

776335

Medycyna 189.

2.3.5-8.77m

№ 1.

Warszawa dnia 19 Czerwca
1 Lipca 1866 roku.

Rok I.

REDAKCJA

przy ulicy
Mazowieckiej
Nr. 1352b.

KLINIKA.

Wychodzi co 1-szy
i 15-szy każdego
miesiąca.

CZASOPISMO POŚWIĘCONE UMIEJĘTNOŚCIOM LEKARSKIM.

2375
19
11/1866

w Warszawie:	{ Rocznie Rs. 3 (zlp. 20)	na Prowincji:	{ Rocznie Rs. 4 (zlp. 26 gr. 20)
	{ Półrocznie „ 1 k. 50 („ 10)		{ Półrocznie „ 2 („ 13 „ 10)
	{ Kwartalnie „ „ k. 75 („ 5)		{ Kwartalnie „ 1 („ 6 „ 20)

TREŚĆ: Lekarze w Królestwie Polskiem, p. Dr. W. S.—Przegląd ruchu umysłowego lekarskiego.—Co są Kliniki?—Obserwacje szpitalne. Wyluszczenie ramienia—Wycięcie topatki, wykonane przez prof. Korzeniowskiego.—Korespondencja Kliniki.—Wiadomości zagraniczne.—Farmacja, O fabrykacji wód mineralnych, przez W. Karpińskiego, Magistra Farm.



LEKARZE W KRÓLESTWIE POLSKIM.

Zabierając się do wydawnictwa perjodycznego lekarskiego pisma, wypadło nam obrachować się nie tylko z własnymi siłami, lecz i z publicznością do której mamy przemawiać, a wyznać z góry musimy, że gdyby materialne względy nami powodowały, to byśmy się może szczupłej liczby naszych przyszłych czytelników ulekli. I tak, wiadomo nam z urzędowych źródeł, że ilość wszystkich lekarzy w Królestwie praktykujących przy końcu roku 1864, wynosiła tylko 492, i że rachując obecnie wszystkie ubytki i przybytki najwięcej do 500 dochodzi. Przypuściwszy zatem, że połowa szanownych kolegów zechce zwrócić swą uwagę na naszą *Klinikę*, i nasze wspierać usiłowania, to i wtedy pokrylibyśmy zaledwie nasze koszta druku. Redaktorstwo więc lekarskiego pisma, jak widzimy, bardzo jest niewdzięczną spekulacją księgarską, a dobrze też będzie, jeżeli łaskawy czytelnik z góry zaraz dowie się o tém, uwzględniając bowiem nasze położenie, pobłażliwszym może się stanie na niektóre możliwe usterki, i może dla publicznego dobra zrobić nie jedną ze swoich wymagalności ofiarę, o tyle przynajmniej, o ile my ofiary codziennie robić musimy z naszego zachodu i pracy, ażeby naszemu zadosyć uczynić zadaniu.

Lecz nie dla tego tylko przytoczyliśmy powyższą cyfrę, ażeby poniekąd sobie publiczną pobłażliwość zamówić, pokaże się bowiem zaraz jak ważne z niej dadzą się wyprowadzać wyniki. I tak, ogólna ludność królestwa wynosi obecnie 5,336,200, przecięciowo więc przypada jeden lekarz na 10,700 osób, kiedy w Bawarii np. z wielu względów do nas zbliżonej, przed dziesięciu już laty na 4,500,000 ludności, było 1,168 lekarzy, czyli jeden na 3,800 osób (*Eschrich*). Stosunek ten nader dla nas niekorzystny, daje nam poznać jak mało dotąd medycyna weszła u nas w nasze towarzyskie życie; wprowadzie, od lat dziesięciu, uległ on już pewnej zmianie, gdyż w roku 1865 mieliśmy w całym Królestwie zaledwie 380 wykwalifikowanych praktyków, pomimo to wszelako ani przypuścić nawet możemy, ażeby jeden człowiek na 10,700, w części przynajmniej mógł zadosyć uczynić koniecznym wymagalnościami, prywatnej i publicznej higieny, policji lekarskiej, sądowno lekarskim zadaniom i całemu odmetowi szpitalnej i prywatnej terapii. W Warszawie jest



o to łatwiej, gdyż miasto nasze zatrudnia 172 lekarzy, tak że jeden na 1,500 osób wypada. W Gubernii Warszawskiej liczymy 130 lekarzy, w Radomskiej 74, w Lubelskiej 76, w Płockiej 38, a w Augustowskiej 35. W porównaniu więc z ilością ludności, wypada w gubernji Warszawskiej jeden na 13,200 osób, w guberniach: Radomskiej i Lubelskiej jeden na 14,000, w Płockiej jeden na 16,000, a w Augustowskiej jeden na 19,300, czyli rachując odnośnie do rozległości kraju przypada, w gubernii Warszawskiej: jeden na *pięć* mil kwadratowych, w gub. Radomskiej jeden na *sześć* mil, w gub. Lubelskiej i Płockiej: jeden na *siedm* mil, a w gub. Augustowskiej: jeden na *dziwięć* mil □. W razie więc jednostajnego nawet w kraju rozmieszczenia, zadosyć uczynienie prywatnym i publicznym przez lekarzy potrzebom, jest najzupełniejszym niepodobieństwem, gdyż niemożliwą jest rzeczą, ażeby jeden człowiek po kilka razy codziennie przebiegał od granicy do granicy swoje obszerne terytorjum, a cóż to dopiéro być musi jeżeli zważymy, że lekarze gromadzą się zawsze po miastach i miasteczkach, i że w ten sposób, zawsze kilka powyższych terytorjów w jedno się zlewa. Ztąd też pochodzi, że o ośm lub więcej mil nieraz potrzeba w niektórych miejscach po lekarza posyłać; o ile zaś warta jego w takiej odległości nad chorym opieka, i o ile przydać się mogą dwie lub trzy w ciągu dłuższej i niebezpiecznej choroby oddane wizyty, niemamy potrzeby dowodzić.

Wśród takich okoliczności najsumienniejsza praca lekarza nie przynosi pożytku i tylko siły jego wycieńcza; ztąd też i owa znacząca w kraju naszym śmiertelność pomimo nawet korzystnych sanitarnych warunków, śmiertelność która nam przecięciowo jednego człowieka w roku na trzydziestu zabiera, a w niektórych okolicach nawet jednego na dwudziestu siedmiu, a która w chwilach grasującej epidemji jeszcze dotkliwiej nas trapi. Ztąd też i niesłychana u nas śmiertelność pomiędzy lekarzami, których pośrednia długość życia według wykazów *Janikowskiego* (ojca) zaledwie czterdzieści sześć lat dochodzi, a zatem jest krótsza, o lat dziesięć przeszło, od średniej długości życia lekarzy w ogólności, jaką Casper podaje, a która 56, 8 lat wynosi.

