gorączki zwalnającej (*febris malarica remittens*), która stopniowo, jak się to często zdarza, przeszła w zimnicę codzienną (*febris intermittens quotidiana*).

Prócz tego, na powyższej naradzie, zwrócono uwagę na ważną okoliczność, iż chory, od początku cierpienia, pozostaje bez przerwy w jednym i tymże samym pokoju, którego powietrze, przy utrudnionem, z przyczyny zimowej pory przewietrzaniu, przepelnionem być musi szkodliwemi zdrowiu wyziewami, zawierającemi niewątpliwie miazmata duru i zimnicy.

Dla usunięcia zatem chorego z pod wpływu tychże samych warunków, pod działaniem których choroba powstała, na powyższej naradzie postanowiliśmy przenieść go z dotychczasowego mieszkania w inną dzielnicę miasta, mniej często niż Leszno nawiedzaną przez malaryę.

Na pobyt dla chorego, jako najwięcej wszystkim wymaganiom naszym odpowiadający, wybraliśmy Hotel Europejski. gdzie też w dniu 19 listopada, a 59 dnia choroby, przeniesionym został.

Współcześnie, zaleconem zostało choremu użycie arszeniku (*Solutio Fowleri*, w ilości stopniowo zwiększanej), począwszy od 8 kropel (dziennie), oraz chlorek chininy w lawatywach.

W pierwszych chwilach po przeniesieniu chorego do nowego mieszkania stan jego nie poprawił się wcale; — owszem, 60 dnia choroby, ciepłota po dre-

szezu doszła do 40,8 i utrzymywała się na tej wysokości dłużej niż podczas poprzednich przystępów. Następnego rana nie opadała poniżej 38°C., a ku wieczorowi, prawie bez dreszczu, podniosła się do 40,6. Od tej chwili dopiero, napady stopniowo tracą na sile. Przerwy bezgorączkowe stają się dłuższymi i zupełniejszymi, a najwyższe wzniesienie się ciepłoty, nie wiele przekracza 39°C. Raz jeszcze, 65 dnia choroby, ciepłota poskoczyła, po dreszczu, wyżej 40° a 66 dnia doszła w godzinach po południowych i już bez dreszczu do 39,2. Następnego zaś rana spadłszy do 37,2°, odtąd nie podniosła się wyżej normy. *)

Ogółem, po przeniesieniu się do hotelu, było jeszcze 8 codziennych napadów zimniczych, wszystkich zaś przystępów codziennych, naliczyliśmy 11.

Który z użytych środków przeważnie wpłynął na ustanie napadów i powrót do stanu bezgorączkowego, orzec trudno. Ze stanu w jakim chory znajdował się przed przeniesieniem do hotelu, natężenia napadów i charakteru cierpienia wnosić można z całą pewnością, że to ostatecznie, pozostawione samo sobie, musiałyby nieodwołalnie doprowadzić do śmiertelnego zejścia, bo przeciwdziałanie tak wyczerpanego już ustroju było niedostatecznym, aby zrównoważyć wpływ momentów chorobowych. Zatem, jedynie przedsięwzięte środki, postawiły ustrój chorego w możności oparcia się temu wpływowi — i sprowadziły wyzdrowienie. Zwracamy uwagę, że chory przed powrotem do stanu bezgorączkowego, przez dni 9, przyjmował arsenik, że zatem wyzdrowienie przypada właśnie na chwilę, w której działanie tego środka na ustrój, wystąpiło w całej sile. Doraźne ustąpienie przystępów gorączkowych, zdaje się również przemawiać za doraźnością wpływu, który ustąpienie to spowodował, a że wpływem tym był pewien stopień nasycenia ustroju arsenikiem, to dla mnie przynajmniej, wątpliwem być nie może.

Gdyby ustąpienie gorączki było wynikiem jedynie zmiany pobytu, to: po pierwsze, albo przyszłoby do skutku od razu, jak się to niekiedy ze zwykłymi zimnicami dzieje, albo też, gorączka zmieniłaby stopniowo typ swój i natężenie, przechodząc w mniej lub więcej wyrażone zimnicze charłactwo. Zresztą, nie należy zapominać, że chory przeniesionym został jedynie z silniejszego ogniska malaryi do słabszego, ale nie usunięty całkiem z pod jej wpływu, gdyż w owym czasie, wypadki malarycznego zakażenia, spotykały się usłane gęsto we wszystkich dzielnicach miasta, a taka zmiana pobytu, sama przez się, nie mogła być wystarczającą do usunięcia choroby.

Rozumie się, iż zmiana miejsca pobytu mogła znakomicie ułatwić zadanie innym środkom, które bez tego warunku, może okazałyby się niedostatecznymi do zwalczania choroby.

Zresztą, przekonanie o skuteczności arseniku w tym razie, opieram głównie na analogii z innymi podobnymi powyższemu wypadkami, w których wpływ arseniku na ukończenie choroby okazał się stanowczym. Liczba tych obserwacji, jak wspomniałem powyżej, jest dość poważną.

