

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI CHOROÓB WENERYCZNYCH I SKÓRNYCH PROF. V. TRAUTVETTERA.

I. ZASTOSOWANIE SOLI SODOWYCH I POTASOWYCH KWASU SOZOJODOLOWEGO PRZY LECZENIU SZANKRÓW I DYMIEŃC.

Podał

Władysław Kopytowski,

Ordynator tejże kliniki.

Do leczenia przymiotu w ostatnich czasach, szczególnie przy stosowaniu wstrzykiwań głębokich, weszło w użycie całe mnóstwo nowych, przeważnie organicznych związków rtęci; do nowych tych leków przywiązane są imiona uczonych, polecających ich użycie; dość tu wspomnieć bardziej znane: LUSTGARTEN'a, LANG'a, SCHWIMMER'a, NAUMANN'a, WOLFF'a, GAMBERINI'ego, STUKOWENKOW'a, WATRASZEWSKIEGO i wielu innych. Jednakże w tym samym czasie zapas leków, używanych do leczenia szankrów, pozostał prawie w mierze.

Co prawda, wyniki, otrzymywane przy użyciu jodoformu, są o tyle zadawalające, że środek ten w omawianej chorobie jest niezbędnym i prawie zawsze wystarczającym. Lecz i to leczenie ma swoje słabe strony. Nieznośny i niczem niezatarty odór jodoformu, którego kilka kryształów niebacznie uronionych na ubranie, zatruiwa powietrze około chorego przynajmniej na kilka godzin [niemożność szczelnego nałożenia opatrunku przy niektórych umiejscowieniach szankrów przyczynia się też do tego w znacznej mierze], nierozpuszczalność jodoformu w wodzie, oto okoliczności, zniewalające nas, pomimo niezaprzeczonych zalet jodoformu, do poszukiwania środka, któryby mógł go skutecznie zastąpić.

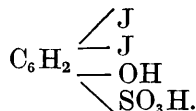
Wybór używanych w tym celu środków jest, co prawda, dość liczny; wymieniam tu bardziej znane: *ferro-kalium tartaricum*, *ferrum citricum*, *kalium chloricum*, *acid. carbolicum*, *acid. salicylicum*, *acid. pyrogallicum*, *alcalia*, *bismuthum salicylicum*, *jodol*, *creolinum* i wiele innych. Lecz środki te o wiele gorzej działają od jodoformu.

Od bardzo niedawnego czasu, bo dopiero od Września zeszłego roku [1888], pojawił się w handlu przetwór chemiczny, wyrabiany przez TROMMSDORFF'a w Erfurcie i wprowadzony do handlu pod nazwą sozojodolu ¹⁾. Przetwór ten za-

¹⁾ W roku zeszłym [w N-rze 16 naszej Gazety, na str. 335 i następn.] w dziale Wiadomości terapeutycznych kol. GROSTERN opisał sozojodol, a zarazem w sposób przystępny objaśnił budowę chemiczną tego przetworu.

wiera w sobie trzy bardziej zużane środki przeciwnie, jako to: jod, fenol i siarkę i ma łączyć w sobie ich działanie. Wynalazca TROMMSDORFF sądzi, że sozodol może w zupełności zastąpić jodoform.

Pod względem chemicznym sozodol, a raczej sozodole są to kwaśne sole kwasu dijonparafenolsiarczanego.



TROMMSDORFF wyżej przytoczone połączenie dla krótkości nazwał kwasem sozodolowym (*acid. sozodolicum*) i otrzymał połączenia z metalami: potasem, sodem, amonem, litynem, magnezem, glinem, srebrem, ołowiem, rtęcią i cynkiem, które to połączenia dla krótkości nazwał: *sozodol-natrium*, *kalium* i t. d.. Z połączeń kwasu sozodolowego z metalami znajdują się w handlu tylko połączenia z sodem, potasem, litynem, rtęcią i cynkiem.

Pomimo swej niedawnej przeszłości środek ten, o ile mi wiadomo, był już stosowany z pomyślnym skutkiem przez LASSAR'a w chorobach skórnych i przez D-ra FRITSCHÉ'go z Berlina w chorobach krtani i nosa.

Korzystając z nadesłanych próbek przez fabrykanta do warszawskiego uniwersytetu, pod przewodnictwem Profesora v. TRAUTVETTER'a miałem możliwość w prowadzonym przezemnie oddziale klinicznym wypróbować działanie *sozodol-natrium*, a w części i *sozodol-kalium*, a ponieważ otrzymane wyniki były wcale pomyślne, sądzę więc, że nie okaże się zbyt cennym podanie ich do wiadomości ogólnej.

Przed użyciem lekarstwa chore części były przemywane 1% wodnym roztworem kwasu karbolowego, następnie osuszane watą i posypywane cienką warstwą *sozodol-natrium*, lub *kalium*. Z wierzchu na proszek zawsze kładziono suchą oczyszczoną watę; opatrunki robiono raz na dobę.

Przypadków szankrów, leczonych tym sposobem, było ośm, oprócz tego jeden miałem w prywatnej praktyce. Oprócz tego do opatrunków zropiałych dymienic stosowano w dwóch przypadkach 5% wodny roztwór *sozodol-natrium*, a w jednym — *sozodol-kalium per se* w proszku. Tak więc wszystkich obserwacji jest dotąd dwanaście.

Poniżej przytaczam w krótkości historię chorób wyżej wykazanych chorych:

I. Ł. P., kelner, liczący lat 19, chory od dni dwudziestu. Zapisał się na oddział kliniczny szpitala Ś-go Łazarza 24. II. 1889.

Na wewnętrznej powierzchni napletka ze strony prawej członka około wędzidełka, znajdują się trzy szankry wielkości soczewicy i cztery mniejsze. Z lewej strony wędzidełka na napletku widać pięć szankrów wielkości małej soczewicy. Wszystkie szankry są *in stadio destructionis*. W pachwinach po obu stronach gruczoły są powiększone, bolesne przy ucisku. Ze strony lewej szankry zasypywano proszkiem *sozodol-natrium*, z prawej jodoformem. Po pięciu dniach tego leczenia szankry z obu stron się oczyściły. Powiększone gruczoły powróciły

do pierwotnego stanu. Działanie *sozjodol-natrium* równało się jodoformowi w danym przypadku. Chory wypisał się z kliniki d. 1. III. 1889.

II. R. K., zdun, lat 42. Chory od dni dziesięciu. Wstąpił na oddział kliniczny 7. III. 1889. W zażołądźciowym rowku członka z lewej strony około wędzidełka znajduje się jeden szankier wielkości grochu szablastego, pięć małych naokoło i na wewnętrznej powierzchni napletka, z góry dwa małe szankry wielkości łepka od szpilki. Szankry są *in stadio destructionis*. Gruczoły w pachwinach są słabo powiększone, niebolesne. Użyto *sozjodol-natrium*. Przez pierwsze dwa dni szankry zwolna się oczyszczają, następnie prędkiej, tak, że po tygodniu część szankrów bezpośrednio pod sozjodolem się zagoiła, a pozostałe zupełnie się oczyściły, tak, że użycie środków ściągających stało się możliwem. D. 16. III. chory wypisał się wyleczonym.

III. R. M., czeladnik fabryczny, lat 24 liczący, choruje od trzech tygodni. Wstąpił na oddział kliniczny d. 15. III. 1889.

W rowku poza-żołądźciowym widać pięć szankrów wielkości od łepka szpilki do soczewicy w okresie rozpadu. Pod *sozjodol-natrium* trzy mniejsze owrzodzenia weneryczne zagoiły się w ciągu dni pięciu. Największy szankier wolno się oczyszcza. Stosowano jodoform w ciągu dni dwóch, ale stan pozostał bez zmiany. Powrócono do zastosowania *sozjodol-natrium*—szankier się oczyścił w ciągu dni dwóch. Chory wypisał się z kliniki z niezagojonym, lecz oczyszczonym jednym szankrem, d. 24. III. 1889.

IV. W. R., zdun, lat 18 liczący, chory jest od sześciu tygodni. Wstąpił na oddział kliniczny d. 20. III. 1889.

Szankier zniszczył wędzidełko i zajmuje dolną część główki i część napletka; owrzodzenie wielkości bobu. Część szankra pod główką członka oczyszczona; większa część owrzodzenia na napletku w okresie rozpadu. Pod *sozjodol-natrium* w ciągu dni 6 szankier się oczyścił. Zastosowano wówczas płyn ściągający. Dnia 28. III. 1889. chory wypisał się wyleczonym.