Wśród takich stosunków zdawać by się mogło, że przynajmniej położenie ekonomiczne lekarza musi być u nas nader zadawalniające, przynajmniej tak by sądzić mógł każdy francuz lub niemiec, zapatrując się na małą u nas ilość praktyków i na stosunkowo wyższe lekarskie u nas wynagrodzenia. Lecz tu rozczarowałby się zaraz, gdyby się dowiedział, że w powyższej liczbie pięciuset, jest dwustu trzydziestu rządowych lekarzy, dla których etatowe place są głównym źródłem dochodu. Ale też za to reszta opływa w dostatkach! mniema zwykle publiczność; lecz tę niechaj nam wolno będzie odesłać do corocznych wykazów naszej *kassy wsparcia*, a one jej oczy otworzą. Ulubieńców fortuny niema już pomiędzy nami. Wszyscy przy ciężkiej pracy, dopóki im sił starczy, żyją jak mogą, lecz niechajże choroba zawita, lub śmierć osieroci rodzinę, to oprócz koleżeńskij pomocy, niema nieraz innego w niedostatku, a nawet w nędzy, ratunku.

Lecz cóż z tego wszystkiego wynika? oto, że nas jest w kraju za ma-

ło, przez co podobni jesteśmy do onych posiadaczy obszernych włości, którzy walczą z biedą wśród zapuszczonych łąnów, niemogąc ich należycie uprawiać. Gdybyśmy byli liczniejsi, praca nasza większy miałaby pożytek, a może i wyżej byłaby ceniona przez ogół. Ważny nasz obowiązek ściągnięty do mniejszych obszarów i mniejszych grup krajowej ludności, dałby się bez porównania skrupulatniej wykonać, a siły nasze przy większym skupieniu, mniej by się wyczerpywały. Dla nauki też wieleby nowych, dziś przeslepionych otworzyło się źródeł, a i nasze materialne poprawiłoby się stanowisko, na mocy tego ogólnego ekonomicznego prawa, że nie wysoka cena przedmiotu lecz częstota zapotrzebowania największe zyski przynosi. Oburzy to nie jednego może, bo lekarz nie jest handlarzem i kala swe posłannictwo gdy o zyskach myśli, ale też nie go znów nieupoważnia do zapominania, że jak każdy śmiertelnik musi pracować na życie, i byt swojej zapewnić rodzinie, której mu pod żadnym warunkiem nie wolno społeczeństwu jako ciężar zostawiać.

Dr. W. S.

PRZEGLĄD RUCHU UMYSŁOWEGO LEKARSKIEGO.

Z bieżących faktów mamy do zanotowania doktoryzację. Dnia 11 Czerwca r. b. o godzinie 12 w południe, p. Witkowski Stanisław Lekarz i asystent kliniki chirurgicznej, bronił rozprawy p. t. „Przeгляд krytyczny teorii o gorączce połogowej,” napisanej przez się w celu uzyskania stopnia Doktora Medycyny. Piąta to doktoryzacja w naszym wydziale, wychowanców tu-tejszej szkoły; p. Witkowski należy do rzędu tych, którzy kształcili się jeszcze w Akademji Medyko-Chirurgicznej, wcielonej w 1862 r. do składu Szkoły Głównej.

Rozprawa jego składa się z czterech części: w pierwszej (wstępnej) mieści autor *wiadomości ogólne*, odnoszące się do gorączki połogowej i statystykę śmiertelności w rozmaitych latach. W drugiej *różne teorie o gorączce połogowej*, od Hipokratesa do naszych czasów; w trzeciej: *krytyczny rozbiór tych teorii*; w czwartej: zamieścił swe *wnioski*.

Oponentami naznaczonemi zostali przez wydział: profesor Tyrchowski Dyrektor Kliniki położniczej i profesor Rosé wykładający terapię szczegółową. Pierwszy z oponentów rozebrawszy rozprawę, robił uwagi odnoszące się głównie do wniosków z niej wyprowadzonych (rozdz. IV), prof. Rosé wziął za temat do zarzutów, jedno z twierdzeń (theses) w którym autor rozprawy powiada: „Przy zatrzymywaniu mocznika we krwi, nie zawsze mamy objawy uremji, której źródła szukać raczej potrzeba w anemji i puchlinie substancji mózgu i mózdzku,” a przy tej sposobności dotknął doświadczeń i obserwacji Frerichsa; dysertant zaś odpierał czynione mu zarzuty opierając się na doświadczeniach Munka, Petrowa, Traubego i Zaleskiego. Rozprawy toczyły się z powagą i godnością, ale dyskusja stała się bardziej in-

interesującą i znacznie się zaostrzyła gdy wystąpił do opozycji prof. Brodowski, wykładający anatomję patologiczną, poruszył bowiem kwestję usposobienia (diathesis) i zakażeń krwi (discrasia), powstawanie zakrzepów, ich rozpad, tworzenie się zatorów... a nakoniec powracając do mocznicy (uremia) którą prof. Rosé potrafił, starał się dowieść, iż doświadczenia cytowanych uczonych przekonują, że objawy mocznicy powstają nie skutkiem niedokrwistości (anaemia) mózgu, ale skutkiem przekrwienia hydremicznego, t. j. skutkiem wstrzymanego odpływu krwi żylnój.

Rozprawy trwały blisko dwie godziny, w końcu których Dziekan Wydziału ogłosił p. Witkowskiego Doktorem Medycyny.

— Dowiadujemy się w tej chwili, że Rada Szczęgółowa Opiekuńcza Instytutu Oftalmicznego, otrzymała od Władzy wyższej ostateczne upoważnienie, do rozpoczęcia budowy nowego gmachu, przy ulicy Smolnej, że roboty mają być bezzwłocznie rozpoczęte, aby budowa w tym jeszcze roku, pod dach mogła być doprowadzoną.

Bliższe o tém szczegóły nieomieszkamy w przyszłym podać numerze, a zasługują one, z tego mianowicie powodu, na uwagę, że mało jest jeszcze w Europie Szpitali, budowanych ze specjalnym, czysto oftalmicznym celem, i że wypadło przy rozporządzeniu całej budowy łamać się z trudnościami mało dotąd przewidywanemi.

— Wiadomo, że kupcy warszawscy, w celu uwiecznienia pamięci ocalenia życia NAJJAŚNIEJSZEGO PANA, złożyli sumę rs. 30,000, zanosząc prośbę, aby MONARCHA sam tą sumą rozporządzić raczył. W skutek NAJWYŻSZEJ decyzji, summa pomieniona została przeznaczoną do dyspozycji Warszawskiemu Towarzystwu Dobroczynności, które, jak się dowiadujemy, postanowiło podobno, obrócić ten wspomniany dar na założenie nowego szpitala dla rekonwalescentów, ten zaś, jak słyhać, ma być założony w nowym gmachu Towarzystwa, po Dominikańskim, od ulicy Freta i Mostowej położonym.

