

tu fiksacyjnego czerwono, zielone — zmiennie żółtawo lub czarnawo.

6) Koncentryczne zwężenie pola widzenia dla białego i kolorów: najbardziej dla niebieskiego, potem zielonego i czerwonego, najmniej dla żółtego. Zwężenie jest większe na oku prawym, t. j. po stronie hemianestezyi.

Jako objawy podstawowe mamy widzenie barwy żółtej i ślepotę dla niebieskiej. Nieprawdopodobnem jest, aby współlistnienie tych dwóch objawów było przypadkowe. Kolory żółty i niebieski uzupełniają się wzajemnie (*Complementärfarben*), zmieszane razem dają białe. Gdy jednego składnika brak, drugi zyskuje przewagę: zrozumiałem więc jest, że przy częściowej ślepcie dla niebieskiego białe widzi się żółto. Czerwone i zielone są poznawane w odcieniach nasyconych, gdy natomiast odcienie jaśniejsze, t. j. posiadające większą domieszkę białego, wydają się żółtawymi.

W tym przypadku zatem objawy histeryczne zastosowały się do praw optyki fizjologicznej. Jestto fakt niezmiernie ważny dla ogólnej patologii histeryi. Jak wiadomo, wielu autorów obstaruje przytem, że wszystkie objawy tej nerwicy powstają drogą psychiczną, *resp.* wyobrażeniową (*psychogen, ideogen*). Stosownie do tego wszystkie objawy histeryczne, a najbardziej objawy porażeniowe (*Ausfallserscheinungen*) odpowiadają pod względem umiejscowienia grubym, nie naukowym pojęciom popularnym, fizjologii laików („à une physiologie bien grossière, bien populaire“ *JANET*). Anestezja histeryczna nie stosuje się do granic unerwienia pewnych nerwów lub korzeni nerwowych, lecz ogranicza się liniami okrężnymi (*circulaire*), obejmującemi całą kończynę lub tylko jej część. Przy częściowej anestezji kończyn dotknięte zostają odcinki grubo-anatomiczne, sama tylko ręka lub stopa, łokieć lub kolano. Przy ślepcie histerycznej mamy nie tylko anestezję siatkówki, ale i łącznicy i powiek. „*L'hystérique a perdu l'oeuil non pas seulement dans le sens physiologique,*

mais dans le sens populaire du mot, c'est à dire tout ce qui remplit l'orbite“.

Objawy, tu opisane, sprzeciwiają się tej teorii. Nasz handlarz mięsa z pewnością nie znał praw optyki wzajemnego stosunku kolorów niebieskiego i żółtego. Jest więc całkiem pewne, że tak niezwykle zaburzenia nie powstały na tle jego wyobrażeń o barwach. Prawdopodobnie przyczyną ich są przemijające zmiany pobudliwości w pewnych okolicach kory mózgowej.

Nie znaczy to wszakże, aby wszystkie przypadki widzenia barw u histeryków powstawać miały w ten sam sposób, jak tu opisano. Możemy sobie łatwo wyobrazić, że ten sam objaw w jednym przypadku jest objawem porażeniowym (przewaga jednej barwy skutkiem ślepoty dla barwy uzupełniającej), w drugim zaś jest wyłącznie objawem podrażnienia odnośnych komórek w korze. Gdy przypomnimy sobie, jak zmienne i różnorodne są w histeryi stosunki między objawami porażenia i podrażnienia, między *hyperestezją* (bólem) i *anestezją*, *hyperkinezą* (drżenie, drgawki, skurcze) i *akinezą*, to nie będziemy się dziwili, że i w dziedzinie, która nas tu specjalnie zajmuje, w dziedzinie widzenia barw również wszystkie możliwości urzeczywistnić się mogą.

W krótkim czasie po wyżej opisanym przypadku miałem w oddziale drugi przypadek widzenia barw również w histeryi, powstałej skutkiem urazu psychicznego.

25-letni krawiec z Warszawy usłyszał, siedząc przy robocie, hałas na ulicy, a gdy wyjrzał oknem, zobaczył, jak żołnierze dali salwę. Przełękł się ogromnie i odrazu poczuł bóle w różnych częściach ciała. W ciągu tygodnia mógł jeszcze pracować. Po kilku dniach zachorował na rozwolnienie i wymioty. Gdy to przeszło, dostał napadów skurczu w prawych kończynach: kończyna dolna zginęła się skurczowo w kolanie, górna w łokciu. Równocześnie silne bóle w całej prawej połowie ciała wraz z twarzą

i głową. Napady trwały około 10—15 minut, powtarzały się co parę godzin. Od tygodnia napady ustały.

Chory uskarża się na bóle w prawej połowie ciała oraz wielką wrażliwość jej przy najslabszym dotknięciu, zwłaszcza w okolicy uda i ramienia. W tej samej połowie ciała chory doznaje stale uczucia zimna.

Badanie przedmiotowe wykazuje prawostronną hemianestezę dla wszystkich rodzajów uczucia. Prawa połowa twarzy i języka przyjmuje udział. Odruchy ścięgnowe wzmożone, podeszwowe słabe, prawy słabszy od lewego. Przy ułkciu podeszwy odruch silny. Odruchy nosidłowe żywe. Brzuszny lewy żywy, prawy umiarkowany. Siła mięśniowa prawych kończyn zmniejszona.

Widzenie barwy pojawiło się w samym początku choroby i trwa bez zmiany (chory wstąpił do szpitala w 4 tygodnie po zachorowaniu). Chory widzi wszędzie czerwono, wszystkie przedmioty wydają mu się czerwonymi. Jaśniejsze kolory widzi jasno-czerwono, ciemniejsze — ciemno-czerwono. Biały fartuch szpitalny jest jasno-czerwony, buty mają kolor bordo, herbata — wygląda, jak wino.

Objaw ten jest wyraźniejszy, gdy chory patrzy samem prawem okiem. Na lewym jest on słabszy, również przy patrzeniu obydwoma oczami.

Przy badaniu kolorowemi włóczkami chory prawem okiem widzi wszystkie barwy czerwono: wszystkie włóczki dokłada do barwy czerwonej, jaśniejsze odcienie nazywa jasno-czerwonymi, ciemniejsze ciemno-czerwonymi. Przyglądając się każdej próbie oddzielnie zbliżając, widzi wyraźnie tylko czerwoną barwę: tu i owdzie przebłyskuje jakaś inna barwa, której jednak rozpoznać nie jest w stanie.

Lewem okiem widzi również przeważnie barwę czerwoną, ale obok niej dostrzega też i inne. Tych ostatnich nie rozpoznaje od razu, lecz musi im się długo i uważnie przyglądać

i każdą próbkę w gruby kłębek zwinąć. W poznawaniu różnych barw — żółtej, zielonej, niebieskiej — różnicy nie zauważyliśmy. Odkładanie pojedynczych próbek, należących do pewnej barwy, odbywa się z wielkim trudem, długim namysłem i niezupełnie dokładnie.

W polu widzenia wszystkie kolory również widzi czerwono. Samo pole widzenia nie jest zwężone.

W dalszym przebiegu choroby wszystkie wymienione zaburzenia stopniowo ustąpiły, tak samo jak i inne dolegliwości. Po 4-tygodniowym pobycie chory wypisał się zdrow ze szpitala.