*) Należące do niniejszego artykułu tablice temperatury dołączone będą w osobnem odbiciu litograficznem. (Przyp. Red.).

Nie mniej ważnym czynnikiem umożliwiającym wyzdrowienie, w tym niesłychanie ciężkim wypadku, było bezustanne i systematyczne podtrzymywanie sił, za pomocą łatwo strawnych a budujących pokarmów (żółtka od jaj, rosół), a przede wszystkim wino. Chory, w ciągu swej długiej choroby, wypił kilkanaście (sic) butelek starego tokaju, nie licząc win reńskich i francuskich, jakie spożywał w formie polewki.

W chwilach krytycznych, w obec słabnącej czynności serca, uciekaliśmy się niejednokrotnie i do gwałtowniej od wina podniecających środków, a mianowicie do kamfory.

(*Dokończenie nastąpi.*)

Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych.

Napisał Dr N. Studenski z Kazania.

(*Dokończenie.*)

Mozemy się jeszcze uciec do drugiego objaśnienia mianowicie, że w doświadczeniu Nr. 10 utworzenie się osadu zależało od niedostatecznie odbywającego się utlenienia w organizmie zwierzęcia, do doświadczenia użytego. Możemy to uczynić na zasadzie wyżej przytoczonych poglądów na przyczyny powiększenia się ilości kwasu moczowego w organizmie. Niektóre kliniczne spostrzeżenia także pogląd ten popierają, gdyż utrzymują, że chroniczny katar kiszek u dzieci jest główną przyczyną powstawania w nerkach infarktów złożonych z kwasu moczowego (Gerhardt). Okoliczność, że choroba kamienia najbardziej rozprzestrzenioną jest w klasie biednej czyni przypuszczenie to jeszcze bardziej prawdopodobnem. Aby stwierdzić to ostatnie przypuszczenie, że ilość kwasu moczowego zwiększa się przy niedostatecznym pożywieniu, głodziłem psy przez czas dwóch tygodni. Doświadczenia te jednak nie wydały żadnego stanowczego rezultatu, gdyż na ciałach obcych nie utworzył się żaden osad.

Co się tyczy innej części składowej kamieni moczowych, mianowicie szczawianu wapnia, to i osady jego udawało mi się otrzymywać na ciałach obcych, ale nie w tych doświadczeniach, które umyślnie w tym celu były robione.

Jak widać z doświadczenia Nr. 14, trzy psy w przeciągu dwóch miesięcy otrzymywały w pożywieniu taką ilość kwasu szczawowego, jaka się nie mieści w żadnym pokarmie, kwas ten zawierającym. Gdyby sprawiedliwem było mniemanie, że przy wewnętrznem użyciu kwasu szczawowego powiększa się także w moczu ilość szczawianu wapnia i że w taki sposób osadza się on w kształcie kamieni, to w naszym wypadku powinniśmy byli oczekiwać utworzenia się na ciałach obcych osadu złożonego ze szczawianu wapnia i to w znacznej ilości. Tak się jednak nie stało. Oczywiście zbyt wcześnie byłoby na zasadzie tych trzech doświadczeń zbijać pogląd na tworzenie się kamieni złożonych ze szczawianu wapnia przy wewnętrznem użyciu kwasu szczawowego; do tego trzebaby wypróbować wpływ bardziej długiego zażywania kwasu szczawowego. Dla tego zwierząt użytych (Nr. 14) nie zabiłem, lecz wyjąłem ciała

obce za pomocą powtórnej litotomii, a następnie znowu je do pęcherza wprowadziłem.

I naodwrot, znajdowałem osad złożony ze szczawianu wapnia (patrz doświadczenie Nr. 6) tam, gdzie się go wcale nie spodziewałem. Według mnie jest to fakt bardzo wielkiej wagi. Pies znajdował się w zwykłych dla niego warunkach życia. Przy otwarciu pęcherza widać było na perle osad szczawianu wapnia, koloru ciemno-brunatnego, t. j. taki jaki zwykle spotyka się w kamieniach moczowych u człowieka. Co się tyczy tworzenia w moczu szczawianu wapnia, to najprawdopodobniejszym wydaje mi się pogląd Lehmann'a. Jakkolwiek przyjmuje on, że ilość jego w moczu powiększa się przy używaniu pokarmów roślinnych, to nie przypuszcza jednak, by istniał tylko ten jedyny sposób powstawania szczawianu wapnia w moczu; albowiem bardzo dokładne spostrzeżenia wykazują, że ilość tej soli w moczu powiększa się przy utrudnionem oddychaniu, np. przy rozedmie, przy chronicznym katarze płuc zarówno jak i w czasie zdrowienia po ciężkich chorobach, szczególnie zaś po durze. Najprawdopodobniej odgrywa przy tem ważną rolę niedostatek tlenu, z powodu którego nie następuje dokładne utlenienie ciał białkowych (zamiana ich na kwas moczowy i kw. węglany), ale ogranicza się ono tylko na utworzeniu z jednej strony kwasu moczowego a z drugiej kwasu szczawowego. W taki sposób staje się jasnym dla czego powiększa się ilość kwasu szczawowego w moczu przy użyciu napojów obfitujących w kwas węglany (wino szampańskie, woda selcerska), dwuwęglanów i alkaliów roślinnych: wówczas nadmiar kwasu węglanowego we krwi istniejący, utrudnia dostawę tlenu, a następczo i akt utleniania. I rzeczywiście, we wszystkich wypadkach obfitego wydzielania się kwasu szczawowego z moczem, sprawdzono niedostateczne utlenianie. Doświadczenie nasze Nr. 6 jest świetnym potwierdzeniem tego faktu. Pies był wychudzony i ledwie że nie zdechł z wycieńczenia.