Przybyłaby nam zatem nowa instytucja, do tylu już istniejących, któremi niezmordowane w pracy, nasze Towarzystwo Dobroczynności przysługuje się miastu i ludzkości, instytucja ta, jako szpital, obchodzi nas lekarzy, jest ona pożyteczną i potrzebną, zbywa nam na niej, a biedna ludność nasza, wdzięczną będzie za tak pożyteczny dla niej zakład, w którym po chorobie odpocząć będzie mogła, zanim jej siły do nowej pracy powrócą; ale dla tego właśnie, że ta instytucja obchodzi nas bardzo, może będzie nie od rzeczy, wypowiedzieć tu nasze zdanie, nie narzucając go bynajmniej nikomu.

Przyklaskując z całego serca, zacnemu zamiarowi Towarzystwa, chcemy zwrócić uwagę tylko, że miejsce wybrane na taki zakład, jest trochę nie stosowne, w niem bowiem, oprócz odpoczynku i wygod pomieszczeni chorzy, powinni znaleźć i świeże powietrze; prawda, że miejsce wybrane posiada go więcej niż w innych punktach Warszawy, ale nie długo będzie go za mało przy nagromadzeniu znacznej ilości osób; dla tego też według naszego zdania, pożyteczniejszy byłoby obrać na ten cel miejsce po za miastem. Zechce

któs może abyśmy je wskazali? otóż jeżeli pogłoski się sprawdzą, możemy to uczynić z łatwością.

W Mienji, wioseczce położonej niedaleko Warszawy, stanowiącej obecnie pierwszą stacją drogi żelaznej Warszawsko-Terespolskiej, znajduje się filja szpitala św. Ducha, gmach którego wkrótce opróżnionym zostanie, z powodu przeniesienia szpitala do Mińska; ten gmach, byłby może na wspomniany cel bardzo stosowny, a Towarzystwo rozporządzając obecnie tak znaczną summą, mogłoby część jego, obrócić na nowy cel dobroczynny i ośmielamy się mu wskazać go: *złożyć szpital dla dzieci*.

Ponieważ Towarzystwo Dobroczynności utrzymuje już dość obszerne infirmerje dla swych wychowanców, rozszerzając je zatém i urządzając właściwie, przy pomocy NAJLASKAWIEJ ofiarowanego funduszu, mogłoby przyjąć do osobnego szpitala dla dzieci, w którym znalazłoby pomieszczenie, mianowicie owe dzieci, które w żłobkach lub ochronach przez Towarzystwo utrzymywanych, znajdują pomieszczenie, a które w razie obłożnej choroby, mogłyby być do szpitala odsyłane.

Co są Kliniki?

Zastosowanie teoretycznych wiadomości lekarskich w praktyce, jest najważniejszym zadaniem naszego powołania, które tém większą odda ludzkości przysługę, im dokładniej to zastosowanie skutecznioném będzie.

Ważność tego zadania pojętą została przez wszystkie ucywilizowane narody, i każdy uniwersytet posiada obecnie oddzielny wykład, aby kształcąca się młodzież nabywała wprawy, zastosowywania swych wiadomości teoretycznych do praktyki. Zastosowanie zatém teoretycznych pojęć do praktyki, t. j. traktowanie medycyny przy łóżku chorego, stanowi to co nazywamy dzisiaj *Kliniką*. Klinika wykształca lekarza, zatém nie erudyte, lecz człowieka fachowego, stanowi dlań najważniejsze studjum, po za którym już ma się stać samodzielnym, właśnie wtedy, gdy mu już przewodnika w nauczycielu zabraknie.

W klinice obeznaje się lekarz ze wszystkiém co mu w praktyce ma być potrzebne, a że wymagalności praktyki idą w prostym stosunku do rozwoju medycyny teoretycznej, zatem kliniki nieustannie przeobrażać się muszą, udokładniać i rozwijać, idąc w ślad za rozwojem medycyny.

Nauczanie medycyny na chorym, znanem już był w głębokiej starożytności, bo w pismach Hipokratesa znajdujemy o tém wzmianki, ale te nauczania nie mogą iść w porównanie z dzisiejszym systematem wykładu.

Pierwszą klinikę założył H. Boërhave w 1714 r. w Lugdunie, a 1754 Van Swieten, Szef. wydz. lekarskiego w Wiedniu, urządził w tym uniwersy-

tecie wykład kliniczny i powierzył go De Haën'owi. Dopiero w początkach bieżącego stulecia Schönlein w Berlinie, a nieco później Chomel w Paryżu, zreformowali wykłady kliniczne, stosując anatomję patologiczną do badań klinicznych; ostatni rozpoczął swe wykłady w „Charité” i z początku miał tylko sześciu słuchaczy. Sposób ten nauczania medycyny, tak się okazał pożyteczny, że w krótkim czasie przyjętym został w całej Europie, obecnie nie ma ani jednego uniwersytetu, któryby nie posiadał swoich klinik.

Przy coraz obszerniejszym rozwoju nauki, utworzono kliniki dla każdej niemal specjalnej gałęzi medycyny; podobne one są do siebie we wszystkich krajach, ale w sposobie ich prowadzenia, t. j. sposobem wykładu się różnią i dadzą na dwie wyraźne podzielić *kategorje*. Jedne zastosowane do potrzeb całej Europy, drugie do potrzeb miejscowych. Pierwsze kształcą już ukończonych lekarzy, drugie z uczniów wykształcają lekarzy samodzielnych.

Tak przedstawiły nam się kliniki paryzkie, wiedeńskie i berlińskie, które do *pierwszej* zaliczamy *kategorji*, do drugiej wcielić winniśmy takie jak Wirtzburgska, Heidelbergaska i *nasze*.

W Paryżu, Wiedniu i Berlinie, professor wybiera najciekawsze i najbardziej złożone wypadki, egzaminuje chorych w obec słuchaczy i rozpoznaje chorobę; a po rozpoznaniu, odróżnia ją od wszystkich jej podobnych i o wszelkich możliwych powikłaniach mówi. Oczywiście rzecz, że o naturze i charakterze każdego pojedynczo procesu chorobnego, o jakim napomyka, rozwodzić się nie może, o zmianach anatomo-patologicznych, w podobnych przypadkach przy autopsjach spostrzeganych, zaledwie czyni wzmiankę, chyba że jaki przypadek sam z siebie daje powód do dyskusji; to samo ma się z rokowaniem i leczeniem, które nie tylko do obecnego wypadku stosuje, ale w niém potrąca wszystkie powikłania i uczy jak w każdym położeniu znaleźć się wypadka.

Otóż zrozumieć łatwo, że podobny sposób prowadzenia kliniki może być bardzo pożyteczny dla ukończonego lekarza, lecz uczeń nie może wyciągnąć z niego korzyści, bo go trzeba powoli, krok za krokiem, jakby za rękę, prowadzić.

Gdzież tu jest czas na nabycie biegłości w badaniu chorego, na wprawę w opukiwanie i przysłuchiwanie, na wprawienie umysłu w wywody logiczne, na przyzwyczajanie się do przedstawienia sobie *wskazań* w postępowaniu leczniczym?!