W tym przypadku, również jak w pierwszym, widzenie barwy wystąpiło u 25-letniego pacjenta, jako jeden z objawów ciężkiej, ostro, skutkiem przestachu, powstałej hysterii, równocześnie z hemianestezją, hemiparezą, tonicznymi napadowymi skurczami w niedowładnych kończynach oraz bólami w anestetycznej połowie ciała. Widzenie czerwonego było silniejsze na prawem oku, t. j. na stronie anestezji. Na lewym, słabiej dotkniętym, stwierdziliśmy, że chory rozpoznaje m. w. jednakowo wszystkie inne kolory — zielony, niebieski, żółty — że jednak te ostatnie ciągle zasłanianie są czerwonym i dlatego poznawanie ich odbywa się z wielkim trudem. Na prawem zaś oku kolor czerwony jest tak dominujący, że chory żadnego innego rozpoznać nie jest w stanie. Co najwyżej, dostrzega pręgi, inaczej zabarwione, lecz barwy tej wymienić nie umie. W każdym bądź razie nie było w przypadku tym specjalnej ślepoty dla jednej barwy, a zwłaszcza nie było jej dla barwy zielonej (uzupełniającej czerwoną). Nie może być więc mowy o przewadze jednej barwy wskutek ślepoty dla drugiej, lecz mamy w danym razie objaw podrażnienia, częściowego wzmożenia pobudliwości w dziedzinie zmysłu barw.

W polu widzenia stosunki były m. w. takie same, jak przy patrzeniu centralnem, t. j. wszy-

stkie kolory również czerwonymi się przedstawiały. Przy tem jednak, co jest rzeczą niezwykłą, pole widzenia zarówno dla białego, jak i dla kolorów, nie było prawie wcale zwężone.

Na zakończenie chcę jeszcze zestawić objawy, jakie w przypadkach tych spostrzegaliśmy, z tą postacią, która towarzyszyła wiałowi rdzenia. Ta ostatnia wystąpiła również nagle w przebiegu choroby. Chory widział wszędzie, gdziekolwiek spojrział, barwę zieloną lub fioletową. Zielona była wyraźniejsza, a występowała w postaci kwadratów i innych figur (podobnie jak wzory na obrusie). Fioletowa była ciemniejsza, z lekką domieszką czerwonej, mniej ostra, w postaci obłoczków bez wyraźnego kształtu.

Obie barwy, zarówno zielona, jak fioletowa, pokrywały otaczające przedmioty, nie zlewając się z nimi. To też poznawanie tych ostatnich pod względem kształtu i koloru było możliwe. Zwykle chory widział jedną barwę zieloną lub fioletową. Najczęściej, gdy przyglądał się jakiej rzeczy, widział na niej naprzód zieloną, potem fioletową. Niekiedy jedna zwolna zastępowała drugą, tak że chory przez krótką chwilę obie naraz widział.

Objawy te trwały prawie bezustannie i sprawiały choremu wielkie cierpienie. Gdy na kwadrans ustawały, wracały potem z większem jeszcze natężeniem. Najbardziej przeszkadzały choremu, który był już w okresie bezładu (ataktycznym), przy chodzeniu, gdyż zasłaniały mu podłogę. Nawet przy zamykaniu ocz chory widział je dalej, choćby sobie żadnych przedmiotów nie wyobrażał. Pole widzenia było bardzo zwężone; w polu widzenia chory, jak się zdaje, swych zjawisk barwnych nie widział.

Najbardziej wybitną cechą tego przypadku w porównaniu z histeryą jest, że zjawiska barwne są tu czemś odrębnem, nie odpowiadają wcale zarysom przedmiotów, lecz kładą się na nie w postaci różnorodnych wzorów i plam i tym sposobom utrudniają oryentowanie się w otoczeniu. U histeryków natomiast wszystkie przed-

mioty same nabierały odnośnej barwy, cały świat przedstawiał się w jednym kolorze, ale kształty przedmiotów występowały ostro, chorzy skutkiem tego znacznie mniej z powodu swych zaburzeń cierpieli. Różnica ta wynika, jak się zdaje, ze sposobu powstawania objawów. W wiałdzie rdzenia mieliśmy stan pobudzenia włókien nerwu wzrokowego, towarzyszący zwyrodnieniu postępującemu tegoż nerwu. Dlatego tu zjawiska barwne miały charakter bardziej pierwiastkowy, były one raczej podobne do zjawisk entoptycznych, które się otrzymuje przez naciskanie na gałkę oczną.

W histeryi natomiast zaburzenia są niewątpliwie pochodzenia ośrodkowego i powstają przez zmiany we wzajemnem ustosunkowaniu i pobudliwości ośrodków korowych.

Zgodnie z tem podkreślić należy inne jeszcze różnice obu postaci:

W wiałdzie chory widział 2 barwy, zieloną i fioletową, ta ostatnia z wyraźną domieszką czerwonej. W histeryi występowała jedna tylko, w jednym przypadku żółta, w drugim czerwona.

W wiałdzie stwierdziliśmy równocześnie zmniejszenie zdolności poznawania barw, zwłaszcza obu widzianych przez chorego — zielonej i czerwonej. W histeryi mieliśmy w jednym przypadku częściową ślepotę dla barwy niebieskiej, uzupełniającą dla barwy żółtej, widzianej przez chorego. W drugim chory poznawał słabiej dotkniętym okiem wszystkie barwy, aczkolwiek z trudem (skutkiem przewagi czerwonej), drugim zaś okiem dostrzegał zaledwie obecność innych barw, nie umiając ich bliżej określić.

W wiałdzie były przerwy, w których widzenie barw ustawało na krótko, choć potem silniej jeszcze występowało. W histeryi objaw ten był bezustanny.

W wiałdzie widzenie barw trwało nawet przy zamkniętych oczach, w histeryi zaś natychmiast ustawało.

Streszczając w końcu nasze spostrzeżenia powiedzieć możemy, co następuje.

1) Widzenie barw występuje w dwóch postaciach: jedna jest obwodowa, spowodowana stanem podrażnienia w nerwie wzrokowym, druga — ośrodkowa.

2) W histeryi widzenie barw występować może bądź jako objaw podrażnienia korowego, przyczem poznawanie innych kolorów jest zachowane, choć nieco utrudnione; bądź też wikła się częściową ślepotą dla jednego koloru i polega wtedy na przewodze koloru uzupełniającego.

O LEWULOZURYI.

skreślił

MIECZYŚŁAW HALPERN.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 32).

Podobną obserwację opisali SPÄTH i WEIL (46); w ich przypadku lewulozurya zupełnie nie zależała od spożywania glukozy.

SCHLESINGER (47) bardzo dokładnie zbadał swój przypadek czystej lewulozuryi i mógł stwierdzić zależność jej od spożywania lewulozy; przy podawaniu lewulozy *per os* można było w tym przypadku odnaleźć 12,5% do 22% tej lewulozy w moczu; natomiast krochmal, a co dziwniejsza, inulin nie wpływały na lewulozurę, podczas gdy sacharoza, również jak lewuloza, wywoływała wyraźną lewulozurę, co jest zupełnie zrozumiałe wobec tego, że sacharoza rozpada się w kiszkaach na glukozę i lewulozę. Interesująca jest obserwacja SCHLESINGER'a, uczyniona w tym przypadku, że pod wpływem florydzyzny chory wydzieliał nie lewulozę, którą niewątpliwie miał we krwi, lecz glikozę. To dowodzi, iż cukrzyca florydzynowana nie polega jedynie, jak przypuszczano, na zwiększonej przepuszczalności nerek względem cukru, gdyż w takim

razie w danym przypadku powinna byłaby wydzielać się lewuloza.