Co się tyczy powstawania osadów, złożonych z fosforanów ziem, to teoria Scherera o alkalicznej fermentacji moczu tak jest prostą i prawdopodobną, że zgodzili się na nią prawie wszyscy uczeni. I rzeczywiście, jeżeli mocz alkaliczny daje obfity osad natychmiast po wydaleniu się z pęcherza, to bardzo możebnym jest tworzenie się takiego osadu i w samym pęcherzu na ciałach obcych w nim się znajdujących. Brak jednak w tym kierunku bezpośrednich spostrzeżeń.

Niektóre z moich spostrzeżeń wypełniają ten niedostatek. Osady złożone z trójfosfatów tworzyły się bardzo prędko na ciałach obcych u tych psów, których pęcherz znajdował się w stanie zapalenia nieżyłowego, a szczególnie gdy miało miejsce zatrzymanie się moczu. I tak, w doświadczeniu Nr. 8 istniał nieżyt pęcherza z zatrzymaniem moczu, i już po 10-ciu dniach widzieliśmy osad złożony z fosforanów, ważący 0,230 grm. W doświadczeniach Nr. 1, 2 i 5 błona śluzowa pęcherza była dotknięta katarzem rozmaitego natężenia i spostrzegaliśmy też mniej lub więcej wyraźne warstwy fosforanów ziem.

Najbardziej zasługuje pod tym względem na uwagę doświadczenie Nr. 7. Ze utworzenie się tego kamienia pozostaje w związku z alkaliczną fermentacją

moczu, pokazują: 1) przewlekłe zapalenie pęcherza i 2) budowa samego kamienia. Jak długo ciało obce zachowywało nie wielką objętość i podrażnienie pęcherza było nieznaczne, dopóty odkładanie się soli wapiennych było powolne. Dla tego wewnętrzna warstwa kamienia jest tak zbitą. Z powiększeniem się objętości i ciężaru kamienia pęcherz był silniej napiętym, zapalenie jego powiększyło się i przy tem nastąpiło prędsze odkładanie się soli wapiennych, tak że te ostatnie nie miały czasu na utworzenie zbitej masy jak warstwa poprzednia, lecz utworzyły warstwę luźną, gąbczastą. Przy dojściu kamienia do rozmiarów powyżej opisanych, podrażnienie z pęcherza rozszerzyło się na moczowody i miedniczki nerkowe. Mocz podlegał fermentacyi alkalicznej w chwili, że tak powiem, wydzielania się swego z nerek i natychmiast tworzył osady wapienne.

Gąbczasta, luźna budowa kamieni w nerkach i miedniczkach nerkowych wykazuje jak prędko się one tworzyły. Według wszelkiego prawdopodobieństwa tworzyły się one w ostatnim tygodniu życia psa, wówczas gdy zauważono, że pies znajduje się w stanie chorobliwym.

Obecność kamieni w nerkach jest oczywiście zjawiskiem następczem, przeniesieniem się sprawy z pęcherza. Istnieje pogląd że kamienie opuszczają się do pęcherza z nerek; gdy przy poszukiwaniach anatomo-patologicznych zdarzy się znaleźć kamień w pęcherzu i w nerkach, to zwykle przyjmują, że kamień z początku pojawił się w nerkach. Doświadczenie nasze Nr. 6 pozwala przyjąć i odwrotny porządek w tworzeniu się kamieni.

Pod względem praktycznym jest to fakt bardzo ważny, gdyż długotrwała obecność kamienia w pęcherzu może wywołać tworzenie się złogów w nerkach i, opierając się na tej zasadzie, zawsze należy przedsiębrać operacyą jak najwcześniej.

Nie można przypuścić aby fosforany osadzały się tylko przy rozkładzie moczu, t. j. przy odczynie jego alkalicznym. Stan kataralny pęcherza podczas przebywania w nim ciała obcego jest niewatpliwie możebny i w rzeczywistości się spostrzega.

