

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

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. Kurcysza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dalszy ciąg). — Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych. Napisał Dr Studenski z Kuzania (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu) (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Podskórne wstrzykiwanie wody. Polycarpium muriaticum. Przyczynek do leczenia błonicy. Chore oczy przedstawione makroskopijnie w 30 rycinach. Od Redakcyi. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 31. Choroby z zatrucia ark. 15. Hygiony ark. 25.

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

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

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

(Dalszy ciąg).

Najbardziej jednak pouczającym z wypadków powyższej grupy wydał mi się następujący:

Pan Mieczysław K., buchhalter, bezżenny, lat 30 wieku liczący, od dawna zajmował mieszkanie parterowe, w jednym z domów przy ulicy Solnej położonych. Dom ten, pod względem sanitarnym, nie szczycił się zgoła dobrą u znających go lekarzy opinią. Każda niemal epidemija, nawiedzająca nasze miasto, nieodmiennie miała w nim licznych przedstawicieli. Cholera z 1873 r. ciężko dała się we znaki jego ludności, a w początku lata 1875 r. zdarzyło się tam już kilka wypadków duru i zimnicy. W chwili wybuchu choroby u wspomnianego pacyenta, pojawiły się właśnie zadziwiająco liczne wypadki téj ostatniej, w zamieszkiwanej przez niego dzielnicy miasta.

Chory, którego znałem od dawna, odznaczał się zawsze wadłą budową ciała i nader upośledzonym odżywianiem. Skóra blada i cienka, mięśnie wiot-

kie, tkanka łączna podskórna w tłuszcz uboga, przewlekły nieżyt żołądka i kiszek. Częste zapalenia nieżytowe błony śluzowej jamy ust, z owrzodzeniem takowej (*aphtae*) i skłonnością do wytworzenia grzybków (*soor*).

W połowie lipca, spotkawszy p. K... na ulicy, uderzony byłem jego chorobliwym wyglądem i wyrazem znękania na twarzy: wkrótce też zgłosił się do mnie osobiście, uskarżając się na trwającą już od dwu tygodni ogólną niemoc brak apetytu, ból głowy, a prócz tego od tygodnia, co drugi dzień, o godzinie 11-jej rano, pojawiające się dreszcze. Dreszcze te były wstrząsające, trwały za każdym razem około godziny, kończyły się silnym rozpaleniem ciała i potami. W dniu w którym chory przybył do mnie w godzinach po południowych, przed południem był także dreszcz.

Ciepłota ciała, zmierzona wtedy poraz pierwszy, wynosiła $40,8^{\circ}\text{C}$., p. 124; śledziona powiększona we wszystkich wymiarach, twarda i hołesna. Brzeg jej dolny, na którym wcięcie wyraźnie można było wymacać, wystawał z pod żeber na szerokość dłoni. Górna granica na dolnym brzegu 6-go żebra. Serce zepchnięte ku przodowi. Język grubo obłożony biało-żółtawym nalotem, zupełny brak apetytu, odbijania, stolec zaparte.

Lekki kaszel, bez plwociny, nieznaczne zaostrzenie oddechu i poty dopełniały obrazu choroby.

Rozpoznawszy zimnicę przeddzienną, zaleciłem choremu środek wymiotny, spokój w łóżku i odwiedziłem go nazajutrz. Po obfitych żółciowych wymiotach i kilku stolcach łajnistych, stan prawie bezgorączkowy, temp. $37,8$, p. 76, poty, osłabienie znaczne. Zaleciłem 4 dawki sześciogranowe chlorku chininy z limonadą.

Wieczorem tego dnia stan bezgorączkowy. Następnego dnia przed południem dreszcz, a w ślad zanim gorączka, dochodząca w południu do 41°C . Język dość czysty, wilgotny, stolca nie było, ku wieczorowi gorączka mniejsza.

Nazajutrz rano, stan lepszy, puls 84, temp. $38,6$. Chory żąda pokarmu. Ku wieczorowi ciepłota jeszcze się zmniejsza tak, że o 8 wiecz. wynosi $38,2$. W ciągu doby chory wyżył roztwór z 3j chlorku chininy w sześciu uncjach wody, z dodatkiem kilku kropel kwasu solnego rozcieńczonego.

Mimo to następnego dnia gorączka wzrasta, ciepłota ciała bez dreszczu dochodzi do $41,^{\circ}2$, tętno 120, drobne. Obrzmienie śledziony pozostaje bez zmiany, zawsze mocno bolesne skóra wilgotna.

Począwszy od tej chwili, aż do 23-go dnia choroby, t. j. do pojawienia się krwotoku kiszkiowego, ciepłota ciała nie opada poniżej 40°C . rano, wieczorem zaś dochodzi do 41° i wyżej.

Pod wpływem tak wygórowanej ciepłoty ciała, bardzo szybko występuje upadek sił i to tak gwałtowny, że życiu chorego zagraża wielkie niebezpieczeństwo.

Już po kilku dniach trwania gorączki ciągłej, stan chorego przedstawia się jak następuje: tętno drobne, ledwie wyczuwalne, od czasu do czasu pokrywa całe ciało lipki, chłodny pot, kończyny ziębną, twarz blado sina, oczy głęboko zapadłe, zupełny bezgłos (*aphonia*), tak że z poruszeń ust, jedynie do-

myślać się trzeba co chory mówi. Przytem najzupełniejsza przytomność umysłu. Chory rozumie groźny stan w jakim się znajduje i, trwożąc się takowym, prosi o ratunek. Żadnego bólu głowy. Skóra chorego przybiera odcień szaroziemisty, jak przy cholercie, i, podobnie jak przy tej ostatniej, utracą swą sprężystość. Na piersiach i brzuchu pojawiają się nieliczne okazy różyczki durowej (*roseola*), które, po upływie dni kilku, przybierają sino-fioletową barwę, pod uciskiem nie giną, słowem przechodzą w petocie (*petechiae*). Pojawienie się tych ostatnich przypada mniej więcej na 13-ty dzień choroby.

Co do stanu przewodu pokarmowego, notujemy co następuje: język ciągle suchy, czarny, popękany i krwawiący (*fuligo*). Stolce 2 lub 3 dziennie, grochowe. Brzuch lekko wzdęty, miękki, prawie niebolesny. Górny brzeg śledziony między 6 a 7-em żebrzem, z pod łuku żebrowego organ ten wystaje na szerokość dłoni, jest twardy, o brzegu bardzo ostrym, mniej bolesny niż z początku. Zresztą chory wcale prawie nie sypia, albo znajduje się w stanie tylko pół sennym, przerywanym ciągłymi marzeniami.

Stan taki, z małemi nader odmianami, trwał bez przerwy dni 17.

Przez cały ten czas, stanowcze rozpoznanie cierpienia przedstawiało rzadko spotykane trudności, a to z tej głównie przyczyny, że wypadek o którym mowa, był jednym z pierwszych tego rodzaju, zatem cechy ogólne epidemii nie były nam jeszcze znane.

Trudności te zwiększało jeszcze późne pojawienie się różyczki durowej która wystąpiła dopiero pod koniec drugiego tygodnia. Zresztą samo jej rozpoznanie przedstawiało nie łatwe zgoła zadanie, gdyż w skutek kilkakrotnego stosowania baniek suchych na brzuch i plecy chorego, zabarwienie skóry jego w tych miejscach było tak dalece zmodyfikowanem, że niezbyt wyraźna w początku wysypka, mogła być łatwo prześlępiona. Dopiero, gdy z czasem ślady baniek zniknęły, wystąpiły wyraźniej na jaw petocie. Z trudnościami wreszcie, jakie przedstawia rozpoznanie różyczki durowej w podobnych warunkach, zna się doskonale każdy lekarz praktyczny.

Zresztą, początek choroby wyraźnie malaryczny i pojęcie jakie wyrobiłem sobie o jej naturze, ze względu właśnie na ten początek, skłaniały przede wszystkim do uważania cierpienia za złośliwą formę zimniczą, z gorączką ciągłą (*febris malarica pernicioza*).

W temże samem świetle, wypadek ów przedstawiał się i innym kolegom (Dybek, Sommer), których w obec trudności rozpoznania przyzwałem do narady. Dopiero 22-go dnia choroby, wystąpił obfity krwotok kiszkowy i ta okoliczność rozstrzygnęła nareszcie rozpoznanie na korzyść duru brzuszego. Krwotok był obfity, kilkakrotny, upadek sił jaki po nim nastąpił tak znaczny, że co chwila obawiać się należało o życie chorego. Obniżenie temperatury po krwotoku było bardzo nieznaczne (39,6°C.), poczem wznosiła się ona jeszcze przez dni kilka, tak że 27-go dnia choroby, wieczorem, wynosiła 40,8.

Począwszy od 28-go dnia choroby, temperatura ciała stopniowo się obniża, przyczem stan sił w takimże stosunku się poprawia. 38-go dnia choroby, ciepłota dochodzi do normy i więcej się już nie wzmaga. Chory niebawem

odzyskuje swój zwykły wygląd, a nawet dochodzi do tuszy daleko okazalszej niż przed chorobą.

Cały zreszta przebieg gorączki najlepiej się uwydatnia na dołączajacemu się graficznemu przedstawieniu wahań dobowych ciepłoty *). (Zob. Nr. następny).

W przebiegu tego wypadku zasługują na szczególniejszą uwagę następujące dane:

1° Wystąpienie jego w chwili pojawienia się bardzo znacznej liczby wypadków zimnicy.

2° Obecność licznych danych charakteryzujących raczej zimnicę, niż dur, jak: rodzaj obrzmienia śledziony, gwałtowne i typowe poruszenia gorączkowe w początku choroby, brak objawów ze strony ośrodków nerwowych i t. d. występujące obok niewątpliwych objawów duru brzusznego. jak: przebieg gorączki, poczynając od ostatniej bezgorączkowej przerwy, wystąpienie różyczki durowej, a co najważniejsza, pojawienie się krwotoku kiszkiowego w okresie choroby, odpowiadającym odluszczeniu się strupów z owrzodzeń durowych w kiszkiach.

3° Ze przebieg gorączki, poczynając od ostatniego zwolnienia aż do ukończenia się choroby, nie przedstawia już żadnych zboczeń od zwykłego przebiegu duru brzusznego; bo dość znaczne wahania dobowe ciepłoty, w okresie końcowym i przeciąganie się takowego, prawie dziesięciodniowe, widywaliśmy niejednokrotnie i przy zwykłym durze brzuszonym, zwłaszcza tam, gdzie nie było wyraźnego przełomu (*crisis*).

4° Co do leczenia, bezskuteczność chininy, przeciw wyraźnie zimniczym przystępom gorączkowym, w początku choroby.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły dotyczące leczenia, w ciągu długiego trwania powyższego wypadku,— leczenia, które jak domyślić się łatwo, było przeważnie objawowem, uważam za właściwe nadmienić, iż stan chorego, przez czas niezwykle długi, wymagał bezustannego pobudzania. Chwilami, najsilniejsze wina nie były dostateczne do podniesienia należycie tętna, i dopiero wsparte znacznemi dawkami kamfory i piżma osiągały cel powyższy.

Chwilami, ziębnięce obwodowe części ciała chorego należało ogrzewać, dla ułatwienia obwodowego krążenia.

W obec grożącego ciągle upadku sił, nie można było pomyśleć, mimo nadmiernie wysokiej ciepłoty ciała, o zastosowaniu metody ochładzającej.

Że jednak, mimo tak tak znacznego upadku sił i tak niedostatecznej siły krążenia, nie przyszło do wytwarzania się nigdzie opadowego przekrwienia, że nie powstały ani odleżyny, ani, co najważniejsza, zapalenie płuc opadowe (*pneumonia hypostatica*), pomimo iż się na to wielokrotnie zanosilo; to temu chyba przypisać należy, iż przez cały czas trwania choroby, przedewszystkiem zwracaliśmy uwagę na stosunki krążenia; bezustannie podtrzymywali-

*) Uważam za konieczne zwrócić uwagę szan. Zgromadzenia, iż z historyi opisywanych wypadków przytaczam to tylko, co szczególnie na uwagę zasługuje, lub jest niezbędnem do zrozumienia całości. Pospolite zaś i nie wpływające na ostateczny wniosek szczegóły, dla oszczędzenia czasu pomijam.

śmy działalność serca, za pomocą odpowiednio stopniowanego podniecania (*excitatio*); nie zapominając współcześnie o dostarczaniu ustrojowi środków dla organicznej odnowy (*restaurantia*).

Pod koniec przebiegu powyższego wypadku, zdarzył się inny, rzucające pewne światło na wzajemny do siebie stosunek zarazków zimnicy i duru. W pierwszych dniach choroby pana K. 17-letnia jego siostra, przybyła z prowincyi do Warszawy, w celu pielęgnowania cierpiącego brata. Spędzała ona całe dnie i noce przy jego łóżku, sypiała zaś najczęściej w pokoju, poprzednio przez chorego zajmowanym. Po trzytygodniowym mniej więcej pobycie w Warszawie, osoba o której mowa, zapadła na wielkiego natężenia dur brzuszny; ale u niej, przebieg takowego i charakter były zgoła różne niż w poprzednim wypadku. Tu mieliśmy do czynienia z zupełnie prawidłowym i czystym obrazem duru brzusznego, takim właśnie, jak spotykane lat poprzednich i opisane w większej części podręczników terapeutycznych.

Jakiż ztąd wniosek? Widoczną jest rzeczą, iż w obu tych wypadkach źródło duru było jedno i toż samo, tylko w pierwszym razie zarazek jego działał na ustrój zostający już od dawna pod wpływem panującej w Warszawie malaryi; w drugim, na ustrój wolny od tego wpływu. Nie zarazek przeto durowy, pod wpływem malaryi ulega zmianie, ale obraz kliniczny duru brzusznego zmienia się, gdy choroba ta rozwija się w ustroju wśród warunków, przez uprzednie działanie malaryi zmienianych.

Do powyższej też kategorii należałoby zaliczyć wypadek duru, obserwowany przezemnie wspólnie z kolegami Dorantowiczem i Hollakiem, u pewnej damy, zamieszkałej na Pradze. W wypadku tym od początku choroby, przez cały prawie czas trwania okresu właściwego duru, co drugi dzień, około godziny 5-jej po południu, występowały objawy czysto nerwowej natury, nie mające jednak żadnego związku z wahaniami ciepłoty ciała: ta ostatnia bowiem lubo wznosiła się również ku wieczorowi ale miało to miejsce codziennie, podczas gdy wzmiankowane objawy tylko co drugi dzień się pojawiały. Rodzaj obrzmienia śledziony w powyższym wypadku, odpowiadał ściśle typowi malarycznemu, zakończenie jednak choroby, które odbywało się powolnie i stopniowo (*per lysin*), nie różniło się niczem od typowego zejścia duru z lat poprzednich.