Następny przypadek czystej lewulozuryi opisali LÉPINE i BOULUD (48); i w tym przypadku lewulozurya zupełnie nie zależała od podawania glikozy, która spalała się doskonale; natomiast tolerancja ustroju względem lewulozy była w danym przypadku bardzo niewielka i wynosiła prawie 0.

Ostatni wreszcie ze znanych mi przypadków czystej lewulozuryi obserwował NEUBAUER (49). Przypadek ten dotyczył 30-letniego mężczyzny, który miał skargi neurasteniczne. W anamnezie żadnych danych na cukrzycę, podagrę, otyłość, choroby nerwowe w rodzinie nie było; pomimo dobrego apetytu chory był zawsze chudy i miał dość silne pragnienie. Mocz tego pacjenta zawierał lewulozę w ilości 1,8%. Wpływ diety wyrażał się w danym przypadku w następujący sposób: przy dyecie bezwęglowodanowej lewuloza znikała z moczu zupełnie; przy podawaniu znacznych ilości krochmalu nie było w moczu ani glukozy, ani lewulozy; taki sam rezultat otrzymano po podaniu 50 grm. cukru gronowego; przy podawaniu galaktozy ślady jej, a mianowicie 4,6% podanej ilości wydalone były z moczu, co odpowiada zachowaniu się galaktozy u zdrowego człowieka; cukier mleczny spalał się całkowicie; po podaniu 50 gr. lewulozy znaczna jej część, a mianowicie 9,2 grm. wydzieloną została z moczem przeważnie w ciągu pierwszych 3 godzin, po 6 godzinach lewuloza znikła z moczu; 50 grm. cukru trzcinowego wywołały również lewulozurę; wydzielilo się 4,7 grm. lewulozy; po podaniu znacznych ilości inulinu w postaci jarzyn, zawierających ten węglowodan (Topinambur, Stachys), chory wydzieliał zaledwie ślady lewulozy (około 0,5 grm.), która prawdopodobnie pochodziła z owych jarzyn jako taka. Widzimy zatem, że naogół tak samo, jak i w poprzednich przypadkach, lewulozurya zależała tu od spożywania lewulozy *resp.* sacharozy, gdyż tylko te dwa rodzaje węglowodanów

były ją w stanie wywołać. W celu określenia tolerancji swego pacjenta względem lewulozy NEUBAUER podawał mu rozmaite ilości tego cukru i stwierdził, że przy podaniu 50 grm. lewulozy wydzielilo się z moczem 8,48 grm., czyli 16,9%, przy podaniu 26 grm. w moczu znaleziono 4,5 grm. czyli 17,3%, przy podaniu 15,8 grm. mocz zawierał 2,6 grm., czyli 16,3%, po 7,8 grm. w moczu okazało się 1,2 grm. czyli 15,0%, wreszcie po 3,8 grm. mocz zawierał 0,64 grm., czyli 16%. Słowem granica asymilacji lewulozy leżała tu poniżej 3,8 grm., tak samo, jak w przypadku LÉPINE'a i BOULUD.

Na podstawie istniejącego materiału musimy przyznać istnienie samoistnej lewulozury, jako jednostki chorobowej, która klinicznie daje nam objawy, przypominające *diabetes mellitus*, różni się jednak od wspomnianego cierpienia tem, że mocz zawiera nie glikozę, lecz lewulozę; lewulozura ta znika po usunięciu lewulozy z pokarmów i nie zależy od spożywania cukru gronowego i krochmalu. Charakter tej lewulozury jest zatem inny, niż tej, która występuje jednocześnie z glukozurą, gdyż w tym ostatnim przypadku, jak zaznaczyłem powyżej, podawanie węglowodanów nie ma na nią żadnego wpływu, albo też lewulozura zjawia się nie pod wpływem spożywania lewulozy (przynajmniej wpływ ten daje się zauważyć rzadko i w słabym stopniu), lecz pod wpływem nadmiernych ilości glikozy *resp.* krochmalu. Czysta lewulozura pod względem istoty cierpienia może być porównana do glikozury pokarmowej, lecz nie do moczówki cukrowej, gdyż zjawienie się lewulozy w moczu przy lewulozury samoistnej może być wywołane jedynie przez spożywanie lewulozy *resp.* sacharozy, a nie polisacharydu lewulozy — inulinu, podczas gdy *diabetes mellitus* tem się właśnie różni od glikozury pokarmowej, że cukier występuje przy nim w moczu nawet po spożyciu krochmalu, nie tylko cukru gronowego. Wobec tego w celu usunięcia lewulozury należy ograniczyć tylko spożywanie lewulozy i cukru trzci-

nowego (t. j. głównie cukru, owoców i miodu) przy zachowaniu diety mieszanej; dla słodzenia pokarmów można w tych przypadkach używać glukozy, cukru mlecznego lub sacharyny.

Jeżeli przy lewulozury samoistnej mamy zmniejszoną *resp.* zniesioną tolerancję ustroju względem lewulozy, to przedewszystkiem zjawia się przypuszczenie, że ustrój w tych przypadkach traci zdolność wytwarzania z lewulozy glikogenu. Czy tak jest w istocie, na to nie mamy żadnych dowodów, a przedewszystkiem dlatego, że doświadczalnie nie udało się wywołać dotychczas omawianego cierpienia u zwierząt. Zdaniem NEUBAUER'a (50), przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawia to, że, gdyby tak było, to przy zupełnej utracie zdolności wytwarzania glikogenu z lewulozy wydzielalyby się z moczem znaczniejsze ilości lewulozy, a przy ograniczeniu tej funkcji byłoby niezrozumiałem, dlaczego stale wydziela się z moczem zawsze jednakowa część podawanej lewulozy, a mianowicie 15 — 17% (p. wyżej badania tegoż autora). Wobec tego NEUBAUER przypuszcza, że przy lewulozury ustrój traci nie zdolność przekształcania lewulozy na glikogen, lecz możliwość asymilacji tej części lewulozy, która i normalnie spala się bez uprzedniego wytworzenia glikogenu: potwierdzeniem tej hipotezy ma być fakt, że właśnie około 15% podawanej lewulozy ma ulegać normalnie bezpośredniemu spalaniu. Jeżeli hipoteza NEUBAUER'a ma być słuszna, to w przypadkach lewulozury podawanie lewulozy nie powinno podnosić ilości wydalonego CO₂; takiego jednak doświadczenia nikt dotychczas nie przeprowadził, i należałoby także sprawdzić jeszcze, czy przy podawaniu małych ilości lewulozy normalnie ilość wydalonego kwasu węglowego także się powiększa, jak to stwierdzili JOHANSON, BILLSTRÖN i HEIL dla większych ilości, i czy ewentualnie podniesienie ilości wydalonego CO₂ odpowiada w tych przypadkach spalaniu 15% spożytej lewulozy. Podobne doświadczenia są jednak niezmiernie trudne do wykonania,

gdyż przy podawaniu małych ilości lewulozy ewentualne bezpośrednie spalanie 15% może się odbić na ilości CO_2 tak nieznacznie, że niepodobna byłoby tego stwierdzić. Z drugiej jednak strony, jeżeli przy podawaniu większych ilości lewulozy (93 grm.), część jej nie przechodzi w w glikogen, lecz ulega bezpośredniej asymilacji, to może to zależeć od tego, że wątroba nie jest w stanie przerobić całej lewulozy na glikogen tak samo, jak to bywa po spożyciu znacznych ilości glikozy; dlaczegoż jednak miałoby się to samo odbywać i przy mniejszych ilościach lewulozy, jest niezrozumiałem. Widzimy więc, że hipoteza NEUBAUER'a, dopóki nie zostanie potwierdzoną przez dalsze badania, niewiele ma na razie faktów za sobą.