V. L. J., lat 22 liczący, wyrobnik, zapisał się na oddział kliniczny d. 16. III. 1889, chory jest na trypra cztery tygodnie. Stulejka. Szankier przy przejściu skóry w błonę śluzową napletka wielkości małego bobu istnieje trzy tygodnie. Drugi szankier na skórze prącia z przodu wielkości małej fasoli—od tygodnia. Na ten to ostatni był użyty sozjodol. Szankier w środku się oczyszcza, lecz szerzył się po powierzchni w ciągu dni 3 — następnie się oczyścił w ciągu dni czterech, a po pięciu zagoił. Leczenie dni 12.

VI. P. I., garbarz, lat 24 liczący, zapisał się na oddział kliniczny d. 28. III. 1889.

Sclerosis primitiva. Syphilis cutanea maculosa; dwa szankry na napletku jeden wielkości szablastego grochu, drugi mały od dwóch tygodni. Oba owrzodzenia leżą ze strony prawej i przeciwnej położeniu pierwotnego objawu przymiotu. Szankry zasypiano *sozjodol-natrium*; szankry wolno się oczyszczają w ciągu dni czterech, jednocześnie gruczoły pachwinowe ze strony prawej się powiększają i przy ucisku stają się bolesnemi. Zamiast sozjodolu sodu użyto jodoformu, a nalewkę jodową i ucisk zastosowano na obrzękłe gruczoły. Po czterech dniach szankry się oczyściły, a gruczoły wróciły do zwykłego stanu.

VII. F. J., robotnik, lat 28 liczący, zapisał się na oddział kliniczny d. 22. III. 1889.

Choruje od czterech tygodni. Stulejka od siedemnastu dni. Nie leczył się do wstąpienia do szpitala. Przy przejściu skóry napletka w błonę śluzową mnóstwo różnej wielkości szankrów, okrążających wolny brzeg napletka. Użyto na stronę prawą *sozojodol-natrium*, na lewą jodoformu. Leczenie to ciągnęło się przez trzy dni — różnicy w działaniu dopatrzeć nie można. Szankry oczyszczały się zwolna. Po trzech dniach wszędzie był użyty jodoform, ponieważ wyszedł cały zapas *sozojodol-natrium*.

VIII. Pan X., zegarmistrz, chory, jest od dni sześciu. Tryper i pięć szankrów wielkości fasoli, jeden na żołądzu, a cztery na wewnętrznej powierzchni napletka. Po sześciu dniach z wyjątkiem szankra na żołądzu, wszystkie pozostałe się oczyściły, a po dniach czterech pod ściągającym płynem zagoiły się. W tymże czasie, t. j. po dniach dziesięciu od początku leczenia, szankier na żołądzu oczyścił się.

IX. Z. S., oficjalista prywatny, lat 18 liczący, choruje od dni dziesięciu. Zapisał się na oddział kliniczny 8. IV. 1889.

Na wewnętrznej powierzchni silnie obrzękłego napletka mnóstwo drobnych szankrów; z przyczyny stulejki wszystkich obejrzeć nie można. Gruczoły pachwinowe z obu stron są lekko obrzękłe i bolesne przy ucisku. Zimny okład. Zasypywanie szankrów *sozojodol-kalium*. Obrzęk się zmniejsza pod wpływem tego leczenia, tak, że już na drugi dzień można odciągnąć napletek; po 6 dniach większa część szankrów się zagoiła, a na pozostałe zupełnie oczyszczone zastosowano okład z płynu ściągającego.

W następnych dwóch przypadkach, był użytym wodny 5% roztwór *sozojodol-natrium* do opatrunków zropiałych oczyszczonych dymieniem. A na koniec w ostatnim przypadku użyto bezpośrednio po przecięciu ropnia *sozojodol-kalium per se* w proszku do opatrunku.

X. B. I., szewc, lat 22 liczący, chory jest od 6 tygodni. Zapisał się na oddział kliniczny 4. II. 1889.

Szankier wielkości fasoli około wędzidełka *in stadio reparationis*. Ropień w lewej pachwinie wielkości gęsiego jaja. Tegoż dnia ropień przecięto i nałożono opatrunek jodoformowy. Po dwóch tygodniach wewnętrzna powierzchnia ropnia pokryła się prawidłową ziarniną. Dla porównania w tym okresie działania *sozojodol-natrium* z jodoformem, użyto do opatrunku 5% wodnego roztworu *sozojodol-natrium* na oczyszczonej gazie. Lecz już po trzech dniach ziarnina zbladła, zmniejszyła się i stała się jakby śluzową [opatrunek zmieniano codziennie]. Powrócono do jodoformu, przyczem ziarnina przyjęła prawidłowy wygląd.

XI. N. I., lokaj, lat 27 liczący, zapisał się na oddział kliniczny d. 13. II. 1889.

Lymphadenitis inguinalis purulenta sinistra. Ulcus venereum in stadio reparationis. Chory od czterech tygodni. Po oczyszczeniu jamy ropnia pod jodoformem, zastosowano 5% wodny roztwór *sozojodol-natrium* do opatrunku. Wynik, jak i w poprzednim przypadku.

XII. D. J., dorożkarz, lat 38 liczący, zapisał się na oddział kliniczny d. 13. IV. 1889.

Ulcera venerea multiplicia. Phimosis. Bubo inguinalis dexter. Ropień przecięto; jamę jego przemyto 1% wodnym roztworem kwasu karbolowego, a po jej wysuszeniu pokryto cienką warstwą proszku *sozojodol-kalium per se*. Przecięcie nastąpiło 18. IV. Pierwszy opatrunek zmieniono 25. IV., drugi 29. IV., trzeci 2. V. Dymienica zagoiła się w ciągu dni 16 bez ropienia.

Muszę dodać, że prawie we wszystkich przypadkach po zastosowaniu, czy to *sozojodol-natrium*, czy *kalium per se* w proszku, występowało lekkie palenie, trwające od pięciu do dziesięciu minut.

Chociaż spostrzegane przezemnie przypadki, leczone solami kwasu sozojodolowego, są jeszcze zbyt nieliczne, aby z nich można było dojść do stanowczych wyników i należytego ocenienia *sozojodol-natrium et kalium*, jako środka leczniczego przy szankrach i zropiałych dymienicach, są jednak o tyle zadawalające, że środek ten może być poleconym praktykom i może przynieść niezaprzeczoną korzyść chorym.

Jak przytoczone wyżej historyje chorób wskazują, szczególnie małe szankry, bezpośrednio, t. j. bez użycia ściągających płynów, wprost pod *sozojodol-natrium et kalium* ulegają zagojeniu; większe jednak owrzodzenia weneryczne po ich oczyszczeniu prędsiej się goją pod środkami ściągającymi. Jeżeli po oczyszczeniu szankrów w dalszym ciągu używamy sozojodolu sodowego, a szczególniej potasowego *per se*, to ziarnina na owrzodzeniach rozwija się niepomieranie. Zauważyłem to w dziewiątym przypadku. Ponieważ sozojodolu potasu mogłem użyć tylko w jednym przypadku, różnicy więc w działaniu jego i sozojodolu sodowego trudno dopatrzeć, lecz można przypuszczać, że jako związek trudno rozpuszczalny może swoje działanie dłużej wywierać. W jednym przypadku po użyciu *sozojodol-natrium per se* wystąpił obrzęk gruczołów pachwinowych [przyp. szósty], który pod jodoformem, nalewką jodową i miejscowym ucisku gruczołów ustąpił; można byłoby ztąd dojść do przekonania, że *sozojodol-natrium* trochę drażni; lecz w analogicznym przypadku [przypadek pierwszy] bolesne i powiększone gruczoły pachwinowe rozeszły się przy miejscowym użyciu na szankry *sozojodol-natrium per se*. Być więc może, że, używając w dalszym ciągu *sozojodol-natrium* i stosując na bolesne gruczoły nalewkę jodową i ucisk, otrzymalibyśmy takie wyniki, jak przy zastosowaniu jodoformu.

Niepomyślnem okazało się stosowanie pięcio-procentowego wodnego roztworu *sozojodol-natrium* przy opatrunkach zropiałych dymienic. Z przyczyny nieznaczej ilości leku, tenże nie mógł być *per se* użytym do opatrunków.