(Dalszy ciąg nastąpi)

Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych.

Napisał Dr N. Studenski z Kazania.

(Dalszy ciąg).

B. Psom od Nr. 7 do 12 dodawano do żywności kwas mleczny.

8) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 8,508 grm. Pies zdechł po dniach 9-ciu. Na sekcji pokazało się co następuje: pęcherz był silnie wypełniony zakrwawionym moczem, który pod drobnowidzem wykazywał

znaczna ilość trójfosforanów. Błona śluzowa krwią nastrzyknięta. Na krążku znajdował się osad złożony z fosforanu amonii, magnezyi i wapnia i ważący 0,230 grm.

9) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego, ważący 8,05 grm. Pies zdechł po 24 dniach. Błona śluzowa była lekko krwią nastrzyknięta. Mocz kwaśny. Na krążku z jednej strony znajdował się biały osad, ważący 0,125 grm. i złożony z fosforanu wapnia, bez magnezyi. Na ligaturze znajdował się także sam osad.

10) U psa chudego wprowadzono do pęcherza krążek z drutu ołowianego, ważący 5,9 grm. W 2—3 dni po operacyi nastąpił krwotok z pęcherza. Po miesiącu i 18 dniach pies zdechł z wycieńczenia. Przy sekcyi mocz był słabokwaśny i przezroczysty. Cały krążek był pokryty brunatnym osadem, ważącym 1,045 grm. Chemiczny skład jego stanowił moczan sodu.

11) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 9,9 grm. Po dwóch miesiącach pies został zabity. Na krążku nie było żadnego osadu. Pęcherz w stanie normalnym.

12) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 12,229 grm. Po trzech miesiącach pies został zabity. Na krążku biały osad fosforanu wapnia, ważący 0,295 grm., na ligaturze znajdował się także sam osad. Pęcherz normalny.

13) Wprowadzono szklaną perlę szlifowaną ze stożkowatym otworem. Pies po czterech miesiącach i ośmiu dniach był zabity. Z zewnętrznej strony perły nie było żadnego osadu, wewnątrz zaś bardzo nieznaczny. Na nieodzielonej zaś ligaturze znajdował się dosyć wielki osad ziarnisty złożony z fosforanu wapnia. Pęcherz był w stanie normalnym.

C. 14) U trzech psów wprowadzono do pęcherza kule ołowiane, z którymi pozostawały przy życiu przez 3 miesiące. Przez ten czas dodawano do pożywienia (mięsa) roztwór kwasu szczawowego w takiej ilości, że zwierzęta niechętnie pokarmy przyjmowały. Na każdego psa wypadało w przecięciu dziennie od skrupuła do drachmy kwasu szczawowego. Dawki te nie spowodowały żadnych widocznych objawów zatrucia; zwierzęta moje w tym czasie nabrały tuszy. Przy otwarciu u nich pęcherza, po dwóch miesiącach, na dwóch kulach istniał bardzo nieznaczny nalot. Na trzeciej zaś kuli nawet tego nie dostrzegano. W moczu u żadnego z psów nie wykryto kwasu szczawowego.

D. Wszystkie psy od Nr. 14 do 22 były pojone wodą zawierającą wapno.

15) Wprowadzono perlę szklaną; pies zdechł po 3 dniach (od 19 do 22 sierpnia) nie wiadomo z jakiej przyczyny. Pęcherz w stanie normalnym. Perła prawie w całości pokryta delikatną warstwą osadu fosforanu wapnia.

16) Wprowadzono perlę; pies zdechł po 16 dniach (od 2 do 18 sierpnia) z niewiadomych przyczyn. Błona śluzowa pęcherza lekko krwią nastrzyknięta; na perle (niestety nie była ona ważona) znajdował się osad fosforanu wapnia, amonii i magnezyi takiej grubości, że nie podobna było odróżnić koloru perły.

17) Wprowadzono kulkę gumową, która pozostawała w pęcherzu psa od 6 czerwca do 5 lipca. Pies zdechł od zarazy (Pest). Pęcherz w stanie normalnym. Kulka gumowa w całości pokryta warstwą fosforanu wapnia, mająca prawie milimetr grubości.

18) Wprowadzono szklaną perlę, z którą pies przy życiu pozostawał od 6 czerwca do 6 lipca; zdechł z przyczyny niewiadomiej. Pęcherz i nerki w stanie normalnym. Perła w całości pokryta warstwą fosforanu wapnia mającą 1 linię grubości.

19) Wprowadzono perlę ze stożkowatym drążaczem w środku otworem, perła znajdowała się w pęcherzu przeszło 2 miesiące, mianowicie od 19 września do 22 listopada. Pies zdechł z niewiadomiej przyczyny. Pęcherz w stanie normalnym. Zewnątrz na około perlę znajdował się delikatny nalot, a w stożkowatym wydrążeniu osad fosforanu wapnia. Takież sam znajdował się na ligaturze, założonej na ranę pęcherza i sterczącej do jego jamy.

20) Wprowadzono perlę ze stożkowatym w środku otworem, znajdowała się ona w pęcherzu przez 4 miesiące, mianowicie od 8 sierpnia do 9 grud. Psa tego inne psy zagryzły na śmierć. Pęcherz w stanie normalnym. Ściany pęcherza zgrubiałe; w miejscu gdzie leżała perła błona śluzowa była silnie krwią nastrzyknięta. Na zewnętrznej stronie perlę znajdował się tylko delikatny nalot; w stożkowatym zaś otworze istniał zbity biały osad, złożony z fosforanów.

21) Do pęcherza wprowadzono blaszkę cynową, mającą 2 ctm. długość i 1 ctm. szerokości, a oprócz tego kawał świeczki cynowej (*zinnbougie*). Pies pozostał z temi ciałami przy życiu przez 5 miesięcy i 3 dni, mianowicie od 3 września do 7 lutego. Został zabity, kawała kateteru w pęcherzu nie znaleziono. Na blaszce cynowej nie było żadnego śladu osadu, na ligaturze zaś osad nieznaczny. Pęcherz zgrubiał. Błona śluzowa jego silnie krwią nastrzyknięta.

22) 3 psy były przez 3½ miesiąca, t. j. od września do grudnia poje one wodą, zawierającą wapno, oprócz tego do pożywienia dodawano proszku z palonych kości. Ciał obcych nie wprowadzono. Po 3 i pół miesiącach u wszystkich tych psów pęcherz otworzono i nie znaleziono ani śladu złogów.

Rozbioru osadu dokonywałem w następujący sposób: kwasu moczowego poszukiwałem za pomocą odczynnika murexidowego; aby oznaczyć moczan sodu część osadu spalałem na blaszce platynowej; pozostałość rozpuszczałem w wodzie i próbowałem jej odczynu. Szezawian wapnia i fosforany oznaczałem w następujący sposób: osad rozcierałem na drobny proszek i rozpuszczałem go w miernie stężonym kwasie solnym; roztwór przefiltrowany rozcieńczałem znaczną ilością wody; następnie neutralizowałem amoniak ostrożnie, tak, aby się oba płyny nie zmieszały i następnie odstawiałem je na 1 dzień. Po dodaniu do tego płynu kwasu octowego poszukiwałem pod drobnowidzem kryształków szezawianu wapnia. Następnie po przefiltrowaniu roztworu rozdzielałem go na 3 części: do jednej dodawałem szezawianu amonii, aby wykazać obecność wapnia, do dru-

gięj amoniaku gryzącego aby wykryć magnezję; a do trzeciej amoniaku molybdenowego, aby wykazać kwas fosforny.

Wiadomo, że w największej liczbie wypadków, jądro kamieni moczowych składa się z kwasu moczowego i jego soli; dla tego przy poszukiwaniach doświadczalnych najważniejszym jest otrzymać złogi takiego składu. I rzeczywiście udało mi się taki osad otrzymać, jak to pokazuje doświadczenie pod Nr. 10.

Ciekawem jest, co spowoduje odkładanie się złogów kwasu moczowego, które w większości wypadków stanowią pierwszy objaw choroby kamienia? Odnośnie tej kwestyi posiadamy kilka teoryj.

Na czele stoi teoria kwaśnej fermentacyi moczu, podana przez Scherer'a. Jakkolwiek teoria ta może być prawdopodobną, jednak dotychczas nie posiadamy żadnych faktów, któreby ją zbijały, albo potwierdzały jej prawdziwość. Tymczasem wiadomo z poszukiwań Lehmann'a, że w moczu znajdują się w stanie wolnym kwasy: hippurowy i mleczny.

Gaethjens wykazał na drodze doświadczalnej wydzielanie się w moczu wolnych kwasów, np. kwasu siarczanego. Wprowadzał on rozcieńczony kwas siarczany do żołądka psa za pomocą sondy, a rozbiór moczu wydał następujące rezultaty: przed wprowadzeniem kwasu siarczanego do żołądka było go w moczu 2,7343; po wprowadzeniu 8,1417. W stosunku do zwiększonej ilości kwasu siarczanego powiększył się też kwaśny odczyn moczu. W przeciągu 4 dni przed wprowadzaniem kwasów do ustroju odczyn moczu był słabokwaśny albo obojętny; w dniu wprowadzenia potrzeba było do zobojętnienia go (mianowania, *Titirung*) 24,3 ctm. ługu potażowego, drugiego dnia 22,6, trzeciego 37,4, piątego 55,2, szóstego 44,2, siódmego 72,2 ctm. Jeżeli te spostrzeżenia Lehmann'a i Gaethjens'a zostaną potwierdzone, to jasnym jest, że nie trzeba będzie posiłkować się teorią Scherer'a odnośnie możliwości pojawienia kwaśnej fermentacyi w pęcherzu. Na zasadzie tych poszukiwań można utrzymywać, że kwaśność moczu znajduje się w bezpośrednim stosunku do pożywienia w ten lub ów kwas obfitującego. Jeżeli tak bywa, t. j. jeżeli mocz może stać się zbyt kwaśnym z powodu obecności wolnych kwasów, to kwas moczowy może się w tym razie osadzać zupełnie tak samo jak z powodu powiększenia się kwaśnego odczynu moczu przy kwaśnej fermentacyi.

Istnieje jednak jeszcze zupełnie inny pogląd na tworzenie się osadów kwasu moczowego. Mianowicie Voit i Hoffman *) utrzymują, że jeżeli kwaśny fosforan sodu zmieszać w równych ilościach z moczanami, to po pewnym czasie zaczynają się osadzać kryształki kwasu moczowego, a płyn staje się alalkalicznym. Objaśniają to oni w sposób następujący: kwaśny fosforan sodu odciąga moczanom pewną część ich zasady, zamieniając je na trudniej rozpuszczalne kwaśne sole kwasu moczowego, sam zaś przemienia się na zwyczajny fosforan sodu, który posiada odczyn alkaliczny.

*) *Zeitschrift für anal. Chemie* 1868.

Jeżeli fosforan sodu odejaga moczanom całą ilość ich zasady, to osadza się uwolniony kwas moczowy. Im więcej w moczu fosforanu sodu i im bardziej mocz jest skoncentrowany, tem prędzej następuje osadzanie się.

Wiadomo, że kwas moczowy jest produktem utlenienia ciał białkowatych, ale nie ostatecznym. On sam przy dalszem utlenianiu rozkłada się jeszcze na mocznik z jednej a kwas węglany z drugiej strony. Dla tego ilość kwasu moczowego zwiększa się stale przy niedostatecznem utlenianiu w ustroju. Może ono ono być spowodowanem albo przez obfite wprowadzanie do ustroju ciał białkowatych, tak że zwykła ilość tlenu zbyt małą jest aby poddać je zupełnemu utlenieniu (przemianie w mocznik), które dochodzi tylko do kwasu moczowego; albo też przez niedostateczny dowóz tlenu do ustroju. I rzeczywiście fakta pokazują, że ilość kwasu moczowego powiększa się: przy obfitym pokarmie mięsnym a niedostatecznem używaniu ruchu na świeżem powietrzu, podczas utrudnionej sprawy oddychania, zależącej od chorób płuc lub serca, jako też podczas niedostatecznej czynności przepony z powodu puchliny wodnej, albo też obszernych guzów w jamie brzusznej.

Oprócz tego ilość kwasu moczowego zwiększa się i przy niedostatku pożywienia, liczba ciałek czerwonych krwi — roznosicieli tlenu — zmniejsza się i w skutek tego procesu utlenienia zostają powstrzymane, t. j., że przemiana ciał białkowatych nie dosięga swoich ostatecznych granic, lecz ogranicza się na utworzeniu kwasu moczowego.

Porównywając opisane poglądy na tworzenie się osadów z kwasu moczowego i jego soli z naszym 10-tym doświadczeniem, musimy zwrócić uwagę na dwie okoliczności:

- 1) że pies przyjmował z pożywieniem kwas mleczny; i
- 2) że już na początku doświadczenia był chudym i następnie zdechł z wycieńczenia. Według istniejących w nauce pojęć okoliczności te mogły spowodować w naszym wypadku utworzenie się osadu. t. j. według poglądów Lehmana i Gaethjensa musimy przypuścić, że kwas mleczny przeszedł do moczu, powiększył ilość zawartych w nim kwasów i przez odciągnięcie od moczanu sodu pewnej części jego zasady, zamienił go na kwaśny moczan sodu—związek trudno rozpuszczalny, który utworzył osad. Objasnienie to byłoby odpowiedniem wtedy, jeżeliby ten sam rezultat wydały i inne doświadczenia robione z użyciem kwasu mlecznego. Nie biorąc nawet pod uwagę doświadczeń Nr. 8 i 9, w których ciało obce pozostawało w pęcherzu krócej niż miesiąc, to i pozostałe trzy doświadczenia, mianowicie Nr. 11, 12 i 13 wprost zaprzeczają doświadczeniu Nr. 10. Na ciele obcem albo nie znajdował się żaden osad, albo też złożony z kwasu moczowego, pomimo, że w pierwszym doświadczeniu pies otrzymywał z żywnością kwas mleczny przez 2 miesiące, w drugim 3 miesiące, a w trzecim 4 miesiące

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweifel (w Strassburgu).

(Dalszy ciąg).