Nie jest to jednak bezwzględnie koniecznem. Od czasu kiedy rozpocząłem badać odczyn moczu u chorych na kamień, widziałem tylko 10-ciu chorych i u nich wszystkich podczas wstąpienia do szpitala mocz był odczynu kwaśnego. Po wydobyciu często bardzo wielkich kamieni okazywało się, że we wszystkich wypadkach zewnętrzna ich warstwa składała się z fosforanów ziem. Przypuszczenie, że w chwili badania przeminął stan nieżytowy pęcherza, było bardzo naciąganem. Przy doświadczeniach moich wprowadzałem do pęcherza psów ciała obce dosyć wielkie, np. objętości jaja gołębiego, a przytém ciężkie (krążki ołowiane), a badanie powtarzane w ciągu 1 do 3 tygodni wykazało, że nie rzadko mocz był kwaśny, t. j. nie istniał stan nieżytowy pęcherza.

Neubauer i Vogel przypuszczają, że i w kwaśnym moczu mogą się tworzyć osady złożone z fosforanu wapnia (lecz nie z trójfosfatów).

Doświadczenia moje z wodą wapienną pokazały, że obfite przyjmowania wapnia w pokarmie powiększa ilość jego w moczu; za tem przemawia prędkie

tworzenie się złogów fosforanu wapnia na ciałach obcych u kilku z tych psów, które za napój używały wody zawierającej wapno. Doświadczenia Nr. 15, 16, 17 i 18 pokazują, że tem obfitszy tworzył się osad fosforanu wapnia, im dłużej ciała obce w pęcherzu pozostawały. Co się tyczy doświadczeń Nr. 19 i 20, w których powstał tylko nieznaczny osad, jakkolwiek w jednym wypadku ciało obce pozostawało w pęcherzu przez 2, a w drugim przez 4 miesiące, to sprzeczność ta jest tylko pozorną. Rzecz się miała jak następuje: psy (w doświadczeniach Nr. 15, 16, 17 i 18) żyły z ciałami obcymi w miesiącach letnich i to w roku 1872, który w Kazaniu był bardzo gorącym i dla tego oczywiście psy wypijały bardzo wielką ilość wody zawierającej wapno. W doświadczeniach zaś Nr. 12 i 13 psy pozostawały z ciałami obcymi przez jesień i zimę i to w miejscach chłodnych, tak że każdy z nich wypijał przynajmniej 3 razy mniej wody zawierającej wapno niż psy z miesięcy letnich. Dla tego, jak się zdaje, możemy słusznie utrzymywać, że doświadczenia Nr. 19 i 20 potwierdzają tylko ten pogląd nasz, że ilość złogów fosforanu wapnia znajduje się w stosunku prostym do ilości wapnia przez ustrój przyjętej. Nie można jednak tego powiedzieć o doświadczeniu Nr. 14, w którym blaszka cynowa, która pozostawała w pęcherzu przez 5 miesięcy, nie pokryła się żadnym osadem, chociaż pies znajdował się w tych samych warunkach co inne. Nie umiem objaśnić od czego ten brak osadu zależał.

W każdym razie należy przyjąć dwa sposoby powstawania złogów fosforanów w kamieniach mocz.: 1) fermentacya alkaliczna moczu (Scherer) i 2) powiększona zawartość wapnia w pęcherzu przy zażywaniu go wewnętrznem. Przechodzenie wapnia do moczu sprawdził doświadczalnie Soborow z pomocą rozbioru moczu *). Jednak za przyczynę choroby kamienia nie można uważać ani alkaliczną fermentację moczu, ani powiększoną zawartość wapnia. Należy zauważyć, że w kamieniach, w których rozbiór był bardzo dokładnie dokonany, nadzwyczaj rzadko znajdowano jądro złożone z fosforanów. Lehmann utrzymuje nawet, że w jądrze kamieni zawsze można znaleźć, choćby tylko ślady kwasu moczowego. Dopiero w następstwie, na nim, jakby na ciele obcym, osadzają się z moczu fosforany ziem, powiększając tym sposobem objętość kamienia; z tego powodu w okolicach których wody i ziemia obfitują w wapno, powinny się daleko częściej i obszerniej napotykać na kamieniach złogi fosforanów.

Nie możemy pod żadnym pozorem uważać za przyczynę choroby kamienia używanie wody i pokarmów obfitujących w wapno.

Streszczając moje spostrzeżenia, dochodzę do następujących wniosków:

1) Na drodze doświadczałnej (u zwierząt) można wywołać tworzenie się na ciałach obcych, wprowadzonych do pęcherza, osadów, zawierających też sa-

*) Centralblatt für med. Wissenschaften. 1872. Nr. 39.

me części składowe, które zwykle znajdują się w kamieniach moczowych u człowieka, a mianowicie osady złożone:

- a) z połączeń kwasu moczowego;
- b) z kwasu szczawowego;
- c) z fosforanu wapnia i
- d) z fosforanu wapnia wraz z fosforanem amoniako-magnezyowym.

2) Co się tyczy przyczyn powstawania złogów pierwszego i drugiego rodzaju, to nie można jeszcze wypowiedzieć ostatniego słowa, ale bardzo prawdopodobnie niedostateczne odbywanie się processów fizyologicznych odgrywa w tym wypadku jeżeli nie jedyną to przynajmniej najgłówniejszą rolę.