Jeżeli przy czystej lewulozurii lewuloza moczu zdaje się być wyłącznie pochodzenia pokarmowego, to nie można tego powiedzieć o lewulozie przy melliturii mieszanej. Dowodzi tego przytoczony powyżej fakt, iż podawanie lewulozy w tych przypadkach zazwyczaj nie powiększa lewulozurii. Ponieważ jednak z drugiej strony lewulozuria występuje nieraz po spożyciu większych ilości glikozy lub krochmalu, to zjawia się przypuszczenie, że lewuloza powstaje w tych przypadkach w ustroju z cukru gronowego.

Że takie powstawanie lewulozy z glikozy jest możliwe, dowiedli tego LOBRY de BRUYN i ALBERDA von ECKENSTEIN, którzy otrzymali lewulozę z glukozy pod wpływem alkaliów *in vitro*. Czy jednak tą drogą powstaje lewuloza i w ustroju, jest co najmniej rzeczą wątpliwą; ponieważ glikoza należy do stałych składników ustroju, a krew i inne ciecze ustrojowe mają reakcję alkaliczną, to dziwnem wydać się powinno, że lewulozuria nie jest objawem stałym w słabszym stopniu u ludzi zdrowych, w silniejszym zaś u dyabetyków. Musimy zatem przypuścić, że lewuloza powstaje w ustroju inną drogą, a nie pod wpływem alkaliczności krwi, naogół bardzo nieznacznej i nawet według nie-

których nowszych autorów wątpliwej. Otóż badania ROSIN'a wykazały, że można otrzymać lewulozę z glikozy pod działaniem kwasu solnego przy ogrzewaniu, a nawet wyłącznie pod wpływem wysokiej temperatury. Niewątpliwie przemiana ta odbywa się na drodze hidrolizy. Ponieważ wiadomo, że procesy hidrolityczne są bardzo rozpowszechnione w ustroju i zachodzą pod wpływem fermentów, można przeto przypuścić, jak sądzi ROSIN, że i lewuloza powstaje w ustroju jedynie pod wpływem hidrolizy. Pewne zaburzenia hidrolizy, odbywającej się w wątrobie i mięśniach, mogą prowadzić do zwiększonej produkcji lewulozy, która w tych przypadkach dostaje się do krwi i do moczu.

Jeżeli nawet teoretycznie kwestya lewulozurii wogóle daleka jest od rozwiązania, jeżeli lewulozuria, występująca w przebiegu *diabetes mellitus*, dziś przynajmniej nie posiada dla nas wyraźnego znaczenia praktycznego, to w każdym razie istnienie czystej lewulozurii posiada niewątpliwie duże znaczenie praktyczne, i znajomość tej postaci chorobowej musi dziś obowiązywać każdego lekarza ze względu na podobieństwo kliniczne tego cierpienia do zwykłej moczoówki cukrowej. Powyżej już wykazałem, jaką i dlaczego należy prowadzić dyetę u chorych z lewulozurią, a z tego, co powiedział, widoczna jest olbrzymia różnica pomiędzy dyetetyką lewulozurika i dyabetyka. Jeżeli dyabetyk zmuszony jest w wielu wypadkach podlegać daleko większym ograniczeniom pod względem węglowodanów i, co najbardziej jest właśnie dotkliwie, musi się wyrzec chleba to jednak zazwyczaj nie podlega on tak znacznym ograniczeniom pod względem dowozu lewulozy, co właśnie stanowi jądro dyetetyki przy lewulozurii. Jeżeli więc, przyjmując lewulozurię za *diabetes mellitus*, ograniczymy ilość glukozy *resp.* krochmalu, a pozwolimy na spożywanie lewulozy, to nigdy nie usuniemy w ten sposób cukru z moczu, *resp.* nadmiaru cukru ze krwi chorego i, narażając go przytem niepotrzebnie na niewy-

godę, wywołaną usunięciem chleba z jego pokarmów, nie przyniesiemy mu absolutnie żadnej korzyści, lecz ewentualnie nawet szkodę. Wynika ztąd niewątpliwie ważny praktycznie wniosek, że w każdym przypadku cukromoczu należy upewnić co do rodzaju wydalonego z moczem cukru.

LITERATURA.

1) M. HALPERN. O Pentozuryi. Medycyna 1904.

2) ADLER R. i ADLER O. Die Fällbarkeit des Fruchtzuckers durch Bleiessig im Harn. Chem. Ber. 38. Bioch. Centr. T. III. N. 23.

ADLER R. ADLER O. Die Fällbarkeit der Kohlehydrate durch Bleiessig im normalen und pathologischen Harne. II Mitts. Pflügers Archiv. 110. Bioch. Centr. IV. N. 17.

3) NEUBAUER Zuz Kenntnis der Fructosurie. Münch. med. Woch. 1905 N. 32.

4) ROSIN. Eine Verschärfung der Seliwanoff'schen Reaction. Zeit. f. phys. Ch. T. 38. Z. 5 i 6.

5) ROSIN. Bemerkung zur Mitteilung von R. u. O. ADLER „Ueber eine Reaction im Harn bei Behandlung mit Resorcin“ Zeit. f. phys. Ch. T. 41. Z. 6.

6) ADLER R. i ADLER O. Ueber eine Reaction im Harn bei Behandlung mit Resorcin. Zeit. f. phys. Chem. T. 41. Z. 3.

7) ADLER R. i ADLER O. Ueber einige Reactionen der Kohlehydrate. 1 Mitt. Pflügers Archiv 106. Bioch. Centr. III. Z. 19/20.

8) UMBER. Klinische Beobachtungen über Assimilation von Fruchtzucker. Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin u. Chemie. Festschrift f. E. SALKOWSKI Berlin 1904.

9) NEUBERG. Ber. d. deutsch. Chem. Ges. 1902. T. 35.

10) OFNER. Ueber die Einwirkung von Methylphenylhydrazin auf Zucker. Chem Ber. 7, Bioch. Centr. III. N. 8.

OFNER. Einwirkung von secundären asymmetrischen Hydrazinen auf Zucker. Monatssch. f. Chem. 25. Bioch. Centr. III. N. 19/20.

OFNER. Ueber die Einwirkung von Benzylphenylhydrazin auf Zucker. Chem. Ber. 37. Bioch. Centr. IV. N. 2/3.

11) NEUBERG. Die Methylphenylhydrazin-reaction der Fructose. Chem. Ber. 37. Bioch. Centr. III. N. 15.

12) cyt. według NEUBAUER'a l. c.

13) RANDONE- cyt. według Bioch. centr. II. N. 7.

14) PICKARDT. Berliner klin. Woch. 1897.

15) NEUBERG i STRAUSS. Zeit. f. phys. Chem. 36. cyt. według ROSIN'a l. c.

16) GÜRBER i GRÜNBAUM. Ueber das Vorkommen von Laevulose im Fruchtwasser. Münch. med. Woch. 1904. N. 9.

17) cyt. według NEUBAUER'a l. c.

18) MAGNUS-LEVY. Physiologie d. Stoffwechsels w NOORDON'a: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Wydanie drugie. Berlin. 1906.

19) ROSIN. Ueber Fruchtzucker - Diabetes u. über die Gewinnung von Fruchtzucker aus anderen Kohlehydraten. Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin und Chemie. Festschrift f. E. SALKOWSKI. Berlin 1904.