Riegel mówi pomiędzy innymi: „rytmiczne skurcze naczyń mogą być dostrzeżane na wszystkich zwierzętach do doświadczeń użytych, byle tylko zwierzęta te nie były zbyt silnie zatrute kurarą. Lecz zwężenie występuje nie tylko w drobnych zupełnie tętniczkach, owszem bardzo często spostrzegałem je na stosunkowo dużych naczyniach. Ściągnięcie się naczyń bywało często tak znaczne, że światło większych nawet tętnic tak się zwężało, iż zaledwo jedno tylko ciałko krwi mogło się przez nie przecisnąć, aby znow po nie wielu sekundach aż do pół minuty wrócić do poprzednich wymiarów. Dalej podobnie jak za pomocą bezpośredniego drażnienia części szyjowej rdzenia kręgowego, udaje się także zastosowaniem bodźca czuciowego wywołać równie silne zwężenie naczyń. Łatwo zresztą można się przekonać, że nawet bardzo lekkie i przemijające bodźce, lekkie uszczypnięcie lub ułknięcie w tym lub owym punkcie skóry wystarcza do wywołania podobnego zaburzenia w krążeniu błony międzypalcowej, jakkolwiek zaburzenie to nie będzie miało tej siły, co przy bezpośrednim drażnieniu części szyjowej rdzenia kręgowego.“

Powyższe poszukiwania Riegela dokonywane były w innym zupełnie celu, to też tem większą posiadają siłę dowodną, niepodobna bowiem autora posądzać o naciąganie faktów w tym kierunku. Dodac jeszcze należy, że także i spostrzeżenia dokonywane przez Nicol'a i Missopp'a dotyczące dna oka, nie zmieniają nic w tłumaczeniu faktu zwężenia naczyń.

Na mocy wszystkich powyższych danych wypowiedzieć możemy zdanie, że zwężenie naczyń, występujące w przezroczystych częściach żaby, nie może być żadną miarą pożytkowane za typowy obraz działania sporyszu, lecz po prostu jest zjawiskiem odruchowym (refleksyjnym), spowodowanym bólem, jaki towarzyszy samemu aktowi wstrzyknięcia.

U zwierząt, mianowicie zupełnie znieczulonych wodanem chloralu lub chloroformem, wstrzyknięcie dawki, zwykle wywołującej największe zwężenie krwionośnych naczyń, wcale nie działało.

Muszę tu jednakże dodać, iż przy użyciu wyciągu Wernich'a nie miało to miejsca, zauważyłem bowiem wtedy nawet w stanie znieczulenia zmniejszenie się światła tętnic, które w przeciągu dziesięciu minut kończyło się wraz z zupełnym ustaniem krążenia. Lecz podobne tym zjawiska — zwężenie naczyń i następcze sparaliżowanie serca — znalazłem także przy użyciu rozcynu potażu z podwójną ilością wyciągu. Brałem podwójną dawkę wyciągu dla tego, że traciła się pewna jego część przy filtracji. Mamy więc tu do czynienia z działaniem nieorganicznych składowych części, które porażają samo serce.

Gdy żabę mocno przywiązywałem i obserwowałem ją długo w tem położeniu, to nawet bez wstrzyknięcia ergotyny mogłem widzieć powstające wyżej wspomniane rozszerzenia. Stąd więc wynika, że zwężenie światła naczyń, które spostrzegamy drobnowidzem po użyciu ergotyny niejednokrotnie zależy od innych w części nieznanych nam momentów, i że zwężenie to nie może służyć w żadnym razie miarą działania preparatów sporyszowych.

Starania Wernich'a dowieść krew tamującej działalności ergotyny bezpośrednio na poprzecznie rozciętych tętnicach, uważam za zbyt ogólnikowe ażeby z tego wyprowadzić pouczające rezultaty. Najprzód liczba doświadczeń musi być bardzo znaczną, aby można było uwzględnić wszystkie późniejsze momenta, który wywierają wpływ na szerokość tętnic i ciśnienie krwi. Każdy, kto robił doświadczenia nad zwierzętami w stanie będzie ocenił niedostateczność takich bezpośrednich porównań między dwoma

krwawiacemii tętnicami. Pominąwszy to, że częstokroć bywa bardzo trudnem odszukać równej grubości tętnice, i ciśnienie krwi u każdego zwierzęcia rozmaitem bywa, w skutek czego szybkość wyciekania, a tem samym ilość wypuszczonej w pewnem czasie krwi bywa rozmaita. Przytem każde zranienie tętnicy wywołuje bezpośrednie drażnienie, na które, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, każde zwierzę, chociażby z jednego pochodzące gatunku, nie jednakowo jest czule. W skutek tego zaprzestałem podobnych doświadczeń.

Potem co powiedziałem, czytelnik przyjdzie do przekonania, że typowe łatwo konstytuowane działanie ergotyny wcale nie istnieje. Symptomata ośrodków nerwowych, na których *H a u d e l i n* i dawni autorowie, *D i e t z* i inni opierali się, zostały przez *W e r n i e h'a* uznane za wątpliwe, i czynność naczyń, którą on za podstawę uważał, równie może być pominięta.

Robiłem teraz spostrzeżenia nad zwierzętami, które bez kuraryzowania rozpięte były i przekonałem się, iż po 1—2 godzinach po wstrzyknięciu ergotyny swobodnie puszczone bardzo nieznacznie albo też wcale się nie ruszały. Toż samo daje się spostrzegać także i u żab poprzednio wcale nie krępowanych. To sparaliżowanie żab, na które przedemną zwrócił uwagę *H a u d e l i n*, odnosi się prawdopodobnie do sporyszu i będzie uważane za podstawę działalności sporyszowych preparatów. Fakt ten, że sparaliżowanie to przez innych autorów prześlępieniem było mógłbym przypisać temu, że takowe bardzo powolnie następuje, a także używaniu przez nich wcale nie działających środków. Nawet przy bardzo silnych preparatach nie uważałem tego zatrucia się żab przed upływem kwadransu po podskórnym wstrzyknięciu; zwyczajnie pojawiały się pierwsze symptomata zatrucia w pół godziny, a zupełne sparaliżowanie następowało dopiero w dobrą pół godzinę.

Natychmiast po wstrzyknięciu umiarkowanej ilości zwykłego wodnego wyciągu sporyszu żaby, po oswodzeniu, skakały dość żwawo pod kloszem, później uspakajały się i, nie będąc drażnione, siedziały nieruchomie. Po 20—30 minutach spokoju takie zwierzę poczyną się znowu ruszać, stara się uciec, lecz tylne kończyny jego z niezwykłą siłą są wyprężone. Skoro poprzednio zwierzę było rozpięte za tylne kończyny, to w tej pozycyi pozostaje, jeśli zaś paraliż postąpił dalej, to leżą płasko na tylnych kończynach i brzuchu, podpierając się tylko przednimi kończynami. Gdy położyć żabę na grzbiet, to takowa wykonywa łatwo policzyć się dające ruchy jedną lub drugą nogą, pomagając sobie tym sposobem położyć się znowu na brzuchu; ruchy te jednakże są bardzo powolne i niezręczne, tak że żaby zmęczone często zaprzestają tych trudów; przekonawszy się o bezskuteczności swych starań, poddają się swemu smutnemu losowi, leżąc w nieprzyjemnej pozycyi—na grzbiecie. Przy jeszcze silniejszym zatruciu zwierzęta mogą niewykonywać żadnych ruchów w celu powstania na nogi, robią tylko tylnymi kończynami pojedyncze krótkie wysilenia, zginając i wyciągając takowe. W stanie zupełnego zatrucia żaby leżą kompletnie nieruchome, przy mechanicznem zaś podrażnieniu wykonywają odruchy, wtedy gdy mięśnie bezpośrednio lub przez nerwy są drażnione. Przednie łapy są także całkowicie sparaliżowane, powieki nawpół przyknięte, — charakterystyką tego zatrucia jest to: iż serce uderza z a w s z e r a z n o i ruchy oddechowe nie są przerwane. W taki sposób zwierzęta mogą być zatrute przez jedną, dwie lub nawet trzy doby, przychodzą jednak do siebie skoro tylko zabezpieczone były od wyschnięcia i jeśli dawka nie była wiele większą od zwyczajnej. Przy restauracyi następują we właściwym porządku rozmaite zjawiska, które miały miejsce w początkach zatrucia, aż nakoniec zwierzę staje się znowu tak ruchliwym jak było przed rozpoczęciem doświadczenia. W tym typowym przebiegu uważam za najważniejsze to, iż paraliż rozpoczyna się w tylnych kończynach, przechodzi stopniowo na przednie, przy umiarkowanych dawkach ruchy serca i oddechowe nie ulegają zmianie—i kończy się zupełnym wyzdrowieniem.

Naturalnie iż przekroczywszy pewną dawkę i żaby też giną, co uważałem dość często przy użyciu silniejszych preparatów. Następuje tu sparaliżowanie serca dość powoli, dopiero w kilka godzin po wstrzyknięciu. Czasami w podobnych okolicznościach

na obnazonem sercu widziałem długotrwałe paralityczne skurcze, lecz znacznie mniej częstsze (p. sprawozdanie Arnal'a).

Wyżej nadmieniałem iż podobne zjawiska otrzymałem przy użyciu prostej wodnej nalewki, i myślę że to da pochoć do licznych zarzutów, które można zrobić przeciwko podanym symptomatom przy zastosowaniu officynalnego wyciągu sporysz. Można takowy otrzymać przez osadzenie alkoholem, który zawsze trudno oddzielić się od smolistej masy. W każdym razie zabę alkoholem odurzyc można, jednakże to działanie nie musi być tak znacznem, jak sądzićby można, gdyż wedle doświadczenia Köhler'a*) (dośw. XVIII) alkohol nawet wstrzyknięty wprost do brzusznych żył nie zabija zwierzęcia. Były przytem wstrzyknięte do brzusznych żył 2 strzykawki Pravaz'a napełnione rozczyne ergotyny Wiggers'a w 38 proc. spirytusu; nie zrobimy więc błędu jeśli nieruchomość żab po tym doświadczeniu przypiszemy wpływowi alkoholu. Dla ugruntowania tego mego twierdzenia robiłem nad żabami kontrolujące doświadczenia: wstrzykiwałem raz do zewnętrznych i środkowych żył brzusznych 1 c. c. 25 proc., a w dalszych doświadczeniach 33 proc. spiritusu. Nieruchomość i zupełne sparaliżowanie uwiadczały się wtedy bardzo jasno i musimy przyznać, że wszystkie objawy po wstrzyknięciu alkoholu bardzo były podobne do takowych po otruciu ergotyną. Co do osadzonych alkoholem z wodnego rozczyń wyciągów sporyszowych, to można zrobić tylko ten zarzut, iż w smolistych wyciągach pozostaje dość dużo takowego i w takim razie mój t. z. typowy szereg symptomatów paraliżu i t. d. jest tylko wynikiem działalności alkoholu. Co temu wprost przeczy to to: 1) iż ja i drudzy podobny stan wywoływaliśmy u żab i ssących wodną nalewką i odwarem, gdzie, szczególnie przy ostatnim, o działaniu alkoholu i mowy być nie może, 2) że nawet u żab widać wielką różnicę między działaniem sporyszu i alkoholu. Gdy wodny wyciąg sporyszu wstrzyknąc żabom do żył brzusznych, to, jak twierdzi Eberty (l. c. p. 11), serce niezwłocznie lub też nieco później pozostaje w stanie diastole, przy alkoholu zaś—jak o tem przekonałem się doświadczalnie (wstrzykiwanie w żyły brzuszne)—serce było czynne jeszcze całą godzinę.

Zresztą to działanie sporyszowego wyciągu na serce żab wedle spostrzeżeń Eberty'ego dla dalszego wyjaśnienia działania sporyszu w ogóle, jak tego chce Wernich, wcale się nie nada. Wedle wskazówek Köhler'a i Eberty'ego rozpinałem żaby, odkrywałem środkową brzuszną żyłę w dwóch miejscach oddalonych od siebie na 1—2 cent. i pod takowe podprowadzałem pętle z nitki. Na peryferycznej części rozcinałem następnie żyłę i wprowadzałem w takową cieką rurkę. Modyfikacją tę robiłem w tym celu aby się upewnić, że rurka rzeczywiście znajduje się w żyłę. Dla wstrzykiwań używałem $\frac{7}{10}$ procentowego rozczyń soli kuchennej, ruchy serca były już przytem zmienione, jednakże nie dochodziło do zaprzestania takowych. Po wstrzyknięciu 10 proc. rozczyń soli kuchennej ruchy serca natychmiast ustawały i dopiero po kilku minutach znów się zrzadka objawiały. Robiłem kilka podobnych doświadczeń i każdą razą obserwowałem takąż nieregularną działalność serca; jednakże w żadnym wypadku zaprzestanie ruchów serca nie było trwałem; ale też i nie było żadnej żaby, któraby po godzinie wróciła do zupełnego wznowienia działalności sercowej.

Czasami zdarzyło mi się tylko, że żaby solnym rozczyne, osobliwie połączeniami potasu były sparaliżowane a następnie zdychały. I tu można mi zarzucić, że wszystkie nalewki sporyszowe zawierają w sobie tak dużo procentu soli, że żaby zostają otrute przez nieorganiczne składowe części.

Dla sprawdzenia tego z rozmaitemi preparatami trojaka ilość paraliżującej dawki wyciągu była zaprawiona potażem, i sole trzech strzykawek zostały rozpuszczone w 1 c. c. wody i następnie wstrzyknięte pod skórę. Sole 3 c. c. prostej nalewki i rozczyń przezemnie wydobytego i officynalnego wyciągu (w obu 1 cz. rozpuszczano w 4 cz. wody) nie wywołały sparaliżowania. Przeciwnie, taż sama ilość wyciągu Wernich'a paraliżowała i zabijała żaby. Sześć strzykawek wodnej nalewki (20 grm. na 100 wody) i 1,2 gr. officynalnego wyciągu zawierały w danym rozczywie taką ilość soli, iż ta za-

*) Porównawcze doświadczałne badania fizyologicznego działania ergotyny Bonjeau i ergotyny Wiggers'a. Virchow's Archiv, Bd. 60.

bijała żaby. Przed wstrzykiwaniem podskórnym rozczyn potażowy zobojętniano kwasem siarczanym.

Sporysz używany przezemnie w tym celu pochodził z rozmaitych składów aptecznych, zwykle jednak od *G. e. h. e. et comp.* w Dreźnie. Dla niektórych jednak doświadczeń używałem mieszaniny.

Chociaż te symptomata, które się u żab spostrzegają wiele mają podobieństwa ze zjawiskami rojnicy (*raphania*) i doświadczeniami nad ssąciami, chciałem jednakże w niektórych razach stwierdzić działanie przedstawionego wyciągu i na tych ostatnich. W tym celu wybrałem dla doświadczeń kotów i królików.

W niektórych wypadkach doświadczenia dały zadawalniające rezultaty, w innych zaś razach stopniowo rozwijający się paraliż przekraczał pożądaną granicę i zwierzę prędko umierało w konwulsjach, lub też bywało i tak, że dawka nie była dostatecznie silną dla sparalizowania zwierzęcia.

