

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne  
po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego  
miejsce.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

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

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

M. Mutniański.

# PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ

Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSY, ASTMIE,  
OCHRYPNIECIU, CHOROBYM KRTAŃI etc.

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



Pastyłki Géraudel są

JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

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

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak różnieci przepis dla życia takowego

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAÏNTE-MENÉHOUŁ  
wymagać Marki fabry-  
(kcyjnej.)

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddycha przejmując się wyziewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te sądzicieją skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smo-

ła bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadzwyczajających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurzu i wysiękowi rozdrabniającego.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niesprzecznej.

(Należy wymagać)

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

## Dr. Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych

w Cieplicach Trenczyńskich.

4—1

## Dr. F. Chłapowski

ordynować będzie w tém lecie jak w poprzednich

w Kissingen (w Bawarii)

6—2

# SCHINZNACH

w Szwajcaryi (Aargau) godzinę od Zurychu odległe.

Cieplice siarczane z bardzo znaczną ilością siarkowodoru, kwasu węglanego; wapna i soli; jedno z najobfitszych źródeł Europy, 343 metrów nad poziomem morza.

Sezon od 15-go Maja do 1-go Października.

Lekarz Zakładu Dr. Tymowski z San Remo.

0—1

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

# Salvator

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

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—5

Dyrekcja Źródeł Salvator. Eperies (Węgry).

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. WŁ. BIEGAŃSKI. Moczopędne działanie przetworów rtęci. — II. A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnym cukru w wątrobie [Dalszy ciąg]. — *Dział sprawozdawczy.* 16. A. POSPEŁOW. Przypadek pierwotnego zaniku skóry. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Dodatki. — Ogłoszenia.

## I. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE PRZETWORÓW RTĘCI.

Napisał

**D-r Władysław Biegański,**

lekarz szpitala N. P. M. w Częstochowie.

W czasopiśmie niemieckim „*Deutsches Archiv für klin. Medicin*“ T. 38 z roku zeszłego D-r JENDRASSIK, zaszczytnie zakładną znany w nauce, ogłosił pracę pod tytułem: „*Calomel als Diureticum*“. W pracy tej autor podaje wyniki, jakie otrzymał, stosując powszechnie znany środek leczniczy w celach moczopędnych i zwraca pierwszy uwagę, że kalomel w pewnych razach może być użyty, jako jeden z najdzielniejszych środków. Zdanie swoje opiera na tego rodzaju 7 obszernie opisanych spostrzeżeniach z kliniki prof. WAGNER'a w Peszcie. Wszystkie te przypadki dotyczą się chorych z wadą serca i w wielu poprzednio bezskutecznie były stosowane inne środki moczopędne. Rzeczywiście ilości moczu, skrętnie oznaczane w doświadczeniach JENDRASSIKA i podane w jego pracy, przekonywają o słuszności powyższego zdania. Jedną okoliczność zmniejszą w pewnym stopniu wartość doświadczeń JENDRASSIKA, mianowicie ta, że autor wszędzie prawie używał połączenia kalomelu z jalapą w równych częściach. Nie wiadomo więc, czy moczopędne działanie należy przypisywać pierwszemu, czy drugiemu środkowi. Prawda, że w końcu autor starał się przeprowadzić doświadczenia z każdym środkiem oddzielnie, lecz wtedy otrzymywał po kalomelu nie tak już wybitne skutki po zadawaniu zaś samej jalapy spotykał nagle tak prędko upadek sił, że, jak sam powiada, nie mógł nigdy doprowadzić do końca doświadczeń z tym środkiem. Pozostawała więc zawsze pewna niedokładność. Pomimo to praca JENDRASSIKA musiała robić na każdym czytającym wrażenie niezaprzeczonej nowości i zachęcała do dalszych doświadczeń w tym względzie. W kilka miesięcy po przeczytaniu tej pracy miałem w szpitalu chorego, u którego

po bezskutecznem zastosowaniu licznych środków moczopędnych, ogólnie zalecanych, mimowoli przysłała mi myśl wypróbowania powyższego środka. Przypadek ten, jako stanowiący punkt wyjścia niniejszej pracy, przytaczam najpierw:

I. B . . . . Jan, lat 54, żołnierz wysłużony. Przed 25 laty, służąc w wojsku, przechodził przymiot; leczony był wcieraniem szarej maści, zresztą był zdrow i na żadną inną chorobę nie zapadał. Dopiero w zimie ubiegłego roku zauważył nieznaczne obrzmienie kończyn, leczyl się jakiś czas różnemi środkami, aż nakoniec gdy obrzęki coraz więcej się powiększały, zapisał się do szpitala w dniu 26 Sierpnia 1886 roku. Nie będę powtarzał szczegółowo ówczesnego stanu chorego; przytoczę tylko *in extenso* rozpoznane zmiany. W sercu znaleziono: niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek aorty, przerost lewej komórki i rozszerzenie prawej. W obu jamach opłucnej znaleziono znaczny przesiek, sięgający z tyłu do górnej granicy VIII-go żebra, z przodu na liniach sutkowych do dolnej granicy V-go. Wątrobę znaleziono powiększoną, twardą, wyczuwalną, sięgającą aż do linii pępkowej, dalej dość obfity przesiek w jamie brzusznej i znaczny bardzo obrzęk kończyn. Wszystkie tętnice powierzchowne, twarde, nierówne. Tętno 80 na minutę, pełne, skaczące. Z podmiotowych zaś objawów: duszność. Zatem rozpoznawanie na karcie szpitalnej brzmiało: *Insufficiencia valv. bicuspidalis et valvul. aortae. Hypertrophia ventric. cord. sinistri. Dilatatio ventriculi cord. dextri. Arteriosclerosis. Hyperaemia hepatis. Ascites. Hydrothora et Oedema.*

O przebiegu choroby pouczać nas będzie następująca tablica, ułożona podług karty szpitalnej.

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu <sup>1)</sup> w ctm. sześc.	Ciężar właściwy.	U w a g i.
28. VIII.	<i>Digitalis</i> [napar z 1,5].	720; czerwona, mocno nasyciona.	1021	—
30. VIII.	<i>Repet.</i>	nie mierzone.	—	Zmian żadnych.
1. IX.	<i>Repet.</i>	—	—	Śpi lepiej, duszność nieco mniejsza, obrzęki po dawaemu. Tętno 80.
3. IX.	<i>Coffeini citric.</i> 0,15 <i>pro dosi</i> 4 razy dzien	—	—	Stan jednakowy.
5. IX.	—	900	1020	—
6. IX.	—	1020	1019	—
7. IX.	—	1000	1021	Duszność znowu mocniejsza, obrzęki i przesieki w jamach surowicznych powiększyły się.
8. IX.	<i>Digitalis.</i>	420	1022	
9. IX.	—	600	1022	Tętno 76, stan jednakowy.
10. IX.	<i>Adonis vernalis</i> [napar z 5,0]	640	1020	—

<sup>1)</sup> Ilość moczu w tym, jakoteż w następujących, przypadkach, mierzone raz na dobę, licząc od godziny 12 rano jednego dnia — do godz. 12 drugiego.

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu w etm. sześć.	Ciężar wła- ściwy.	U w a g i.
11. IX.	—	660	1020	—
12. IX.	—	720	1020	Stan jednakowy.
13. IX.	—	1020	1019	—
14. IX.	—	720	1021	—
15. IX.	—	600	1023	—
16. IX.	3 <i>calomel</i> 0,5 <i>pro</i> <i>dosi</i>	600	—	—
17. IX.	3 <i>calomel cum opio.</i>	180 [nie wszyst.]	—	4 obfite wypróżnienia. Spał lepiej. Duszność mniejsza.
18. IX.	3 <i>calomel</i> 0,5 <i>cum</i> <i>opio.</i>	1080	1019	2 wypróżnienia.
19. IX.	—	5280	1007	Diureza wystąpiła nagle o 2 godz. po południu wczoraj. Obrzęki o pół zmniejszyły się, spał dobrze, wypróżnień nie było.
20. IX.	—	3360	1019	—
21. IX.	—	1320	1018	Obrzęków prawie nie ma, tylko nieznaczny na stopach. Prze- sięzków nie odnajdujemy wcale. Duszność zmniejszyła się. Tętno 80. Stan podmiotowy wysmienity.
22. IX.	3 <i>calomel</i> 0,3 <i>cum</i> <i>opio.</i>	480	1020	
23. IX.	—	960	1020	6 wypróżnień. Obrzęków nie ma. Chory czuje się dobrze i na wła- sne żądanie wypisuje się ze szpi- tala. W dniu 5 Października po- wraca do szpitala, gdyż obrzęki na nogach pokazały się znowu. Stan znaleziono taki, jak poprze- dnie, tylko obrzęki znacznie mniej- sze. Podawano więc znowu kilka- krotnie <i>adonis vernalis</i> , <i>digitalis</i> lecz bez skutku.
10. X.	3 <i>calomel</i> 0,20 <i>cum</i> <i>opio.</i>	—	—	—
11. X.	3 <i>calomel</i> 0,20 <i>cum</i> <i>opio.</i>	900	1020	—
12. X.	3 <i>calomel</i> 0,20 <i>cum</i> <i>opio.</i>	960	1020	2 wypróżnienia nie bardzo obfite.
13. X.	3 <i>calomel</i> 0,20 <i>cum</i> <i>opio.</i>	2160	1017	2 wypróżnienia, <i>salivatio</i> .
14. X.	—	3300	1011	Wypróżnień nie było.
15. X.	—	2160	1015	2 wypróżnienia; obrzęki o wiele się zmniejszyły; stan podmiotowy bardzo dobry.