Natomiast użyty w ostatnim przypadku *sozojodol-kalium per se* do opatrunku zropiałej dymienicy, bezpośrednio po jego przecięciu, okazał się w działaniu bardzo pomyślnym.

Zestawiając w kilku słowach wszystko wyżej przytoczone o działaniu *sozojodol-natrium et kalium*, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1) Jako środek oczyszczający szankry [względnie owrzodzone powierzchownie] działanie *sozojodol-natrium et kalium* niczem nie ustępuje jodoformowi.

2) *Sozodol-natrium et kalium*, użyte *per se*, po oczyszczeniu owrzodzeń, przyspieszają znacznie rozwój prawidłowej ziarniny.

3) Pięcio-procentowe wodne roztwory *sozodol-natrium* słabo drażnią i dla tego nie nadają się do opatrunków zropiałych dymienic. Być może, że silniejsze roztwory działają lepiej.

Słabą stroną soli kwasu sozodolowego stanowi niepomierne wysoka dotychczas cena tego leku, nie pozwalająca na szersze jego zastosowanie.

Jednocześnie stosowano w chorobach wenerycznych i inne sole kwasu sozodolowego, lecz przypadki te są jeszcze zbyt nieliczne i dlatego nie nadają się do publicznego ogłoszenia.

II. PRZYZYNEK DO WYJAŚNIENIA

WPLYWU CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH NARZĄDU ODDECHOWEGO NA TRAWIENIE ŻOŁĄDKOWE.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 2 Kwietnia 1889 r.]

Napisał

Adam Chełmoński,

Ordynator kliniki dyagnostycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Klinicystom oddawna znany jest fakt, że chorzy, dotknięci rozedmą płuc, przewlekłą gruźlicą, często skarżą się na dolegliwości takie, jak: brak łaknienia, odbijania, uczucie pełności po jedzeniu i t. p.. Dolegliwości te, o ile im mianowicie towarzyszy obłożenie języka, uczucie bólu, występujące przy uciskaniu okolicy nadpępkowej, powszechnie uważane są za oznaki nieżytu żołądka. Jak jednak w tych razach odbywa się trawienie, jaka jest istota tych zaburzeń, czy mają one jaką wspólną podstawę anatomiczną, czy czynnościową, nic o tem pewnego nie wiemy. Zaledwie tu i owdzie spotkać się można z pobieżną wzmianką, dotyczącą trawienia żołądkowego suchotników. EDINGER ¹⁾ np. w 3 przypadkach gruźlicy, połączonej z niestrawnością, nie znajdował w zawartości żołądka wolnego kwasu solnego. KLEMPERER ²⁾ również w soku żołądkowym 2 suchotników nie wykazywał wolnego HCl, mimo to kwas ten choć w zmniejszonej ilości wydzielał się. BORDONI ³⁾ i ROSENTHAL ⁴⁾, opierając się na kilku niedokładnych spostrzeżeniach, potwierdzają wyniki poprzedników. Wszystkie te wzmianki mają tu zresztą mało wartości, gdyż albo odnoszą się do suchotników gorączkujących, albo opierają się na badaniach, nieściśle przeprowadzonych.

Postanowiłem rozpatrzyć rzecz tę nieco ogólniej: nie ograniczając się mianowicie do tych tylko przypadków chorobowych, w których spotkałem się z objawami niestrawności, badałem trawienie żołądkowe wszystkich chorych, dotkniętych przewlekłą gruźlicą, rozedmą płucną i przewlekłym nieżytem oskrzeli, jakich miałem sposobność spostrzegać.

¹⁾ EDINGER. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 29, pag. 555.

²⁾ KLEMPERER. Zeitschr. f. kl. Med. B. 14, H. 1 u. 2.

³⁾ BORDONI. Streszczenie w Centrblt. f. kl. Med. 1888. Nr. 63.

⁴⁾ ROSENTHAL. Berl. kl. Woch. 1888. Nr. 45.

Wyjątek stanowili chorzy gorączkujący, gdyż, jak wiadomo [MANASSEIN, KUSSMAUL, LEUBE, ZASIECKIJ, UFFELMANN, VELDEN, WOLFRAM - GLUZIŃSKI], gorączka, sama przez się, znacznie zmienia chemiczną czynność żołądka. Zanim przejdę do metod, jakich używałem, wypada mi przedewszystkiem zaznaczyć, że przy wprowadzaniu zgłębnika chorem, dotkniętym wyżej wzmiankowanemi cierpieniami, napotkałem wiele trudności: u jednych zjawiała się tak silna duszność, że nieraz byłem zmuszony wyjmować zgłębnik bezpośrednio po wprowadzeniu, u innych znowu po tym rękoćźnie występowało niekiedy krwopłucie. Jedno i drugie zmuszało oczywiście do zaniechania dalszych prób. Ztąd nie we wszystkich przypadkach udawało mi się przeprowadzić badania wielokrotnie, dlatego też, rozporządzając częstokroć bardzo niewielką ilością zawartości żołądka, z konieczności ograniczyć się musiałem do przerobienia prób najważniejszych.

Do otrzymania soku żołądkowego posiłkowałem się stale metodą RIEGEL'a ¹⁾. Zawartość wydobywałem pierwszy raz po 3½, drugi raz po 4½, trzeci po 5 godzinach. W ten sposób u każdego badanego wydobywano zawartość najmniej trzykrotnie. W niektórych przypadkach, niezależnie od tej metody, badałem zawartość w 1½ godziny po śniadaniu EWALD'a. Wszyscy badani, jako chorzy szpitalni, w czasie prób znajdowali się mniej więcej w tych samych warunkach ²⁾. Ponieważ w danym razie nie chodziło mi o wykazanie bezwzględnej ilości wydzielanego HCl, lecz jedynie pragnąłem się przekonać, czy na wysokości trawienia żołądkowego HCl wydziela się w takiej ilości, że po utworzeniu związków z zasadami organicznego i nieorganicznego pochodzenia pozostaje go jeszcze nadmiar, przeto posiłkowałem się metodą barwnikową, wykazującą, jak wiadomo, jedynie wolny HCl ³⁾. Zwyczajnie używałem odczynnika GÜNZBURG'a, który, jak się przekonałem, jest najczulszym i, co ważniejsza, posiłkując się nim, najłatwiej uniknąć wielu błędów. W razach wątpliwych uciekałem się do innych odczynników. Siłę trawienną danego soku określałem według wskazówek, podanych przez EWALD'a ⁴⁾, chłonięcie według PENZOLDT'a, siłę mechaniczną według LEUBE'go, zresztą trzymałem się powszechnie używanych metod. Z konieczności pominąć musiałem określanie stopnia kwaśności i fermentu mlecznego.

Przechodzę do swych badań.

I. Gruźlica przewlekła. Za materyjał służyli mi suchotnicy starzy, w średnim wieku i młodzi, wyniszczeni i odżywiani nieźle, mężczyźni i kobiety, bądź z oznakami poczynającego się zaledwie rozpadu w jednym

¹⁾ RIEGEL. VOLKM. Samml. Nr. 289. 18:6.

²⁾ Porównaj rozprawę doktoryzacyjną WAGNER'a. Petersburg. 1888.

³⁾ Że HCl istotnie tworzy związki z wprowadzanemi do żołądka pokarmami, widać to z następujących kilku prób: do 100 ctm. rosołu z drobną kaszką trzeba dodać około 50 ctm. 0,2% HCl aby wystąpił odczyn GÜNZBURG'a; 100 ctm. kleju szpitalnego pochłania blisko 25 ctm. 0,2% HCl; 100 ctm. przesączonego nastoju z bułki [szklanka herbaty bez cukru + 35,0 bułki — pochłania 14 ctm., nieprzesączonego blisko 50 ctm.; 2% roztwór peptonu pochłania równą ilość 0,2% HCl, jeżeli wnosić z występowania odczynu GÜNZBURG'a, inne metody barwnikowe wykrywają w tym razie HCl znacznie wcześniej; białko jaja kurzego, zdaje się, jeszcze chętniej łączy się z HCl.

⁴⁾ EWALD. Klinik d. Verdauungskrankheiten. II. p. 38.

z wierzchołków, bądź z objawami licznych ognisk, rozrzuconych na całej przestrzeni płuc, bądź wreszcie z dużymi jamami.