3) Fosforan wapnia może utworzyć złogi i w moczu kwaśnym bez istnienia stanu niezytowego pęcherza, tylko w skutek powiększonej jego zawartości w moczu, która znajduje się w bezpośrednim związku z powiększonym zazywaniem wewnętrznym wapnia. Co się tyczy trójfosfatów, to one powstają tylko w moczu alkalicznym (sprawdzone na drodze doświadczalnej).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweifel (w Strassburgu).

(Dokończenie).

O działających składowych częściach sporyszu. Połączonym jest z wielu trudnościami przyrządzenie dla doświadczeń dobrego sporyszowego wyciągu, któryby odpowiedział celowi i działające składowe części sporyszu wydatniał.

Co wiemy dokładnie o działającym czynniku sporyszu, jest jego rozpuszczalność w wodzie i nierozpuszczalność w absolutnym alkoholu. Prócz tego ze wszech stron wskazują na łatwy rozkład sporyszu, co też wielu doświadczeniami potwierdzić mogę. Handel in dla swych wyciągów brał alkohol od 90 proc.; mały skutek takowego na ssących (tylko ślinotok i wymioty) prawdopodobnie tłumaczył się tym, że przez pozostałość 10 procent wody cokolwiek traciło się działających części sporyszu, co jednakże na ssących mało działało; żabę mogło jeszcze sparalizować.

Robiłem wyciąg sporyszu za pomocą czystego absolutnego alkoholu, który mimo to, że preparat powinien był być pozbawionym tłuszczu, jeszcze zawierał znaczną ilość oleju. Doświadczenia z rozpuszczoną w wodzie przekroploną częścią tego wyciągu (po zupełnym usunięciu alkoholu) nie wywoływały najmniejszego sparalizowania, równie zdawało się, że tłuszczowa pozostałość nie okazywała też żadnego wpływu na zwierzę.

Przy doświadczeniach w celu oczyszczenia wyciągu zwracało uwagę to, że przy dłuższem rozgrzewaniu takowy przybierał coraz ciemniejszą barwę. Zupełnie koncentrowane rozczyiny w zimnej wodzie miały kolor cienko zmielonego sporyszu, koncentrowane zaś odwary, odcień czerwono-fioletowy. Probki z obydwóch stawilem w wodnej kąpieli i zauważyłem, że już po godzinie zaczynały przybierać kolor brunatny.

Niejednokrotnie, gdy przyrządzałem wyciąg w znacznej ilości, przyczem skuteczność przed rozpoczęciem całej procedury była stwierdzoną, zgęszczony wodny rozczyin nie działał wcale na żaby. Z tych doświadczeń dochodzę do tych wyników, że

rozkład ten prędkiej następuje im wyższa bywa temperatura, przy niższej zaś to samo ma miejsce później.

Tym sposobem tłumaczą się często podnoszone skargi na zmienność officynalnego wyciągu. Robiłem doświadczenia z roztynem takowego w ilości 2,5 grm. na 10 wody i zwyczajna dawka zawarta w strzykawce Pravaz'a działała na żaby bardzo mało lub też nic, gdy tymczasem, takąż samą ilość zwyczajnego wyciągu z zimną wodą dostateczną była dla sparaliżowania żab w przeciągu godziny. Stąd wynika, że przy wydośtaniu wyciągu przez zgęszczenie, nie powiększa się wcale jego działalność, lecz przeciwnie zupełnie się niszczy. Twierdzenie, że gorąco rozkłada ergotynę znajdowałem już w literaturze.

Dietz *) w swojej godnej uwagi pracy, opartej na doświadczeniach, powiada: „iż przez wpływ wysokiej temperatury sporysz traci działające składowe części.“

Ponieważ wedle Handeli'n'a octan ołowiu nie osadza działającego pierwiastku, przeto dla dalszego oczyszczenia wodnych wyciągów zaprawiałem takowe bez wyjątku z asadowym octanem ołowiu; potem przy możliwie niskiej temperaturze—w wielu razach pod powietrzną pompą w pokojowej ciepłocie—zgęszczałem i osadzałem absolutnym alkoholem. Były to wyciągi używane dla wyżej wspomnianych doświadczeń na kotach.

W jednym wypadku dla zobojętnienia dodano cokolwiek więcej sodu, w skutek czego plyn lekko reagował alkalicznie. Po wyparowaniu wody—w jakim celu plyn wyłano na blachę wodnej kąpeli—działalność zgęszczonego wyciągu równała się 0; przyczem plyn stał się brudnym, ciemnym smarowidłem.

Zeby zbadać przyczynę tego rozkładu umieściłem w kolbecie część wyciągu znowu z taką ilością sodowego ługu, że ta ilość płynu stała się lekko alkaliczną, i takową umieściłem jednocześnie w wodnej kąpeli z drugim naczyniem ze zwyczajną nalewką. Już na drugi dzień oba płyny ściemniały, jednakże nie długo różnica stała się widoczną i wyciąg sporyszowy zawierający sodę stał się prędko o wiele ciemniejszym, a po sześciu dniach brunatno-czarnym, prócz tego miał odczyn kwaśny i zastosowany w ilości jednej spryki u żaby, nie był tak skutecznym jak zwyczajnie rozgrzany.