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu w ctm. sześć	Ciężar wła- ściwy.	U w a g i.
16. X.	—	840	1018	—
17. X.	5 <i>caffèini</i> po 0,15.	1440	1018	—
18. X.	5 <i>caffèini</i> .	1560	1019	—
19. X.	—	1920	1021	Obrzęków nie ma.
20. X.	5 <i>caffèini</i>	960	1020	—
21. X.	—	1380	1020	—
22. X.	—	1320	1024	—
23. X.	3 <i>calomel</i> 0,25 <i>cum</i> <i>opio.</i>	960	1022	Obrzęk znowu występuje na sto- pach; duszność; całą noc nie spał.
24. X.	3 <i>calomel</i> 0,25 <i>cum</i> <i>opio.</i>	1440	1020	—
25. X.	3 <i>calomel</i> 0,30 <i>cum</i> <i>opio.</i>	2280	1016	Przez cały czas wypróżnień nie było; podmiotowy stan lepszy; w nocy śpi; duszność mniejsza.
26. X.	—	3800	1013	—
27. X.	—	2400	1016	Po raz raz pierwszy 4 wypróżnie- nia, obrzmienie dżiąseł niezna- czne; obrzęku nie ma.
28. X.	—	2040	1017	—
29. X.	—	2760	1015	—
30. X.	—	1680	1024	—
31. X.	—	2640	1018	—
1. XI.	—	2640	1020	Stan dobry, chory wypisuje się <sup>1)</sup>

W przypadku I-ym kalomel zadawałem 3 razy, z początku w dawkach dużych, mianowicie 0,50 [8 gr.] trzy dawki dziennie, później poprzestawałem na mniejszych dawkach 0,20, 0,25, lub 0,30; trzymałem się więc zalecanych przez JENDRASSIKA dawek. Chcąc uniknąć podrażnienia kiszek, nigdy nie podawałem więcej niż 3, lub 4 dawki dziennie, w odstępach 2, lub 3-ch godzinnych [JENDRASSIK podawał niekiedy 5 dawek]. Połączenia z jalapą nigdy nie uży-

<sup>1)</sup> Chory później jeszcze raz [w Styczniu b. r.] powrócił do szpitala, znowu z obrzękami i teraz także po zastosowaniu zwykłych dawek kalomelu obrzęki ustąpiły.

walem, gdyż chodziło mi właściwie o zbadanie działania samego kalomelu; zresztą nie mogę zrozumieć, jakie znaczenie w działaniu moczopędnem może mieć jalapa w połączeniu z kalomelem. Powodując wzmocnienie ruchów robaczkowych kiszki, prędzej wydziela kalomel i tym sposobem nie pozostawia czasu do dostatecznego wessania kalomelu, a przecież kalomel wtedy tylko może działać moczopędnie, kiedy dostaje się do krwi [w postaci białkanu]. Przeciwnie, nawet od początku starałem się w mych doświadczeniach ograniczyć, o ile możliwości, czyszczące działanie kalomelu i dlatego łączyłem go zwykle z makowcem, podając 0,03 makowca na dawkę. W rzeczy samej, przeglądając 1-szą tablicę, przekonywamy się, że kiedy w dniach 10—13 Października podawaliśmy kalomel, zaraz w dniu 11 Października wystąpiła biegunka, trwająca 2 dni, diureza natenczas nie była zbyt wielka i trwała tylko 3 dni. Przeciwnie, w dniach 23, 24 i 25 po kalomelu rozwolnienia nie było, a diureza wtedy długo trwała [6 dni], nawet dłużej prawdopodobnie, gdyż chory wypisał się jeszcze wtedy, kiedy mocz wydzielał się w ilości zwiększonej. Otóż, to, co *a priori* trzeba było przypuszczać, okazało się całkowicie słusznem. Dlatego równoczesne podawanie makowca jest najzupełniej uzasadnionem i łączenie to mogę stanowczo polecić.

Wnioski, jakie można było wyprowadzić z powyższego przypadku, okazują się zgodnemi z wnioskami JENDRASSIKA, a mianowicie: 1) kalomel okazuje w przypadkach obrzęków wskutek chorób serca potężne moczopędne działanie [z 600 ctm. na 5280 ctm.]; 2) działanie to występuje przy dłuższem zadawaniu tego środka, mianowicie na 2, 3, lub 4 dzień dopiero; 3) czem większe dawki kalomelu tem działanie jest znaczniejsze; 4) biegunka po kalomelu nie sprzyja moczopędnemu działaniu tego środka; 5) *maximum* diurezy przypada na 5 lub 6-ty dzień po pierwszych dawkach kalomelu, a na drugi diurezy; 6) cała diureza trwa od 3 dni do 2 tygodni. Na ten ostatni punkt nie mogę zgodzić się z JENDRASSIKIEM. Twierdzi on, że diureza dopóty występuje, dopóki istnieją obrzęki, i że razem z zejściem obrzęków diureza ustaje. Tymczasem w naszym przypadku widzimy, że już w dniu 27 Października ani śladów obrzęku nie było, a mocz jeszcze 1-go Listopada wydzielał się w ilości znacznie zwiększonej.

II. Antoni Grzybowski, lat 67, wysłużony żołnierz. Przed 15 laty chorował na zapalenie płuc, od tego czasu ciągle kaszle. Kaszel zawsze wzmaga się w zimnej porze roku. W jesieni 1886 r. leżał już w szpitalu przez dwa miesiące. Przez czas pobytu w szpitalu kaszel znacznie się zmniejszył, lecz po wypisaniu się kaszel i duszność wzmogły się, pokazały się obrzęki w dolnych kończynach i chory po raz drugi zapisał się do szpitala w dniu 25 Stycznia 1887 r.. W dniu tym po zbadaniu przedmiotowem znaleziono: znaczne obniżenie granic płuc, oddech pęcherzykowy z licznymi suchymi rżężeniami, stłumienie serca powiększone w wymiarze poprzecznym, tętno nierówne, przepuszczające, tony serca względnie czyste, tylko słabe, obrzęk kończyn dolnych i przesięk w jamie brzusznej. Na zasadzie powyższych danych rozpoznanie brzmiało: *Bronchitis chr. Emphysema pulmonum. Dilatatio ventriculi cord. dextri. Oedema. Ascites.*

Przebieg choroby podajemy w następującej tablicy.

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu w etm. szeše.	Ciężar wła- ściwy.	U w a g i.
26. I.	<i>Senega cum liqu. ammon. anis.</i>	900	1016	Białka w moczu nie ma.
27. I.	<i>Repet.</i>	800	1016	—
28. I.	<i>Repet.</i>	1000	1015	—
29. I.	<i>Repet.</i>	900	1016	—
30. I.	<i>Repet.</i>	960	1015	Obrzęki bardzo znaczne; kaszel i duszność.
31. I.	3 <i>calomel</i> 0,20.	1100	1015	—
1. II.	3 <i>calomel</i> 0,20.	600	1016	—
2. II.	3 <i>calomel</i> 0,20.	300	1019	8 wypróżnień. Boleści.
3. II.	<i>Extr. opii.</i>	360	1027	Wypróżnienia wstrzymane, bole- ści ustaly; duszność i kaszel bez zmiany; tętno słabe — przepu- szczające.
4. II.	<i>Repet.</i>	200	1029	—
5. II.	—	1200	1011	—
6. II.	—	1000	1012	—
7. II.	—	1200	1013	—
8. II.	—	1920	1009	—
9. II.	—	1800	1014	—
10. II.	—	1350	1017	—
11. II.	2 <i>calomel</i> 0,20.	1720	1014	—
12. II.	3 <i>calomel</i> 0,20.	3000	1009	4 wypróżnienia bez boleści.
13. II.	3 <i>calomel</i> 0,20.	1000	1015	—
14. II.	—	2900	1015	—
15. II.	—	5400	1019	Obrzęki znacznie zmniejszyły się, stan lepszy; duszność mniejsza; tętno równiejsze.
16. II.	—	3000	1016	—
17. II.	—	5000	1012	—
18. II.	—	4400	1013	—
19. II.	—	3600	1014	—
20. II.	—	3200	1014	—
21. II.	<i>Senega.</i>	2100	1016	—
22. II.	<i>Digitalis.</i>	2600	1015	Obrzęki prawie ustąpiły, pozost- stał tylko niewielki na stopach.
23. II.	—	3200	1015	—
24. II.	<i>Repet</i>	3120	1014	—



W powyższym przypadku zadawałem kalomel 2 razy: pierwszy raz przez 3 dni, trzy dawki dziennie po 0,20 w połączeniu z makowcem, drugi raz nieco mniej, gdyż wszystkiego ośm dawek po 0,20. Po pierwszym zadaniu kalomelu wystąpiło 4 dni trwające zmniejszenie ilości moczu [z 1000 ctm. na 200] z odpowiednim zwiększeniem ciężaru właściwego, potem na 5-ty dzień ilość moczu zaczęła się zwiększać, na 8-my dzień doszła do *maximum* [1920 ctm.] i znów nastąpił powtórny spadek. Nie czekając zupełnego spadku do normy, zadalem na 10-ty dzień powtórnie kalomel w tych samych dawkach. Teraz diureza wystąpiła bardzo wyraźnie; już na drugi dzień po powtórzeniu zwykłych dawek kalomelu mieliśmy 3000 ctm. moczu, lecz *maximum* [5400 ctm.] wypadło dopiero na 5-ty dzień. Równocześnie z wystąpieniem diurezy i obrzęki poczęły się zmniejszać, lecz nie z taką szybkością, jak w poprzednim spostrzeżeniu. Kiedy poprzednio zwykle przez 2 - 3 dni obrzęki znikaly, w spostrzeżeniu II iem obrzęki, pomimo znacznej diurezy, ustępowały powoli, a nawet jeszcze pozostawały na stopach i dopiero po zastosowaniu naparstnicy zupełnie ustąpiły. Biegunka po każdorazowym zastosowaniu była znaczna, lecz wkrótce ustępowała po zadaniu makowca. Tętno stawało się regularniejsze i nieco pełniejsze, chociaż co do częstości tętna żadnej różnicy nie zauważyłem. Ani białka, ani cukru w moczu podczas diurezy nie znajdowałem. Czas trwania diurezy wynosił przeszło 11 dni.