Odczyn zawartości żołądkowej po większej części bywał kwaśnym. Na 11 badanych u 8 stale nie występował odczyn na wolny HCl. Sok, niezawierający wolnego HCl, w 2 przypadkach, połączonych z objawami niestrawności, dawał wyraźny odczyn na śluz, zwyczajnie jednak śluzu nie było. Próba biuretowa zaledwie w 3 przypadkach braku wolnego HCl wykazała ślady peptonu. We wszystkich 11 przypadkach znajdowano wolny lub połączony kwas mleczny. O ile wolno wnosić z 5 [na 8] spostrzeżeń, sok pozbawiony wolnego HCl, nawet dostatecznie zakwaszony, nie trawi krążka białka po kilku dniach. Sok 3 chorych, zawierający wolny HCl, trawił również bardzo niedołącznie [po 12 godzinach]. Mechanizm trawienia w 5 badanych [na 11] przypadkach, niezależnie od braku lub obecności wolnego HCl, okazał się dostatecznym. W 2 przypadkach, które połączone były z niestrawnością, po 7 godzinach znajdowano w żołądku masę niestrawionego pokarmu. Chłonięcie we wszystkich 11 przypadkach okazało się niedostatecznym ¹⁾: jod jodku potasu, podanego naczczo, barwił krochmalowy papierek po 20, niekiedy dopiero po 25 minutach.

Jak mamy sobie tłumaczyć wzmiankowane zaburzenia?

EDINGER, a za nim i ROSENTHAL, którzy, jak wspominałem, w soku żołądkowym kilku suchotników nie znajdowali wolnego HCl, wiążą fakt ten ze skrobiowatym zwyrodnieniem tętnic. Gdyby tak było istotnie, to na zwłokach suchotników powinniśmy spotykać się bardzo często ze zwyrodnieniem takiejże samej natury w śledzionie, wątrobie, lub nerkach. Przejrzałem protokoły sekcji suchotników, które dokonano w naszym prosektoryjum w latach 1882, 1883, 1884 i 1885 i znalazłem, co następuje: przy badaniu 162 zwłok suchotników, zaznaczono wszystkiego 8 razy zwyrodnienie skrobiowate nerek, w 6 przypadkach połączone z takimże zwyrodnieniem śledziony, a w 2 i wątroby. Widzimy tedy, że zwyrodnienie skrobiowate spotyka się w grzyczicy stosunkowo do częstości zaburzeń w chemizmie trawienia rzadko, że więc objaśnienie EDINGER'a jest zbyt jednostronnem. Jeżeli już mamy szukać w tętnicach przyczyny wzmiankowanych zaburzeń wydzielniczych, to szukać jej należałoby nie tyle w skrobiowatym zwyrodnieniu tętnic, które jest tu stosunkowo rzadkiem, ile w t. zw. *endarteriitis chron. fibrosa*, gdyż taki stan tętnic jest w grzyczicy nadzwyczaj rozpowszechnionym, jak to wykazał bardzo niedawno IPPA ²⁾. STICKER ³⁾ ostatnimi czasy zwrócił uwagę na następującą okoliczność: przy połykaniu małej ilości śliny wydzielą się mniej soku żołądkowego. Można by przypuszczać, że chorzy kaszlący i pluący tracą wraz z płwociną dużo śliny i, co zatem idzie, wydzielają mało soku żołądkowego. Po zbadaniu jednak 4 chorych, dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli, kaszlą-

¹⁾ O ile wnosić można z próby PENZOLDT'a.

²⁾ IPPA. Rozprawa doktorska. Petersburg. 1889. Nr. 23.

³⁾ STICKER. VOLK. Samml. klin. Vortr. Nr. 297.

[illegible]

Z przytoczonego zestawienia wynika, że nieżyt żołądka spotyka się przy rozedmiu bardzo często i że, wnosząc z zestawu wątroby, zawdzięcza zapewne swe pochodzenie zastojowi żylnemu. Co zaś do przypadków, w których na zwłokach obok wątroby muszkatułowej znaleziono błonę śluzową żołądka bładą, to i tu za życia chorego spodziewać się należy niedostatecznego odpływu krwi żyłnej z żołądka. Tak więc zastój żylny w żołądku uważać można za stałego niemal towarzysza rozedmy płuc. Oczywiście zastój taki za życia danego osobnika może się powiększać i zmniejszać w zależności od nasileń nieżyty oskrzeli, czynności serca, kiszek i t. p. czynników. Ta okoliczność tłumaczy nam, dlaczego w 2 przypadkach rozedmy przy istnieniu duszności odczyn na wolny HCl nie występował, a zjawiał się ze zmniejszeniem takowej.

O ile mi wiadomo, patologia doświadczalna nie wie dotąd dokładnie, jaki wpływ wywiera zastój żylny na wydzielniczą czynność żołądka. Zato znane są analogiczne doświadczalne dane, odnoszące się do wpływu zastojów żylnych na czynność nerek. PANETH ¹⁾, a następnie MUNK i SENATOR ²⁾ dowodnie wykazali, że przy istnieniu zastojów żylnych w nerkach ilość moczu zmniejsza się o $\frac{1}{2}$ wraz ze zmniejszeniem o $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ ilości mocznika. Można sobie z łatwością wyobrazić, że coś podobnego dotyczy wszelkich innych wydzielin, a więc i soku żołądkowego. W końcu niepodobna zaprzeczyć, że w tej sprawie pewną rolę odgrywać może osłabienie ruchów przepony, przekazujące się żołądkowi, z nią połączonemu.

Wyniki, do jakich doszedłem, sprowadzić można do następujących punktów:

1) W przebiegu gruźlicy przewlekłej, niezależnie od gorączki, bardzo często [ale niezawsze] stwierdzić można w zawartości żołądka stale brak wolnego HCl i bardzo małą ilość pepsyny. Taki skład soku żołądkowego prawdopodobnie zależy po części od ogólnego wyniszczenia, *resp. endarteriitis fibrosa chr.*, po części od zastoju żylnego w żołądku, wyjątkowo niemal od skrobiowatego zwyrodnienia tętnic błony śluzowej żołądka.

2) Przy rozedmie płucnej w zawartości żołądka występuje bardzo często brak wolnego HCl i mała ilość pepsyny. Zdaje się, że objaw ten jest w ścisłym związku z zastojem żylnym w żołądku i dlatego nie jest stałym.

¹⁾ PANETH. Archiv für die ges. Phys. XXXIX.

2) MUNK u. SENATOR. VIRCHOW's Arch. CXIV. Ctbl. f. d. med. Wiss. 1887. Nr. 3.

3) W gruźlicy i rozedmie występowanie wzmiankowanych zmian w składzie soku żołądkowego nie ma związku z występowaniem objawów przewlekłej niestrawności.

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę na następujące pytanie: czy takie poważne zaburzenia w chemicznej czynności żołądka odbijają się na stanie ogólnym?

Dziś już nie ulega wątpliwości, że w tych razach, w których niedostateczne wydzielanie soku żołądkowego zależy od miejscowej, żołądkowej przyczyny, przy dostatecznej mechanicznej sprawności, chemiczną czynność żołądka zastępczo pełni trzustka, a ustrój niewiele na tem traci. Powołuję się w tym względzie na doświadczenia OGATA ¹⁾, oraz na prace kliniczne JAWORSKIEGO, GRUNDZACHA, EWALD'a i innych, dotyczące przypadków t. zw. *catarrhus ventriculi mucosus, v. atrophicans*. Rzecz ta jednak przedstawia się zupełnie inaczej, jeżeli zaburzenia w chemicznej czynności żołądka zależą od przyczyny ogólnej, jaką jest np. gorączka, ogólne wyniszczenie, lub zastój żylny w całej jamie brzusznej. Co do gorączki, to dziś już wiadomo, że prócz zmniejszonego wydzielania śliny i soku żołądkowego zmniejsza się tu również wydzielanie soku trzustkowego [STOLNIKOW ²⁾] i żółci [UFFELMANN ³⁾].

Zdawałoby się słusznym przypuszczenie, że to samo zachodzić musi przy wyniszczeniu ogólnem, lub zastojowi w żyłach wrotnej, że więc w tych razach nie ma co liczyć na zastępczą czynność trzustki, lecz przy zmniejszeniu wydzielania soku żołądkowego spodziewać się należy również zmniejszenia wydzielania wszystkich soków trawiennych jamy brzusznej. Rzecz oczywista, że o ile taki niedowład wydzielniczy będzie stałym, to wcześniej czy później z konieczności odbić się on musi na stanie ogólnym. To właśnie może mieć miejsce w gruźlicy przewlekłej. W tej chorobie wiele czynników składa się na to, że dany ustrój ubożeje, usycha; wśród wielu złe trawienie, zdaje się, odgrywa poważną rolę.