Przypuszczenie że pareza jest najgłówniejszym skutkiem działania sporyszu, stawiam chętnie w harmonii z wszystkimi poprzednimi podaniami o experimentalnych zjawiskach i o zjawiskach w epidemii ergotyzmu. To też umyślnie nie chcę więcej cytować tych znanych symptomatów i poprzednich w tym zakresie prac.

Mam nadzieję za pomocą moich doświadczeń dowieść czytelnikom tożsamość zjawisk u żab i ssących i pragnąłbym temi głównymi działaniami wodnego wyciągu także wyjaśnić większą część zjawisk *ergotyzmu*. Obserwowaliśmy pojedyncze symptomata rojnicy z wyjątkiem zgorzeli. Myślę jednakże, że zjawiska te najprawdopodobniej drogą zбочeń wytłumaczyć się dadzą. Każdy lekarz wie doskonale jak wielkiego starania potrzeba, aby sparalizowane i znieczulone części ciała od odleżyn i zgorzeli ochronić. Co się tycze *ergotyzmowej* zgorzeli, chcę tu tylko przypomnieć iż u ludzi takowa nieważa miejsce w dolnych kończynach, a więc w częściach ciała, na które najwięcej wywiera ucisku ciężar tułowia. Chcąc zgorzel objaśniać działaniem naczyń nie mogliśmy zrozumieć dla czego pewna tylko część ciała, która mechanicznie bezpośrednio uszkodzoną nie była, zostaje właśnie dotkniętą zgorzelą. W doświadczeniach nad zwierzętami ulegały zgorzeli: u prosiąt—uszy i nogi, u ptaków—dzioby, grzebienie i skrzydła, a to właśnie są części najbardziej wystawione na zewnętrzne uszkodzenia i ciśnienia tułowia przy padaniu i uderzeniu się zwierzęcia.

Między terapeutycznymi działaniami sporyszu najwięcej uznaną własność wzmaga bólu w podczas porodu. Głównym rezultatem naszych doświadczeń było wykazanie, iż w wodzie rozpuszczone składowe części sporyszu działają trująco przeważnie na mlecz pancerzowy i że pewna dawka, doprowadzająca ssące do zupełnego sparalizowania, na ośrodek nerwowy oddechu i serca tylko mało i dość późno działa. Doświadczenia również stwierdzają iż prawdopodobnie przy większych dawkach śmierć jest dalszem ciągiem sparalizowania ośrodka ruchów serca i oddechu. Dodać tu musimy iż paraliżująca materya sporyszu sprowadza i lekarskie działanie takowego,—wzmaganie bólów porodowych. Sądząc ze zjawisk paraliżu dowolnych mięśni, należałoby prędzej oczekiwać osłabienia mięśni macicznych, niż wzmoczenia się skurczów takowych. Pewne dane dla objaśnienia bólu wzmagającego działania sporyszu znajdujemy w doświadczeniach *Goltz'a*, któren dowodzi, iż w szpiku lędźwiowym ssących znajduje się ośrodek ruchowych nerwów macicy. Spodziewać się należy, iż twierdzenie to z czasem udowodnionem będzie doświadczeniami.

W doświadczeniach *Wernich'a* skurcze macicy nie były tak znaczne, jak to *Schlesinger* *) i *Oser* **) w swoich doświadczeniach podają. Przy sekcyach zastanawiało mnie to, że pęcherz moczowy zawsze był znacznie zwężony i zupełnie próżny. Nie mógłbym jednakże stanowczo twierdzić, iż takowy bywał zwężony w skutek sporyszu. Nie mogę się więc zgodzić z *Wernich'em*, który pęcherz czasami znajdował napełnionym.

Co do krew tamującego działania sporyszu nie mam żadnych da-

*) Ueber Reflexbewegungen der Uterus. Med. Jahrb. 1873. Bd. 1.

**) *Schlesinger* u. *Oser*, Experimentelle Untersuchungen über Uterus bewegungen. Med. Jahrb. 1872.

nych. Przy całkowitem sparaliżowaniu można byłoby przyjąć, iż napełnienie naczyń, szczególnie zaś żył, przekracza o wiele normę i w takim razie bezpośrednio powstaje brak krwi w tętnicach; prócz tego w skutek powiększenia średnicy tętnicy zmniejsza się szybkość obiegu krwi.

Spostrzeżeń moich co do rozszerzenia tętnic nie mogę policzyć na karb działania sporyszu, gdyż porównawcze badania przy zwykłym podwiązaniu tętnicy dawały też same rezultaty. Taką niepewność pozostaje i przy liczeniu pulsu badanych zwierząt; pod tym względem mamy tylko wnioski *Arnault'a* *) czynione na własnej osobie. Znajdował on uderzenia serca powolniejszymi i spokojniejszymi po użyciu sporyszu, niż to miało miejsce w czasie spokoju bez zastosowania takowego.

Najlepiej objaśnia kwestyą zatamowania krwi bezpośredni wymiar ciśnienia takowej. Jeśli przyjmiemy to co podaje *Holmes*, to zadziwi nas, iż badacz ten w 23 doświadczeniach 21 raz znalazł bezpośrednio po wstrzyknięciu natychmiastowe obniżenie ciśnienia krwi. To obniżenie ciśnienia odpowiadało peryodowi, w którym pod mikroskopem widocznym było kurczenie się tętnic błony międzypalcowej żab. W każdym razie należałoby przy zwężeniu naczyń oczekiwać podwyższenia ciśnienia krwi **). Gdy jednak zmniejszanie ciśnienia krwi często się powtarzało, *Holmes* tłumaczył to zwężeniem tętnic płucnych i dochodził do podobnych rezultatów za pomocą innych doświadczeń, przy których pojedyncze części naczyń płucnych obezwładniał. W dalszym przebiegu następował niepokój i krzyk zwierzęcia, które się następnie uspakajało i w czasie spokoju dawało się spostrzegać stopniowe powracanie do pierwotnej wysokości ciśnienia. Między 23 doświadczeniami nad ciśnieniem krwi powtórne podwyższenie miało miejsce tylko u sześciu zwierząt, z których cztery wycięzionymi były poprzednimi operacyami lub też chorobami. Te wyniki powtórnego podwyższenia wprost sprzeciwiają się naszym oczekiwaniom, gdyż, jak to znalazł *Haudelin* (l. c. p. 31), przy ogólnym sparaliżowaniu prędzej moglibyśmy oczekiwać obniżenia ciśnienia.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— **Podskórne wstrzykiwanie wody.** Pierwszy raz próbowałem wstrzykiwania przekroplonej wody w reumatycznej kulszowej rwie, ulga była tak nieznaczna i krótkotrwała, a cierpienie tak dolegliwe, że po dwóch zastrzyknięciach wody, użyłem do wstrzyknięć roztworu morfiny,—po drugim zastrzyknięciu choroba ustąpiła zupełnie. Próbowałem parę razy zastrzykiwania wody w nerwoból międzyżebrowym, ale skutek był zaden. W czerwcu b. r. byłem wezwany do 70 letniego starca, dymissyonowanego oficera, cierpiącego na reumatyzm w obydwóch ramionach, choroba trwała więcej jak rok, to pogorszała się w słotę, to polepszała się w dnie pogodne, zupełnie nieustępowała pomimo użycia rozmaitych maści (jodyna, veratryna): założenie rąk w tył niemożliwe, również podniesienie ich do góry i wyciągnięcie naprzód było bardzo bolesne. Silnie zbudowany chory cieszył się dotąd dobrym zdrowiem, mięśnie dobrze rozwinięte, tłuszczowej tkanki podskórnej bardzo mało; obmacawszy miejsca więcej bolesne, powyżej ich zrobiłem w obydwu ramiona wstrzyknięcie wody przekroplonej. Skutek był zadziwiający, bo już na drugi dzień ruchy wszelkie były swobodne i bez bólu, a co więcej mnie dziwi, że ból dotąd nie wracał, pomimo to, że chory narażał się na zmianę powietrza. Następnie próbowałem wstrzykiwać wody przy reumatyzmie mięśni lewego ramienia i łopatki, u kobiety 45 letniej, ból ustępował koło miejsca nakłócia, ale pozostawał niezmienny w miejscach oddalonych; w ciągu tygodnia zrobiłem 10 zastrzykiwań i ból nareszcie zupełnie ustąpił i ruch ramiona swobodny. Że podskórne wstrzykiwania wody działają mechanicznie, rozciągając gałązkę naczynia ner-

*) Sprawozdanie paryzkiej akademii 1848.

***) Patrz *Klebs*, *Virchow's Archiv* Bd. 32, str. 490 i nast.

wu, lub naciskając na ...4, to nie ulega wątpliwości; że nie może zamienić wstrzykiwań narkotycznych—to także pewno, jednak próbować warto, oosbliwie w tych razach, gdzie wstrzykiwanie narkotyków znajduje przeciwwskazanie.

Konstanty Frąckiewicz (z Tambowa).

— *Policarpium muraticum*. Taki preparat wyrabia z liści jaborandi fabryka wyrobów chemicznych Merk'a w Darmsztacie. Sól ta przedstawia się w postaci krystalicznego białego proszku, o gorzkim smaku, rozpuszczającego się łatwo w wodzie. Ze 100 kilogramów *pernambuco-jaborandi* otrzymano 70 gramów tego chlorowodanu pilokarpiny. W brazylijskim jaborandi niema tego alkaloidu. Dr A. Weber badał działanie tego przetworu Merk'a: 1 sześcienny centymet dwuprocentowego roztworu odpowiada działaniem swem naparowi z 5 grm. jaborandi na 120 grm. wody. Po podskórnym wstrzykaniu tej ilości roztworu pomienionej soli pilokarpiny, wydzielanie zwiększone potu trwa 1—3 godzin, skoro chory przebywa w łóżku. Zwiększone wydzielanie śliny pojawia się już w 3—5 minut po podskórnym wstrzyknięciu pół sześć. centymetra pół procentowego roztworu. Przyspieszenie tętna o 5—10 uderzeń na minutę, tudzież podniesienie ciepłoty o 0,5°—1,0° dostrzegał również Weber. Nudności, przy tem zastosowaniu są daleko mniejsze aniżeli po użyciu naparu liści—i nie dochodzi tak łatwo do wymiotów. Zwężenie źrenicy pojawia się później, lecz trwa też dłużej (o 12 g.) aniżeli powyżej opisane objawy. Podskórne wstrzykiwanie nie jest bolesne i nie sprawia skutków znanych jakie drażniące inne ciała powodują. To działanie przetworu, podniecające zmianę materji, oddawało Weber'owi dzielne usługi (10—12 wstrzykiwań) przy zaciemnieniach ciała szklistego po przewlekłej *irido-chorioiditis*.

— Przyczynek do leczenia błonicy (Dr Teucholt, Burgsteinfurt Allg. Med. Centralztg 34, 1876). W rozpaczliwym wypadku błonicy, w którym tracheotomia była odrzuconą, użył autor mieszaninę kwasu salicylowego i wody wapiennej (*acid. salic., aq. calcis* 2:200). Roztworem tym (zupełnie przezroczystym) pędzlowano i co godzinę podawano pół łyżki takowego z równą ilością mleka. Po upływie kilku godzin wyrzuconą została masa błon, oddech był swobodniejszym i w 3 dni nastąpiło wyzdrowienie. Odtąd autor podczas epidemii we wszystkich wypadkach używał tej mieszaniny, nie zwracając uwagi na chemiczny rozkład takowej. Starszym dzieciom zaleca płukanie; jeżeli tuszowanie u młodszych przedstawia trudności, podaje lekarstwo wewnątrz. Autor powiada, iż podczas swój dziesięcioletniej praktyki lekarskiej nigdy nie leczył tak szczęśliwie błonicy jak przy pomocy tych środków.

Dr H. L.

— Chore oczy przedstawione makroskopijnie w 30 rycinach (*Kranke Augen in 30 Bildern makrosk. dargestellt*) przez prof. Schiess'a (Bazel-Genf-Lyon 1876). Autor, prof. oftalmologii w Bazylei, zebrany przez siebie anatomo-patologiczny materiał przedstawił w 30 rycinach. Każda taka rycina wyobraża galką oczną, po poprzednim stwardnieniu w płynie Mullera i następnie w spirytusie, rozciętą w pionowym lub poprzecznym kierunku, i przytem w 4-krotnym liniowym powiększeniu. Ryciny wykonane w drzeworytni dość starannie z pięknym cieniowaniem; do każdej ryciny zajmującej całą stronicę (in 4-to), na następnej dołączony krótki wyjaśniający tekst. Znajdujemy tu: 1) traumatyczne zranienie galki pistonem z następczemi zmianami, 2) zniszczenie siatkówki przy *iridocyclitis* i krwotokach wewnątrzocznych, 3) włókniste zwyrodnienie naczyńki, 4) całkowite oderwanie siatkówki przy *cyclitis*, 5) skurczenie się i stłuszczenie ciała szklistego, 6) skorupę kostną na naczyńkowie, 7) heteroplastyczny nowotwór siatkówki, 8) włóknisty mięsak białkówek i naczyńki, 9) mięsaki naczyńki i ciała rzęskowego, 10) melanotyczne mięsaki całej galki i rozmaitych jej błon, 11) gliomata siatkówki, 12) otorbielone ciała obce we wnętrzu galki, 13) garbce rogówki i białkówek z następczemi zmianami we wnętrzu galki, 14) *hydrophthalmus* z wynaczynieniem do przedkowej komórki oka i wklęsłością tarczy wzrokowej. Jak powiedzieliśmy, wszystkie te ryciny dobrze i jasno są wykonane, wydanie dość staranne, na pięknym papierze i wcale nie drogie (rs. 3 kop. 60); autor bowiem miał na celu obznajnić z patologicznemi zmianami oka nie tylko praktykujących lekarzy, lecz i uczących się, dla których podobne specjalne atlasy professorów A. Pagenstener'a—Gentha i O. Beckera są niedostępne dla swój wygórowanej ceny.

Dr J. T.

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 dwodziesty 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 1876 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 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.

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 wyżej wyliczonymi, lub z **Gazeta 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 p. 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 Galicji, 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 Girsztow I.