20) liczby te zawdzięczam kol. A. LANDAUOWI, któremu też za nie niniejszem dziękuję.

21) SACHS. Ueber die Bedeutung der Leber für die Verwerthung der verschiedenen Zuckerarten im Organismus. Zeit. f. klin. Med. 38. Z. 1 — 2 — 3. 1899.

22) STRAUSS. Zur Functionsprüfung der Leber. Deutsch. med. Woch. 1901. N. N. 44 i 45.

23) H. SACHS. Zeit. f. klin. Med. 41. Z. 5. i 6.

24) BAYLAC i ARNAUD. Cengrès franç. des médecins. Toulouse 1902. cyt. według CHAJES'a l. c.

25) BRUINING. cyt według LANDSBERG'a. l. c.

- 26) FERRANINI. cyt. według LANDSBERG'a. l. c.
- 27) STEINHAUS. cyt. według CHAJES'a l. c.
- 28) CHRISAPI. ref. Bioch. Centr. I. N. 13.
- 29) CHIATANTE. ref. Bioch. centr. II. N. 18/10.
- 30) UMBER. l. c.
- 31) LANDSBERG. Zur Frage der alimentären Laevulosurie bei Leberkrankheiten. Deutsche med. Woch. 1903. N. 32.
- 32) CHAJES. Ueber alimentäre Laevulosurie bei Leberkranken. Deutsche med. Woch. 1904. N. 19.
- 33) BURGERHOUT. ref. Bioch. Centr. III. N. 12/13.
- 34) SAMBERGER. Cyt. według CHAJES'a l. c.
- 35) SCHRÖDER. Ueber den Kohlenhydratstoffwechsel u. alimentäre Laevulosurie in der Schwangerschaft. Zeit. f. Geburt. u. Gyn. 56. ref. Bioch. Centr. 5. 1.
- 36) ROSIN i LABAND. Ueber spontane Laevulosurie u. Laevulosaemie. Zeit. f. klin. Med. 47: Z. 1 i 2.
- 37) ROSIN. Festschrift f. SALKOWSKI l. c.
- 38) ROSIN i LABAND l. c.
- 39) UMBER. Festschrift f. SALKOWSKI l. c.
- 40) SCHWARZ. Untersuchungen über Diabetes. Deut. Arch. f. klin. Med. 76. Z. 1 — 3.
- 41) SCHLESINGER. Zur Klinik und Pathogenese des Laevulosedabetes. Arch. f. exp. Pathol. 50. Z. 2/3.
- 42) LION. Münch. med. Woch. 1903. N. 26.
- 43) NEUBAUER l. c.
- 44) SEEGEN. cyt. według NEUBAUER'a l. c.
- 45) SCHWARZ. l. c.
- 46) SPÄTH i WEIL. cyt. według ROSIN'a. Festschrift v. SALKOWSKI l. c.
- 47) SCHLESINGER l. c.
- 48) LÉPINE i BOULUD. Sur un cas de diabète lévulosurique. Revue de Med. 24. Bioch. Centr. II. N. 15.
- 49) NEUBAUER l. c.
- 50) NEUBAUER l. c.
- 51) ROSIN. l. c.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

90. BRODIER. Radioterapia nabłoniaków skórnych.

W ostatnich czasach niejednokrotnie notowane były przypadki niepożądanych powikłań przy stosowaniu omawianej metody leczniczej. W czterech np. przypadkach DANLOS'a (nabłoniak w okolicy napięstka, policzka, wargi górnej, wargi dolnej) zmiany, zachodzące w nowotworze czy to owrzodziały, czy też bujającym, zdawały się pod wpływem radioterapii rokować zupełne wyleczenie — aż tu nagle ni ztąd, ni zo wąd następowało pogorszenie — owrzodzenie znacznie się powiększało pomimo braku wszel-

kiego odczynu zapalnego (*radiodermitis*) ze strony skóry i pomimo wszelkich przedsięwziętych środków zaradczych.

W innej kategorii przypadków pod wpływem takiegoż stosowania promienioleczenia *ad locum affectionis* — następowała afekcja pobliskich gruczołów: w jednym z nich — nabłoniaku wargi — nastąpiło zropienie gruczołu z następczym rozwojem grzybowatego nabłoniaka; w innym wkrótce po zupełnem — i to bez uprzedniego odczynowego zapalenia skóry (*radiodermitis*) — wyleczeniu tą metodą nabłoniaka wargi dolnej — w okolicy nadgnykowej powstało

zapalne nacieczenie, przypominające *anginam Ludovici*; niezadługo po nacięciu, które tu musiało być dokonane, między wargami tegoż ujawnił się rak o postaci grzybowatej.

Podobnie przypadki następceję afekcy sąsiednich gruczołów notuje GASTOU w przypadku brodawczaka *in reg. temporalis*, DECROSSAS zaś w przypadku *ulcus rodens* tejże okolicy. Niepożądane takie powikłania nasuwają pytanie, czy u pewnych osobników lub w pewnych przypadkach nabłoniaka — radioterapia nie powinna być przeciwwskazana, albo też czy o powikłania te winować nie należy samej techniki promienioleczniczej bądź to ze względu na dawkę, t. j. ilość absorbowanych promieni, bądź też na sposób ich absorpcji. Kwestye powyższe podniesione przez GASTOU oraz DECROSSAS'a na posiedzeniu Towarzystwa Dermatologicznego, stały się przedmiotem żywych debatów, na zasadzie których starano się określić wskazania oraz przeciwwskazania dla radioterapii nabłoniaków. Otóż LEREDDE zaznacza, że w leczeniu nabłoniaków powiek ma ona bezsprzeczną wyższość nad stosowaniem środków żrących lub usuwaniem operacyjnem (*ablatio*) już i z tego względu, że nie staje się powodem zrostów szpary powiekowej. W nabłoniakach nosa, a zwłaszcza przenikających do jamy tegoż, przy stosowaniu jej unika się uszkodzenia kostnego rusztowania nosa, jakie w niektórych przypadkach bywa niezbędne przy leczeniu chirurgicznem — tutaj bowiem promienie Röntgenowskie niszczą tylko części chore, pozostawiając tkanki zdrowe nienaruszonymi. Wreszcie promieniolecznictwo właściwe bywa w przypadkach nabłoniaków, zajmujących większą powierzchnię, lecz nie wnikających głęboko, a więc w przypadkach, w których interwencja chirurgiczna domagałaby się wciągnięcia w zakres zabiegu znaczniejszej powierzchni (*resp.* większej utraty substancji).

Według DANLOS'a radioterapia szczególnie się zaleca w przypadkach nabłoniaka perlatego (*épithelioma perlé*) i w trądziku rakowcopodobnym (*l'acné canéroïdale*). Przy leczeniu takim utrata substancji sprowadza się do *minimum*, ból, o ile w trakcie leczenia nie dołącza się odczynowe zakażenie skóry (*radiodermatitis*), jest wyłączony — nadto otrzymuje się tu gładką nie szpecącą bliznę. Z powyższych tedy

względów powinno ono mieć pierwszeństwo przed innemi metodami, a szczególnie w przypadkach, w których chory nadmiernie się obawia środków żrących lub noża.

LERADDE jednak, wręcz przeciwnie, zaznacza, że małe nabłoniaki typu perlatego czy hyperkeratycznego zachowują się względem promieni bardzo opornie, i że z tego względu radioterapia do ich usuwania — się nie nadaje.