III. Wierzbicki Jan, lat 55, robotnik D. Ż. Anamnezy dokładnie zebrać nie można, gdyż o poprzednio przebytych chorobach nie umie dać dokładnych danych. Powiada, że od lat 10 kaszle. Kaszel zawsze wzmagal się na zimę, w lecie było mu znacznie lepiej. Poprzedniej zimy był zmuszony długi czas pozostawać w łóżku, dolne kończyny były naówczas obrzęknięte. Obecnie od kilku tygodni kaszel powiększył się, obrzęki mocniej wystąpiły i chory zmuszony był zapisać się do szpitala. Przy zapisaniu znaleziono: w płucach znaczną rozedmę i przewlekły niezbyt oskrzeli, w sercu znaczne rozszerzenia prawej komórki [pomimo rozedmy stępienie serca sięga do połowy mostka w poprzecznym rozmiarze], niedomykalność zastawki trójdzielnej, obrzęk kończyn dolnych, przesiek dość znaczny w jamie brzusznej, sinicę, duszność. Mocz wydziela się w niewielkiej ilości, ze stosunkowo niskim ciężarem właściwym [600 ctm. szescien. ciężar właściwy 1015]. Rozpoznawanie więc głosiło: *Bronchitis chronica, Emphysema pulmonum. Dilatatio ventricul. cord. dextr. Insufficiencia valv. tricuspidalis consecutiva. Oedema. Ascites.*

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu w ctm. sześć.	Ciężar wła- ściwy.	U w a g i.
15. X.	<i>Coffeini</i> 0,15; 5 dawek	500	1017	Mocz zawiera małą ilość białka.
16. X.	<i>Repet.</i>	700	1017	—
17. X.	<i>Repet.</i>	700	1017	—
18. X.	3 <i>calomel</i> 0,20 <i>cum</i> <i>opio.</i>	720	1016	—
19. X.	3 <i>calomel</i> 0,20.	600	1017	—

Dzień.	Lekarstwo.	Ilość moczu w ctm. sześć.	Ciężar wła- ściwy.	U w a g i.
20. X.	3 calomel 0,20.	600	1016	Jedno wypróżnienie; ślinotoku nie ma.
21. X.	3 calomel 0,25.	720	1017	—
22. X.	—	720	1018	2 wypróżnienia; ślinotok znaczny; ogólny stan chorego jednaki.
23. X.	—	420	1018	3 wypróżnienia.
24. X.	<i>Coffeinum.</i>	720	1016	—
25. X.	<i>Repet</i>	720	1015	—
26. X.	<i>Repet.</i>	600	1008	Tętno 100 wolne; obrzęki i kaszel większe.
27. X.	<i>Adonis vernalis.</i>	220	1014	Tętno 128.
28. X.	<i>Repet.</i>	300	1018	—
29. X.	3 calomel 0,25.	240	1015	—
30. X.	3 calomel 0,25.	240	1022	—
31. X.	3 calomel 0,20	280	1018	Rozwolnienia nie ma.
1. XI.	—	360	1019	Ślinotok dość znaczny; stan pod- miotowy chorego niby lepszy; tę- tno 100.
2. XI.	—	300	1018	—
3. XI.	<i>Digitalis cum ipeca- cuanha.</i>	360	1017	—
4. XI.	<i>Repet.</i>	260	1018	5 wypróżnień; tętno 104; obrzęki jednakowe; stan gorszy.
5. XI.	<i>Repet.</i>	260	1017	Zaczynają obrzmiewać kończyny górne; sinica coraz znaczniejsza.
6. XI.	<i>Adonis vernalis.</i>	300	1016	—

Dalszego przebiegu choroby nie przytaczam, gdyż doświadczeń z kalomelem po dwóch niefortunnych próbach dalej w tym przypadku zaniechałem.

D. 24 Listopada chory zmarł. Sekcja, dokonana w d. 25 Listopada, najzupełniej potwierdziła moje rozpoznanie co do zmian w płucach i sercu. Nerki znaleziono powiększone na przekroju, błyszczące, blade; pod wpływem wodnego roztworu jodu pokazały się kropki i linie brunatno zabarwione w znacznej ilości. Jednym słowem zmiany w nerkach wskazywały na t. zw. skrobiowate przerodzenie. Temi zmianami w nerkach należy zapewne tłumaczyć sobie zawód, doznany przy stosowaniu licznych środków moczopędnych, a nawet kalomelu.

[C. d. n.].

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

Przez

**A. Panormowa.**

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 17].

Wskutek wpływu alkali, a prawdopodobnie i niemożności oddzielenia całego glikogenu przez przemywanie od osadu, wytworzonego przez odczynnik BRUECKE'go i dalej niemożności osadzenia bez straty glikogenu z roztworu wodnego za pomocą spirytusu, glikogenu znajdujemy zawsze mniej, niż go jest w rzeczywistości. Z drugiej strony w wątrobie prócz cukru są obecne i inne ciała redukujące  $\text{Cu}_2\text{O}$  [białkany, dekstryna] i dla tego cukru oznaczamy zawsze cokolwiek więcej, niż istotnie w wątrobie ciała tego się znajduje.

Jeśli oznaczymy przez  $a$  rzeczywistą ilość glikogenu w wątrobie i przez  $a'$  ilość przez nas oznaczoną, to odpowiednio do tego, cośmy powyżej wykazali,  $a > a'$ . Po pewnym przeciągu czasu w wątrobie wykazaliśmy ilość  $b'$ , która jednak mniejszą jest od rzeczywistej ilości glikogenu:  $b > b'$ .

Przypuśćmy, że  $a - b = c$  i  $a' - b' = c'$ , w takim razie jaki stosunek będzie zachodzić między  $c$  i  $c'$ , t. j. między rzeczywistą różnicą i różnicą przez nas wykazaną?. Odejmijmy jedno równanie od drugiego:  $a - b - a' + b' = c - c'$ .

Przypuśćmy, że na 100 części glikogenu przy naszym sposobie oznaczania traci się  $n$  części glikogenu, wtedy na  $a$  utraci się:  $x = \frac{na}{100}$ ; ztąd wypada, że

$a' = a - \frac{na}{100}$  i  $b' = b - \frac{nb}{100}$ . Podstawiając otrzymane wielkości w miejsce

$a$  i  $b'$  w równaniu powyżej przytoczonym, otrzymamy  $c - c' = \frac{na}{100} - \frac{nb}{100} + b + a - b - a$ , po skróceniu:  $c - c' = \frac{na}{100} - \frac{nb}{100} - \frac{(a-b)n}{100}$ .

Ponieważ  $a > b$ , to druga część równania będzie zawsze wielkością dodatnią, to znaczy, że  $c > c'$ .

Tak więc, jeśli pewnem jest postępowe zmniejszanie się ilości glikogenu po śmierci i równoległe zwiększanie ilości cukru wątrobowego i dalej, jeśli mamy dowody, że kwasy, spotykane w wątrobie, w tych warunkach ciepłoty i stężenia, jakie są w tym narządzie, nie mogą przemieniać glikogenu na cukier, to pozostaje możliwość jedynego przypuszczenia, że cukier wytwarza się z glikogenu za pośrednictwem fermentu.

Wynik naszych doświadczeń, że, średnio biorąc, na jedną część wytworzonego cukru gronowego [gdyby ciało redukujące składało się jedynie z cukru

gronowego], przypada 1,076 i 1,22 glikogenu przetworzonego, wyjaśnia się w najprostrzy sposób tem przypuszczeniem, że w wątrobie *post mortem* wytwarza się z glikogenu nie cukier gronowy jedynie, lecz ciało, obdarzone mniejszą siłą redukowania, niż dekstroza, np. maltoza i produkty dekstryny, wytwarzające się z glikogenu głównie przy fermentacji.

Ponieważ doświadczenia te nie rozwiązują pytania, jaka odmiana cukru tworzy się w wątrobie, więc przez wykonanie dalszych poszukiwań mieliśmy na celu nie załatwienie całego tego zadania, lecz częściowe wyjaśnienie, czy rzeczywiście w wątrobie po śmierci nie wytwarza się inna odmiana cukru, prócz gronowego, jak to utrzymuje SEEGEN.