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

Druk. **Gaz. Lek.** Ul. Śto Krzycz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 2 (14) Декабря 1876.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

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, dostrzeganemi w ciągu ubiegłego roku. Przez Dra A. Kurcysza, b. Ordynatora kliniki terap. fak. C. U. W. (Dalszy ciąg). — Rozprawy naukowe. Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych. Napisał Dr Studenski z Kuzania (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O działaniu sporyszu. Przez Dra Zweifel (w Strassburgu) (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Podskórne wstrzykiwanie wody. Polycarpium muriaticum. Przyczynek do leczenia błonicy. Chore oczy przedstawione makroskopijnie w 30 rycinach. Od Redakcyi. — Dodatek Anatomii chirurgicznej Tom II, ark. 31. Choroby z zatrucia ark. 15. Hygieny ark. 25.

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

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

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

(Dalszy ciąg).

Najbardziej jednak pouczającym z wypadków powyższej grupy wydał mi się następujący:

Pan Mieczysław K., buchhalter, bezżenny, lat 30 wieku liczący, od dawna zajmował mieszkanie parterowe, w jednym z domów przy ulicy Solnej położonych. Dom ten, pod względem sanitarnym, nie szczycił się zgoła dobrą u znających go lekarzy opinią. Każda niemal epidemija, nawiedzająca nasze miasto, nieodmiennie miała w nim licznych przedstawicieli. Cholera z 1873 r. ciężko dała się we znaki jego ludności, a w początku lata 1875 r. zdarzyło się tam już kilka wypadków duru i zimnicy. W chwili wybuchu choroby u wspomnianego pacyenta, pojawiły się właśnie zadziwiająco liczne wypadki téj ostatniej, w zamieszkiwanej przez niego dzielnicy miasta.

Chory, którego znałem od dawna, odznaczał się zawsze wadłą budową ciała i nader upośledzonym odżywianiem. Skóra blada i cienka, mięśnie wiot-

kie, tkanka łączna podskórna w tłuszcz uboga, przewlekły nieżyt żołądka i kiszek. Częste zapalenia nieżytowe błony śluzowej jamy ust, z owrzodzeniem takowej (*aphtae*) i skłonnością do wytworzenia grzybków (*soor*).

W połowie lipca, spotkawszy p. K... na ulicy, uderzony byłem jego chorobliwym wyglądem i wyrazem znękania na twarzy: wkrótce też zgłosił się do mnie osobiście, uskarżając się na trwającą już od dwu tygodni ogólną niemoc brak apetytu, ból głowy, a prócz tego od tygodnia, co drugi dzień, o godzinie 11-jej rano, pojawiające się dreszcze. Dreszcze te były wstrząsające, trwały za każdym razem około godziny, kończyły się silnym rozpaleniem ciała i potami. W dniu w którym chory przybył do mnie w godzinach po południowych, przed południem był także dreszcz.

Ciepłota ciała, zmierzona wtedy poraz pierwszy, wynosiła $40,8^{\circ}\text{C}$., p. 124; śledziona powiększona we wszystkich wymiarach, twarda i hołesna. Brzeg jej dolny, na którym wcięcie wyraźnie można było wymacać, wystawał z pod żeber na szerokość dłoni. Górna granica na dolnym brzegu 6-go żebra. Serce zepchnięte ku przodowi. Język grubo obłożony biało-żółtawym nalotem, zupełny brak apetytu, odbijania, stolce zaparte.

Lekki kaszel, bez plwociny, nieznaczne zaostrzenie oddechu i poty dopełniały obrazu choroby.

Rozpoznawszy zimnicę przeddzienną, zaleciłem choremu środek wymiotny, spokój w łóżku i odwiedziłem go nazajutrz. Po obfitych żółciowych wymiotach i kilku stolcach łajnistych, stan prawie bezgorączkowy, temp. $37,8$, p. 76, poty, osłabienie znaczne. Zaleciłem 4 dawki sześciogranowe chlorku chininy z limonadą.

Wieczorem tego dnia stan bezgorączkowy. Następnego dnia przed południem dreszcz, a w ślad zanim gorączka, dochodząca w południu do 41°C . Język dość czysty, wilgotny, stolca nie było, ku wieczorowi gorączka mniejsza.

Nazajutrz rano, stan lepszy, puls 84, temp. $38,6$. Chory żąda pokarmu. Ku wieczorowi ciepłota jeszcze się zmniejsza tak, że o 8 wiecz. wynosi $38,2$. W ciągu doby chory wyżył roztwór z 3j chlorku chininy w sześciu uncjach wody, z dodatkiem kilku kropel kwasu solnego rozcieńczonego.

Mimo to następnego dnia gorączka wzrasta, ciepłota ciała bez dreszczu dochodzi do $41,2$, tętno 120, drobne. Obrzmienie śledziona pozostaje bez zmiany, zawsze mocno bolesne skóra wilgotna.

Począwszy od tej chwili, aż do 23-go dnia choroby, t. j. do pojawienia się krwotoku kiszkiowego, ciepłota ciała nie opada poniżej 40°C . rano, wieczorem zaś dochodzi do 41° i wyżej.

Pod wpływem tak wygórowanej ciepłoty ciała, bardzo szybko występuje upadek sił i to tak gwałtowny, że życiu chorego zagraża wielkie niebezpieczeństwo.

Już po kilku dniach trwania gorączki ciągłej, stan chorego przedstawia się jak następuje: tętno drobne, ledwie wyczuwalne, od czasu do czasu pokrywa całe ciało lipki, chłodny pot, kończyny ziębną, twarz blado sina, oczy głęboko zapadłe, zupełny bezgłos (*aphonia*), tak że z poruszeń ust, jedynie do-

myślać się trzeba co chory mówi. Przytem najzupełniejsza przytomność umysłu. Chory rozumie groźny stan w jakim się znajduje i, trwożąc się takowym, prosi o ratunek. Żadnego bólu głowy. Skóra chorego przybiera odcień szaroziemisty, jak przy cholercie, i, podobnie jak przy tej ostatniej, utracą swą sprężystość. Na piersiach i brzuchu pojawiają się nieliczne okazy różyczki durowej (*roseola*), które, po upływie dni kilku, przybierają sino-fioletową barwę, pod uciskiem nie giną, słowem przechodzą w petocie (*petechiae*). Pojawienie się tych ostatnich przypada mniej więcej na 13-ty dzień choroby.

Co do stanu przewodu pokarmowego, notujemy co następuje: język ciągle suchy, czarny, popękany i krwawiący (*fuligo*). Stolce 2 lub 3 dziennie, grochówkowe. Brzuch lekko wzdęty, miękki, prawie niebolesny. Górny brzeg śledziony między 6 a 7-em żebrzem, z pod łuku żebrowego organ ten wystaje na szerokość dłoni, jest twardy, o brzegu bardzo ostrym, mniej bolesny niż z początku. Zresztą chory wcale prawie nie sypia, albo znajduje się w stanie tylko pół sennym, przerywanym ciągłymi marzeniami.

Stan taki, z małemi nader odmianami, trwał bez przerwy dni 17.

Przez cały ten czas, stanowcze rozpoznanie cierpienia przedstawiało rzadko spotykane trudności, a to z tej głównie przyczyny, że wypadek o którym mowa, był jednym z pierwszych tego rodzaju, zatem cechy ogólne epidemii nie były nam jeszcze znane.

Trudności te zwiększało jeszcze późne pojawienie się różyczki durowej która wystąpiła dopiero pod koniec drugiego tygodnia. Zresztą samo jej rozpoznanie przedstawiało nie łatwe zgoła zadanie, gdyż w skutek kilkakrotnego stosowania baniek suchych na brzuch i plecy chorego, zabarwienie skóry jego w tych miejscach było tak dalece zmodyfikowanem, że niezbyt wyraźna w początku wysypka, mogła być łatwo prześlępiona. Dopiero, gdy z czasem ślady baniek zniknęły, wystąpiły wyraźniej na jaw petocie. Z trudnościami wreszcie, jakie przedstawia rozpoznanie różyczki durowej w podobnych warunkach, zna się doskonale każdy lekarz praktyczny.

Zresztą, początek choroby wyraźnie malaryczny i pojęcie jakie wyrobiłem sobie o jej naturze, ze względu właśnie na ten początek, skłaniały przede wszystkim do uważania cierpienia za złośliwą formę zimniczą, z gorączką ciągłą (*febris malarica pernicioza*).

W temże samem świetle, wypadek ów przedstawiał się i innym kolegom (Dybek, Sommer), których w obec trudności rozpoznania przyzwałem do narady. Dopiero 22-go dnia choroby, wystąpił obfity krwotok kiszkowy i ta okoliczność rozstrzygnęła nareszcie rozpoznanie na korzyść duru brzuszego. Krwotok był obfity, kilkakrotny, upadek sił jaki po nim nastąpił tak znaczny, że co chwila obawiać się należało o życie chorego. Obniżenie temperatury po krwotoku było bardzo nieznaczne (39,6°C.), poczem wznosiła się ona jeszcze przez dni kilka, tak że 27-go dnia choroby, wieczorem, wynosiła 40,8.

Począwszy od 28-go dnia choroby, temperatura ciała stopniowo się obniża, przyczem stan sił w takimże stosunku się poprawia. 38-go dnia choroby, ciepłota dochodzi do normy i więcej się już nie wzmagą. Chory niebawem

odzyskuje swój zwykły wygląd, a nawet dochodzi do tuszy daleko okazalszej niż przed chorobą.

Cały zresztą przebieg gorączki najlepiej się uwydatnia na dołączajacemu się graficznemu przedstawieniu wahań dobowych ciepłoty *). (Zob. Nr. następny).

W przebiegu tego wypadku zasługują na szczególniejszą uwagę następujące dane:

1° Wystąpienie jego w chwili pojawienia się bardzo znacznej liczby wypadków zimnicy.

2° Obecność licznych danych charakteryzujących raczej zimnicę, niż dur, jak: rodzaj obrzmienia śledziony, gwałtowne i typowe poruszenia gorączkowe w początku choroby, brak objawów ze strony ośrodków nerwowych i t. d. występujące obok niewątpliwych objawów duru brzuszego. jak: przebieg gorączki, poczynając od ostatniej bezgorączkowej przerwy, wystąpienie różyczki durowej, a co najważniejsza, pojawienie się krwotoku kiszkiowego w okresie choroby, odpowiadającym odluszczeniu się strupów z owrzodzeń durowych w kiszkiach.

3° Ze przebieg gorączki, poczynając od ostatniego zwolnienia aż do ukończenia się choroby, nie przedstawia już żadnych zboczeń od zwykłego przebiegu duru brzuszego; bo dość znaczne wahania dobowe ciepłoty, w okresie końcowym i przeciąganie się takowego, prawie dziesięciodniowe, widywaliśmy niejednokrotnie i przy zwykłym durze brzuszym, zwłaszcza tam, gdzie nie było wyraźnego przełomu (*crisis*).

4° Co do leczenia, bezskuteczność chininy, przeciw wyraźnie zimniczym przystępom gorączkowym, w początku choroby.

Nie wchodząc w bliższe szczegóły dotyczące leczenia, w ciągu długiego trwania powyższego wypadku,— leczenia, które jak domyślić się łatwo, było przeważnie objawowem, uważam za właściwe nadmienić, iż stan chorego, przez czas niezwykle długi, wymagał bezustannego pobudzania. Chwilami, najsilniejsze wina nie były dostateczne do podniesienia należycie tętna, i dopiero wsparte znacznemi dawkami kamfory i piżma osiągały cel powyższy.

Chwilami, ziębnięce obwodowe części ciała chorego należało ogrzewać, dla ułatwienia obwodowego krążenia.

W obec grożącego ciągle upadku sił, nie można było pomyśleć, mimo nadmiernie wysokiej ciepłoty ciała, o zastosowaniu metody ochładzającej.

Że jednak, mimo tak tak znacznego upadku sił i tak niedostatecznej siły krążenia, nie przyszło do wytwarzania się nigdzie opadowego przekrwienia, że nie powstały ani odleżyny, ani, co najważniejsza, zapalenie płuc opadowe (*pneumonia hypostatica*), pomimo iż się na to wielokrotnie zanosilo; to temu chyba przypisać należy, iż przez cały czas trwania choroby, przedewszystkiem zwracaliśmy uwagę na stosunki krążenia; bezustannie podtrzymywali-

*) Uważam za konieczne zwrócić uwagę szan. Zgromadzenia, iż z historyi opisywanych wypadków przytaczam to tylko, co szczególnie na uwagę zasługuje, lub jest niezbędnem do zrozumienia całości. Pospolite zaś i nie wpływające na ostateczny wniosek szczegóły, dla oszczędzenia czasu pomijam.

śmy działalność serca, za pomocą odpowiednio stopniowanego podniecania (*excitatio*); nie zapominając współcześnie o dostarczaniu ustrojowi środków dla organicznej odnowy (*restaurantia*).

Pod koniec przebiegu powyższego wypadku, zdarzył się inny, rzucające pewne światło na wzajemny do siebie stosunek zarazków zimnicy i duru. W pierwszych dniach choroby pana K. 17-letnia jego siostra, przybyła z prowincyi do Warszawy, w celu pielęgnowania cierpiącego brata. Spędzała ona całe dnie i noce przy jego łóżku, sypiała zaś najczęściej w pokoju, poprzednio przez chorego zajmowanym. Po trzytygodniowym mniej więcej pobycie w Warszawie, osoba o której mowa, zapadła na wielkiego natężenia dur brzuszny; ale u niej, przebieg takowego i charakter były zgoła różne niż w poprzednim wypadku. Tu mieliśmy do czynienia z zupełnie prawidłowym i czystym obrazem duru brzusznego, takim właśnie, jak spotykane lat poprzednich i opisane w większej części podręczników terapeutycznych.

Jakiż ztąd wniosek? Widoczną jest rzeczą, iż w obu tych wypadkach źródło duru było jedno i toż samo, tylko w pierwszym razie zarazek jego działał na ustrój zostający już od dawna pod wpływem panującej w Warszawie malaryi; w drugim, na ustrój wolny od tego wpływu. Nie zarazek przeto durowy, pod wpływem malaryi ulega zmianie, ale obraz kliniczny duru brzusznego zmienia się, gdy choroba ta rozwija się w ustroju wśród warunków, przez uprzednie działanie malaryi zmienianych.

Do powyższej też kategorii należałoby zaliczyć wypadek duru, obserwowany przezemnie wspólnie z kolegami Dorantowiczem i Hollakiem, u pewnej damy, zamieszkałej na Pradze. W wypadku tym od początku choroby, przez cały prawie czas trwania okresu właściwego duru, co drugi dzień, około godziny 5-jej po południu, występowały objawy czysto nerwowej natury, nie mające jednak żadnego związku z wahaniami ciepłoty ciała: ta ostatnia bowiem lubo wznosiła się również ku wieczorowi ale miało to miejsce codziennie, podczas gdy wzmiankowane objawy tylko co drugi dzień się pojawiały. Rodzaj obrzmienia śledziony w powyższym wypadku, odpowiadał ściśle typowi malarycznemu, zakończenie jednak choroby, które odbywało się powolnie i stopniowo (*per lysin*), nie różniło się niczem od typowego zejścia duru z lat poprzednich.