Względnie dobre odżywianie chorych, dotkniętych rozedmą płucną, objaśnione być może przemijającym niedowładem wydzielniczym soków trawiennych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

29. Hoffmann [z kliniki prof. RIEGEL'a w Giessen]. O wpływie prądu stałego na wydzielanie soku żołądkowego.

Jakkolwiek istnieją już doświadczenia badania ZIEMSSSEN'a i ROSSi'ego nad wpływem elektryczności na wydzielanie soku żołądkowego, jednakże z powodu ich niedokładności poszukiwania HOFFMANN'a uważane być mogą za pierwowidy w tym kierunku. Przedewszystkiem powtórzył autor doświadczenie ZIEMSSSEN'a na psach. Utworzywszy przetokę żołądka u psa, głodzonego przez 24 godzin,

¹⁾ OGATA. Arch. f. Phys. 1883.

²⁾ STOLNIKOW. VIRCHOW's Arch. Bd. XC. pag. 389.

³⁾ UFFELMANN. Deutsch. Arch. f. kl. Med. XIV. pg. 286.

i przeczekawszy, aż skończy się wydzielanie śluzowej zawartości o neutralnym odczynie, przeprowadził przez żołądek strumień stały. Po 7 minutach pokazała się z otworu przetoki pierwsza kropla płynu kwaśnego ze zuanemi odczynami na kwas solny, a po niej nastąpiło jednostajne powolne wydzielanie się tegoż płynu. W ciągu 12 minut działania prądu zebrało się około 14 centymetrów sześciennych, ze stopniem kwaśności 0,2190% kwasu solnego. Po przerwaniu strumienia sączyło się jeszcze przez 3 minuty. Doświadczenie to powtórzył autor kilka razy i zawsze zgodne otrzymał wyniki z małemi różnicami w cyfrach, co do początku wydzielania się soku żołądkowego i co do stopnia jego kwaśności.

Następnie przeprowadził badanie wpływu prądu stałego na żołądek ludzi zdrowych po 12 godzinnem wstrzymywaniu się ich od przyjmowania pokarmów. Za punkt wyjścia tych badań przyjął twierdzenie, dotąd za pewnik uważane w nauce, że czczy żołądek ludzi zdrowych żadnej zawartości nie posiada. Wprawdzie najnowsze badania SCHREIBER'a i ROSIN'a zdawały się pewnikowi temu przeczyć, jednakże umyślnie przeprowadzone przez autora poszukiwania w tym kierunku doprowadzają do innych wyników, zgodnych z dotychczasowymi, a mianowicie: badając żołądki 25 osób obu płci, różnego wieku, pozbawionych wszelkich zbroceń w trawieniu, wydobyl autor na 48 doświadczeń w 33-ch minimalne ilości płynu, w 6-ciu około 8 centymetrów sześciennych, a tylko w 9-ciu ilość płynu dochodziła do 50 centymetrów. Stopień kwaśności ani razu nie dosięgnął 0,1% HCl. Nietyle więc w obiektywnych wynikach swych doświadczeń, ile w wyciąganych z nich wnioskach różni się autor od SCHREIBER'a i ROSIN'a, twierdząc z całą stanowczością bardzo słusznie, że tak małe ilości płynu, wydobywanego z żołądka po 12 godzinnym poście, nie mogą być dowodem ciągłej wydzielniczej czynności błony śluzowej, że tak mały wreszcie stopień kwaśności [nigdy 0,1%], przy większych ilościach płynu, niezbicie dowodzi, że płyn ten nie jest czystym sokiem żołądkowym. Najprawdopodobniej jest w nim domieszka śliny, śluzu i zawartości jelit, na co wskazuje częsta obecność barwników żółciowych; cała zaś zawartość żołądka, otrzymywana w tych warunkach, jest, według autora, następstwem mechanicznego drażnienia błony śluzowej żołądka zgłębnikiem, który, zginając się, przechodzi w zetknięcie z mniej lub więcej znaczną częścią jej powierzchni. Żołądek różnych ludzi w różnym stopniu jest wrażliwym na takie mechaniczne drażnienie i tem się tłumaczą przypadki, w których zawartość żołądka, badana na kwas solny, dawała wynik ujemny. Niezmiernie zaś małą ilość przypadków z obfitszą zawartością i wyższym, prawie prawidłowym, stopniem kwaśności poczytuje autor za objaw patologiczny, w pierwszych okresach choroby, co bardzo wymownym stwierdza przykładem, gdzie niebywały prawie stopień kwaśności: 0,62%, żadnych objawów pierwotnych ze strony żołądka nie wywoływał i pozwalał, aż do chemicznego zbadania płynu, na zaliczenie człowieka ciężko chorego do zupełnie zdrowych.

Autor przytacza wyniki badania 7 osób ze zdrowym żołądkiem, z którego codzień prawie wydobywał zawartość naczczo, naprzemian bez elektryzacji lub z elektryzacją. Biegun dodatni umieszczał na plecach [elektroda 20: 25 ctm.] ujemny w okolicy żołądka [20: 15 ctm.], stosował strumień przez 20 minut o sile 50 MA [duży poziomy galwanometr EDELMANN'a]. Z badań tych okazało się, że podczas gdy bez elektryzacji udało się wydostać niekiedy tylko kilka kropel zawartości żołądka, to po jej zastosowaniu stale otrzymywano znaczne ilości płynu z prawidłowym, lub prawie prawidłowym stopniem kwaśności, ze wszystkimi odczynami na kwas solny, trawiącego bardzo szybko białko w termostacie, jednym słowem znaczne ilości soku żołądkowego.

Autor przeprowadził badanie jeszcze i w taki sposób, że wydobywał zawartość z żołądka, zaraz potem przeprowadzał prąd stały i znowu badał

z głębnikiem. Jakkolwiek wyniki i tu były zgodne z poprzedniami, jednakże sam autor nie przywiązuje do tych badań wielkiego, rozstrzygającego znaczenia, albowiem mogło tu przyjąć udział działanie mechaniczne z głębnika.

Nie wiadomo, na czym polega niewątpliwy wpływ prądu galwanicznego na czynność wydzielniczą żołądka, a mianowicie: czy na odruchowym działaniu przez skórę, czy też na bezpośrednim wpływie na narząd wydzielniczy.

Wskazanie dla elektroterapii jest następujące: zmniejszenie ilości lub zniesienie zupełne kwasu solnego, jakie zauważyć się daje przy różnych niestrawnościach pochodzenia nerwowego.

[Jakim sposobem autor radzi próbować elektryzacji również przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, wbrew wynikom swej pracy, to pozostaje jego tajemnicą. Przyp. spraw.].

Berl. klin. Woch. 1889. Nr. 12 i 13.

Mieczysław Goldbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznem d. 2. IV. 1889 kol. CHEŁMOŃSKI mówił o wpływie przewlekłych chorób narządów oddechowych na trawienie żołądkowe. Rzecz ta pomieszczoną jest w dzisiejszym N-rze Gazety. Kol. CH. nie zgadza się ze zdaniem EDINGER'a, który upośledzenie trawienia żołądkowego u suchotników przypisuje skrobiowatemu zwyrodnieniu tętnic błony śluzowej żołądka. Zdanie swoje kol. CH. opiera na tem, że zwyrodnienie skrobiowate napotykamy rzadko u suchotników: na 162 sekcye suchotników, dokonane w naszym instytucie anatomo-patologicznym, tylko w 8 przypadkach zaznaczono zwyrodnienie skrobiowate nerek. Spostrzegane przez siebie upośledzenie trawienia żołądkowego u suchotników kol. CH. przypisuje głównie zastojowi żylnemu w błonie śluzowej żołądka [z powodu przeszkód w małym krążeniu], a po części *endoarteriitis fibrosa chronica*. Na to kol. FABIAN w dyskusyi zauważył, że trudno jest wyrokować o skrobiowatym zwyrodnieniu tętnic żołądka bez badania drobnowidzowego, a o takim mowy być nie może w zwykłym protokole sekcyjnym. Co do zaburzeń w trawieniu suchotników, może ono między innemi być skutkiem zakażenia ptomainami. Istotnie badania HAMMERSCHLAG'a wykazują, że laseczniki gruźlicze wytwarzają ptomainy.