## VI.

CL. BERNARD [1] uważał cukier przez siebie w wątrobie wykryty, jako cukier gronowy. To też radzi on, po traktowaniu odwaru z wątroby węglem, odczyn na cukier dokonywać z płynem FELLING'a: w razie obecności cukru pojawi się osad tlenku miedzi. „Cukier ten, mówi CL. BERNARD, szybko fermentuje, skręca płaszczyznę polaryzacyjną na prawo, daje z alkalicznymi bure zabarwienie, przedstawia się więc, jako zwyczajny cukier gronowy, cukier moczu dyjabetycznego“ [str. 172]. Prócz wymienionych odczynów, dla określenia przyrody cukru wątrobowego CL. BERNARD stosował traktowanie alkoholem i wytwarzanie połączenia cukru z potażem „albo wreszcie często cukier strącał z roztworu alkoholowego za pomocą eteru“ [str. 253]. Zdaniem CL. BERNARD'a, z glikogenu przy działaniu fermentu dyjastatycznego, wydzielonego przez trzustkę i znajdującego się w ślinie, wytwarza się z początku dekstryna, później cukier gronowy [str. 180]. „W wątrobie istnieje ferment, nazwany przezemnie dyjastatycznym, który stale część glikogenu przemienia na cukier gronowy. Rzecz więc ta zależy nie od jakiejś siły, właściwej jedynie zwierzęciu „nie od siły życiowej wątroby“, lecz stanowi zwyczajny proces chemiczny, mający miejsce zarówno za życia, jak i po śmierci [str. 181—182].

GERHARDT [46] uważa za prawdopodobne, że zarówno we krwi, jak i w wątrobie znajduje się tylko cukier mleczny.

J. SCHIFF [47] usiłował bezskutecznie otrzymać cukier wątrobowy w kształcie krystalicznym. Autor ten „rozdrobioną wątrobę świni traktował przez 12 godzin zimną wodą, płyn zlewał i pozostałą resztę traktował jeszcze 2 razy wodą i wyciskał pod prasą. Wyciągi te, połączone, filtrował przez sukno, aby ściąć białko, filtrat gotował i po dodaniu węgla zwierzęcego, wyparowywał go do  $\frac{1}{3}$  objętości na kąpeli piaskowej. W płynie odcedzonym, ocet ołowiany tworzył nieznaczne zmętnienie i dlatego po kilku godzinach dodawał roztwór amoniakalny soli ołowiu; wtedy osadzał się cukier i ciało, podobne do kleju. Obfity osad zbierano na filtrze i umiarkowanie przemywano wodą. Osad, zawieszony w wodzie, rozkładano siarkowodorem, siarek ołowiu odfiltrowywano, filtrat, po wygotowaniu do gęstości syropu, traktowano spirytusem. Klej i sole

ulegały strąceniu, ponieważ jednak brano alkohol nie absolutny, więc część kleju pozostawała w roztworze“.

„W celu usunięcia ciała tego, nie pozostało mi nic innego, jak osadzenie taniną. Po wyparowaniu roztworu spirytusowego pozostałą resztę rozpuszczano w wodzie, osadzano taniną, której nadmiar usuwano za pomocą octu ołowianego, ten zaś ostatni wydalało za pomocą siarkowodoru. Filtrat, słabo żółtym kolorem zabarwiony, odbarwiano za pomocą węgla zwierzęcego. Filtrat bezbarwny na nowo podczas wyparowywania stawał się burskim, zarówno w cieplocie podwyższonej, jak i nad kwasem siarczanym. Otrzymany syrop nie krystalizował ani po długim staniu, ani po dodaniu kryształów soli kuchennej. Roztwór wodny syropu tego okazywał własności czystego roztworu cukru.

„Cukier oczyszczony był do tego stopnia, lecz z powodu długotrwałej przeróbki, nie tylko stracił zdolność krystalizowania, lecz nawet z początku skręcał płaszczyznę polaryzacji na lewą stronę. Jeszcze raz badany po długim staniu, znowu okazywał słabe skręcenie płaszczyzny na prawo. DUBRUNFAUT spostrzegł podobne zjawisko odnośnie do krochmalu i cukru mlecznego, oddawna rozpuszczonego, lub często przekrystalizowywanego“.

Łatwa rozpuszczalność w wodzie i spirytusie i wytwarzanie kwasu cukrowego wyróżniają cukier ten od cukru mlecznego i laktozy. Z wszystkich tych własności cukier wątrobowy należy uznać, jako gronowy [str. 130—34].

LECONTE [48], stosując metodę LEHMANN'a, zdołał otrzymać w postaci krystalicznej i cukier wątrobowy i cukier moczowy [str. 648], a jeden i drugi uważa za identyczny z cukrem gronowym.

BERTHELOT i de LUCA [49], działając kwasem solnym na glikogen, otrzymali w postaci krystalicznej cukier, identyczny z gronowym. Badacze ci za cel swych poszukiwań wzięli oznaczanie odmiany cukru, otrzymanej przez CL. BERNARD'a przy przemianie glikogenu.

O. NASSE [16], nie nadmieniając w ile godzin po śmierci, znajdował jedynie cukier gronowy, czyli jaśniej mówiąc, odmianę cukru, którego własność redukcji nie powiększała się po nagraniu z kwasem siarczanym. Cukier oddzielano za pomocą dyjalizy.

SEEGEN [50] z wątroby martwej zdołał otrzymać tylko cukier gronowy, w celu wydobycia ciała tego „1 kilo wątroby cielejcej wyciskano pod prasą, sok poddawano dyjalizie, płyn otrzymany zgęszczano, traktowano go alkoholem absolutnym i z filtratu osadzano cukier w postaci połączenia z potasem“ [str. 123]. Osad przemywano alkoholem absolutnym, suszono nad  $H_2SO_4$ , rozpuszczano w niewielkiej ilości wody i oznaczano ilość cukru przez określanie stopnia skręcenia płaszczyzny polaryzacyjnej, przez redukcję i fermentację,  $\alpha$  okazało się równem  $52-53^\circ$ . Ilość cukru, oznaczona przez redukcję, bardzo ściśle odpowiadała ilości, oznaczonej drogą fermentacji i polaryzacji, w tym razie, gdy cukier wątrobowy uważać będziemy jako gronowy.

MUSCULUS i v. MERING [51], którzy pracowali jednocześnie z SEEGEN'em, znajdowali w wątrobie psów, zabitych na godzinę i 5 godzin przed badaniem, prócz cukru gronowego „niewątpliwie w obu przypadkach maltozę“ [str. 417]. Autorowie nie opisują szczegółowo metody oddzielania cukru.

E. KUELZ [52] z wątroby psa wydobyl czysty cukier gronowy w postaci podwójnego połączenia z  $\text{MaCl}$ . „Roztwór świezo przygotowany okazywał zjawisko podwójnego skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej. Część substancji, wysuszonej nad kwasem siarczanym, została zważoną i rozpuszczoną w wodzie. Trzy roztwory różnego stężenia badano metodą miareczkową i przez polaryzację. Wyniki otrzymano, o ile tylko życzyć można było, zgodne [str. 56]. Autor nie opisuje szczegółowo swoich poszukiwań, więc nie wiadomo, jaką przypisuje wielkość  $\alpha_d$  cukru gronowego.

Od roku 1880 powstała polemika między SEEGEN'em, MUSCULUS'em i MERING'iem [51]. Ci ostatni dowodzili, że metoda SEEGEN'a, oddzielania cukru, nie udała się autorowi; dekstryna bowiem nie tylko rozpuszcza się w 90% wyskoku, lecz z drugiej strony i osadza się z 90% wyskoku roztworem wysokowym potażu gryzącego, wskutek czego cukier u SEEGEN'a musi koniecznie zawierać i domieszkę dekstryny.

W odpowiedzi SEEGEN [54] zamilcza o tem, że MUSCULUS i MERING wykazali niewłaściwość jego metody oddzielania cukru, a więc i niemożność otrzymania wyników, przezeń ogłoszonych, lecz znowu razem z KRATSCHEMER'em bada cukier wątrobowy sposobem doskonalszym, mianowicie osadzaniem cząsteczkowym za pomocą eteru z wyskoku.

Zarówno jak i w poprzednich swych doświadczeniach, SEEGEN i KRATSCHEMER i teraz nie oznaczają terminu śmierci zwierzęcia, którego wątrobę badali. Wyniki otrzymali o wiele mniej przekonywające, niż w doświadczeniu poprzednio ogłoszonym. Przy poszukiwaniach, przytoczonych na str. 208—209,  $\alpha_d$  albo nie zostało oznaczonym, albo też określono je jako znacznie mniejsze, niż jak to się odnosi do cukru gronowego.

To ostatnie zjawisko SEEGEN i KRATSCHEMER przypisują „obecności w odwarze ciała, skręcającego płaszczyznę na lewo, które to ciało, osadzone eterem, poczęści zmniejsza skręcenie płaszczyzny na prawo, właściwe cukru gronowemu“ [str. 209]. Przy tych poszukiwaniach wątroba cielęca przez dwa dni poddawana była wyciąganiu za pomocą wody zimnej, następnie była wygotowywaną i wyciskaną pod prasą.

Do innego wyniku doszli autorowie, gdy wątrobę traktowali przez 2—3 dni za pomocą wody zimnej i wyciąg badali przez cząsteczkowe osadzanie eterem: w jednym poszukiwaniu  $\alpha_d$  cukru wątrobowego oznaczono przez 50,4—54°, w dwu następnych, w tychże warunkach dokonanych,  $\alpha_d = 182 - 108^\circ$ . Tak znaczny w doświadczeniach tych  $\alpha_d$  autorowie przypisują domieszce dekstryny do cukru gronowego.