(*Dalszy ciąg nastąpi*)

Przyczynek do nauki o powstawaniu kamieni moczowych.

Napisał Dr N. Studenski z Kazania.

(*Dalszy ciąg*).

B. Psom od Nr. 7 do 12 dodawano do żywności kwas mleczny.

8) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 8,508 grm. Pies zdechł po dniach 9-ciu. Na sekcji pokazało się co następuje: pęcherz był silnie wypełniony zakrwawionym moczem, który pod drobnowidzem wykazywał

znaczna ilość trójfosforanów. Błona śluzowa krwią nastrzyknięta. Na krążku znajdował się osad złożony z fosforanu amonii, magnezyi i wapnia i ważący 0,230 grm.

9) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego, ważący 8,05 grm. Pies zdechł po 24 dniach. Błona śluzowa była lekko krwią nastrzyknięta. Mocz kwaśny. Na krążku z jednej strony znajdował się biały osad, ważący 0,125 grm. i złożony z fosforanu wapnia, bez magnezyi. Na ligaturze znajdował się także sam osad.

10) U psa chudego wprowadzono do pęcherza krążek z drutu ołowianego, ważący 5,9 grm. W 2—3 dni po operacyi nastąpił krwotok z pęcherza. Po miesiącu i 18 dniach pies zdechł z wycieńczenia. Przy sekcyi mocz był słabokwaśny i przezroczysty. Cały krążek był pokryty brunatnym osadem, ważącym 1,045 grm. Chemiczny skład jego stanowił moczan sodu.

11) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 9,9 grm. Po dwóch miesiącach pies został zabity. Na krążku nie było żadnego osadu. Pęcherz w stanie normalnym.

12) Wprowadzono krążek z drutu ołowianego ważący 12,229 grm. Po trzech miesiącach pies został zabity. Na krążku biały osad fosforanu wapnia, ważący 0,295 grm., na ligaturze znajdował się także sam osad. Pęcherz normalny.

13) Wprowadzono szklaną perlę szlifowaną ze stożkowatym otworem. Pies po czterech miesiącach i ośmiu dniach był zabity. Z zewnętrznej strony perły nie było żadnego osadu, wewnątrz zaś bardzo nieznaczny. Na nieodzielonej zaś ligaturze znajdował się dosyć wielki osad ziarnisty złożony z fosforanu wapnia. Pęcherz był w stanie normalnym.

C. 14) U trzech psów wprowadzono do pęcherza kule ołowiane, z którymi pozostawały przy życiu przez 3 miesiące. Przez ten czas dodawano do pożywienia (mięsa) roztwór kwasu szczawowego w takiej ilości, że zwierzęta niechętnie pokarmy przyjmowały. Na każdego psa wypadało w przecięciu dziennie od skrupuła do drachmy kwasu szczawowego. Dawki te nie spowodowały żadnych widocznych objawów zatrucia; zwierzęta moje w tym czasie nabrały tuszy. Przy otwarciu u nich pęcherza, po dwóch miesiącach, na dwóch kulach istniał bardzo nieznaczny nalot. Na trzeciej zaś kuli nawet tego nie dostrzegano. W moczu u żadnego z psów nie wykryto kwasu szczawowego.

D. Wszystkie psy od Nr. 14 do 22 były pojone wodą zawierającą wapno.

15) Wprowadzono perlę szklaną; pies zdechł po 3 dniach (od 19 do 22 sierpnia) nie wiadomo z jakiej przyczyny. Pęcherz w stanie normalnym. Perła prawie w całości pokryta delikatną warstwą osadu fosforanu wapnia.

16) Wprowadzono perlę; pies zdechł po 16 dniach (od 2 do 18 sierpnia) z niewiadomych przyczyn. Błona śluzowa pęcherza lekko krwią nastrzyknięta; na perle (niestety nie była ona ważona) znajdował się osad fosforanu wapnia, amonii i magnezyi takiej grubości, że nie podobna było odróżnić koloru perły.

17) Wprowadzono kulkę gumową, która pozostawała w pęcherzu psa od 6 czerwca do 5 lipca. Pies zdechł od zarazy (Pest). Pęcherz w stanie normalnym. Kulka gumowa w całości pokryta warstwą fosforanu wapnia, mająca prawie milimetr grubości.

18) Wprowadzono szklanną perlę, z którą pies przy życiu pozostawał od 6 czerwca do 6 lipca; zdechł z przyczyny niewiadomój. Pęcherz i nerki w stanie normalnym. Perła w całości pokryta warstwą fosforanu wapnia mającą 1 linię grubości.

19) Wprowadzono perlę ze stożkowatym drążaczem w środku otworem, perła znajdowała się w pęcherzu przeszło 2 miesiące, mianowicie od 19 września do 22 listopada. Pies zdechł z niewiadomiej przyczyny. Pęcherz w stanie normalnym. Zewnątrz na około perlę znajdował się delikatny nalot, a w stożkowatym wydrążeniu osad fosforanu wapnia. Takież sam znajdował się na ligaturze, założonej na ranę pęcherza i sterczącej do jego jamy.

20) Wprowadzono perlę ze stożkowatym w środku otworem, znajdowała się ona w pęcherzu przez 4 miesiące, mianowicie od 8 sierpnia do 9 grud. Psa tego inne psy zagryzły na śmierć. Pęcherz w stanie normalnym. Ściany pęcherza zgrubiałe; w miejscu gdzie leżała perła błona śluzowa była silnie krwią nastrzyknięta. Na zewnętrznej stronie perlę znajdował się tylko delikatny nalot; w stożkowatym zaś otworze istniał zbity biały osad, złożony z fosforanów.

21) Do pęcherza wprowadzono blaszkę cynową, mającą 2 ctm. długość i 1 ctm. szerokości, a oprócz tego kawał świeczki cynowej (*zinnbougie*). Pies pozostał z temi ciałami przy życiu przez 5 miesięcy i 3 dni, mianowicie od 3 września do 7 lutego. Został zabity, kawała kateteru w pęcherzu nie znaleziono. Na blaszce cynowej nie było żadnego śladu osadu, na ligaturze zaś osad nieznaczny. Pęcherz zgrubiał. Błona śluzowa jego silnie krwią nastrzyknięta.

22) 3 psy były przez 3½ miesiąca, t. j. od września do grudnia poje one wodą, zawierającą wapno, oprócz tego do pożywienia dodawano proszku z palonych kości. Ciał obcych nie wprowadzono. Po 3 i pół miesiącach u wszystkich tych psów pęcherz otworzono i nie znaleziono ani śladu złogów.

Rozbioru osadu dokonywałem w następujący sposób: kwasu moczowego poszukiwałem za pomocą odczynnika murexidowego; aby oznaczyć moczan sodu część osadu spalałem na blaszce platynowej; pozostałość rozpuszczałem w wodzie i próbowałem jej odczynu. Szezawian wapnia i fosforany oznaczałem w następujący sposób: osad rozcierałem na drobny proszek i rozpuszczałem go w miernie stężonym kwasie solnym; roztwór przefiltrowany rozcieńczałem znaczną ilością wody; następnie neutralizowałem amoniak ostrożnie, tak, aby się oba płyny nie zmieszały i następnie odstawiałem je na 1 dzień. Po dodaniu do tego płynu kwasu octowego poszukiwałem pod drobnowidzem kryształków szezawianu wapnia. Następnie po przefiltrowaniu roztworu rozdzielałem go na 3 części: do jednej dodawałem szezawianu amonii, aby wykazać obecność wapnia, do dru-

gięj amoniaku gryzącego aby wykryć magnezyę; a do trzeciej amoniaku molybdenowego, aby wykazać kwas fosforny.

Wiadomo, że w największej liczbie wypadków, jądro kamieni moczowych składa się z kwasu moczowego i jego soli; dla tego przy poszukiwaniach doświadczalnych najważniejszym jest otrzymać złogi takiego składu. I rzeczywiście udało mi się taki osad otrzymać, jak to pokazuje doświadczenie pod Nr. 10.

Ciekawem jest, co spowoduje odkładanie się złogów kwasu moczowego, które w większości wypadków stanowią pierwszy objaw choroby kamienia? Odnośnie tej kwestyi posiadamy kilka teoryj.

Na czele stoi teoria kwasnej fermentacyi moczu, podana przez Scherer'a. Jakkolwiek teoria ta może być prawdopodobną, jednak dotychczas nie posiadamy żadnych faktów, któreby ją zbijały, albo potwierdzały jej prawdziwość. Tymczasem wiadomo z poszukiwań Lehmann'a, że w moczu znajdują się w stanie wolnym kwasy: hippurowy i mleczny.

Gaethjens wykazał na drodze doświadczalnej wydzielanie się w moczu wolnych kwasów, np. kwasu siarczanego. Wprowadzał on rozcieńczony kwas siarczany do żołądka psa za pomocą sondy, a rozbiór moczu wydał następujące rezultaty: przed wprowadzeniem kwasu siarczanego do żołądka było go w moczu 2,7343; po wprowadzeniu 8,1417. W stosunku do zwiększonej ilości kwasu siarczanego powiększył się też kwaśny odczyn moczu. W przeciągu 4 dni przed wprowadzaniem kwasów do ustroju odczyn moczu był słabokwaśny albo obojętny; w dniu wprowadzenia potrzeba było do zobojętnienia go (mianowania, *Titrirung*) 24,3 ctm. ługu potażowego, drugiego dnia 22,6, trzeciego 37,4, piątego 55,2, szóstego 44,2, siódmego 72,2 ctm. Jeżeli te spostrzeżenia Lehmann'a i Gaethjens'a zostaną potwierdzone, to jasnym jest, że nie trzeba będzie posiłkować się teorią Scherer'a odnośnie możliwości pojawienia kwasnej fermentacyi w pęcherzu. Na zasadzie tych poszukiwań można utrzymywać, że kwaśność moczu znajduje się w bezpośrednim stosunku do pożywienia w ten lub ów kwas obfitującego. Jeżeli tak bywa, t. j. jeżeli mocz może stać się zbyt kwaśnym z powodu obecności wolnych kwasów, to kwas moczowy może się w tym razie osadzać zupełnie tak samo jak z powodu powiększenia się kwaśnego odczynu moczu przy kwasnej fermentacyi.

Istnieje jednak jeszcze zupełnie inny pogląd na tworzenie się osadów kwasu moczowego. Mianowicie Voit i Hoffman *) utrzymują, że jeżeli kwaśny fosforan sodu zmieszać w równych ilościach z moczanami, to po pewnym czasie zaczynają się osadzać kryształki kwasu moczowego, a płyn staje się alalkalicznym. Objaśniają to oni w sposób następujący: kwaśny fosforan sodu odciąga moczanom pewną część ich zasady, zamieniając je na trudniej rozpuszczalne kwaśne sole kwasu moczowego, sam zaś przemienia się na zwyczajny fosforan sodu, który posiada odczyn alkaliczny.

*) *Zeitschrift für anal. Chemie* 1868.

Jeżeli fosforan sodu odejaga moczanom całą ilość ich zasady, to osadza się uwolniony kwas moczowy. Im więcej w moczu fosforanu sodu i im bardziej mocz jest skoncentrowany, tem prędzej następuje osadzanie się.

Wiadomo, że kwas moczowy jest produktem utlenienia ciał białkowatych, ale nie ostatecznym. On sam przy dalszem utlenianiu rozkłada się jeszcze na mocznik z jednej a kwas węglany z drugiej strony. Dla tego ilość kwasu moczowego zwiększa się stale przy niedostatecznem utlenianiu w ustroju. Może ono ono być spowodowanem albo przez obfite wprowadzanie do ustroju ciał białkowatych, tak że zwykła ilość tlenu zbyt małą jest aby poddać je zupełnemu utlenieniu (przemianie w mocznik), które dochodzi tylko do kwasu moczowego; albo też przez niedostateczny dowóz tlenu do ustroju. I rzeczywiście fakta pokazują, że ilość kwasu moczowego powiększa się: przy obfitym pokarmie mięsnym a niedostatecznem używaniu ruchu na świeżem powietrzu, podczas utrudnionej sprawy oddychania, zależącej od chorób płuc lub serca, jako też podczas niedostatecznej czynności przepony z powodu puchliny wodnej, albo też obszernych guzów w jamie brzusznej.

Oprócz tego ilość kwasu moczowego zwiększa się i przy niedostatku pożywienia, liczba ciałek czerwonych krwi — roznościeli tlenu — zmniejsza się i w skutek tego procesu utlenienia zostają powstrzymane, t. j., że przemiana ciał białkowatych nie dosięga swoich ostatecznych granic, lecz ogranicza się na utworzeniu kwasu moczowego.

Porównywając opisane poglądy na tworzenie się osadów z kwasu moczowego i jego soli z naszym 10-tym doświadczeniem, musimy zwrócić uwagę na dwie okoliczności:

- 1) że pies przyjmował z pożywieniem kwas mleczny; i
- 2) że już na początku doświadczenia był chudym i następnie zdechł z wycieńczenia. Według istniejących w nauce pojęć okoliczności te mogły spowodować w naszym wypadku utworzenie się osadu. t. j. według poglądów Lehmana i Gaethjensa musimy przypuścić, że kwas mleczny przeszedł do moczu, powiększył ilość zawartych w nim kwasów i przez odciągnięcie od moczanu sodu pewnej części jego zasady, zamienił go na kwaśny moczan sodu—związek trudno rozpuszczalny, który utworzył osad. Objasnienie to byłoby odpowiedniem wtedy, jeżeliby ten sam rezultat wydały i inne doświadczenia robione z użyciem kwasu mlecznego. Nie biorąc nawet pod uwagę doświadczeń Nr. 8 i 9, w których ciało obce pozostawało w pęcherzu krócej niż miesiąc, to i pozostałe trzy doświadczenia, mianowicie Nr. 11, 12 i 13 wprost zaprzeczają doświadczeniu Nr. 10. Na ciele obcem albo nie znajdował się żaden osad, albo też złożony z kwasu moczowego, pomimo, że w pierwszym doświadczeniu pies otrzymywał z żywnością kwas mleczny przez 2 miesiące, w drugim 3 miesiące, a w trzecim 4 miesiące

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA

O działaniu sporyszu (*secale cornutum*).

Przez Dra Zweifel (w Strassburgu).

(Dalszy ciąg).