Po osadzeniu octanem ołowiu wodne wyciągi miawały każdą razą tylko kolor jasno bursztynowy. Lecz ponieważ nie miałem przyrządu próżni (*Vacuum apparat*) wyparowanie przy niższej temperaturze było niemożliwem, roztyny przeto przybierały u mnie barwę ciemniejszą niż ta jakiej się można było spodziewać od zwykłego stężenia. Dla prepatu korzystniejszym było zgęszczenie pod powietrzną pompą; jednakże przytem niemożliwem było wydośtanie większej ilości, nie uwzględniając już i znacznej straty czasu, jakiej metoda ta wymaga. Dosć, że zwykle zmuszony byłem znowu wyparowywać przy mniejszej ciepłocie.

Wyciągi przygotowane wedle powyższych przepisów bardzo silnie działały na żaby; przy pojedynczych doświadczeniach zwierzęta już po 15 minutach bywały sparaliżowanemi, nie okazując przytem żadnych symptomów różniących się od typowego przebiegu otrucia się ergotyną.

Chociaż zwykle przed doświadczeniami nad zwierzętami wyciągi dobrze wysuszałem i przez wachanie przekonywałem się o zupełnem wyparowaniu alkoholu, jednakże dla ostatecznego pozbycia się takowego oddzielne próbki alkoholem osadzonego wyciągu nie długo gotowałem przed samem wstrzykiwaniem. Ponieważ i w tym razie wyciągi pozostawały działającemi, musi przeto upaść zarzut, iż paraliż zależy od pozostałego w wyciągu alkoholu, przyczem uwidoczni się też i to, że czasowe rozgrzewanie nie zupełnie znosi działalność wyciągu.

Każdy znający sporyszową literaturę z ostatnich lat, zapyta mnie o ile są przydatne do ulepszenia wyciągu tyle zachwalane przez Wernich'a filtracje. Że zwięźenie naczyń ma tu miejsce, jak to przyznaje Wernich, mogę stanowczo stwierdzić. Lecz z jego zdaniem o znaczeniu tego zjawiska, jak to już wzmiankowałem, zgodzić się nie mogę.

Dzięki grzeczności prof. Guss'erowa doszedłem do posiadania Werni-

*) Versuche über die Wirkung des Mutterkorns. Tübingen 1831, str. 97

e h'owego ergotynu, pochodzącego wprost z berlińskiej apteki Augusta. Z pozoru było to takie same czarne smarowidło, jak officynalny wodny wyciąg. Po wstrzyknięciu rozczyń z 0,025 wyciągu w 1 c.c. wody sparaliżowanie następowało bardzo prędko, poczem miała miejsce śmierć zwierzęcia, która tylko wielkiej zawartości soli przypisaną być powinna. Niejednokrotnie wstrzykiwałem żabom daleko większe ilości, mojego intensywnie działającego wyciągu a także ergotynę *B o n j e a u*, bez śmiertelnych następstw. Co się tycze lugowych rozczyń, wspomniałem już o nich wyżej. Przy filtracji przechodzi bardzo wiele soli, które już same przez się zdolne są żabę sparaliżować a nawet zabić. W każdym razie i przy moich silnie działających substancjach widywałem śmiertelne otrucia, lecz przytem zawartość lugu nie mogła być uważaną za przyczynę paraliżu; przy takiej śmierci była wyraźna różnica z zejściem śmiertelnym przy wstrzykiwaniach rozczyń solnych.

Głównie usiłowania moje zmierzały ku temu aby trującą materię oddzielić, w tym celu używałem rozmaitych środków, które jednakże nie doprowadziły mnie do pożądaných wyników. Po przefiltrowaniu składowe działające części znowu dawały się osadzać alkoholem, tak jednakże, że rozcieńczonemi nie były. To osadzenie się stężonego wodnego rozczyń w wyciągach wydobytych podług wyżej wymienionego sposobu odbywa się tak, że pierwsze części powstających osadów usuwają się i dopiero po powtórnym dodaniu absolutnego alkoholu większa część takowych opada.

Z ostatnim osadem powtarzałem tę samą procedurę i tym sposobem otrzymałem jasno-żółtą, w małej ilości wody rozpuszczalną, chociaż niehygroskopijną masę, która wywoływała u żab owe charakteryczne sparaliżowanie.