Kol. PACANOWSKI nadmienia, że KLEMPERER doszedł do tych samych wniosków, co kol. CHEŁMOŃSKI, przypisując jednak zaburzenia w trawieniu żołądkowym u suchotników jedynie nieżyłtowi żołądka. [Obserwacje kol. CH. były ukończone przed ogłoszeniem pracy KLEMPERER'a].

Prezes BRODOWSKI przychylił się do zdania kol. FABIANA co do niemożności rozpoznania wczesnych okresów zwyrodnienia skrobiowatego bez badania drobnowidzowego, to samo należy powiedzieć o *endoarteriitis fibrosa*.

Kol. CHEŁMOŃSKI powołuje się na rozprawę IPPY, który w 17 przypadkach sekcji suchotników badał duże naczynia i znajdował w ich ścianach *endoarteriitis fibrosa*.

W końcu posiedzenia kol. KRYSIŃSKI okazał mikrotom DEMBOWSKIEGO, zmodyfikowany przez siebie w szczegółach umocowania noża, budowy sanek i przyrządu, umocowującego preparat, przyczem mówił obszerniej o mikrotomach sankowych [THOMA, JOUNG, SCHANZE] i okazał praktyczny i tani amerykański, t. zw. „*Gefriermikrotom*“.

Na posiedzeniu klinicznem d. 16. IV. 1888. kol. JAWDYŃSKI okazał chorego 15-letniego chłopca, u którego przed 2-ma tygodniami wyciął duży

guz na lewej stronie szyi. Zagojenie nastąpiło *per primam* bez drenów. Guz ten rósł od 2 lat początkowo w postaci oddzielnych powiększających się gruczołów chłonnych; najprawdopodobniej jest to *lymphoma malignum*, jakkolwiek rozpoznanie bez badania drobnowidzowego jest tu trudne.

Następnie kol. FABIAN mówił „o przymiocie układu nerwowego ze stanowiska klinicznego”. Po krótkim wstępie historycznym mówca zastanawia się obszernie nad rozpoznaniem cierpień układu nerwowego pochodzenia przymiotowego. Obraz kliniczny cierpień tej natury zależy przede wszystkim od siedliska chorobotwórczej przyczyny, a nie od jakości samej przyczyny; jedynie tylko szczegółowy kierunek zaburzenia, jego przebieg, zawisły od charakteru samej przyczyny. Ażeby uznać dane cierpienie nerwowe za przymiotowe należy przede wszystkim wykryć w anamnezie chorego istniejący jeszcze, lub przeżyty przymiot, zwracając uwagę na możliwość przymiotu dziedzicznego. Dalej, nie należy zaniedbywać leczenia próbnego i to energetycznego. Następnie należy odpowiedzieć sobie na pytanie, czy spostrzegane objawy mogą zależeć od takich zmian anatomicznych, które pospolicie przy przymiocie obserwujemy i czy przebieg odpowiada zwykłym losom wytworów przymiotowych. Jak wiadomo, cechą zmian anatomicznych przymiotowych jest ich względna nietrwałość, przyczem jednak nie przechodzą w ropienie, lecz tylko w zserowacenie, przeobrażenie tłuszczowe i śluzowe, oraz częściowe wessanie obok współczesnego przerostu i bujania tkanki łącznej. Zmiany anatomiczne przymiotowe mogą być albo rozlane, albo ograniczone (*gummata*). Kolega F. opisuje zmiany w naczyniach mózgowia; zastanawiając się szczegółowo nad unaczynieniem terytoryjów mózgowia i wynikającej ztąd różnicy w objawach klinicznych przy chorobowym zajęciu tych terytoryjów. Przechodząc do rozpoznania różniczkowego, mówca zaznacza, że przymiotowe zmiany późniejsze przechodzą zwykle bez gorączki i usadowiają się przede wszystkim w istocie szarej, wzdłuż dna komórki trzeciej w wielkich zwojach podstawowych. Oddzielny wykład będzie poświęcony przymiotowi rdzenia i nerwów obwodowych oraz ogólnej prognostyce cierpień przymiotowych w układzie nerwowym.

W dyskusji kol. TRZCIŃSKI zauważył, że nieraz znaczna poprawa już po kilku wciერიaniach szaruchy [2—3] utwierdza w rozpoznaniu przymiotu. Gorączka nie może nam zawsze służyć do rozpoznania różniczkowego, gdyż przymiot przebiega czasem z silną gorączką i kończy się wtedy wkrótce śmiercią chorego, jakto kol. TRZCIŃSKI miał sposobność dwukrotnie spostrzegać. Do rzadszych objawów przymiotu mózgowego należy opisana przez LANG'a t. zw. *meningeal excitation*, gdzie w pierwszych już okresach występują bóle i zawroty głowy, nudności, zwolnienie tętna. Do bardzo wczesnych objawów przymiotu mózgu należy silne wzmocnienie odruchu kolanowego.

Kol. GOLDFLAM podnosi znaczenie rozpoznania przymiotu mózgowego pod względem terapeutycznym. Bardzo ważne dla klinicysty są wczesne objawy przymiotu mózgowego. Do takich należą: bóle głowy, nie ustępujące przed żadnem leczeniem, nierówność źrenic, słabe ich oddziaływanie na światło, porażenie mięśni ocznych, zmiany w tarczy nerwu wzrokowego. Napady apoplektyczne u osobników młodych bez wady serca, choroby nerek i t. d., napady drgawkowe z charakterem epilepsji JACKSON'a wzbudzają podejrzenie syfilisu mózgu i zniewalają do leczenia swoistego, co niejednokrotnie daje dobre wyniki. Porażenie kilku nerwów czaszkowych, występujące stopniowo, połączone z poluryją, również jest charakterystyczne dla przymiotu mózgowego. W rzadszych już przypadkach ten ostatni przebiega pod postacią *meningitidis gummosae* z gorączką i objawami *meningitidis tuberculosae*. Kol. GOLDFLAM widział podobny przypadek, zakończony wyzdrowieniem pod wpływem leczenia swoistego. Wreszcie rdzeń przedłużony może być

sprawą przymiotową dotknięty. Kol. GOLDFLAM razem z kol. HERYNGIEM obserwują obecnie przypadek porażenia nerwu podjęzykowego i przydatkowego WILLISS'a po jednej stronie. Leczenie swoiste w danym przypadku skutku nie odmówiło. W końcu kol. GAJKIEWICZ wnosi, aby ze względu na ważność przedmiotu wyznaczyć osobne posiedzenie dla dyskusyi nad przymiotem mózgowym. Posiedzenie to będzie miało miejsce po skończeniu pracy kol. FABIANA.

Wiadomości terapeutyczne.

10. Balsamum peruvianum przeciw t. zw. leukoplacii. Od czasu, jak liczne spostrzeżenia przekonały, że wiele przypadków t. z. *leucoplacia idiopathica*, czyli *psoriasis linguae* [wogóle błony śluzowej jamy ustnej], nie należy bynajmniej do cierpień zupełnie niewinnych, i że nieraz to cierpienie przechodzi w raka, zaczęto stosować i bardziej energiczne leczenie, a mianowicie: galwanokaustykę, termokauter, ostrą łyżeczkę. Jednakże nawet i po tych sposobach leczenia zdarzają się powroty choroby.

Ze środków farmaceutycznych przeciw tej chorobie używano przedewszystkiem azotanu srebra w substancyi, a szczególnieji KAPOSI zachwala ten sposób leczenia.

Płukania alkaliczne, które SCHWIMMER wprowadził, działają tylko w postaciach świeżych przy niewielkich zmętnieniach i zgrubieniach nabłonka.

Sublimat okazał się skutecznym w postaciach syfilitycznych, a zawodził w innych postaciach.

Kwas mleczny, jakkolwiek w wielu przypadkach dość dobrze dawał wyniki, jednakże większego rozpowszechnienia nie znalazł z tego powodu, że szkodliwie wpływa na zęby. Toż samo, mniej więcej, można powiedzieć o kwasie salicylowym.

Jeszcze mniej uznania znalazły: kwas chromny, nalewka jodowa, przetwory jodoformowe, jak eter jodoformowy, alkohol jodoformowy w postaci rozpylonej [UNNA], oraz papajotyna.