Riegel mówi pomiędzy innymi: „rytmiczne skurcze naczyń mogą być dostrzeżane na wszystkich zwierzętach do doświadczeń użytych, byle tylko zwierzęta te nie były zbyt silnie zatrute kurarą. Lecz zwężenie występuje nie tylko w drobnych zupełnie tętniczkach, owszem bardzo często spostrzegałem je na stosunkowo dużych naczyniach. Ściągnięcie się naczyńa bywało często tak znaczne, że światło większych nawet tętnic tak się zwężało, iż zaledwo jedno tylko ciałko krwi mogło się przez nie przecisnąć, aby znow po nie wielu sekundach aż do pół minuty wrócić do poprzednich wymiarów. Dalej podobnie jak za pomocą bezpośredniego drażnienia części szyjowej rdzenia kręgowego, udaje się także zastosowaniem bodźca czuciowego wywołać równie silne zwężenie naczyń. Łatwo zresztą można się przekonać, że nawet bardzo lekkie i przemijające bodźce, lekkie uszczypnięcie lub ułknięcie w tym lub owym punkcie skóry wystarcza do wywołania podobnego zaburzenia w krążeniu błony międzypalcowej, jakkolwiek zaburzenie to nie będzie miało tej siły, co przy bezpośrednim drażnieniu części szyjowej rdzenia kręgowego.“

Powyższe poszukiwania Riegela dokonywane były w innym zupełnie celu, to też tem większą posiadają siłę dowodną, niepodobna bowiem autora posądzać o naciąganie faktów w tym kierunku. Dodac jeszcze należy, że także i spostrzeżenia dokonywane przez Nieola i Missopa dotyczące dna oka, nie zmieniają nic w tłumaczeniu faktu zwężenia naczyń.

Na mocy wszystkich powyższych danych wypowiedzieć możemy zdanie, że zwężenie naczyń, występujące w przezroczystych częściach żaby, nie może być żadną miarą poczytywane za typowy obraz działania sporyszu, lecz po prostu jest zjawiskiem odruchowym (refleksyjnym), spowodowanym bólem, jaki towarzyszy samemu aktowi wstrzyknięcia.

U zwierząt, mianowicie zupełnie znieczulonych wodanem chloralu lub chloroformem, wstrzyknięcie dawki, zwykle wywołującej największe zwężenie krwionośnych naczyń, wcale nie działało.

Muszę tu jednakże dodać, iż przy użyciu wyciągu Wernich'a nie miało to miejsca, zauważyłem bowiem wtedy nawet w stanie znieczulenia zmniejszenie się światła tętnic, które w przeciągu dziesięciu minut kończyło się wraz z zupełnym ustaniem krążenia. Lecz podobne tym zjawiska — zwężenie naczyń i następcze sparaliżowanie serca — znalazłem także przy użyciu rozczynu potażu z podwójną ilością wyciągu. Brałem podwójną dawkę wyciągu dla tego, że traciła się pewna jego część przy filtracji. Mamy więc tu do czynienia z działaniem nieorganicznych składowych części, które porażają samo serce.

Gdy żabę mocno przywiązywałem i obserwowałem ją długo w tem położeniu, to nawet bez wstrzyknięcia ergotyny mogłem widzieć powstające wyżej wspomniane rozszerzenia. Stąd więc wynika, że zwężenie światła naczyń, które spostrzegamy drobnowidzem po użyciu ergotyny niejednokrotnie zależy od innych w części nieznanych nam momentów, i że zwężenie to nie może służyć w żadnym razie miarą działania preparatów sporyszowych.

Starania Wernich'a dowieść krew tamującej działalności ergotyny bezpośrednio na poprzecznie rozciętych tętnicach, uważam za zbyt ogólnikowe ażeby z tego wyprowadzić pouczające rezultaty. Najprzód liczba doświadczeń musi być bardzo znaczną, aby można było uwzględnić wszystkie późniejsze momenta, który wywierają wpływ na szerokość tętnic i ciśnienie krwi. Każdy, kto robił doświadczenia nad zwierzętami w stanie będzie ocenić niedostateczność takich bezpośrednich porównań między dwoma

krwawiacemii tętnicami. Pominąwszy to, że częstokroć bywa bardzo trudnem odszukać równej grubości tętnice, i ciśnienie krwi u każdego zwierzęcia rozmaitem bywa, w skutek czego szybkość wyciekania, a tem samym ilość wypuszczonej w pewnem czasie krwi bywa rozmaita. Przytem każde zranienie tętnicy wywołuje bezpośrednie drażnienie, na które, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, każde zwierzę, chociażby z jednego pochodzące gatunku, nie jednakowo jest czule. W skutek tego zaprzestałem podobnych doświadczeń.

Potem co powiedziałem, czytelnik przyjdzie do przekonania, że typowe łatwo konstytuowane działanie ergotyny wcale nie istnieje. Symptomata ośrodków nerwowych, na których *H a u d e l i n* i dawni autorowie, *D i e t z* i inni opierali się, zostały przez *W e r n i e h'a* uznane za wątpliwe, i czynność naczyń, którą on za podstawę uważał, równie może być pominięta.

Robiłem teraz spostrzeżenia nad zwierzętami, które bez kuraryzowania rozpięte były i przekonałem się, iż po 1—2 godzinach po wstrzyknięciu ergotyny swobodnie puszczone bardzo nieznacznie albo też wcale się nie ruszały. Toż samo daje się spostrzegać także i u żab poprzednio wcale nie krępowanych. To sparaliżowanie żab, na które przedemną zwrócił uwagę *H a u d e l i n*, odnosi się prawdopodobnie do sporyszu i będzie uważane za podstawę działalności sporyszowych preparatów. Fakt ten, że sparaliżowanie to przez innych autorów prześlępieniem było mógłbym przypisać temu, że takowe bardzo powolnie następuje, a także używaniu przez nich wcale nie działających środków. Nawet przy bardzo silnych preparatach nie uważałem tego zatrucia się żab przed upływem kwadransu po podskórnym wstrzyknięciu; zwyczajnie pojawiały się pierwsze symptomata zatrucia w pół godziny, a zupełne sparaliżowanie następowało dopiero w dobrą pół godzinę.

Natychmiast po wstrzyknięciu umiarkowanej ilości zwykłego wodnego wyciągu sporyszu żaby, po oswodzeniu, skakały dość żwawo pod kloszem, później uspakajały się i, nie będąc drażnione, siedziały nieruchomie. Po 20—30 minutach spokoju takie zwierzę poczyną się znowu ruszać, stara się uciec, lecz tylne kończyny jego z niezwykłą siłą są wyprężone. Skoro poprzednio zwierzę było rozpięte za tylne kończyny, to w tej pozycyi pozostaje, jeśli zaś paraliż postąpił dalej, to leżą płasko na tylnych kończynach i brzuchu, podpierając się tylko przednimi kończynami. Gdy położyć żabę na grzbiet, to takowa wykonywa łatwo policzyć się dające ruchy jedną lub drugą nogą, pomagając sobie tym sposobem położyć się znowu na brzuchu; ruchy te jednakże są bardzo powolne i niezręczne, tak że żaby zmęczone często zaprzestają tych trudów; przekonawszy się o bezskuteczności swych starań, poddają się swemu smutnemu losowi, leżąc w nieprzyjemnej pozycyi—na grzbiecie. Przy jeszcze silniejszym zatruciu zwierzęta mogą niewykonywać żadnych ruchów w celu powstania na nogi, robią tylko tylnymi kończynami pojedyncze krótkie wysilenia, zginając i wyciągając takowe. W stanie zupełnego zatrucia żaby leżą kompletnie nieruchome, przy mechanicznem zaś podrażnieniu wykonywają odruchy, wtedy gdy mięśnie bezpośrednio lub przez nerwy są drażnione. Przednie łapy są także całkowicie sparaliżowane, powieki nawpół przyknięte, — charakterystyką tego zatrucia jest to: iż serce uderza z a w s z e r a z n o i ruchy oddechowe nie są przerwane. W taki sposób zwierzęta mogą być zatrute przez jedną, dwie lub nawet trzy doby, przychodzą jednak do siebie skoro tylko zabezpieczone były od wyschnięcia i jeśli dawka nie była wiele większą od zwyczajnej. Przy restauracyi następują we właściwym porządku rozmaite zjawiska, które miały miejsce w początkach zatrucia, aż nakoniec zwierzę staje się znowu tak ruchliwem jak było przed rozpoczęciem doświadczenia. W tym typowym przebiegu uważam za najważniejsze to, iż paraliż rozpoczyna się w tylnych kończynach, przechodzi stopniowo na przednie, przy umiarkowanych dawkach ruchy serca i oddechowe nie ulegają zmianie—i kończy się zupełnym wyzdrowieniem.

Naturalnie iż przekroczywszy pewną dawkę i żaby też giną, co uważałem dość często przy użyciu silniejszych preparatów. Następuje tu sparaliżowanie serca dość powoli, dopiero w kilka godzin po wstrzyknięciu. Czasami w podobnych okolicznościach

na obnażonym sercu widziałem długotrwałe paralityczne skurcze, lecz znacznie mniej częstsze (p. sprawozdanie Arnal'a).

Wyżej nadmieniałem iż podobne zjawiska otrzymałem przy użyciu prostej wodnej nalewki, i myślę że to da pochoć do licznych zarzutów, które można zrobić przeciwko podanym symptomatom przy zastosowaniu officynalnego wyciągu sporyszu. Można takowy otrzymać przez osadzenie alkoholem, który zawsze trudno oddzielić się od smolistej masy. W każdym razie zabę alkoholem odurzyc można, jednakże to działanie nie musi być tak znacznem, jak sądzićby można, gdyż wedle doświadczenia Koblér'a*) (dośw. XVIII) alkohol nawet wstrzyknięty wprost do brzusznych żył nie zabija zwierzęcia. Były przytem wstrzyknięte do brzusznych żył 2 strzykawki Pravaz'a napełnione rozczyne ergotyny Wiggers'a w 38 proc. spirytusu; nie zrobimy więc błędu jeśli nieruchomość żab po tym doświadczeniu przypiszemy wpływowi alkoholu. Dla ugruntowania tego mego twierdzenia robiłem nad żabami kontrolujące doświadczenia: wstrzykiwałem raz do zewnętrznych i środkowych żył brzusznych 1 c. c. 25 proc., a w dalszych doświadczeniach 33 proc. spiritusu. Nieruchomość i zupełne sparaliżowanie uwiadczały się wtedy bardzo jasno i musimy przyznać, że wszystkie objawy po wstrzyknięciu alkoholu bardzo były podobne do takowych po otruciu ergotyną. Co do osadzonych alkoholem z wodnego rozczyntu wyciągów sporyszowych, to można zrobić tylko ten zarzut, iż w smolistych wyciągach pozostaje dość dużo takowego i w takim razie mój t. z. typowy szereg symptomatów paraliżu i t. d. jest tylko wynikiem działalności alkoholu. Co temu wprost przeczy to to: 1) iż ja i drudzy podobny stan wywoływaliśmy u żab i ssących wodną nalewką i odwarem, gdzie, szczególnie przy ostatnim, o działaniu alkoholu i mowy być nie może, 2) że nawet u żab widać wielką różnicę między działaniem sporyszu i alkoholu. Gdy wodny wyciąg sporyszu wstrzyknąc żabom do żył brzusznych, to, jak twierdzi Eberty (l. c. p. 11), serce niezwłocznie lub też nieco później pozostaje w stanie diastole, przy alkoholu zaś—jak o tem przekonałem się doświadczalnie (wstrzykiwanie w żyły brzuszne)—serce było czynne jeszcze całą godzinę.

Zresztą to działanie sporyszowego wyciągu na serce żab wedle spostrzeżeń Eberty'ego dla dalszego wyjaśnienia działania sporyszu w ogóle, jak tego chce Wernich, wcale się nie nada. Wedle wskazówek Koblér'a i Eberty'ego rozpinałem żaby, odkrywałem środkową brzuszną żyłę w dwóch miejscach oddalonych od siebie na 1—2 cent. i pod takowe podprowadzałem pętle z nitki. Na peryferycznej części rozcinalem następnie żyłę i wprowadzałem w takową cieką rurkę. Modyfikacją tę robiłem w tym celu aby się upewnić, że rurka rzeczywiście znajduje się w żyłę. Dla wstrzykiwań używałem $\frac{7}{10}$ procentowego rozczyntu soli kuchennej, ruchy serca były już przytem zmienione, jednakże nie dochodziło do zaprzestania takowych. Po wstrzyknięciu 10 proc. rozczyntu soli kuchennej ruchy serca natychmiast ustawały i dopiero po kilku minutach znów się zrzadka objawiały. Robiłem kilka podobnych doświadczeń i każdą razą obserwowałem takąż nieregularną działalność serca; jednakże w żadnym wypadku zaprzestanie ruchów serca nie było trwałem; ale też i nie było żadnej żaby, któraby po godzinie wróciła do zupełnego wznowienia działalności sercowej.

Czasami zdarzyło mi się tylko, że żaby solnym rozczyne, osobliwie połączeniami potasu były sparaliżowane a następnie zdychały. I tu można mi zarzucić, że wszystkie nalewki sporyszowe zawierają w sobie tak dużo procentu soli, że żaby zostają otrute przez nieorganiczne składowe części.

Dla sprawdzenia tego z rozmaitemi preparatami trojaka ilość paraliżującej dawki wyciągu była zaprawiona potażem, i sole trzech strzykawek zostały rozpuszczone w 1 c. c. wody i następnie wstrzyknięte pod skórę. Sole 3 c. c. prostej nalewki i rozczyntu przezemnie wydobytego i officynalnego wyciągu (w obu 1 cz. rozpuszczano w 4 cz. wody) nie wywołały sparaliżowania. Przeciwnie, taż sama ilość wyciągu Wernich'a paraliżowała i zabijała żaby. Sześć strzykawek wodnej nalewki (20 grm. na 100 wody) i 1,2 gr. officynalnego wyciągu zawierały w danym rozczyntu taką ilość soli, iż ta za-

*) Porównawcze doświadczałne badania fizyologicznego działania ergotyny Bonjeau i ergotyny Wiggers'a. Virchow's Archiv, Bd. 60.

bijała żaby. Przed wstrzykiwaniem podskórnym rozczyń potażowy zobojętniano kwasem siarczanym.

Sporysz używany przezemnie w tym celu pochodził z rozmaitych składów aptecznych, zwykle jednak od *G. e. h. e. et comp.* w Dreźnie. Dla niektórych jednak doświadczeń używałem mieszaniny.

Chociaż te symptomata, które się u żab spostrzegają wiele mają podobieństwa ze zjawiskami rojnicy (*raphania*) i doświadczeniami nad ssąciami, chciałem jednakże w niektórych razach stwierdzić działanie przedstawionego wyciągu i na tych ostatnich. W tym celu wybrałem dla doświadczeń kotów i królików.