Podobne rzeczy dopełniają się osobnemi kursami, prowadzonymi przez pomocników profesorów, ale uczeń nie ma nigdy sposobności spróbować sił swoich w obec profesora, a co gorsza, że kursa pomocnicze są w wielu miejscach płatne, nie przystępne zatem dla niektórych osób i takie muszą się ograniczać na prostém słuchaniu i patrzeniu na to co koledzy robią. W podobnych okolicznościach zdolności wyższe wychodzą bez szwanku, ale umysły mniej chwytny, mniej zdolne, najczęściej przepadają i po wieloletniem słuchaniu kursów najznakomitszych profesorów, nie dochodzą nigdy do sa-

modzielnosci i gdy zabraknie mistrza, wahaja się, chwytaja różnych srodków lekarskich i nie raz widzialem wpadajacych w chaos, z ktorego wybrnac nie mogli.

W mniejszych uniwersytetach niemieckich i francuzkich, do ktorych mniej naplywa cudzoziemców, rzeczy się dzieja inaczej; w Paryżu radzą sobie w ten sposób, iż mlodsi studenci nabywaja wprawy w obchodzeniu się z chorem w malych szpitalach i po odbyciu w nich externatu, przechodza do wielkich klinik „Hotel Dieu” i „Charité”, ale i wtedy czesto nie moga sobie poradzić z perkusja prof. Piorry, ani z plodnoscia w srodki lekarskie prof. Trousseau; w istocie trzeba juz pewnego obeznania się z chorem i srodkami lekarskimi, aby w srod tej powodzi nie rozbić się o jaka ukryta skale.

Charakter klinik warszawskich zbliza je do Wirtzbürgskiej i Heidelbergskiej; nie ma tu zdumiewajacych przypadków chorobnych, nie sypia się gradem srodki lekarskie, one wzięły sobie za zadanie wyksztalcić: *praktycznych samodzielných lekarzy* i chcąc być sprawiedliwym, wyznac należy, że profesorowie nasi wywiązują się ze swego zadania.

Studenci przystepują do sluchania klinik po przejściu obszernego kursu anatomji, fizylogji, nabywszy wiadomosci z patologji ogólnej, jakkolwiek w pierwszych latach istnienia akademji bardzo niedokladnych, i przypatruja badaniu chorych, ktore prowadzi profesor, lub pod jego okiem starszy ich kolega, a jednoczesnie sluchaja osobnego kursu semiotyki, auskultacji i perkusji, odbywajac liczne w tej mierze cwiczenia, i oddzielnego wykladu anatomji chirurgicznej wraz z chirurgja operacyjna, polaczona z cwiczeniami na trupie.

Z takimi zasobami, w klinice terapeutycznej prof. Chalubińskiego, przystepują studenci do samodzielnego badania chorych, dokonywaja tego w obec profesora, wywodza swe wnioski co do rodzaju cierpienia i rozpoznaja chorobę. Profesor sprawdza, wykazuje jezli się zdarzily niedokladnosci w badaniu, i czesto zadaje liczne pytania tyczące się fizylogji, patologji ogólnej i semiotyki, pyta się o wytłomaczenie objawów fizycznych, odnoszac wszystko do danego wypadku. Nakoniec student wykazuje, jakie, wedlug jego przekonania, przedstawiają się *wskazania* do wypelnienia.

Ale nie na tém koniec; przez cały przebieg choroby student asystowac jej winien, notujac wszelkie zmiany na karcie wizytowej, a z obserwacji swych zdaje sprawe codziennie profesorowi.

Takim to sposobem ksztalca się u nas terapeuci, nie majac przed oczami tak licznych jak gdzieindziej przypadków, za to zmuszeni są badac je w najscislejszy sposób.

Terapia prof. Chalubińskiego, nie odznacza się obfitoscia srodków, ani formami zlozonymi, polyfarmacja wymazana z kliniki terapeutycznej warszawskiej, jak gdyby umyslne w tym celu, aby niebylo sprzecznosci z caloscia nauczania. Jak profesorowi nie o to idzie, aby uczeń widzial niezmierną ilosc przypadków chorobnych, ale aby choc kilka nauczyl się obserwowac w sposób najdokladniejszy, tak i w terapii chodzi mu o to, aby uczący

się zdał sobie sprawę z każdego środka lekarskiego i wtedy go podał, kiedy wskazania, które sobie wyprowadził, wykażą konieczną użycia jego potrzebę.

Przypominamy sobie że, podczas studjów, wielu z nas szemrało na ubóstwo środków lekarskich w klinice, przekonaliśmy się jednak potem, że po ukończeniu, bardzo łatwo dopełnić mogliśmy swe pod tym względem wymagania, ale spostrzegliśmy, że ścisłego badania chorych, przyuczenia się do zdawania sobie sprawy z każdego objawu i z wszelkiego kroku w praktyce, po za szkołą nauczyć się nie można; że dalsze studja, pozwolą nabyć erudycji, rozszerzyć swój pogląd, ale kto ścisłości nie wyniósł z ławek szkolnych, tój go najznakomitsze europejskie imiona nie nauczą!

A więcemy z naszej kliniki rzetelną odnieśli korzyść i na ślepo środków lekarskich niestosujemy.

Klinika terapeutyczna, w wydziale lekarskim warszawskim, jest kliniką ogólną, mieszczą się w niej bowiem wszystkie choroby wewnętrzne, za wyjątkiem jedynie chorób umysłowych; te przeniesione do osobnego oddziału kliniki, założonego w szpitalu św. Jana Bożego, a dyrekcja jego powierzona została prof. Płaskowskiemu.

Przejdźmy obecnie do innych klinik. Wykazaliśmy usiłowania, jakich dokładają u nas dla dostarczenia krajowi terapeutów, ale wykształcić chirurga, okulistę, akuszerę, to rzecz inna wcale: nie powiadamy trudniejsza, bynajmniej! trudności mierzą się, w tych razach, jednakową skalą, ale w innych warunkach znajdują się dyrektorowie tych klinik, niż w klinikach wewnętrznych, bo stosunek ich do uczniów jest nieco odmienny.

W klinice chirurgicznej, jako też okulistycznej i położniczej, występuje na widownię część operacyjna. Nikt mi zdaje się, nie zaprzeczy, że niektórzy ludzie mają większy, drudzy mniejszy pociąg do używania noża, do chwytania się, w danym wypadku, operowania. Jednych zatem zachęcać, drugich mitygować należy, jeżeli się położyło za zadanie, wykształcić chirurgów, okulistów, akuszerów, którzyby i krajowi korzyść przynieśli i na drodze naukowej postępować mogli.

W tym kierunku idą dyrektorowie pomienionych klinik; ich wykłady skierowane do tego, aby nauczyć swych słuchaczy, iż nie wtenczas robi się operacja, kiedy mamy pod ręką chorego, ale kiedy operacja wyda *praktyczne* owoce, t. j. że może być wykonaną, o ile się da obrachować, z pewnym skutkiem, w warunkach stosownych i we właściwym czasie.