Ścisłe badanie tej materji przekonało o osadzaniu się takowej oct. ołowiu w obecności amoniaku, gdyż wodny rozczyń bez dodatku tego ostatniego wcale nie dawał osadu. Dobrze wymyty na filtrze osad, rozproszony nie wielką ilością wody, rozkłada się siarczanem wodoru i filtrat siarczanu ołowiu, który przez płukanie nie powinien być zbyt rozcieńczonym, osadza się dodaniem znacznej ilości absolutnego alkoholu. Przytem powstaje amorfny osad, niekiedy biały, częściej żółtawy, osiadający w niedługim czasie na szkle, tak że po zlanu alkoholu masa ta nową ilością takowego oplukana być może. Po zupełnym usunięciu alkoholu—przy łagodnej ciepłocie, pod wpływem powietrznego prądu i jednoczesnym dodaniu małej ilości wody lub też wysuszeniu—rozpuszcza się w rozmaitych ilościach wody i ma odczyn kwaśny. Starannie sodą zobojętnione wodne rozczyń wywoływały u żab często już wspomniany paraliż. Następuje to jednak bardzo pomalu i dosięga wysokiego stopnia, częstokroć dopiero po wielu godzinach. To późno objawiające się działanie jest właściwe tej składowej części sporyszu. Badany przezemnie sporysz zdaje się nie zawierać innych działających składowych części, aczkolwiek zasadowe ciała, przez innych niejednokrotnie wynajdywane, przezemnie również też były obserwowane i mogły być wydobyte.

Rozpuszczalność tej działającej składowej części sporyszu w rozcieńczonym alkoholu, odnośnie do procentu tego ostatniego, zmusza wyrabiać znacznie stężone filtrowane rozczyń, lub też dodawać większą ilość absolutnego alkoholu. Gdy próbowałem przefiltrowany rozczyń zgęszczać w wodnej kąpieli, to zwykle takowy ciemniał, nie tracąc jednak swęj działającej własności. Prawdopodobnie można było osiągnąć większe stężenie bez tych niedogodności za pomocą aparatu próżni, którego nie posiadałem. Gdy kwaśny odczyn po powtórnym rozpuszczeniu i osadzeniu nie przestaje istnieć, staje się pewnem, że takowy nie zależy od kwasu octowego. Czynnikiem więc działającym jest *k w a s*. Podobne zdanie wypowiedział przedemną jeszcze *W e r n i c h*; jednakże twierdzenie jego obalił *B u c h h e i m*.

Osadzona alkoholem lepka masa osusza się kwasem siarczanym i następnie proszkuje się, przyczem jednakże traci nieco działających swych własności. Na powietrzu proszek ten zlepia się znowu. Przy rozgrzewaniu silnie się wzdyma, wydając zapach spalonego chleba. Naprowadziło mnie to na myśl, że być może sprawia to kleber, którego cząstka mogła przejść w filtrat ołowiu. Mogło jednakże i nie być tu kleberu, ponieważ odczyn *x a n t h o p r o t e i n o w y* i gotowanie z odczynnikiem *M i l l o n'a* dały ujemny rezultat. Gotowanie naszego preparatu z solami lugowemi i rozczyńem siarczanu między wcale nie wytwarza z a b a r w i e n i a f i o l e t o w e g o (odczynu peptonu), gdy przeciwnie dodanie *k w a s u*

o c t o w e g o i *ferro cyankalium* daje biały osad*). Przy spopieleniu zostaje jeszcze mała ilość nieorganicznych części (ziemnych alkaliów).

Nasz preparat zawiera kwas oródkowy i kwas garbnikowy w skoncentrowanym roztworze robi osad, który się rozpuszcza po dodaniu wody. Chlorek rtęci, za pomocą którego Wenzell osadzał swoje alkaloidy ergotinu i eholinu, nie robi żadnego osadu. Węglanem sodu sublimat z roztworu nie osadza się. Kwas fosforowo-wolframowy z kwasem siarczanym robi osad, równie też azotan srebra; przeciwnie kwas fosfomolibdenowy i woda barytu nie sprawiają osadu.

(Arch. f. Experimentelle Pathologie u. Pharmakologie. Leipzig 1875).

Wiadomości bieżące.

— *Chinium hydrobromatum* w praktyce dziecięcej (Dr Steinitz—Allg. Med. Centrztg. 53—1876). *Chinium hydrobromatum*, dawny, zapomniany preparat, w nowszych czasach z pomyslnym skutkiem jest używany u dorosłych przy cierpieniach nerwowych. Jest użytecznym przy chronicznych kardialgiach, wymiotach u ciężarnych, w znacznych dawkach przy padaczce, słowem przy ogólnym rozstroju nerwowym. W praktyce dziecięcej środek ten nie może być odrzuconym, ponieważ ma zastosowanie w przypadkach, w których dotychczas terapia była niedostateczną. Autor posługiwał się takowym podczas rozprzestrzenionej epidemii kokluszowej, a mianowicie w następującej postaci: Rp. *Chinii hydrobrom.* 0,3—0,5, *Syr. rub. idaei* 100,0. DS. co 2 godz. po łyżeczce. Pomimo gorzkawo-słodkiego smaku mixtura ta chętnie jest przyjmowana. Autor również kładzie nacisk na to, iż nie potrzebował w żadnym wypadku uciekać się do innych środków, ani nawet wykrztusznych. *Chinium hydrobromatum* zbawienny wywierało wpływ, ponieważ napady kaszlu były mniej gwałtowne i przebieg choroby krótszy. Koklusz trwał w 23 wypadkach przecięciowo 10 tygodni, w 15 zaś 12. W ostatnich wypadkach choroba wystąpiła u dzieci wycieńczonych. Po wyżej wspomnianem leczeniu napady były lżejsze i rzadsze — w żadnym wypadku nie zauważono nieprzyjemnych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. Również z dobrym skutkiem było *chinium hydrobromatum* stosowane przy *laryngismus stridulus*, i nakoniec przy drgawkach podczas ząbkowania.