Prócz tego SEEGEN i KRATSCHEMER wykonali kilka doświadczeń z cząsteczkowym osadzeniem wyciągu z wątroby za pomocą eteru, poddawszy wyciąg uprzedniej dyjalizie; „albowiem gdy maltoza bardzo szybko przechodzi do dyjalizatu, przejście choćby cokolwiek znaczniejszej ilości dekstryny wymaga kilku dni“ [str. 213]. W doświadczeniach, do tej kategorii należących, cukier wątrobowy określony został, jako identyczny z gronowym za pomocą odczynu fermentowania, redukowania i polaryzacji. Jednakże, gdy w jednym z doświad-

czeń  $\alpha_d$  określono przez 61°, a po traktowaniu kwasami siła redukcyjna roztworu od 1,940% podniosła się do 2,04, w innym doświadczeniu  $\alpha_d = 32_0$ ; „a więc, do dyjalizatu przeszło to samo ciało, które wykrytem zostało i w odwarze wątrobowym“. Z powodu doświadczeń z zastosowaniem dyjalizy autorowie uznają jako pewnik, że „cukier wątrobowy jest wyłącznie gronowym“ [str. 214].

BOURQUELOT [55] uważa poszukiwania SEEGEN'a za niepewne, ponieważ z doświadczeń jego wynika, że maltoza dyfunduje o wiele powolniej, niż cukier gronowy. Nic więc dziwnego, że za pomocą dyjalizy SEEGEN i KRATSCHMER oddzielili w odwarze wątrobowym cukier gronowy od maltozy i dekstryny i w dyjalizacie wykryli jedynie cukier gronowy.

Tak więc E. KUELZ i LECOÜTE dowiedli, że w wątrobie po śmierci w warunkach, przez autorów bliżej nie określonych, może wztwarzać się cukier gronowy, zaś przez SCHIFF'a i SEEGEN'a-KRATSCHMER'a została zaznaczoną w wątrobie obecność ciała, skręcającego płaszczyznę polaryzacji na lewo. Co się tyczy maltozy, to obecność jej jest prawdopodobną, lecz jeszcze niedowiedzianą.

Przy poszukiwaniach moich nad określeniem cukru wątrobowego starałem się rozwiązać pytanie, czy prawdziwym jest twierdzenie SEEGEN'a, że w wątrobie *post mortem* znajduje się cukier gronowy. W tym celu wydawało się dostatecznym oznaczyć siłę redukcyjną i własność skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej, a przy zgodności wyników pytanie pomienione rozstrzygnąć. Samo się przez się rozumie, że gdyby odpowiedź na pytanie to wypadła przecząca, doświadczenia moje, w warunkach przezemnie zachowanych, nie rozstrzygają kwestyi, jaka mianowicie odmiana cukru znajduje się w wątrobie. Dlatego też usiłowania moje w doświadczeniach poniżej przytoczonych, co do uznawania w wątrobie prócz cukru gronowego obecności i maltozy, opierają się na przypuszczeniu, że przy działaniu fermentów [a więc i fermentu wątrobowego], z glikogenu wytwarza się głównie maltoza.

Przytoczone poniżej opisy doświadczeń wykazują te metody, jakich używałem się przy oddzielaniu cukru od białka i dekstryny i po upływie jakiego przeciągu czasu po śmierci zwierzęcia wątroba była badana. Cukier w doświadczeniach tych oznaczany był według sposobu ALLIHN'a [45]. Sposób ten jest następujący.

„60 ctm. sześcienn. alkalicznego roztworu miedzi [30 ctm. sześcienn. roztworu soli SEGNET'a i 30 ctm. sześcienn. roztworu siarczanu miedzi] wlewa się do naczynia, mającego pojemność 300 ctm. sześcienn., rozcieńcza się 60 ctm. sześcienn. wody i nagrzewa na wolnym ogniu lub kąpeli piaskowej do zagotowania. Do płynu wrzącego dodaje się za pomocą pipetki 25 ctm. sześcienn. roztworu cukrowego [roztwór nie powinien zawierać cukru więcej nad 1%], jeszcze raz wszystko gotuje i natychmiast odcedza się strącony tlenek miedzi. Do filtrowania używam zalecony przez SOXHLET'a filtr z azbestu. Rękoczyn ten dokonywałem w sposób następujący: część rurki ze szkła w ogniu hartowanego, długości 10 ctm., wyciągałem na jednym końcu, część zaś szeroką wypełniałem aż do  $\frac{1}{4}$  długości przepalonym, długo włóknistym azbestem.

Pod azbestem w zwężeniu ostrokągowym rurki umieszcza się kawałek waty szklanej, w celu przeszkodzenia przechodzeniu kawałeczków azbestu podczas filtrowania. Należy przestrzegać, aby azbest ani za słabo, ani za tęgo nabitym nie był. W przypadku pierwszym z łatwością przejść może tlenek miedzi, w drugim filtrowanie idzie zanadto powolnie. Krótka wprawa wystarcza, aby nauczyć się z należytą mocą nabijać rurkę. Aby przyspieszyć filtrowanie, filtr zważony łączy się z aparatem ssącym. [Szczególnie nadaje się do tego ssący aparat wodny KOERTING'a, dający się zastosować do każdego kranu]. Po zlaniu roztworu przenosi się na filtr tlenek miedzi, przemywa wodą, następnie alkoholem i wreszcie, w celu przyspieszenia wysuszenia, eterem. Suszenie najlepiej przeprowadzać na kąpeli powierzchniowej, wymaga bowiem nie wiele czasu. Redukowanie tlenku miedzi do miedzi metalicznej dokonywa się w tejże rurce: rurka nagrzewa się nad umiarkowanym płomieniem podczas przechodzenia przez nią suchego strumienia wodoru. Już przy umiarkowanym nagrzewaniu zachodzi odczyn [nie ma potrzeby, aby płomień dotykał rurki] i trwa przez kilka minut. Uważać ją można za ukończoną, jeśli osad przyjmie charakterystyczny kolor miedzi metalicznej i jeśli w zimnym końcu rurki nie tworzą się więcej krople wody. Ponieważ miedź nagrzewana na nowo utlenia się w powietrzu, więc oziębianie skutecznia się w atmosferze wodoru. Potem rurkę przenosi się do suszarki i wreszcie waży się ją [str. 56—57]. Do użytku rozbioru, w tych warunkach dokonywanej, ALLIHU zbudował tablicę, w której wskazaną jest ilość cukru, odpowiadająca skonstruowanej ilości miedzi.

Na zasadzie poszukiwań SOXHLET'a siła redukcyjna maltozy przyjmuje się, jako równa  $\frac{6}{100}$  siły redukcyjnej cukru gronowego.

Do odbarwiania roztworów używano węgla zwierzęcego.

Kąt skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej oznaczany był za pomocą polarystrabometru WILD'a, udzielonego mi przez prof. KOWALEWSKIEGO, za co mu tutaj szczerze dziękuję składam.

Ostrożności, niezbędne przy użyciu aparatu tego przestrzegałem, stosując się do wskazówek HOPPE-SEYLER'a [56].

$\frac{A}{a}$  dla cukru gronowego przyjmowałem jako równe  $52,85^\circ$  średniej ze spostrzeżeń SOXHLET'a i TOLLENS'a nad jednym i tym samym preparatem,  $\frac{a}{a}$  dla maltozy przyjmowanym był jako równy 139,30, co oznaczonem zostało przez

tegoż SOXHLET'a. % ciała obliczany był wedle wzoru  $p = \frac{a \cdot 100}{52,85 \cdot C}$ .

XXVIII. Kawałek wątroby dużych rozmiarów w 2 godziny po śmierci zwierzęcia poddano wyciąganiu za pomocą wody wrzącej. Po wyparowaniu wyciągu do niewielkiej objętości, dodano doń alkoholu w takiej ilości, że stanowił w roztworze blisko 90%. Osad odcedzano, filtrat wyparowano i rozpuszczano w wodzie, poczem osadzano go zasadowym octanem ołowiu. Po odfiltrowaniu osadu, w filtracie nadmiar ołowiu osadzano  $H_2S$  i znowu odfiltrowano. Filtrat wyparowywano, rozpuszczano w wodzie. Otrzymano płyn żółtawy, który nie dawał osadu z odczynnikami BRUECKE'go.



Przy długości 0,1 rurki, otrzymano skrócenie płaszczyzny 0,41°;  
$$p = \frac{0,41 \times 100}{52,85} = 0,775\% \text{ cukru gronowego.}$$

20 ctm. sześcienn. rozcieńczono wodą do 25 ctm. otrzymano 0,1942 Cu = 0,1 cukru gronowego, czyli 0,5%.

A więc w roztworze znajduje się nie cukier gronowy, lecz, być może, mieszanina cukru gronowego z dekstryną, albo cukru gronowego z maltozą. Gdyby zawartość stanowiła jedna tylko maltoza, to 0,1945Cu odpowiadałoby 0,172 maltozy, a wówczas maltoza stanowiłaby 0,82% roztworu i  $p = \frac{0,41 \times 100}{139,3}$

= 0,29%. Ztąd wynika, że w roztworze znajduje się albo jedna tylko odmiana cukru, mająca odrębny od maltozy, właściwy sobie, kąt skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej i odrębną siłę redukcyjną, albo mieszanina kilku ciał, obdarzonych różnorodną siłą redukowania i skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej.

SEEGEN, stosując mniej odpowiedni sposób oddzielania cukru wątrobowego od białkanów [osadzał białkany alkoholem], przy zachowaniu innych, analogicznych warunków w doświadczeniu, otrzymał zupełną tożsamość siły redukcyjnej i własności skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej cukru wątrobowego z gronowym [patrz doświadczenia: *Arch. Pflüg.* T. 19. str. 123]. [D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 16. A. Pospelow. Przypadek pierwotnego zaniku skóry.