ODIN sędzi, że zastosowanie elektryczności (iskry prądu znacznej częstości) daje wyniki równie świetne, jak radioterapia, i że leczenie takie o wiele jest prostsze *resp.* mniej kłopotliwe, zwłaszcza w nabłoniakach powiek lub skrzydeł nosowych. Dla BECLERE'a stanowi ona i ze względu na skuteczność i ze względów estetycznych wyborną metodę leczenia wogóle wszelkich nabłoniaków skóry i, o ile te nie przekroczą zakresu jej tkanki właściwej (*derma*), usuwa je bezwzględnie — t. j. bez nawrotów; twierdzi on, że dla otrzymania takiego wyniku dawka (ilość) zastosowanych promieni winna być większa, aniżeli zdaje się być wystarczającą dla otrzymania zewnętrznego jedynie efektu, t. j. pozornego wrażenia skuteczności takiego zabiegu.

Na skuteczność taką przy traktowaniu nabłoniaków — zdaniem niektórych badaczy — ma wpływać i histologiczna budowa. Zdaniem DARIER'a tylko nabłoniaki o komórkach walcowatych (tak zwane przezeń — bazocelularne) nadają się do radioterapii, choć GASTOU twierdzi, że cały szereg nabłoniaków o komórkach płaskich (nabłoniaki spinocelularne DARIER'a), poczynwszy od brodawki starczej aż do rakowca, również nadaje się do skutecznego leczenia promieniami. BELOR widział dobre skutki od stosowania promieni w nabłoniakach o komórkach bądź to typu płaskiego bądź, walcowatego — wreszcie BECLERE twierdzi, że wogóle wszelkie nabłoniaki w zakresie skóry (*derma*) nadają się do leczenia promieniami.

Na wybór sposobu leczenia nie mało też wpływa sposób rozwoju nowotworu. LEREDDE np. notuje dwa przypadki nabłoniaków o rozwoju bardzo szybkim, w których radioterapia sprostała wprawdzie zadaniu swojemu co do afekcy skórnej, lecz nie mogła zapobiedz wciągnięciu w sprawę sąsiednich gruczołów. Wogóle — zdaniem jego — należy jej zaniechać w przypad-

kach, w których nabłoniak skóry rozwija się szybko, *resp.* stosować ją tylko w przypadkach o przebiegu i rozwoju bardzo powolnym, co i tak zwykle ma miejsce w 99 przypadkach na 100. Według BELOT'a — nabłoniaki skóry o rozwoju bardzo szybkim należy naprzód usuwać drogą operacyjną, a dopiero następnie stosować promienie Röntgenowskie *ad locum affectionis*.

Wiele też zależy od grubości warstwy nowotworowej. Wogóle z notowanych tu poglądów różnych autorów (DARIER, BECLERE, DANLOS) zdaje się wynikać, że tylko nabłoniaki powierzchowne, t. j. ograniczające się tylko do warstwy właściwej skóry (*derma*), dają widoki pomyślnego leczenia promieniami; o ile jednak nowotwór przenika głębiej, leczenie takie zazwyczaj pożądanym skutkiem uwiecznione nie bywa; w takich razach pod wpływem leczenia promieniowego albo otrzymuje się częściowe tylko polepszenie albo polepszenie jeno złudne, t. j. że wbrew oczekiwaniu następuje tu zazwyczaj nawrót raka nawet w miejscach, które zdawały się być już zupełnie zdrowymi (wyleczonymi).

Wogóle więc, o ile z roztrząsań powyższych sądzić można, dyskutujący godzą się na to, że radioterapia o tyle tylko może zapobiedz nawrotowi w głębi, o ile tkanka nowotworowa zniszczona została doszczętnie. Drugą sprawą nie mniej ważną jest rozstrzygnięcie pytania, czy radioterapia nie przyspiesza rozwoju (przebiegu) raka, i czy nie sprzyja szerzeniu się tegoż (*resp.* generalizacji) w ustroju.

Otóż zdaniem BECLERE'a — co w myśl zasady *post hoc* — nie znaczy jeszcze *propter hoc* — przypadki, w których po stosowaniu promieni takie szerzenie się notowano, nie należy bynajmniej kłaść na karb metody leczniczej — twierdzi on, że i bez posługiwania się nią tu toż samo miejsceby miało, i że w wielu takich przypadkach, o ileby uprzednio nie skąpić trudu dla dokładnego zbadania całego ustroju, a zwłaszcza gruczołów w sąsiedztwie nowotworu, łatwo byłoby odnaleźć, czego w znaczeniu leczniczym po danym przypadku spodziewaćby się można, a wreszcie i przewidzieć — na zasadzie badania gruczołów w sąsiedztwie nowotworu — szerzenie się — (*resp.* generalizację tegoż), po części już skrycie w takich razach nieraz się zarysowujące.

Wbrew zdaniu OUDIN'a, że po posiedzeniach radioterapeutycznych następują niekiedy objawy szerzenia się (generalizacji) nowotworu w narządach wewnętrznych — wśród ataków odczynu gorączkowego — BECLERE twierdzi, że, aczkolwiek niekiedy (raczej wyjątkowo) w czasie takiego szerzenia się nabłoniaków skóry spostrzegają się objawy ogólne, to te jednak nie zależą od generalizacji, spowodowanej jakoby radioterapią, i że często miewają nawet znaczenie pożądane; że mianowicie przy leczeniu nowotworów podskórnych głębszych, nie owrzodziały — gdzie więc infekcja wtórna jest wyłączona (?) — objawy takie ogólne zależne są od przejściowej intoksykacji, spowodowanej szybkim (pod wpływem promieni) rozpadem tkanki nowotworowej i przedostaniem produktów tegoż do krwi przed ostatecznym wydalaniem ich drogą nerek. Bądź jak bądź, mniema BECLERE, aczkolwiek możliwym jest, że nadmierne stosowanie promieni może pogorszyć stan raka — to jednakże umiejętne *resp.* oględne stosowanie radioterapii szkody nigdy nie przynosi.

Według BISSERIÉ niesprawiedliwością byłoby twierdzić, że radioterapia może spowodować zakażenie gruczolowe i generalizację nowotworu, pierwotnie ograniczonego; co najwyżej — daje się powiedzieć, że może być ona bezsilną w przeszkadzaniu infekcji głębokiej lub generalizacji — lecz że ich nie wywołuje.

Według BELOT'a w wadliwej technice stosowania radioterapii należy się doszukiwać przyczyny niepożądanych przejawów ubocznych, czy też pogorszeń. Pogorszenia takie miewają źródło swe bądź w niewłaściwym, *resp.* nieoględnym stosowaniu tej metody leczniczej, bądź też w infekcji wtórnej. Otóż B. zwraca uwagę na owrzodzenia, powstałe pod działaniem promieni X — a które bywały nieraz już przyjmowane za nawrót nabłoniaka; notuje więc, że wygląd wrzodziejącego rakowca, poddanego działaniu promieni, poczyną się poprawiać, owrzodzenie się oczyszcza, wszystko zdaje się zapowiadać pomyślny wynik takiego leczenia, aż tu ni ztąd, ni zowąd, bez widocznej przyczyny — miejsce owrzodzenia staje się bolesne, pogłębia się, dno jego przybiera zabarwienie zielonawe, miejscami nawet czarne — gruczoły sąsiednie obrzmiewają — owrzodzenie nabłoniakowe przechodzi

w Röntgenowskie. Elementy (komórki) rakowcowe pozniakaly w środku, a utrzymują się jedynie w stwardniałych brzegach owrzodzenia.