Czyż dowodzić potrzebuje o ile podobny sposób postępowania profesora jest pożyteczny uczącym się? Ileż to razy się zdarza, że przez wykonaną operację, można nabrać rozgłosu, a cóż dopiero wtedy, gdy powiedzieć lub wydrukować można, iż się ją zrobiło po raz pierwszy, choćby tylko we własnym kraju!

Niewątpliwie, trzeba biegłości i wytrawności kiedy się ma doczynienia pod takim względem z miłością własną młodzieży, podniecanej niekiedy pobocznymi wpływami.

Ztąd to widzimy niemalą zasługę naszych dyrektorów klinik, że umieli nauczyć czekać, aż się znajdą stosowne okoliczności i stosowny czas, czyli aż będą *istotne naukowo-praktyczne wskazania* do zrobienia operacji, aż lekarz nabierze przekonania, że robiąc ją, czyni zadość *zachowawczemu kierunkowi* chirurgji i nienaraża życia, a czasem życia dwojga istot, na niebezpieczeństwo, dla dogodzenia swojej próżności.

W klinikach zaliczonych przez nas do pierwszej kategorii, pochopność do użycia chirurgicznego lub położniczego narzędzia nie jest tak niebezpieczną, tam gdzie się ma do czynienia z wykształconym już lekarzem, w innych bowiem warunkach znajduje się profesor uczący lekarzy niż nauczający uczniów; tam zachęta dana biegłością, zimną krwią i poparta dostateczną liczbą operacji, wykształca Dupuytrenów, Malgaignów, Lisfranków, Pirogowów, Bierkowskich.

Jest jeszcze jedna okoliczność, która nasze kliniki wyróżnia od wielu innych europejskich, a tą jest: że studenci robią pod okiem dyrektorów, sami niektóre operacje, bądź to w klinice prof. Le Bruna, bądź w klinice położniczej prof. Tyrchowskiego. Do tych operacji studenci nie są obowiązkiem zmuszani, i dozwala się je wykonywać tym tylko, których albo sami dyrektorowie klinik, albo prof. chirurgji operacyjnej uzna za zdolniejszych do ich wykonania, a przekonywa się o zdolności, wrodzonej systematyczności i wprawie, przy operacjach na trupach, które pod jego okiem studenci sami wykonywają.

Nakoniec dodać należy słów parę o wykształceniu lekarza moralnym, bo i to, jakżeśmy we wstępie rzekli, w klinice lekarz zdobyć musi, a pod wykształceniem moralnym rozumiemy przyzwyczajenie ucznia do uważania w chorym cierpiącego brata, zasługującego na jego pomoc i współczucie, ale nie okaz przeznaczony do nauki tylko. Ten ważny wzgląd, ciągle jest przestrzegany w klinikach naszych i niebyło wypadku gdzieby pominięto cośkolwiek, co się należy przyzwoitości lub cierpieniu; ani jednego przypadku operacyjnego w którym by przyzwolenie nań chorego lekceważonem zostało, bo poważne i rozumne wystawienie ważności położenia, konieczności ratunku, przełamywały opór, mogący z bojaźni albo przesądów pochodzić.

Te względy, tak ważne, które w naszych klinikach spotykamy, pozwalają pominąć tu i owdzie napotykanie, w niektórych z nich, braki, tak co do poglądów teoretycznych jak i anatomji patologicznej. Te wszystkie bowiem rzeczy każdy nabędzie po za szkołą, albo je w książkach odszuka, albo w wielkich europejskich dopełni klinikach, ale skoro młody chirurg wejdzie w szkole na fałszywą drogę, nic go z niej sprowadzić nie zdoła i trudno powiedzieć dla kogo okaże się szkodliwszym, czy dla siebie, czy dla społeczeństwa które go do niesienia ratunku wzywa.

Taki jest nasz pogląd na kliniki warszawskie, w których się kształciliśmy; jeżeli zdanie to jest niedokładne lub błędne, przyjmujemy sprostowanie i w niniejszem czasopiśmie ogłosimy.

Czytelnicy nieobeznani osobiście z naszymi klinikami, będą w możności

wydać sąd o naszym zdaniu, skoro umieścimy kilka ciekawszych spostrzeżeń, na co pozwolenie dyrektorów klinik otrzymaliśmy.

Dobieszewski.

OBSERWACJE SZPITALNE.

ODDZIAŁ CHIRURGICZNY SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS.

A). Oddział kobiet—ordynujący prof. Dr. Korzeniowski

Wyluszczenie ramienia — Całkowite wycięcie łopatki, — Przebieg pomyślny.

Mając zamiar w piśmie naszym, umieszczać rys czynności szpitali warszawskich, rozpoczynamy go opisem jednej z największych i najciekawszych operacji, dokonanej przez prof. Korzeniowskiego; opis ten treściwy, pozwolił nam zamieścić szanowny profesor, za nim sam obszerny i szczegółowy jej obraz drukiem ogłosi. *(Przyp. Red.).*

Jarząbek Rozalja lat 36 licząca, przybyła do szpitala Dz. Jezus 26 Czerwca 1865 r. z oznakami zajęcia kości ramieniowej i stawu barkowego, na bardzo znacznej przestrzeni. Zniszczenie miękkich części, od strony zewnętrznej, było tak obszerne, że o zachowaniu kończyny, chociażby nawet stan kości ramieniowej na to pozwalał, myśleć nie można było. Z tych powodów dnia 6 Lipca 1865 r. przystąpiono do wyluszczenia w stawie barkowym, z uformowaniem płata zewnętrznego i tylnego, z powodu zupełnego zniszczenia skóry od strony wewnętrznej ramienia i w okolicy guzika kości ramieniowej.

Operacja wykonaną została z bardzo małą utratą krwi, a to w skutek przecięcia tętnicy w ostatnim cięciu operacyjnym i natychmiastowego jej podwiązania.

Przy operacji przekonano się: że nietylko sama kość ramieniowa, ale i łopatka dotknięta była chronicznym zapalnym procesem, usunięto zatem kłykiec łopatki, lecz tu odcięcie kości nie nastąpiło jeszcze w zdrowym miejscu, gdyż widocznie proces chorobny posunął się na sam trzon kości. Mimo to, dokładnego śledzenia procesu chorobnego, jakim łopatka dotknięta była i usunięcia całkowitego, chorobliwie zajętej części, niedokonano, albowiem chora była bardzo osłabioną i już w wysokim stopniu wyniszczenia, poddaną została operacji.

Po dokończeniu opisanej operacji, chora w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, powróciła do sił, rana pokryła się dobrą brodawkowaniem, lecz w zupełności się niezabliźniła i z uformowanych przetok, tak po ranie jak i w okolicy nadobojczykowej, wychodziła dość znaczna ilość ropy, dowodząca obszerniejszego chorobliwego zajęcia kości.