Przypadek pierwotnego zaniku skóry, spostrzegany przez POSPELOW'A, jest czwarty z liczby notowanych w literaturze; dotyczy on kucharki, lat 50, przyjętej do szpitala z powodu owrzodzenia na prawej goleni. Przy badaniu zauważono: skóra lewej kończyny górnej jest znacznie ścieńczałą, ujmuje się lekko w fałdę i zwiesza się w postaci woreczka, barwy sino-czerwonej, jest nader suchą i chłodną. Zanik tkanki podskórnej i gładkich mięśni skóry, po rozpyleniu bowiem eteru brak zjawiska gęsiej skóry. Nietylko żyły grubsze ale i naczynia włosowate przeświecają. Nabłonek się łuszczy i jest dość suchy. Torebki włosowe niewidoczne, wydzielina gruczołów łojowych zmniejszona. Wrażliwość na ciepłotę wzmózona. Podobnego charakteru zmiany na skórze lewej dolnej kończyny. Narządy wewnętrzne bez zmian, odruchy kolanowe wzmózone. Pochodzi ze zdrowej rodziny, miesiączkuje od 14 roku życia. Zmiany na skórze rozpoczęły się w 17 roku życia; chora, będąc wystawioną na działanie zimna podczas podróży pieszo, zauważyła nazajutrz czerwone plamy na ramieniu i przedramieniu, które się stopniowo powiększały, przyczem skóra stawała się cieńszą i wiotką. W 29 roku przechodziła przymiot i odbyła leczenie właściwe. W kilkanaście lat później podobne zmiany wystąpiły i na lewej kończynie dolnej, nie przeszkadzając jednakże chorej w pracy.

Badanie drobnowidzowe skóry dało wynik następujący: skóra jest 5 razy cieńszą, niż zwykle. Gładkie mięśnie poziome skóry nacieczone mnóstwem okrągłych komórek, miejscami zgrubiałe, miejscami zaś zanikłe; mięśnie ukośne (*m. arrestores pili*) istnieją jedynie u torebek włosowych w postaci zanikłych pęczków. Znaczne zmniejszenie i kruchość warstwy rogowej. *Stratum lucidum* również zmniejszone, *stratum granulosum* składa się z jednej warstwy komórek

wrzecionowatych i zlewa się z warstwą MALPIGHI'ego. Brodawki skóry spłaszczone. Rozszerzenie naczyń włosowatych, żył głębokiego spłotu i szczelin chłonnych. Lekki stopień zaniku gruczołów łojowych. Kłębki gruczołów potowych leżą więcej poziomo; zewnętrzna część ich przewodu pozbawiona części skróconej i leży więcej prostopadle do powierzchni skóry. Zanik torebek włosowych; włosy cienkie i blade, z cebulkami w postaci stożka spiczastego.

Rozpoznanie różniczkowe: *Melanosis lenticularis progressiva*, forma zaniku skóry, opisana przez PICK'a, rozpoczyna się w latach dziecięcych; skóra jest naprężoną, posiada połysk i barwę pstrokatą, skutkiem rozszerzenia naczyń włosowatych, po części zaś skutkiem białych plamek i żółto-brunatnego zabarwienia; dalej obecność guziczków na skórze z budową raka nabłonkowego dostatecznie wyróżniają to cierpienie od powyżej opisanego, nie mającego również nic wspólnego i z formą zaniku skóry, opisaną przez ČAPOSI'ego, ani z tak zwaną: *Cicatrii rendes Hautsclelerem*, opisaną przez WERNIKE'go, a stanowiącą ostatni okres twardzieli skóry (*sclerodermia*); gdyż przy tych ostatnich skóra staje się naprężona i trudno się fałduje.

Rokowanie wątpliwe. Leczenie bezskuteczne.

J. Birenweig.

(*Annales de Dermatologie et de syphilographie* N. 9, 1886).

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 19 Kwietnia 1887 r. kol. SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz: „O zwięzieniu przymiotowem tchawicy i oskrzeli. Praca ta w całości drukowaną będzie w naszym piśmie.—Przymiot tchawicy, oskrzeli i płuc należy do zjawisk stosunkowo rzadkich. W pracy o suchotach przymiotowych płuc kol. SOKOŁOWSKI starał się wykazać, że w większości przypadków ma się tu do czynienia z pewnymi odmianami włóknistej postaci suchot płucnych, nie mniej rzadkimi są przypadki przymiotu tchawicy i oskrzeli. Pierwszy na to ostatnie cierpienie, z punktu widzenia klinicznego, zwrócił uwagę GERHARDT; odróżnia on 3 okresy: irytacyjny z cechami suchego kataru tchawico-oskrzelowego, stałej stenozы i duszenia się. Dwa ostatnie okresy są nadzwyczaj charakterystyczne: zależą one od zwiężenia światła tchawicy, a nieraz obu głównych oskrzeli wskutek rozrostu tkanki łącznej bliznowatej; charakteryzują się zaś silną dusznością o typie stenozы inspiracyjnej. Sprawa ta najczęściej występuje u mężczyzn, jako objaw nabytego przymiotu, zdarza się jednak i u dzieci i tu zależy od sprawy dziedzicznej. Przebieg zazwyczaj niepomyślny, chociaż we wczesnych okresach jest możliwe usunięcie tego cierpienia.

Przecięcie tchawicy niezawsze przynosi korzyść choremu; gdyż siedlisko zwiężenia ma zazwyczaj miejsce w dolnym ustępie tchawicy, gdzie o rozszerzeniu mowy być nie może. Zejście śmiertelne najczęściej następuje wskutek zatkania oskrzeli zgęstniałym śluzem, rzadziej śmierć bywa następstwem ogólnego charactwa, lub krwotoku płucnego, zależnego od nadżarcia gałązki tętnicy płucnej.

Z przypadków, opisanych przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, pierwszy dotyczył 19 letniego wieśniaka, który od 3 lat kaszlał, a od 3 miesięcy miewał napady zaduszenia. Trzeciego dnia pobytu chorego w szpitalu w nocy wystąpił silny napad duszności, co zmusiło do wykonania przecięcia tchawicy; pomimo poprawy we dwa tygodnie miał on znowu napad duszności, który w kilka dni powtórzył się i spowodował śmierć chorego. Badanie pośmiertne wykazało rozległe zmiany rozrostowe i bliznowate w tchawicy i zwiężenie takowej, kolosalne obustronne powiększenie gruczołów limfatycznych wzdłuż nerwu zwrotnego, które wskutek ucisku na takowy było przyczyną porażenia mięśni obrączko-nalewkowych i oddechu stenotycznego. Śmierć nastąpiła wskutek zupełnego zatkania

czopkami śluzu obu oskrzeli. Przypadek 2-gi dotyczył 56-letniego mężczyzny, który przybył do szpitala z powodu kaszlu i silnej duszności, od 3 miesięcy trwającej. Przed dwudziestukilku laty—przymiot; przed 3 miesiącami—owrzodzenia na dolnych kończynach i tułowiu. Wkrótce dołączyła się duszność, dochodząca do napadów zaduszenia. W dniu następnym po przybyciu napady zaduszenia skłoniły do wykonania tracheotomii. Chory wypisał się w połowie Czerwca 1885 r., w końcu jednak Września tegoż roku znowu przybył, opowiadając, iż w przededniu wyrzucił przez rurkę znaczną ilość krwi czystej. Po 4-ch dniach wypisał się i tejże nocy zmarł w domu wskutek gwałtownego krwotoku. Chociaż w danym przypadku badanie pośmiertne nie mogło mieć miejsca, to jednak kol. SOKOŁOWSKI prawie jest pewien, że miał do czynienia z przypadkiem w zupełności identycznym z pierwszym. Istnieje jedno spostrzeżenie PENZOLD'a u syfilityka, gdzie badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian ani w tchawicy, ani też w oskrzelach; istniał jedynie tylko przerost gruczołów szyjowych z uciskiem na nerwy zwrotne. W przypadku kol. S. były objawy, których w spostrzeżeniu PENZOLD'a brak, mianowicie: kaszel bez zmian wyraźnych w płucach, a następnie napady zaduszenia. Podobne przypadki śmierci były wskutek krwotoku dwa razy spostrzegane przez GERHARDT'a i KELLY'ego.

Następnie kol. SOKOŁOWSKI zdemontrował odlew włóknikowy oskrzeli, mający długości 12 ctm., odpowiadający, w grubszym swym końcu, światłu oskrzeli 3-go rzędu, a następnie rozgałęziający się ciągle, tak, iż końcowe ustępy odpowiadają prawie najdrobniejszemu oskrzelom. Badanie drobnowidzowe wykazało, że składa się on z kolisto ułożonych warstw włókniaka, ciałek białych i diplokoków, podobnych do diplokoków FRIEDLAENDER'a. Jak wiadomo krupowe zapalenie oskrzeli, jako cierpienie samoistne jest niezmierną rzadkością, najczęściej zaś występuje jako powikłanie innych spraw chorobowych w płucach. W danym przypadku zjawilo się ono u 43-letniego suchotnika [IX 1886 r.]; wzmiankowany odlew został wyrzucony przez niego podczas napadu silnego duszącego kaszlu; chory ten jeszcze przez dwa tygodnie wyrzucał takie odlewy, lecz znacznie mniejsze; na sekyi już nie znaleziono takich odlewów wewnątrz oskrzeli. JACCOUD opisał podobny przypadek, przy czem wynik badania drobnowidzowego był całkiem identyczny z wynikiem w przypadku kol. S.—JACCOUD skłania się uważać takie odlewy włókniaka za złogi takowego, zbierające się w oskrzelach przy krwotoku, odbarwione jednak wskutek dłuższego w nich przebywania i następnie wyrzucone przy kaszlu. Złogi te jednakże znacznie się różnią od odlewów oskrzeli przy *bronch. crouposa*: nie mają wewnątrz światła, a warstwy włókniaka nie układają się kolisto. Podobny przypadek w literaturze naszej opisanym został przez kol. L. ANDERSA.