Otóż błędne w takich razach niekiedy stosowanie w dalszym ciągu promieni X stan rzeczy tylko pogarsza. Sprawa zaniku nabłoniaka (rakowca) pod ich działaniem odbywa się w ten sposób, że elementy komórkowe nowotworu ulegają rozpadowi, i że pozostałe szczątki ich zostają usunięte przez leukocyty wielojądrowe (PAUTRIER). Jeśli jednak, jak twierdzi LEREDDE, i na co zgadzają się też DARIER i PAUTRIER — destrukcja taka nie była zupełna, jeśli przeto pewna liczba elementów (komórek nabłonkowych) nowotworowych w głębi poddanej leczeniu tkanki ocalała, zachowała swoją żywotność i zdolność rozmnażania się (co DARIER i PAUTRIER niejednokrotnie spostrzegali pod zwierchnią na 1—2 ctm. grubą, zniszczoną za wpływem promieni warstwą tkanki komórek nowotworową), to zupełnie zrozumiałem będzie, że owe ocalałe komórki mogą bądź to stawać się powodem nawrotu, bądź też, że kiełkujące jakoby zarodki (*bourgeons epitheliomateux* — PAUTRIER'a) — niektórych z nich po wyswobodzeniu się swoim i po szczęśliwym uniknięciu zniszczenia przez leukocyty — dostawszy się do gruczołów limfatycznych, stać się mogą źródłem infekcji wtórnej.

Z powyższych spostrzeżeń i rozważań wynika, że, aby zabiegi lecznicze w przypadkach nabłoniaków większych, bardziej objętościowych, uwieńczone były pomyślnym skutkiem, przed przystąpieniem do radioterapii powinno się nożem lub skrobaczką usunąć, ile się tylko da, jaknajwięcej tkanki nowotworowej — w takim bowiem razie promienie, mając ułatwiony dostęp do głębokich części nowotworu, wywrą największy, możliwy efekt leczniczy; osiągnięte tą drogą zniszczenie wszystkich elementów chorobotwórczych (komórek nowotworowych) zapobiegnie temu, by ocalałe komórki stały się źródłem regeneracji nowotworu albo też dalszego szerzenia infekcji.

(Archives gener. de medecine. N. 25. 1906 r.).
F. Gr.

91. P. CORNEILLE. Higiena i inkwizycja.

Zestawia tu autor dwa te tak odskakujące od siebie pojęcia *ex re* wzmagającej się tendencji wyznawców bezwzględnej zaraźliwości gru-

źlicy, w imię właśnie owej orędowniczki zdrowia — higieny, do bezlitośnego niemal, przypominającego w pewnej mierze czasy prześladowań smutnej pamięci inkwizycji — usuwania (odosabniania) z pośród społeczeństwa — tuberkulików.

Pojęcie zaraźliwości omawianej sprawy chorobowej tak się uatarło wśród publiczności i lekarzy, że tuberkulik staje się wprost postrachem własnej rodziny, otoczenia i wogóle wszystkich tych, z którymi w styczność przychodzi. Że dotknięty stygmatem gruźlicy wskutek tak nieogłędnego orzeczenia unikany będzie przez rodzinę, przyjaciół..., wyłączony niejako ze społeczeństwa, że wobec ciężkich warunków życiowych stanie nieraz bezradny, w położeniu niemal bez wyjścia — to przecież nie jest rzeczą higieny *resp.* zwolenników doktryny zaraźliwości. Toć niedawno dopiero na zasadzie — skasowanych wprawdzie potem przez Radę Państwową — rozporządzeń władz miejscowych zamknięto w Passy i Limoges dwa prywatne schroniska dla chorych, zamknięto je zaś na żądanie mieszkańców domów sąsiednich, którzy domaganie to swoje motywowali obawą, aby schroniska owe, jako dające przytułek — obok innych chorych — i kilku osobnikom, dotkniętym gruźlicą płuc, nie stały się rozsądkiem tej ostatniej po sąsiedztwie. Otóż wbrew prawie że ogólnemu mniemaniu oraz owemu bezwzględnemu wyrokowaniu byłego dyrektora instytutu Pasteurowskiego — DUCLAUX'a († 1901 r.), który, opierając się na zasadzie, że gruźlica jest wynikiem usadowienia się (implantacji) w ustroju laseczniaka KOCH'a, uważałby nawet za rzecz wysoce humanitarną, ażeby — celem postawienia tamy szerzeniu się zarazka wśród osobników zdrowych — wszystkich tuberkulików odosobnić, t. j. wysłać ich na jaką dla ich pobytu jedynie wyznaczoną wyspę (choć i w takim nawet razie trudno dopatrzeć się, w jaki sposób po owym wygnaniu projektodawca potrafiłby odkażać cały pozostały po nich teren), L. przytacza szereg argumentów, skierowanych właśnie przeciw owej zaraźliwości gruźlicy. I tak, wszak, wybitni tacy klinicyści, jak LAËNNEC, LOUIS, ANDRAL, TROUSSEAU, PIDOUX, PETER i in., uważali zarażenie gruźlicą za sprawę wyjątkową. Taki pogląd ich nie da się chyba objaśnić tem, że za ich czasów nie znano jeszcze laseczniaka KOCH'a

— boć i dawniej już stwierdzono cały szereg chorób zaraźliwych *resp.* fakt zarażenia, choć istota zarazka danej sprawy chorobowej pozostawała niewiadomą; boć i teraz zaraźliwość płonicy i odry chyba najmniejszej nie ulega kwestyi, pomimo że zarazki ich nie są dokładnie określone.

Dla K. ROBIN'a lasecznik jest tylko wynikiem, a nie przyczyną choroby. LANCERAUX, były prezes akademii lekarskiej, w sprawozdaniu swoim, przedstawionem teje (dwa czy trzy lata temu), podaje, że na 2000 obserwowanych przezeń przypadków gruźlicy w 40 zaledwie, a więc w 4%, można było jedynie przypuszczać zarażenie — niezbitych bowiem na to dowodów nie było.

W Niemczech BAUMGARTEN zalicza zakażenie gruźlicą do wyjątków; AUFRECHT w Magdeburgu na zasadzie obserwacji klinicznych przeczy możliwości zarażenia się gruźlicą drogą wdechania powietrza, zawierającego laseczniki KOCH'a. MIDENDORF, UNTERBERGER, FERRAN takiegoż są zdania. Zdaniem L. proste nawet rozumowanie sprowadza rzecz do jakiegoś absurdu.

Jeśli bowiem przyjąć, że np. w Paryżu jest tylko 5000 osobników dotkniętych gruźlicą (liczba o wiele niższa od rzeczywistej), i że każdy z nich skutkiem rozsiewania przez się laseczników po ulicach, kawiarniach, teatrach i t. p. staje się powodem zarażenia nią choćby dziesięciu osobników dziennie, to w przeciągu roku powinoby w mieście tem być 50000 — po upływie 2 lat 500000, a po 3 latach już 5000000 zarażonych. Jakże więc objaśnić, że w Paryżu *resp.* na świecie są jeszcze ludzie żywi, zdrowi — że wszyscy nie powymierali?

Jak objaśnić fakt, że ludzie, pozostający w ciągłej prawie styczności z tuberkulikami, zwł. lekarze, służba szpitalna — tak rzadko zapadają na gruźlicę — podczas gdy ludzie zamknięci w zakładach karnych, więźniowie (więzienia celkowe) wszyscy prawie mrą wskutek niej właśnie?

Dlaczego świnki morskie, tak czule na zastrzykiwania laseczników KOCH'a, nigdy same przez się — pomimo tak przeciwdrozwrotnych warunków w jakich żyją w swoich norach — gruźlicy nie podlegają?