W niektórych wypadkach doświadczenia dały zadawalniające rezultaty, w innych zaś razach stopniowo rozwijający się paraliż przekraczał pożądaną granicę i zwierzę prędko umierało w konwulsjach, lub też bywało i tak, że dawka nie była dostatecznie silną dla sparalizowania zwierzęcia.

Przypuszczenie że pareza jest najgłówniejszym skutkiem działania sporyszu, stawiam chętnie w harmonii z wszystkimi poprzednimi podaniami o experimentalnych zjawiskach i o zjawiskach w epidemii ergotyzmu. To też umyślnie nie chcę więcej cytować tych znanych symptomatów i poprzednich w tym zakresie prac.

Mam nadzieję za pomocą moich doświadczeń dowieść czytelnikom tożsamość zjawisk u żab i ssących i pragnąłbym temi głównymi działaniami wodnego wyciągu także wyjaśnić większą część zjawisk *ergotyzmu*. Obserwowaliśmy pojedyncze symptomata rojnicy z wyjątkiem zgorzeli. Myślę jednakże, że zjawiska te najprawdopodobniej drogą zбочeń wytłumaczyć się dadzą. Każdy lekarz wie doskonale jak wielkiego starania potrzeba, aby sparalizowane i znieczulone części ciała od odleżyn i zgorzeli ochronić. Co się tycze ergotyzmowej zgorzeli, chcę tu tylko przypomnieć iż u ludzi takowa nieważa miejsce w dolnych kończynach, a więc w częściach ciała, na które najwięcej wywiera ucisku ciężar tułowia. Chcąc zgorzel objaśniać działaniem naczyń nie mogliśmy zrozumieć dla czego pewna tylko część ciała, która mechanicznie bezpośrednio uszkodzoną nie była, zostaje właśnie dotkniętą zgorzelą. W doświadczeniach nad zwierzętami ulegały zgorzeli: u prosiąt—uszy i nogi, u ptaków—dzioby, grzebienie i skrzydła, a to właśnie są części najbardziej wystawione na zewnętrzne uszkodzenia i ciśnienia tułowia przy padaniu i uderzeniu się zwierzęcia.

Między terapeutycznymi działaniami sporyszu najwięcej uznaną własność wzmaga n i a bó l ó w podczas porodu. Głównym rezultatem naszych doświadczeń było wykazanie, iż w wodzie rozpuszczone składowe części sporyszu działają trująco przeważnie na mlecz p ac i e r z o w y i że pewna dawka, doprowadzająca ssące do zupełnego sparalizowania, na ośrodek nerwowy oddechu i serca tylko mało i dość późno działa. Doświadczenia również stwierdzają iż prawdopodobnie przy większych dawkach śmierć jest dalszem ciągiem sparalizowania ośrodka ruchów serca i oddechu. Dodać tu musimy iż paraliżująca materya sporyszu sprowadza i lekarskie działanie takowego,—wzmaganie bólów porodowych. Sądząc ze zjawisk paraliżu dowolnych mięśni, należałoby prędzej oczekiwać osłabienia mięśni macicznych, niż wzmoczenia się skurczów takowych. Pewne dane dla objaśnienia bólu wzmagającego działania sporyszu znajdujemy w doświadczeniach *Goltz'a*, któren dowodzi, iż w szpiku lędźwiowym ssących znajduje się ośrodek ruchowych nerwów macicy. Spodziewać się należy, iż twierdzenie to z czasem udowodnionem będzie doświadczeniami.

W doświadczeniach *Wernich'a* skurcze macicy nie były tak znaczne, jak to *Schlesinger* *) i *Oser* **) w swoich doświadczeniach podają. Przy sekcyach zastanawiało mnie to, że pęcherz moczowy zawsze był znacznie zwężony i zupełnie próżny. Nie mógłbym jednakże stanowczo twierdzić, iż takowy bywał zwężony w skutek sporyszu. Nie mogę się więc zgodzić z *Wernich'em*, który pęcherz czasami znajdował napełnionym.

Co do k r e w t a m u j ą c e g o działania sporyszu nie mam żadnych da-

*) Ueber Reflexbewegungen der Uterus. Med. Jahrb. 1873. Bd. 1.

**) *Schlesinger* u. *Oser*, Experimentelle Untersuchungen über Uterus bewegungen. Med. Jahrb. 1872.

nych. Przy całkowitem sparaliżowaniu można byłoby przyjąć, iż napełnienie naczyń, szczególnie zaś żył, przekracza o wiele normę i w takim razie bezpośrednio powstaje brak krwi w tętnicach; prócz tego w skutek powiększenia średnicy tętnicy zmniejsza się szybkość obiegu krwi.

Spostrzeżeń moich co do rozszerzenia tętnic nie mogę policzyć na karb działania sporyszu, gdyż porównawcze badania przy zwykłym podwiązaniu tętnicy dawały też same rezultaty. Taką niepewność pozostaje i przy liczeniu pulsu badanych zwierząt; pod tym względem mamy tylko wnioski *Arnault'a* *) czynione na własnej osobie. Znajdował on uderzenia serca powolniejszymi i spokojniejszymi po użyciu sporyszu, niż to miało miejsce w czasie spokoju bez zastosowania takowego.

Najlepiej objaśnia kwestyą zatamowania krwi bezpośredni wymiar ciśnienia takowej. Jeśli przyjmiemy to co podaje *Holmes*, to zadziwi nas, iż badacz ten w 23 doświadczeniach 21 raz znalazł bezpośrednio po wstrzyknięciu natychmiastowe obniżenie ciśnienia krwi. To obniżenie ciśnienia odpowiadało peryodowi, w którym pod mikroskopem widocznym było kurczenie się tętnic błony międzypalcowej żab. W każdym razie należałoby przy zwężeniu naczyń oczekiwać podwyższenia ciśnienia krwi **). Gdy jednak zmniejszanie ciśnienia krwi często się powtarzało, *Holmes* tłumaczył to zwężeniem tętnic płucnych i dochodził do podobnych rezultatów za pomocą innych doświadczeń, przy których pojedyncze części naczyń płucnych obezwładniał. W dalszym przebiegu następował niepokój i krzyk zwierzęcia, które się następnie uspakajało i w czasie spokoju dawało się spostrzegać stopniowe powracanie do pierwotnej wysokości ciśnienia. Między 23 doświadczeniami nad ciśnieniem krwi powtórne podwyższenie miało miejsce tylko u sześciu zwierząt, z których cztery wyciężonemi były poprzedniemi operacyami lub też chorobami. Te wyniki powtórnego podwyższenia wprost sprzeciwiają się naszym oczekiwaniom, gdyż, jak to znalazł *Haudelin* (l. c. p. 31), przy ogólnym sparaliżowaniu prędzej moglibyśmy oczekiwać obniżenia ciśnienia.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— **Podskórne wstrzykiwanie wody.** Pierwszy raz próbowałem wstrzykiwania przekroplonej wody w reumatycznej kulszowej rwie, ulga była tak nieznaczna i krótkotrwała, a cierpienie tak dolegliwe, że po dwóch zastrzyknięciach wody, użyłem do wstrzyknięć roztworu morfiny,—po drugim zastrzyknięciu choroba ustąpiła zupełnie. Próbowałem parę razy zastrzykiwania wody w nerwoból międzyżebrowym, ale skutek był zaden. W czerwcu b. r. byłem wezwany do 70 letniego starca, dymissyonowanego oficera, cierpiącego na reumatyzm w obydwóch ramionach, choroba trwała więcej jak rok, to pogorszała się w słotę, to polepszała się w dnie pogodne, zupełnie nieustępowała pomimo użycia rozmaitych maści (jodyna, veratryna): założenie rąk w tył niemożliwe, również podniesienie ich do góry i wyciągnięcie naprzód było bardzo bolesne. Silnie zbudowany chory cieszył się dotąd dobrym zdrowiem, mięśnie dobrze rozwinięte, tłuszczowej tkanki podskórnej bardzo mało; obmacawszy miejsca więcej bolesne, powyżej ich zrobiłem w obydwu ramiona wstrzyknięcie wody przekroplonej. Skutek był zadziwiający, bo już na drugi dzień ruchy wszelkie były swobodne i bez bólu, a co więcej mnie dziwi, że ból dotąd nie wracał, pomimo to, że chory narażał się na zmianę powietrza. Następnie próbowałem wstrzykiwać wody przy reumatyzmie mięśni lewego ramienia i łopatki, u kobiety 45 letniej, ból ustępował koło miejsca nakłócia, ale pozostawał niezmienny w miejscach oddalonych; w ciągu tygodnia zrobiłem 10 zastrzykiwań i ból nareszcie zupełnie ustąpił i ruch ramiona swobodny. Że podskórne wstrzykiwania wody działają mechanicznie, rozciągając gałązkę naczynia ner-

*) Sprawozdanie paryzkiej akademii 1848.

**) Patrz *Klebs*, *Virchow's Archiv* Bd. 32, str. 490 i nast.

wu, lub naciskając na ...4, to nie ulega wątpliwości; że nie może zamienić wstrzykiwań narkotycznych—to także pewno, jednak próbować warto, oosbliwie w tych razach, gdzie wstrzykiwanie narkotyków znajduje przeciwwskazanie.

Konstanty Frąckiewicz (z Tambowa).

— *Policarpium muraticum*. Taki preparat wyrabia z liści jaborandi fabryka wyrobów chemicznych Merk'a w Darmsztacie. Sól ta przedstawia się w postaci krystalicznego białego proszku, o gorzkim smaku, rozpuszczającego się łatwo w wodzie. Ze 100 kilogramów *pernambuco-jaborandi* otrzymano 70 gramów tego chlorowodanu pilokarpiny. W brazylijskim jaborandi niema tego alkaloidu. Dr A. Weber badał działanie tego przetworu Merk'a: 1 sześcienny centymet dwuprocentowego roztworu odpowiada działaniem swem naparowi z 5 grm. jaborandi na 120 grm. wody. Po podskórnym wstrzykaniu tej ilości roztworu pomienionej soli pilokarpiny, wydzielanie zwiększone potu trwa 1—3 godzin, skoro chory przebywa w łóżku. Zwiększone wydzielanie śliny pojawia się już w 3—5 minut po podskórnym wstrzyknięciu pół sześć. centymetra pół procentowego roztworu. Przyspieszenie tętna o 5—10 uderzeń na minutę, tudzież podniesienie ciepłoty o 0,5°—1,0° dostrzegał również Weber. Nudności, przy tem zastosowaniu są daleko mniejsze aniżeli po użyciu naparu liści—i nie dochodzi tak łatwo do wymiotów. Zwężenie źrenicy pojawia się później, lecz trwa też dłużej (o 12 g.) aniżeli powyżej opisane objawy. Podskórne wstrzykiwanie nie jest bolesne i nie sprawia skutków znanych jakie drażniące inne ciała powodują. To działanie przetworu, podniecające zmianę materji, oddawało Weber'owi dzielne usługi (10—12 wstrzykiwań) przy zaciemnieniach ciała szklistego po przewlekłej *irido-chorioiditis*.

— Przyczynek do leczenia błonicy (Dr Teucholt, Burgsteinfurt Allg. Med. Centralztg 34, 1876). W rozpaczliwym wypadku błonicy, w którym tracheotomia była odrzuconą, użył autor mieszaninę kwasu salicylowego i wody wapiennej (*acid. salic., aq. calcis* 2:200). Roztworem tym (zupełnie przezroczystym) pędzlowano i co godzinę podawano pół łyżki takowego z równą ilością mleka. Po upływie kilku godzin wyrzuconą została masa błon, oddech był swobodniejszym i w 3 dni nastąpiło wyzdrowienie. Odtąd autor podczas epidemii we wszystkich wypadkach używał tej mieszaniny, nie zwracając uwagi na chemiczny rozkład takowej. Starszym dzieciom zaleca płukanie; jeżeli tuszowanie u młodszych przedstawia trudności, podaje lekarstwo wewnątrz. Autor powiada, iż podczas swój dziesięcioletniej praktyki lekarskiej nigdy nie leczył tak szczęśliwie błonicy jak przy pomocy tych środków.

Dr H. L.

— Chore oczy przedstawione makroskopijnie w 30 rycinach (*Kranke Augen in 30 Bildern makrosk. dargestellt*) przez prof. Schiess'a (Bazel-Genf-Lyon 1876). Autor, prof. oftalmologii w Bazylei, zebrany przez siebie anatomo-patologiczny materiał przedstawił w 30 rycinach. Każda taka rycina wyobraża galkę oczną, po poprzednim stwardnieniu w płynie Mullera i następnie w spirytusie, rozciętą w pionowym lub poprzecznym kierunku, i przytem w 4-krotnym liniowym powiększeniu. Ryciny wykonane w drzeworytni dość starannie z pięknym cieniowaniem; do każdej ryciny zajmującej całą stronicę (in 4-to), na następnej dołączony krótki wyjaśniający tekst. Znajdujemy tu: 1) traumatyczne zranienie galki pistonem z następczemi zmianami, 2) zniszczenie siatkówki przy *iridocyclitis* i krwotokach wewnątrzocznych, 3) włókniste zwyrodnienie naczyńki, 4) całkowite oderwanie siatkówki przy *cyclitis*, 5) skurczenie się i stłuszczenie ciała szklistego, 6) skorupę kostną na naczyńkowie, 7) heteroplastyczny nowotwór siatkówki, 8) włóknisty mięsak białkówek i naczyńki, 9) mięsaki naczyńki i ciała rzęskowego, 10) melanotyczne mięsaki całej galki i rozmaitych jej błon, 11) gliomata siatkówki, 12) otorbielone ciała obce we wnętrzu galki, 13) garbce rogówki i białkówek z następczemi zmianami we wnętrzu galki, 14) *hydrophthalmus* z wynaczynieniem do przedkowej komórki oka i wklęsłością tarczy wzrokowej. Jak powiedzieliśmy, wszystkie te ryciny dobrze i jasno są wykonane, wydanie dość staranne, na pięknym papierze i wcale nie drogie (rs. 3 kop. 60); autor bowiem miał na celu obznajnić z patologicznemi zmianami oka nie tylko praktykujących lekarzy, lecz i uczących się, dla których podobne specjalne atlasy professorów A. Pagenstener'a—Gentha i O. Beckera są niedostępne dla swój wygórowanej ceny.

Dr J. T.

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 dwodziesty 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 1876 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 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.

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 wyżej wyliczonymi, lub z **Gazeta 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 p. 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 Galicji, 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 Girsztow I.

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

Druk. **Gaz. Lek.** Ul. Sto Krzyż. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 2 (14) Декабря 1876.