Szczegółowe badanie konturów łopatki, i przetok, tak za pomocą zglębniaka, jako też i za pomocą śledzenia zewnętrznego, przekonywało o zajęciu wyrostka barkowego i górnej części łopatki, położonej po nad jej grzebieniem. Z tych tedy powodów, gdy stan ogólny chorób przyszedł do znakomitej poprawy, przy-

stąpiono d. 8 Stycznia 1866 r. przy pomocy Dr. Orłowskiego i Kraszewskiego i w obec PP. studentów kursu IV do częściowego wypiłowania łopatki.

Cięcie przeprowadzono pod samym brzegiem wyrostka barkowego i po nad brzegiem dolnym grzebienia łopatki. Po oddzieleniu miękkich części od kości, przekonano się: że nie tylko górna część łopatki, ale cały wyrostek barkowy i trzon tej kości, zajęty jest procesem zapalnym (osteomyelitis), w skutek którego okostna, na całej przestrzeni łopatki, z łatwością dawała się oddzielić, a nóż przy najlżejszym dotknięciu do kości przebijał jej blaszkę zewnętrzną.

Skutkiem takiego przekonania, powzięto zamiar: natychmiastowego **wycięcia całkowitego łopatki.**

Ponieważ poprzednie cięcie nie wystarczało, dopełniono go cięciem podłużnym, przechodzącym ściśle wzdłuż tylnego brzegu łopatki i przenikającym aż do samej kości.

Wtedy przystąpiono do oddzielenia okostnej od kości, co zresztą dało się uskuteczyć z łatwością, na tylnej powierzchni łopatki; dla ułatwienia zaś oddzielenia i zachowania okostnej na powierzchni przedniej czyli wewnętrznej, musiano przepiłować poprzecznie samą kość i oddzielić od okostnej i mięśnia podłopatkowego, najprzód dolną część kości, a następnie górną. Część wyrostka barkowego, która ułamała się podczas operacji, i wyrostek kruczy, zostały zaraz oddzielone nożem; pierwszy ze swego połączenia z obojczykiem, ostatni zaś od połączenia z mięśniami.

Wciągu całej operacji, żadna z większych tętnic nie została przecięta, zapewne w skutek zachowania okostnej i ścisłego trzymania się, przy robieniu cięć, wystających brzegów kości.

Rana przedstawiająca płąt trójkątny o podstawie zewnętrznej, została połączona sześcioma krwawymi węzłkowymi szwami, a po nałożeniu stosownego opatrunku okładana lodem.

Chora, w krótkim przeciągu czasu przestała gorączkować; szwy górne utrzymały się i z bardzo obszernej rany pozostała tylko podłużna, odpowiadająca cięciu zrobionemu wzdłuż tylnego brzegu łopatki, która obecnie, jak i dawne przetoki, znajduje się na drodze do zabliznienia, pomimo dwa razy przebytego zapalenia różowego.

Po tym krótkim opisie przebiegu operacji ośmielamy się przytoczyć tutaj kilka historycznych uwag, udzielonych nam, łaskawie, przez profesora *Korzeniowskiego.*

Całkowite wycięcie łopatki należy do bardzo rzadkich operacji; w tej formie w jakiej tu podaliśmy, to jest wycięcia jej całkowitego z poprzedniem wyluszczeniem w stawie barkowym, nauka przytacza tylko trzy przykłady: *Mussey* w Nowym-Yorku w 1831 r. wykonał wyluszczenie, a w 1837 wyciął, temu samemu choremu, łopatkę i obojczyk; przy czem zmuszonym był podwiązać tętnicę podobojczykową i znaczną ilość tętnic pochodnych. Drugi przypadek wykonany został przez p. *Rigaud* w Strazburgu, który w 1841 r. wyluszczył ramię ze stawu barkowego, w 8 miesięcy później wyciął łopatkę, przy czem zmuszonym był podwiązać kilkanaście naczyń. Nakoniec trzeci wypadek podany

jest przez *Fergussona*, który w 1847 r. wyciął łopatkę, dokonawszy, trzy lata przedtém, na tém samém indywiduum wyluszczenie ramienia. Ten ostatni przypadek pod względem natury cierpienia i cięć dokonanych podczas operacji, najwięcej się zbliża do przypadku przez prof. Korzeniowskiego operowanego; lecz *Fergusson* podwiązał znaczną ilość drobnych naczyń i tętnicę pachową, którą jednak później odwiązał; dalej tém się jeszcze on różni od naszego przypadku, że łopatka została wyjęta bez przepiłowania, jednak przepiłowanie, jakieśmy widzieli, jest pożytecznym; ułatwia bowiem oddzielenie przepiłowanej kości od części miękkich.

Wszystkie te trzy wypadki zakończyły się pomyślnie, spodziewamy się zatem, że i operacja dokonana przez profesora Korzeniowskiego zakończy się również pomyślnie.

Nakoniec wspomnieć nam jeszcze wypada, że całkowite wycięcie łopatki z jednoczesnym odjęciem barku dokonali: *Cuming* (1818 r.), *Larrey* (1838 r.), *Heselden*, *Carl Michaël* i *Darsey*.

Wyjęcie całej łopatki, bez wyluszczenia w stawie barkowym, dokonali: *Langenbeck* (1855 r.) *James Syme* (1856) w Edyburgu i *Heyfelder* (1857 r.). Wszystkie te trzy wypadki zakończyły się śmiercią.

(Dalszy ciąg obser. nastąpi).

KORRESPONDENCJA KLINIKI.

Tomaszów Rawski, w Kwietniu 1866 r.

Treść: Plan korespondencji z prowincji. Trzy działy—Dział sprawozdawczy—Dział higieny prywatnej i publicznej—Dział „praktyka:” stosunki z felezerami i publicznością—Tomaszów i jego mieszkańcy—Przeważające formy chorób w pierwszym kwartale r. b.—Zapalenie oskrzeli—Zapalenie płuc—Gorączka tyfoidalna—Przypadek dławca, w przebiegu zapalenia płuc—Charakter panującej gor: tyfoidalnej; zap: gruczołów podjęzykowych—Przypadek (*Cyanche sublingualis*) u dziecka—Hydatydy wątroby u dziecka.—Przypadki chirurgiczne—Głodzenie położnic—Oklady z moczu przy zapaleniu gruczołu sutkowego (mastitis)—Zgorzel skóry sutki—Przetoka mleczna—Podrabianie miodu—Jakie są próby czystości miodu?—Jak się rekomendują felezerzy nowo-przybyłemu lekarzowi?

Staję na wezwanie! przesyłam wam pierwszą korespondencję. Pozwolicie mi jednak, dla mego i waszego spokoju, wypowiedzieć przekonanie moje o formie i treści korespondencji prowincjonalnych; być może, że przekonanie moje za błędne uznacie, być może, że ogół kolegów, na prowincji pracujących, nie zgodzi się na nie, a ja pragnę zastosować się do ogólnego planu, przywiązując ogromną wagę do korespondencji prowincjonalnych, jeżeli takowe będą liczne i w jednej myśli, w jednym pisane kierunku. Czy głównym przedmiotem korespondencji prowincjonalnych ma być dokładne sprawozdanie z obserwowanych, leczonych, operowanych wypadków? sprawozdanie epidemjologiczne? statystyka śmiertelności? i t. p. Odpowiadam: nie.