Ostatniemi czasy D-r ROSENBERG z Berlina, kierując się wskazówkami, podanemi przez prof. JACOBSON'a, zaczął stosować przeciw wzmiankowanej chorobie balsam peruwijański, a wyniki swoje pomieścił w *Therapeut. Monatsh.* [r. 1888, Zeszt 10].

Wogóle ROSENBERG doszedł do wniosku, że najlepsze wyniki przy *leucoplacia idiopathica* daje systematyczne stosowanie balsamu peruwijańskiego: pod wpływem tego środka leczniczego bolesność szybko ustępuje, a zmętnienie, lub zgrubienie nabłonka na języku oraz w innych miejscach ust powoli zmniejsza się i w końcu zupełnie znika, przyczem zęby wcale nie zostają uszkodzone.

Zaznaczyć wszakże należy, że do otrzymywania dobrego wyniku ze stosowania balsamu peruwijańskiego przeciw wzmiankowanej chorobie potrzeba: popierwsze — długiego czasu, a powtórne — dobrego, niezafałszowanego przetworu.

Dodać tu wreszcie należy, że ze spostrzeżeń ROSENBERG'a widać, iż balsam peruwijański jest lekiem skutecznym nietylko przy *leucoplacia idiopathica*, ale bardzo często i przy zmętnieniach nabłonka, zależnych od przetworów rtęciowych: w tych razach bolesność oraz zmętnienie nabłonka szybko ustępują. ROSENBERG przy tem zwrócił uwagę, że zapalenie rtęciowe błony śluzowej jamy ustnej oraz towarzyszące mu ślinienie przy stosowaniu balsamu peruwijańskiego szybko ustępowały.

Co się tyczy sposobu postępowania, to przy dużej bolesności i przy pęknięciach błony śluzowej trzeba smarować dane miejsce miękkim pędzelkiem, umoczonym w czystym balsamie peruwijańskim. Jeżeli zaś zgrubienia błony śluzowej są dość duże i niebolesne, to lepiej użyć pędzla twardego, a to dlatego, aby obok wcierania balsamu peruwijańskiego i mechanicznie wpłynąć na miejsce błony śluzowej, zajęte sprawą chorobową.

Takie wcierania balsamu peruwijańskiego chory sam sobie robić może codziennie raz, lub trzy razy, a balsam powinien pozostawać na chorej błonie śluzowej przynajmniej przez trzy lub pięć minut.

Po zastosowaniu balsamu peruwijańskiego na błonę śluzową ust powstaje lekkie palenie, a ślina wydziela się w większej ilości. Trzeba też zwrócić uwagę chorych na to, aby pomimo zwiększonego ślinienia nie wypływali wtartego balsamu.

11. Methacetinum. Na klinice prof. JAKSCH'a w Grazu D-r MAHNERT robił doświadczenia na zwierzętach, oraz spostrzeżenia u chorych nad działaniem nowego środka leczniczego, który dla krótkości nazwał — metacetyną, a wyniki swoje pomieścił w *Wiener Medicin. Wochenschr.* N. 13 1889 r..

Metacetyna, czyli acetparaanizydyna, jest pochodną benzolu, a właściwie amido-fenolu. Jest to proszek czerwonawy bez zapachu; smak posiada słono-gorzkawy; przedstawia się w postaci kryształów tabliczkowych. Rozpuszcza się dość trudno w wodzie zimnej, daleko łatwiej w wodzie ciepłej, a zupełnie łatwo w alkoholu. Alkaliczność cieczy nie wpływa na łatwiejszą rozpuszczalność metacetyny.

Przy doświadczeniach nad zwierzętami przekonano się, że pod wpływem tego środka ciepłota ciała ulega znacznemu obniżeniu: z 39° C. na 36°, a nawet na 35° C.. Oprócz tego u zwierząt środek ten w bardzo dużych dawkach działa na układ ośrodków nerwowych, wywołując drgawki, podobnie jak antypiryna.

Dawka zabójcza dla królików wynosi 3,0. Mocz zwierząt, u których stosowano metacetynę, okazuje własności odtleniające, hemoglobiny nie zawiera.

Po owych doświadczeniach nad zwierzętami MAHNERT przystąpił do stosowania metacetyny u dzieci gorączkujących — z powodu gruźlicy płuc, gruźliczego zapalenia opon mózgowych, zapalenia włóknikowego płuc.

Ciepłota gorączkowa pod wpływem metacetyny ulegała powolnemu obniżeniu, a obniżenie to trwało rozmaicie długo — nieraz kilka godzin. W największej liczbie przypadków w 1/2 godziny, albo w godzinę po przyjęciu metacetyny występowały poty. Zresztą żadnych innych nieprzyjemnych, obocznych objawów nie spostrzegano. Raz jeden tylko wystąpiła sinica i upadek sił, co jednakże po kilku godzinach samo przez się ustąpiło.

U osób zdrowych metacetyna nie wywoływała potów, ani nie obniżała ciepłoty ciała.

Mocz osób, którym podawano metacetynę, dawał odczyn na paraamidofenol, okazywał własności odtleniające, ale ani cukru, ani hemoglobiny nie zawierał.

Należy tu wreszcie dodać, że metacetyna posiada wydadne własności przeciwfermentacyjne przeciwnigilne: dodatek 1% roztworu metacetyny do mleka wstrzymuje rozkład mleka, a takiż dodatek do moczu wstrzymuje rozkład amonijakalny moczu.

Co się tyczy dawk i leczniczej, to 0,15—0,20 [gr. jĳj—gr. jĳj] w największej liczbie przypadków obniżało u dzieci gorączkujących ciepłotę do granicy prawidłowej, a nawet i poniżej tej granicy. Najczęściej jednak MAHNERT przepisywał metacetynę w dawce 0,20—0,30 [gr. jĳj—gr. v].

12. Exalginum. DUJARDIN-BEAUMETZ wraz z BARDET'em przeprowadzili szereg doświadczeń nad działaniem nowego środka leczniczego, który nazwali egzalgina, a który, według nich jest właściwie ortometylacetanilidem.

Jest to proszek krystaliczny, rozpuszczający się z trudnością w wodzie zimnej, z łatwością w wodzie ciepłej, a z niezmierną łatwością w bardzo rozcieńczonym alkoholu.

Z doświadczeń swoich nad zwierzętami i u ludzi przekonali się, że egzalgina obniża ciepłotę i działa przeważnie na sferę czucia. Przy rozmaitych nerwobólach egzalgina ma działać daleko skuteczniej, aniżeli antypiryna. Obok tego środek wzmiankowany posiada własności przeciwnigilne.

Dawka wynosi 0,25 [gr. jv], trzy razy dziennie — w roztworze alkoholowym, np. w winie, koniaku, rumie i t. d..

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Zwracamy uwagę Kolegów na wyszłe świeżo dzieło BUNGE'go p. t. „Chemija fizyologiczna i patologiczna“, w przekładzie kol. MAYZLA i p. FLAUMA. Nie byłoby celu dawać tu wyczerpującej i specjalnej oceny dzieła, poprzedzaniemy więc na krótkiej wzmiance. Jest to dzieło, które ze względu na sposób przedstawienia porównać można do Patologii Ogólnej COHNHEIM'a i Terapii ogólnej HOFFMANN'a. Przypominamy sobie wszyscy, czym był wykład chemii lekarskiej, nawet w ustach tak sumiennego wykładającego,

jakim był ś. p. prof. FUDAKOWSKI. Było to suche wyszczególnienie rozmaitych związków w skład ciała ludzkiego wchodzących, ich budowa, odczyny i t. p.. Nic podobnego nie ma u BUNGE'go. Formuły prawie nie istnieją, odczyny chemiczne [np. na białko, cukier] zupełnie pominięte, zato przedstawiony jest wszędzie proces życiowy, jego przebieg, jego znaczenie. Ztąd chcący się dowiedzieć, jaki jest skład danego związku, jak go wykryć, nie znajdzie wskazówki, ale zato chcący nabyć pojęcia o chemizmie organizmu napotka bogate źródło wiadomości. Dodajmy do tego świetny sposób wykładu, częste wycieczki na pole spraw patologicznych, podkład filozoficzny z wyraźnym sceptycznym odcieniem, a pojmniemy, że dzieło czyta się jednym tchem, jak jaki traktat filozoficzno-biologiczny. Dość jest przytoczyć tytuły rozdziałów jak np. „Witalizm i mechanizm“, „Zachowanie energii“, aby mieć pojęcie, w jaki sposób rzecz jest pisana. Każdy lekarz ze średniem wykształceniem dzieło to z pożytkiem i przyjemnością przeczytać może, w każdego też lekarza rękach znaleźć się powinno. Tłómaczom za należyty wybór dzieła, inicjatywę w wydaniu i staranny przekład, — kasie zaś im. MIANOWSKIEGO za pomoc w wydaniu, należy się szczerze podziękowanie.