Z okazji odczytu kol. S. kol. PRZEWÓSKI przedstawił kilka preparatów analogicznych, będących własnością gabinetu anatomo-patologicznego. Na wszystkich okazach było *tracheit. syphilitica*, ale w trzech preparatach sprawa ta ograniczała się tylko do samej tchawicy bez zajęcia krtani i oskrzeli, albo też z małemi rozszerzeniami się na te ostatnie, w trzech innych *trach. syph.* było wynikiem rozszerzenia się tegoż cierpienia z krtani i nakoniec w ostatnim okazy była głównie *bronchit. syph.* dużych oskrzeli z zajęciem tylko 1/3 dolnej części tchawicy. Wszystkie te okazy pochodziły od ludzi stosunkowo dość młodych i wszędzie obraz kliniczny był podobny do opisu kol. SOKOŁOWSKIEGO; najwydatniejszym objawem była duszność, przychodząca w postaci napadów i zmuszająca prawie zawsze do tracheotomii; anatomiczne zmiany w tchawicy różniły się umiejscowieniem, rozległością i czasem trwania. *Trach. syph.* z wyłącznem umiejscowieniem w tchawicy zajmowała w dwóch okazach całą tchawicę, w jednym tylko górną część jej błony śluzowej. Wszędzie na miejscu zmian chorobowych cała ściana tchawicy i oskrzeli była znacznie zgrubiała, rozrosła na rozkroju blada, sadowata, twarda, a na wewnętrznej powierzchni nierówna

Błona śluzowa była tu wszędzie bardzo znacznie zgrubiałą [2—3 razy i więcej], prawie wszędzie owrzodziła i pomiędzy owrzodzeniami, albo obok nich, przedstawiała, to mniej to więcej, mniejszych i większych ścięgnisto-białawych, często polyskujących i ułożonych gwiazdowato — bizn. Owrzodzenia w jednych preparatach były dość powierzchowne, w innych głębsze; tak samo rozmaity była ilość i obszerność pozostałej na miejsce wrzodów tkanki bliznowatej. W większej liczbie okazów blizny były jeszcze dosyć małe, w jednym wszakże przypadku *trach. syph.* ilość blizn była tak dużą, że wewnętrzna powierzchnia tego narządu przybrała wygląd, przypominający wewnętrzną powierzchnię serca, lub ściągniętego pęcherza; w tym ostatnim przypadku doszło do znacznego zmniejszenia światła tchawicy, tak, iż w dolnym jej odcinku takowe równało się, co najwyżej, grubości kurzego pióra. Mikroskopowe zmiany były wszędzie podobne do opisanych przez kol. S. w różnym jednakże stopniu zależności od czasu trwania sprawy. Jeżeli tylko zmiany w ścianie tchawicy były więcej rozległe, to wszędzie dostrzegało się wyraźne zgęszczenie, rozrost tkanki łącznej na około tego narządu i silniejsze, niż zwykle, przyrośnięcie do sąsiednich narządów. Wszędzie było znaczne powiększenie gruczołów chłonnych całego ustroju, a głównie na szyi obok tchawicy, które być może grało jaką rolę w wywołaniu objawów ze strony krtani, lecz bardziej uważa uwagę zwrócono na to tylko w przypadku, opisywanym przez kol. S.

Wszystkie przedstawione okazy demonstrują doskonale *trach. syph.*, tak jak się ją zazwyczaj spotyka na trupie; nigdzie tu nie ma zmian w początkowych okresach, które pod wpływem swoistego leczenia mogłyby przejść najzupełniej bez śladu. Takich zmian występujących samoistnie anatomo-patolog nigdy nie bada, gdyż nigdy nie zdarza się, aby chorzy wskutek nich umierali; tylko gdy rozwijają się one w sąsiedztwie zmian większych, mogą czasem podlegać badaniu. Wszystkie przedstawione preparaty okazują zmiany daleko posunięte i dać mogą pojęcie o wszelkich możliwych zejściach tej sprawy. Zastosowanie odpowiedniego leczenia może usunąć cierpienie; lecz gdzie sprawa była cięższa, owrzodzenia głębsze, tam zawsze pozostają blizny, powodujące zwężenie. Co do innego rodzaju zejścia, to owrzodzenia głębsze mogą wskutek nadżarcia większych naczyń powodować większe, lub mniejsze krwotoki, a nawet, przechodząc po za ścianą tchawicy, być przyczyną ropnego zapalenia otaczającej i przyległej luźnej tkanki łącznej, lub dalej przedziurawiać ściany takich ważnych narządów, jak aorta, tętnica płucna i przelyk. Zwężenia tchawicy, obserwowane w każdym z okazywanych preparatów, występują dość wczesnie wskutek zgrubienia błony śluzowej tchawicy i silnego kurczenia się tkanki bliznowatej. Zwężenia te mogą być więcej lub mniej rozległe—miejscowe w postaci przepon. Do powiększenia zwężeń mogą się przyczyniać rozrostowe sprawy na brzegach wrzodów pod postacią brodawek; chociaż te ostatnie zmiany w tchawicy widzujemy bardzo rzadko. Nakoniec wklajają poważność miejscowych zmian w tchawicy i zmiany czynnościowe, zależne od ucisku nerwów zwrotnych przez powiększone gruczoły chłonne, jak to miało miejsce w przypadku kol. SOKOŁOWSKIEGO.

Kol. JASZIŃSKI zapytuje poprzedniego mówcę, czy możebną jest rzeczą, aby wskutek nadżarcia naczynia przez sprawę wrzodziejącą w czasie napadu duszności mogło nastąpić wciągnięcie powietrza do tegoż naczynia, a następnie do serca. W przypadku *trach. syph.* w szpitalu Ś-go Rocha, gdzie kol. J. dokonał tracheotomii podczas napadu zaduszenia w 8 dni po operacji nastąpiła nagle śmierć wskutek dostania się powietrza do serca; kol. GOLDFLAM, który robił sekcję w tym przypadku znalazł krew z powietrzem w prawem sercu i tętnicy płucnej, mniej w sercu lewem. Podczas operacji nie była podwiązana żadna większa żyła i krwawienie wogóle było niezmiernie małe, przypuszcza więc, że w danym przypadku przedostanie się powietrza do krwiobieg mogło nastąpić tylko przez nadżarte po operacji naczynie. — Kol. PRZEWÓSKI odpowiada, że

w takich razach wrzody odleżynowe, powstałe pod wpływem rurki tracheotomicznej, są najczęściej przyczyną takiego nadżarcia. Kol. SZREYNER nadmienia, że w drugim przypadku kol. SOKOŁOWSKIEGO, w którym właśnie dokonał tracheotomii, często zatykała się całkowicie rurka śluzem, a chory doznawał napadu duszności; dopiero wprowadzenie długiego drenu, sięgającego aż do bifurkacji, zapobiegło temu. Kol. SZREYNER przypuszcza, że, robiąc u takich chorych tracheotomię, należałoby zamiast krótkich używać długich rurek, lub też długiego drenu, najzupełniej mogącego rurkę zastąpić.

W końcu kol. BUJWID zakomunikował wykryty przez siebie odczyn na bakteryje cholery azyjatyckiej. Gdy do próbówki, zawierającej bakteryje cholery w bulionie, dodamy 5—10% kwasu solnego zwykłego, to po upływie kilkunastu sekund pojawi się różowo-fioletowe zabarwienie, które wzmaga się w ciągu kilkunastu minut, poczem, zachowując natężenie w ciągu 10—20 godzin, zaczyna zmieniać barwę na odcień brunatny. Odczyn ten właściwym jest jedynie bakteryjom cholery i w żadnych innych hodowlach nie występuje, nawet w bakteryjach drobnowidzowo do cholerycznych podobnych; kol. B. próbował w ten sposób *bac. subtilis*, *bac. anthracis*, bakteryje FINKLER'a i PRIOR'a, bakteryje MILLER'a, bakteryje DUNCHE'go, bakteryje EMMERICH'a, bakteryje posocznicy myszy, bakteryje cholery kurzej, bakteryje tyfusu, bakteryje *rouget du porc*, bakteryje kałowe, bakteryje róży, bakteryje zapalenia płuc, bakteryje ropne, przyczem odczynu tego nie otrzymał. Do otrzymania charakterystycznego odczynu nie należy dodawać więcej nad 10% kwasu i nie należy gotować; słabe ogrzanie, przeciwnie, przyspiesza zjawienie się barwy. Odczyn ten występuje już w hodowlach 10—20 godzinnych, może się więc lepiej nadawać do szybkiego rozpoznania, niż hodowla na płytkach; a przytem przedstawia tę dogodność, że nie wymaga pomocy drobnowidzu.

## Wiadomości bieżące.

Charków. Praktykujący tu od wielu lat rodak nasz D-r WŁADYSEAW FRANKOWSKI, honorowy członek Towarzystwa lekarskiego tutejszego, honorowy sędzia pokoju i t. d., wybrany został ednogłównie honorowym członkiem cesarskiego Charkowskiego uniwersytetu za swe zasługi jako lekarz. W rocznikach tutejszego uniwersytetu podobna godność jest unikatem.