Prowadzenie ścisłej kontroli wypadków obserwowanych jest, rzecz naturalna, koniecznością o której każdy z nas jest przeświadczony. Ale tylko zestawienie podobnych sprawozdań z całego kraju, może mieć wartość i dla tego cieszyć się należy, że tak z powodu wezwania oddziału epidemiologii i higieny publicznej, jak oddziału chirurgicznego Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, obowiązani zostaliśmy niejako, do prowadzenia porządną kontroli i do przesyłania naszych sprawozdań, z których pożytek nietylko dla nas samych, ale i dla nauki wyniknie. Pomieszczanie zaś pojedynczych, tego rodzaju sprawozdań w „Klinice,” z kilku a choćby kilkunastu miejscowości w kraju, żadnego pożytku nie przyniesie czytającemu ogółowi kolegów. Spodziewać się należy, że redakcja „Kliniki” zechce czytelników swoich obznajmiać z rezultatami otrzymanymi przez oddział epidemiologiczny i higieny publicznej i przez oddział chirurgiczny, i to w jak najczęstszych odstępach czasu, aby tym sposobem, każdemu z nas dać możność porównawczego, zestawienia robionych w swój okolicy spostrzeżeń, ze stanem rzeczy w całym kraju. Rozumie się, że zdanie moje nie tycze się korespondencji z miejsc gdzie jest szpital lub infirmerja, koledzy zarządzający takimi zakładami zechcą, zapewne, dokładne sprawozdania z klinicznych swych obserwacji i statystyki ruchu szpitalnego perjodycznie do „Kliniki” nadsyłać. Nie sądzę też bynajmniej, iżby całkiem z korespondencji naszych należało wykreslić obserwacje w praktyce czynione; przeciwnie, stanowić one powinny *pierwszą część* każdej korespondencji, ale ograniczać się mają, zdaniem mojem, do ogólnego rysu stanu sanitarnego, w ciągu danego czasu i do krótkiego opisu niektórych spostrzeżeń. Sądzę, że ważniejsze spostrzeżenia powinny stanowić materiał do prac osobnych, któremi każdy z nas, zapewne, zechce zasilać pismo wasze i tym sposobem pojęcia swoje, o danym wypadku, poddawać pod sąd ogółu kolegów.

Druga część każdej korespondencji prowincjonalnej powinna, zdaniem mojem, mieć za przedmiot kwestje miejscowej higieny prywatnej i publicznej. W tej części należałoby podnosić zabobony, zgubne zwyczaje, zaniedbania z jednej strony, z drugiej zaś środki zaradzenia panującemu złemu. Największym złem jest: w miasteczkach i wioskach naszych... *tolerancja i niedbalstwo ze strony lekarzy*. Jeżeli każde zaniedbanie, brak, nadużycie oszustów, będzie przez nas podnoszone, to ani wątpić należy, że władze policyjne, zawsze gotowe do usunięcia złego, zwrócą uwagę na bezinteresowne skargi i wołania nasze i zniosą wskazane im przez lekarzy źródła złego. Ale nie wystarczą tu ogólniki, nie wystarczą ubolewania, każdy wypadek powinien być dokładnie opisany, powinny być wymienione środki użyte przez lekarza, do zapobieżenia złemu, ukaranie winnego i t. d. Może takie postępowanie z naszej strony obudzi z uspienia tych z kolegów naszych, którzy *zbyt wczesnie* rzekli się nadziei zniszczenia złego, *energiczném i sumierném* postępowaniem. Spodziewać się należy, że ustępy korespondencji naszych, dotyczące higieny publicznej i prywatnej, znajdą zajęcie i w czytelnikach nie lekarzów, i że redakcje codziennych pism krajowych, dla popar-

cia celów naszych, zechcą, powtarzaniem tych ustępów, dopomóż nam w tępieniu złego.

Nareszcie do *trzeciej*, nie mniej ważnej części korespondencji dostarczyć powinna treści tak zwaną **praktyka** t. j. stosunek lekarza do ogółu miejscowej ludności z jednej strony, a z drugiej stosunek do felczerów i akuszererek. Zbyt dotkliwie każdy z nas czuje gorycz praktyki na prowincji, zbyt często i boleśnie dają mu się we znaki, ciemnota ludu naszego, uprzedzenia klas wykształconych i oburzające nadużycia felczerów i akuszererek, aby nie zechciał z ochotą podzielić się uwagami i postrzeżeniami swemi w tej mierze, z ogółem kolegów. A tylko takie porozumienie się w tych przedmiotach, może nam po niej jakim czasie, podać środki do stoczenia zwyciężkiej walki z hydrą zabobonu i oszustwa, z którymi nam, lekarzom na prowincji, co dzień, co godzina borykać się przychodzi.

Skończyłem mój programat; a teraz przystępuję do korespondencji. Postanawiam przesyłać wam pismo moje co miesiąc, dziś jednak na pierwszy raz, korespondencja moja obejmuje czas, od połowy Stycznia do połowy Kwietnia r. b.

Kilku słowy obeznam was z Tomaszowem i okolicą. Tomaszów jest miastem 6000 mieszkańców liczącym, szeroko rozłożonym. Większa część ludności należy bezwzględnie do klasy robotników w fabrykach. Są to sukiennicy, tkacze, farbiarze, przędzalniarze.

Pod Tomaszowem, w Gustku, jest wielki piec i znaczna fabryka odlewów żelaznych; niewielka część ludności należy do klasy górniczej i zajmuje się wydobywaniem rudy żelaznej w okolicy. Miasto leży nad dużym stawem, zaopatrywanym wodą bliższej Pilicy, okolica obfituje w pyszne lasy; ku południowi, nad granicą gubernji Radomskiej, zaczynają się znaczne wzgórza.

(Dalszy ciąg nastąpi).

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

Untersuchung über den uremischen Process und die Funktion der Nieren. Tübingen 1865 Dr. N. Zaleski.

W broszurze wyszłej niedawno pod tym tytułem, autor przedstawia poszukiwania swe, w tej mierze czynione, nietylko na ssących, jak to robił Frerichs, ale i na ptakach, t. j. na zwierzętach, które, w normalnym stanie, nie wydzielają mocznika ale kw. moczowy. U psów następnie sprawdzono fakta: Po wycięciu albo podwiązaniu nerek, nastąpiły mdłości, potem wymioty, najprzód pokarmami, potem płynami kwaśnymi, przeryzystemi, oddziaływającymi kwaśno. Towarzyszyła im utrata apetytu, ociężałość, smutek, drzemanie, śpiączka, przerywana, od czasu do czasu, konwulsjami. Te objawy nerwowe, jakkolwiek zmienne, odznaczały się charakterem przygnębienia (*depressio*). W czas jakiś po wycięciu nerek, zauważono niezupełny bezwład tylnych kończyn, był to objaw wynikający bezpośrednio po operacji, po pewnym bowiem czasie zniknął, zatem mógł być

policzony do objawów *mocznicy* (uracmia). Po operacji następowało zawsze zatrzymanie wydzielin kału, a wydychane przez zwierzęta powietrze, nie zawierało amonjaku, jak to bywa w stanie normalnym; wycięcie obu nerek sprowadzało śmierć w ciągu 66 do 90 godzin. W dwóch takich doświadczeniach, sekcja nie wykryła ani śladu zapalenia błon mózgowych, zapalenia mózgu, opuchliny tego organu, ani wylewów do komórek mózgowych.