Dr H. L.

— Des alterations, qui surviennent dans la muqueuse de l'estomac consecutivement aux lesions cerebrales (Brown-Sequard, Progrès med. 1876. Nr. 8). Rozmiękczenia i owrzodzenia błony śluzowej żołądka następują po skaleczeniach ciątek prążkowanych (*corp. striata*), odnóg mózgu albo rdzenia; krwotoki zaś po większej części tylko po skaleczeniu jednego punktu mostu, w miejscu przyczepu średniej odnogi mózdku. Nadto krwotoki nie następują skutkiem porażenia nerwów naczyńoruchowych; przeciwnie, tętnice i żyły kurczą się, krew zatrzymuje się w naczyniach włosowatych, które natenczas pękają.

— Anomalie refrakcyi i akomodacyi oka, znakomite dzieło Prof. Donders'a, wyszło w przekładzie polskim przez Dra Bolesława Gepnera. Dzieło to, stanowiące tom 3-ei Oftalmologii wchodzącej w skład Biblioteki Umiejętności Lekarskich, obejmuje odrębną całość i znaleźć się winno w rękach każdego lekarza, jako jedyne dzieło wyczerpujące tę ważną gałąź oftalmologii. Przekład staranny, język czysty. Cena rs. 4.

*) Twierdzenia Buchheim'a, że działająca składowa część sporyszu jest tylko przeistoczeniem żytniego kleberu w żadnym razie nie sprzeciwiają się rezultaty przedstawionych doświadczeń. Własności wydobytej przezemnie składowej części, zdaje się przedźj nawet potwierdzają to zdanie.

Od Redakcyi Gazety Lek. i Bibl. Umiejętn. Lekarskich.

I. **Gazeta Lekarska** i w przyszłym półroczu 1877 r. wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Gazeta i nadal otwiera swe szpalty dla pracowników z prowincyi, będzie jednak przeważnie organem klinik i szpitali, a badania w pracowniach uniwersyteckich dokonywane, o tyle będą uwzględniane, o ile mieć będą bezpośredni związek z praktyczną medycyną. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1877 r. zaczyna się tom dwódziesiąty drugi. **Cena Gazety Lekarskiej:** 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. **Biblioteka Umiejętności Lekarskich**, w półroczu przyszłym 1877 r. wydawaną będzie

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, b) ciągłe śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach, c) rozbiór krytyczny nowych dzieł i czasopism treści lekarskiej; d) opisanie szpitali, zakładów dobroczynnych, oraz Królestwa Polskiego pod względem statystyczno-lekarskim.

Stosownie do tego zadania **Biblioteka Umiejętności Lekarskich** rozpada się na cztery działy.

Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1877 do 1 lipca 1877 r) wynosi rsr. dziesięć.

Drugi dział Biblioteki Um. Lekarskich, mający na celu śledzenie za postępem wiedzy lekarskiej, zawiera krótki, ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

2) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd“ prac za rok 1875 wychodzić będzie w półroczu przyszłym i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z **Dziełami** mi wyżej wyliczonymi, lub z **Gazetą Lekarską**. Przegląd za rok 1875 obejmie również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. **Cena Przeglądu** za rok 1875 wynosi: 1) dla prenumeratorów **Gazety Lekarskiej** i pierwszego działu **Bibl. Um. Lek.**, t. j. **Dzieł** rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej **Gaz. Lek.** rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

Dział trzeci **Bibl. Um. Lek.** stanowi:

3) Bibliografia i Krytyka Lekarska.

Wychodzi w odstępach czasu nieokreślonych i dla prenumeratorów **Gaz. Lekarskiej** dodaje się bezpłatnie.

W czwartym dziale **Bibl. Umiejętności Lekarskich** zawiera się:

4) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów **Gazety Lekarskiej** dział ten, jako **dodatek** dołącza się również bezpłatnie. Nie prenumerujący **Gazety Lek.** mogą nabywać w oddzielnych tomach. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i sprzedaje się po rsr. 6.

III. **Kalendarz Lekarski** na r. 1877 wyszedł z druku. **Cena** rs. 1 (z przesyłką).

„**Słownik Lekarski i Katalog dzieł lekarskich**“ są pod prasą i pp. prenumeratom i w przyszłym półroczu zeszytami rozsyłane będą.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi **Gazety Lekarskiej**, która w razie zatracenia na poczcie pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z za granicy mogą również składać przedpłatę i w pocztamtach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowł.

Redakcyja **Gazety Lekarskiej** i **Biblioteki Umiejętności Lekarskich** przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. **Gaz. Lek.** Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 8 (20) Декабря 1876.