Zjazdy. Odbywają się obecnie doroczne zjazdy: kongres chirurgów niemieckich w Berlinie i kongres dla wewnętrznej medycyny w Wiesbaden.

Nowego czasopisma „*Centralblatt für Physiologie*“ pojawił się Nr. 1. Kierownikami takowego są: prof. EXNER [Wiedeń] i docent GAD [Berlin].

## NADESŁANO DO REDAKCYI:

A. POLLATSCHKE. Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus, [Odbitka z Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XII. Heft 4].

R. BARĄCZ. Die Exzision des Trommelfells sammt Hammer bei Sklerose der Paukenschleimhaut [Odbitka z Wiener. med. Woeh. 1887. Nr. 10 i 11].

Czternaste sprawozdanie komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1886. Kraków 1887.

J. DYMICKI. Sprawozdanie XXIX z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku za r. 1886. Warszawa 1887.

Otezet o sostojanii obszczestwiennago prizrienia w gorodie Warszawie z 1882, 1883 i 1885

## ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

D-r A. Z. w *Lęczycy*. Powszechnie jest przyjętem, iż dla znaczenia ochronnego krowianki obojętną jest liczba przyjętych pryszczycy.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog księgarni Wendego i S-ki“ za miesiąc Marzec; a dla prenumeratorów prowincjonalnych prospekt o „Sławucie“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 16 Апрѣля 1887 г. Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска. Nr. 29.

ZAKŁAD HYDROPATYCZNY  
**STEINERHOF** \*

pod Kapfenbergiem w Styryi (w Austryi)  
 (Zakład otwarty przez cały rok).

Środki pomocnicze: Elektroterapia, masaże (mięsienie) kąpiele elektryczne i igli-  
 wiowe Odległość od Wiednia 4 godz. jazdy koleją. W miejscu staeya kolejowa, pocztowa  
 i telegraficzna.

Adres: Curort Steinerhof bei Kapfenberg in Steiermark, (Oesterreich).

Właściciel zakładu A. W. Gostkowski

Dr. Mikołaj Winnicki.

\*), Odróżnić od obok położonego zakładu Fürstenhof.

10—2

# T A R A S P

Engadin. 1185 met. nad płaszczyzną Szwajcaryi.

Otwarcie Hotelu Zakładu Tarasp 1 Czerwca.

Znakomite źródła zawierające sól glauberską, przechodzące składem i zawartością kwasu  
 węglanego Karlsbad, Marienbad, Kissingen i Vichy. Różnego rodzaju szezawy żelaziste i kąpiele  
 mineralne.

Piękny wzmacniający i orzeźwiający klimat alpejski.

Skład wód mineralnych: w Berlinie: J. F. Heyl & Co., Dr. M. Lehman, w Wrocławiu: Straeka,  
 Fengler; Ecke; Giesser. w Petersburgu: Stoll i Schmidt.

12—2

6—2

# SOLEC

w gubernii Kieleckiej, powiecie Stopnickim

Najsilniejsze i najskuteczniejsze ze znanych wody siarczano-słone, jod i brom w obfitości  
 zawierające, kąpiele mineralne, mułowe, masaż, elektryka.

Bale i reuniony dwa razy na tydzień, muzyka, czytelnia, fortepian, teatr. Mieszkania wy-  
 godne, restauracja, po cenach nader niskich.

Sezon od 20 Maja do 15 Września.

Droga do Kiele koleją, z Kiele szosą mil ośm karetą pocztową lub wygodną dorożką miejscową.

# KĄPIELE ST. MORITZ

Engadin

1769 Metrów nad  
 powierz. morza.

Szwajcaryja

Najwyżej położona miejscowość kąpielowa i stacyja klimatyczna w Europie—pierwszorzędna  
 z najsilniejszymi szezawami żelazistemi, kąpielami mineralnemi i hydroterapią. Wskazana przeciwko  
 bezkrwistości, nerwozie, ostabieniam.

Sezon od połowy Czerwca do połowy Września, W zimie zamknięty.

Najwykwintniejsze hotele w kąpielach St. Moritz: Kurhaus, Victoria, du Lac, Hof St. Moritz,  
 Hotel Hornbachera, Engadin Hof.

6—2

# WIESBADEN

## D-R POSPIŚIL

5—3

mieszka teraz na Geissbergstr. № 6 (u Kochbrunn)

### Dr. Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle od 10-go Maja w Franzensbadzie,  
(Podczas sezonu zimowego w Meranie).

10—2

### Dr. Adam Sołowij

(Lekarz chorób kobiecych)

ordynuje podczas sezonu kąpielowego w **Franzensbadzie**  
„Englischer Hof“.—Kulmerstrasse.

12—3

### Doktor Medycyny Stanisław Bęklewski

ordynuje w Piatygorску i na grupach jak zwykle od 15-go Maja  
do 1-go Września.

0—4

## FRANCISZKA JÓZEFA

### WODA GORZKA

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

### Dyrekcya w Buda - Peszcie.

10—4

## „VICTORIA”

Naturalna

Woda

Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambi.**—Prospekta wysła gratis Dyrekcya. Wien, Stefansplatz— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie.

10—5

## I W O N I C Z

Zakład zdrojowo-kąpielowy (w Galicyi) stacja kol. Iwonicz

**Szczaawy alkaliczno-słone jod i brom zawierające.**Kąpiele mineralne, borowinowe, igliwiowe, tuszowe i rzeczne,  
Mleko, żentycyca, inhalatorium.

### Znakomita stacyja klimatyczno-lecznicza

Sezon od 20 Maja do końca Września.

Lekarze: Dr. Kl. Dębicki i Dr. Z. Rieger.

Składy wód i przetworów zdroj wych u P.P. H. Kucharzewskiego, D. T. Heinricha, K. Lilpopa,  
L. Ziemińskiego w Warszawie.

Prospekta i t. d. wysyła Dyrekcya.

8—1

### D-r med. Czesław Stiche

przez cały sezon ordynuje w **Karlsbadzie**

mieszka jak dawniej Kreuzgasse Insel Rügen.

6—1

# Nowe Miasto nad Pilicą

(pow. Rawski, gub. Piotrkowska)

## WODOLECZNICA.

Od kilkunastu lat istniejący zakład kąpielowy i dom zdrowia dla chorych nerwowych, obszerny i najzupełniej zorganizowany pod względem przyrządów kąpielowych, mieszkań, dyjetycznego stołowania, wprawnej usługi, — i w ogóle wszelkich urządzeń, zmierzających do ułatwienia i zapewnienia racjonalnego leczenia w ogóle, a w szczególności hydroterapią i elektrycznością, pozostaje pod ścisłym dozorem i doświadczonym kierunkiem lekarzy.

Zakład posiada: 1<sup>o</sup> Kompletnie urządzenia hydroterapeutyczne (kąpiele zimne, ciepłe, parowe, słone, aromatyczne i wszelkie mineralne).

2<sup>o</sup> Gabinet elektryczny zaopatrzonej w nowe przyrządy do specjalnego leczenia i elektrodyagnostyki; jako nowość w roku bieżącym wprowadzona, elektryczność statyczna, (kąpiele elektryczne bez wody).

Wody mineralne sztuczne i naturalne, gimnastyka, masaż, leczenie mlekiem, serwatką, kumysem, kefirem, kąpiele rzeczne; wszelkie nowsze metody terapeutyczne w chorobach nerwowych zastosowywane, jak magnoterapia, metalloterapia i t. p. według wzorów Salpêtrière.

**Internat z oddziałem specjalnym dla młodzieńców potrzebujących ścisłego dozoru i rygoru.**

Zakład Nowo-miejski ze względu na bliskość rozległych lasów (do których przerzucony w tym roku przez Pilicę most od Zakładu prowadzi), pagórkowate położenie, jak również ze względu na możliwość stosowania na miejscu hydroterapii, kuracyi mlecznej, nadaje się także do leczenia początkowych okresów chorób płuc i serca osnutych na zwałeniu organizmu, (metoda Oertel'a). Wreszcie Nowe-Miasto jest stosowną i dogodną miejscowością na letnie mieszkania dla rodzin z dziećmi, ze względu na zdrowe malownicze położenie, urządzenia kąpielowe, gimnastykę, i t. d.

**Utrzymanie** całodzienne z leczeniem i kąpielami w pokojach wspólnych, od rsr. 1 kop. 50, w pokojach oddzielnych od rsr. 3 dziennie.

**Komunikacja** koleją żel. Warsz. Wied. przez Skierniewice, lub Iwangrodz. — Dabr. przez Opoczno; — w miesiącach letnich, karetami kursującymi bezpośrednio pomiędzy Warszawą a zakładem.

**Poczta** codziennie **Telegraf** w miejscu.

**Objaśnienia** szczegółowe udziela w Warszawie, apteka H. Kucharzewskiego, Miodowa № 4.

**Lekarze Zakładu:** Jan Bieliński, Leon Rzezniewski, (ord. w chorobach nerwowych) Stanisław Niedzielski, — Konsultant sezonowy Dr. Med. J. Pawiński, z Warszawy. 10—1

### JAWORZE (ERNSDORF)

koło Bielska na Szlaku austr.

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

**Pora kąpielowa od 1 Maja do końca Września.** — Lekarz zakładowy Dr. St. Smoleński docent Uniwersytetu Jagiell. — Zgłoszenia przyjmuje Inspekeya kąpielowa w Jaworzu (Ernsdorf) koło Bielska na Szlaku austr. 8—3



## Fabryka wód mineralnych

Magistra Farmacji

## W. KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece

ulica Elektoralna Nr. 39.

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

**W. Karpiński.**

10—3