Zwłoki zwierząt, które straciły życie skutkiem wycięcia nerek, nie wydawały, przy ich otworzeniu, woni moczowej i trupy ich późno podlegały zgniliznie, kiedy przeciwnie u tych którym podwiązano moczowody, rozkład mocznika objawiał się już za życia, dając się poznać przez oddech amonjakalny.

Naczynia limfatyczne i przewód piersiowy zwierząt, którym wycięto nerki, były puste, kiedy przeciwnie u tych którym podwiązano moczowody, naczynia limfatyczne i przewód piersiowy, napełnione były limfą różowo zabarwioną; znaleziono u nich również gruczoły limfatyczne powiększone i mocno nastrzyknięte. Rozbiory chemiczne dowiodły, że wycięcie nerek, nie wpływa na powiększenie lub zmniejszenie ilości mocznika zawartego we krwi. Przeciwnie po podwiązaniu moczowodów, ilość mocznika we krwi znakomicie się zwiększała i wysledzono go również w mięśniach, w limfie i zawartościach żołądka i kiszek. Co do amonjaku, który istnieje we krwi w stanie normalnym, ani wycięcie nerek, ani podwiązanie moczowodów, nie zmieniło ilości jego w sposób możliwy do ocenienia. Ważność przypadłości nerwowych, nie była bynajmniej proporcjonalną do większej lub mniejszej ilości mocznika lub amonjaku we krwi zwierzęcia.

Dodać należy, że mięśnie zwierząt, poddanych wycięciu nerek zawierały nie normalną ilość kreatyny.

(Dokończenie nastąpi).

FARMACJA.

Niektóre uwagi nad fabrykacją wód mineralnych

PRZEZ

W. Karpińskiego

Magistra Farmacji.

Nie należę wcale do tych entuzjastów, którzy przekładają wody mineralne robione sztucznie nad wody naturalne, gdyż nauka niepotrafiła jeszcze odkryć wszystkich tajników mieszania ciał i utrzymywania ich w stanie rozpuszczalności, jak to ma miejsce w czasie bicia źródeł z łona ziemi, i gdyby wody naturalne rozsyłane w butelkach zatrzymywały tę świeżość i ten sam skład chemiczny jakie mają w samych źródłach, chęć ich naśladowania pozostałaby pracą bezpotrzebną.

Częste jednak psucie się wód mineralnych naturalnych sprowadzanych nieraz z bardzo daleka, wywołało potrzebę ich naśladowania i dało początek zupełnie nowemu rodzajowi przemysłu. Niema wątpliwości, że wody naturalne, pite przy źródle, lepiej mogą działać jak wody robione sztucznie, nie można jednak zaprzeczyć, że pewne gatunki wód sztucznych szczególnież żelaznych, zawierających ciało to w stanie rozpuszczalnym, lepiej skutkują od

wód naturalnych sprowadzanych w butelkach, z których żelazo wydzielilo się całkowicie i w stanie tlenniku opadlo. Niedogodność wspomniana wyżej, a tycząca się szczególnie wód żelaznych, już dwa wieki temu, zwracała uwagę ludzi myślących i dała początek w Anglii fabrykacji wód mineralnych. W XVII wieku pp. Howart i Jenning pierwsi wzięli patent na wyrabianie wód żelaznych, lecz nowy ten pomysł znalazł, jak każda nowość, wielu przeciwników i poszedł w zapomnienie; — dopiero Struve z Drezna, przed kilkudziesięciu laty, nadał nowy popęd i obudził nowe życie w tej gałęzi farmacji, a chociaż łatwość obecna transportów, przeprowadzone liczne drogi żelazne, ułatwiły dostawę wód mineralnych naturalnych, to jednak wody sztuczne, do dziś dnia, mają w Europie licznych zwolenników, a sztuka ich wyrabiania, wsparta chemicznymi spostrzeżeniami najznakomitszych mężów nauki, coraz bardziej udoskonala się, i niewątpimy, że dojdzie, z postępem analizy, do możliwój dokładności.

Cóż to za ogromna różnica jest teraz w wyrabianiu wód mineralnych od pierwiastkowo używanego? dawniej dodawano do flaszki sole wchodzące do składu wody mineralnej, dolewano wody nasyconej gazem węglanym i to nazywało się wodą mineralną. Z postępem chemji, z poznaniem zasad stochiometriji nabyto przeświadczenia, że osady najlepiej wtenczas są rozpuszczalne, jeżeli są strącone świeżo, w obecności gazu węglanego i pod pewnym jego prężeniem. Odkryte niedawno w niektórych gatunkach wód rubidium, niewątpimy, że wkrótce dokładniej będzie oznaczone, a aparat Frauenhoffer'a, w analizach wód mineralnych, może rzucić nowe światło i wyjaśnić wiele rzeczy niezrozumiałych, tyuczających się działania lekarskiego wód.

Aptekarz poświęcający się wyrabianiu wód mineralnych, nigdy niemoże być za zbyt oględnym, szczególniejszą on swą uwagę powinien poświęcić, żeby niepominąć żadnego ciała, które analiza oznaczyła jako wchodzące do składu wód mineralnych, choćby ono wynosiło prawie atomową ilość powinno być dodane najstaranniej, dla tego właśnie, że może ta mała, nieznaczna ilość, tworzy z innymi solami całość, która swój wpływ zbawienny wywiera na organizm ludzki. Dobroć aparatów, wyższa znajomość naukowa, dokładność posunięta do najsubtelniejszych drobiazgów, są to rzeczy konieczne, bez których dobrych wód mineralnych robić niepodobua.

Apparata dotychczas używane do wyrabiania wód mineralnych i gazowych są trojakiego rodzaju, to jest: tak zwanego, systemu Drezdeńskiego, gdzie się woda przekroplona, mająca się zamienić na wodę mineralną, wlewa do właściwego zbiornika, a za pomocą oddzielnój pompy wtlacza gaz węglany, a rozczyiny solne wlewają się po odkręceniu śruby znajdującój się na wierzchu zbiornika mieszczącego wodę, systemu francuzkiego, który zależy na tém: że pompa jedna może wtlaczać dowolnie wodę, gaz, albo rozczyiny solne.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Redaktor, Dobieszewski.