— Akademia nauk w Turynie ogłasza konkurs imienia BRESSY dla uczonych i wynalazców wszystkich krajów, z nagrodą 12000 lirów. Otrzyma ją ten, kto w przeciągu czasu 1887—1890 roku zrobi najważniejszy, lub najkorzystniejszy wynalazek, albo napisze najlepszą pracę z nauk fizycznych i doświadczalnych, historii naturalnej, matematyki czystej i stosowanej, chemii, fizjologii, patologii, geologii, historii, geografii, statystyki. Termin oznaczono na dzień 31 Grudnia 1890 r.

— Zalecone w r. 1888 przez BLAIR'a podawanie jodku potasu w mleku zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Przykry smak soli zostaje złagodzonemu, działanie nie ulega osłabieniu a zwiększa w tej formie najlepiej znoszą ją osoby, mające do niego idyosynkrazję. Pożywność mleka zasługuje też na uwagę. Do mleka dodaje się roztworu jodku potasu, lub lepiej jeszcze soli jodowej *in substantia*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1888/90 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w mieście Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają; a) imienia KOCZOROWSKICH, b) CHILEWSKICH, synowie i ich następcy z linii prostej STANISŁAWA CHILEWSKIEGO, w Galicji zamieszkali, c) STROJECCY, synowie po ADOLFIE STROJECKIM i ich następcy, d) LECHOWSCY, synowie i ich następcy po KACPRZE LECHOWSKIM. e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 Września r. b., z załączeniem następujących dowodów:

- 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się;
- 2) metrykę urodzenia;
- 3) świadectwa ubóstwa;
- 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*);
- 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,

D-r Szokalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1889/90 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu śp. **IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO**, Doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów:

1) świadectwo Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się;

2) metryki urodzenia;

3) świadectwa ubóstwa;

4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*).

Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały,
D-r Szokalski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu **D-ra JANA BĄCEWICZA** udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdy po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b.. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami,
D-r Szokalski.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu **D-ra LEONA LANDE** udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1890 r. jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15 Grudnia 1889 r.. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ech lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sieroty. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w guberniach Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami,
D-r Szokalski.

Nadesłano do Redakcyi.

BUNGE [tłumacze: **MAYZEL** i **FLAUM**]. Wykład Chemii fizyologicznej i patologicznej. Warszawa. 1889.

BUNGE [tłóm. FLAUM] W sprawie alkoholu. Warszawa. 1889.

GAŁĘŻOWSKI [streścił STARKMAN]. Hygiena wzroku. Warszawa. 1889.

KIEWLICZ. Ein Fall von Myelitis transversa, Syringomyelie, multipler Sklerose mit secundären Degenerationen. [Odbitka z Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh.].

NIEDŹWIECKI. O postojannom włągaliszcznom oroszenii pri gniłostnych poslerodowych zabołewanjach połowoj sfery. [Odb. z Medicinsk. obozrenija].

Sprawozdanie 7-me z czynności kasy MIANOWSKIEGO za r. 1888. Warszawa. 1889.

NIEDŹWIECKI. K woprosu o puzyrnom szwie pri wysokom sieczeniu puzyria. [Odbitka z Chirurg. Wiestnika].

WICZKOWSKI. Podręcznik do rozbioru moczu. Kraków. 1889.

STACHEWICZ. Wstrzykiwania w mięsz płucny kreozotu. Kraków. 1888.

— Die Prognose des Lungenschwindsucht. Wien. 1888.

Szesnaste sprawozdanie komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1888. Kraków 1889.

BABAJEW-BABAJON. Zarazitelnost' legocznoj czachotki [bugoreczatki], miery protiwo rasprostranienija etoj boleznii. Tyflis. 1889.

Siły przyrody. Popularny wykład fizyki i główniejszych jej zastosowań. Podług GUILLEMIN'a, opracowali JÓZEFOWA NUSBAUM i II. SILBERSTEIN. Zeszty I, II, III. Warszawa. 1889.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-r J. O. w forcie Aleksandrowskim. Polecamy słownik lekarski [wydanie krakowskie] i anatomiję NATANSONA.

Sprostowanie. W N-rze 19 Gaz. Lek. w dziale „Wiadomości terapeutycznych“ na str. 404 wiersz 25 od dołu zamiast porządkowego Nr. 8 powinno być: 9; w wierszu 2 od dołu zamiast uważam powinno być: uważa on.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz

Ogłoszenia.

Wyjeżdżając za granicę i na wystawę paryską w celu zakupu najnowszych narzędzi oraz ich modeli, śmiem prosić W-nych Panów Doktorów o udzielenie mi wskazówek listownie, o ostatnich wynalazkach ze wszystkich działów chirurgii. Chcę bowiem odpowiednio zaopatrzyć swoje magazyny, abym w przyszłości wszelkim żądaniom Sz. Panów Doktorów mógł zadość uczynić.

Z uszanowaniem

J. Jodłowski,

Fabrykant narzędzi chirurgicznych.

Bielańska Nr. 5.
Marszałkowska 137. w Warszawie.

Stacyja kolei Muszyna-
Krynica z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 godz., z Buda-
Pesztu 12 godzin.

KRYNICA

Apteka, poczta, telegraf
w miejscu.

c. k. Zakład zdrojowo-kąpielowy w Galicyi

Nader obfita i silna szczawa alkaliczno-żelazista

Główniejsze środki lecznicze są:

Kąpiele mineralne ogrzewane metodą Schwartza, w budynku elegancko urządzonej o 73 gabinetach, kąpiele borowinowe w osobnym również elegancko urządzonej budynku o 27 gabinetach, kąpiele gazowe przy głównym źródle, metodyczne picie wód z licznych źródeł mineralnych o różnym składzie chemicznym, doskonała żentyczarnia, nowa kefirnia, kilka mleczarni, nowy wzorowo urządzonej zakład gimnastyczny, park wielki z wielu i wygodnymi spacerami.

Ku wygodzie i rozrywce gości służy: przeszło 1203 pokoiów z całkowitem umeblowaniem, **nowo zbudowany wspaniale urządzonej dom zdrojowy**, liczne restauracje, cukiernie, teatr przez cały sezon, czytelnia gazet, dwie wypożyczalnie książek, orkiestra zdrojowa, fotograf, liczne i różnorodne sklepy, modniarki, różni rękodzielnicy i t. d.

W domu „pod Zamkiem“ są do wynajęcia pokoje tylko na przeciąg 24 godzin.

Dworzec kolejowy Muszyna-Krynica 10 kilometrów od zakładu, z kądem znakomicie utrzymana droga do zakładu prowadzi.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny pomieszczeń skarbowych jakoteż wszystkich rodzajów kąpeli o 30% niższe.

Prócz stale przez cały sezon ordynującego lekarza rządowego D-ra KOPFFA, praktykuje tamże 7-iu lekarzy. Frekwencja roczna wynosi wyżej 4000 osób.

W samym Zakładzie znajduje się według najnowszych zasad umiejętności urządzonej:

c. k. Zakład wodoleczniczy pod kierownictwem specjalisty D-ra Ebersa.

Sezon otwarty od 15 Maja do 30 Września.

Na żądanie udziela wyjaśnień c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

6—1



FABRYKA WÓD MINERALNYCH

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece

ulica Elektoralna Nr. 39.

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

W. KARPIŃSKI.

U W A G A.

Pragnąc zapobiedz liczny niedogodnościom jakie powstają w skutek zamiany syfonów, bądź to z powodu podobieństwa syfonów jednych do drugich, lub złej woli, zaprowadziłem syfony specjalne do wód mineralnych, znacznie większe od tych jakie używane są w Warszawie. Każdy syfon opatrzonej jest napisem w szkłe Woda wyrobu fabryki W. Karpińskiego — **Syfon własność fabryki**. Panowie więc fabrykanci, którzyby pomimo tak wyraźnych cech używali wspomnianych syfonów do sprzedaży w nich swoich wyrobów do odpowiedzialności sądowej pociągnięci zostaną.

W. Karpiński.