Jak objaśnić fakt, że uzadnej z kur, żywionych przez STRAUSS'a i WURTZ'a — w ciągu całego roku chlebem, zmieszanym z plwociną tuberkulików — gruźlicy stwierdzić się nie udało?

LERAY przytacza wiele jeszcze innych argumentów przeciw teorii zaraźliwości gruźlicy — wszystkie one jednak zmierzają do wniosku, że teorie bakteryjne nie są jeszcze należycie rozjaśnione..

Z powyższych względów L. nie wierzy, aby tępienie lasecznika, już choćby dlatego, że tenże wciąż pozostaje niby nieuchwytnym, *resp.*, że wytępić się nie daje, że wciąż się rozradza — mogło wpływać na zapobieżenie gruźlicy, — natomiast, będąc zdania, że tenże sam przez się — wobec zdrowego i silnego organizmu jest zupełnie bezsilny, — wierzy, że gruźlicę zwalczać t. j. zapobiegać jej można drogą poprawy warunków higienicznych indywidualnych i ogólnych *resp.* drogą obfitego dostarczania wszystkim świeżego powietrza, światła, dobrego pożywienia, — nędza bowiem, nadużycia i t. p. stanowią główny czynnik w powstawaniu tej plagi ludzkości.

Zamiast tedy stawiania rozmaitych Drańskich praw, reglamentacyi, zakazywania całowania się zakochanym (co już nietylko LERAY'owi, lecz i całej akademii wydaje się zgola niemożliwym), zamiast uważania chorego niby za zapowietrzonego oraz stawiania między nim a jego otoczeniem upiora obawy i strachu, zamiast zakładania kosztownych uzdrowisk, L. sądzi, że lepiejby chyba było począć sobie, jak w Anglii, gdzie gruźlica zanika wraz z wzmacnianiem się dobrobytu, *resp.* poprawą warunków higienicznych.

(Archives gener. de Medecine N. 20. 1906 r.).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia sekcji laryngologiczno-otytrycznej.

Protokół z dnia 26. I. 1906 r.

GURANOWSKI w obszernym referacie przedstawił stan obecny nauki o sklerozie ucha środkowego. Praca ta obejmuje szczegółowe dane o etiologii, patogenezie, patologii i terapii powyższego cierpienia.

W dyskusji MEYERSON zaznacza, że, jakkolwiek statystyki szczegółowej nie prowadził, ma jednak wrażenie, że syfilis w etiologii sklerozy jamy bębenkowej poważniejszej roli nie odgrywa. Co się tyczy rokowania i terapii, z których pierwsze w sklerozie jest niepomysłne a druga bezsilna, to jednak należy być ostrożnym w tym względzie, gdyż zdarzają się przypadki mieszane, skomplikowane zmianami czysto kataralnymi, przeciwko którym możemy choć w części działać skutecznie. Fosforu nie stosował, wobec jednak znanych mu prac, zalecających ten środek, zamierza go wypróbować.

SREBRNY wspomina, że najmłodszy spotrzegany przezeń osobnik, dotknięty sklerozą, miał lat 15. Co się tyczy etiologii, to również nie wyniósł wrażenia, aby syfilis grał jaką rolę w etiologii sklerozy, za to bardzo często spotykał cierpienie to u artrytyków. Ażeby rozstrzygnąć wątpliwości, wspomniane przez MEYERSONA, co z objawów chorobowych położyć należy na karb sklerozy, a co przypisać zwyczajnym zmianom kataralnym, S. przypomina efekt po kateteryzacji trąbki EUSTACHIUSZ'a — poprawa słuchu dowodzi, że można niejaką poprawę choremu przyrzec. Oświadczenie choremu, że cierpienie jego jest nieuleczalne, uważa S. za niewłaściwe — nie należy gasić w nieszczęśliwym iskierki nadziei.

CHORAŻYCKI zauważył koincydencję sklerozy z nadmierną szerokością przewodów nosowych i upatruje związek pomiędzy temi cierpieniami, czemu przeczą stanowczo SREBRNY i MEYERSON.

HEIMAN przypomina badania HANAU'a nad sklerozą i wymienia nazwisko JACK'a, pominiętego przez GURANOWSKIEGO w rzędzie operatorów, którzy stosowali wyjmowanie kostek słuchowych. H. również sądzi, że nie można bezlitośnie przedstawić choremu jego stanu bezuadziejnego. Fosforu nie stosował, w jednej z ostatnich prac, dotyczących tego przedmiotu, znalazł sąd o tym środku zupełnie ujemny. Jako jeden z wczesnych objawów sklerozy zauważył H. występowanie faldy przedniej na błonie bębenkowej.

GURANOWSKI objaśnia, że odkrycie prawdy choremu co do jego stanu ma na celu zwrócenie jego uwagi na wybór zawodu, w którym organ słuchu mniej jest potrzebny, *resp.* na potrzebę zmiany obecnego zawodu, gdyby ten z należyłą sprawnością narządu słuchu był związany.

Protokół z dnia 23. II. 1906 r.

1) SOKOŁOWSKI zakomunikował, że nadeszło zaproszenie od wiedeńskiego komitetu międzynarodowego zjazdu laryngologicznego ku uczczeniu 50-letniego jubileuszu TÜRCK'a i CZERMAK'a w roku 1908. Postanowiono przyjąć udział w tym jubileuszu. Jako członka, mającego komunikować się z komitetem wiedeńskim, obrano SOKOŁOWSKIEGO. SOKOŁOWSKI zaproponował, aby sekcja laryngologiczna zajęła się opracowaniem historii rozwoju ryno-laryngologii w Polsce. Ułożeniem odpowiedniego schematu mają zająć się SOKOŁOWSKI i SREBRNY.

2) DOBROWOLSKI zakomunikował następującą historię choroby. Dziewczynka lat 4 m. 8 od miesiąca choruje na gardło. Dwa razy zastrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą bez skutku. D. znalazł owrzodzenie języeczka, podniebienia miękkiego i nagłośni. Dno owrzodzenia było nierówne, pokryte białym wysepkowatym nalotem, łatwo krwawiło.

Dziecko blade, wyniszczone, głos czysty, nieco przytłumiony, stałe pokarmy łyka z trudnością, płynne — nieco łatwiej. Ciężota 38°.

W płucach rozrzucone rżenia. Badanie drobnowidzowe wydzieliny i nalotów z gardła wykryło dużo laseczników gruźliczych. Chora miała stałą wysoką gorączkę i w trzy tygodnie przy objawach znacznego wyczerpania i duszności — zmarła.

SREBRNY przypomina, że i w jego przypadku gruźlicy krtani u dziecka wskutek mylnego rozpoznania błonicy zastrzykiwano surowicę przeciwbłonicy.

3) HEIMAN z powodu spostrzeganego przypadku zapalenia ucha średniego u dyabetyka zatrzymuje się bliżej nad tą kwestią. W przebiegu moczołki cukrowej występują 2 postacie cierpienia ucha: 1) rzadziej zajęcie ucha wewnętrznego, 2) częściej zapalenia ropne ucha średniego, którym usiłowano nadać cechy szczególnej złośliwości. HEIMAN w swoich kilkunastu tego rodzaju przypadkach nie mógł zauważyć różnicy w ich przebiegu w porównaniu z przypadkami zwyczajnego zapalenia ropnego. Ostatnio zgłosił się do niego 80-letni obywatel z piotrkowskiego, który przed 4 tygodniami zachorował na *otit. med. supp. acuta*. W moczu $3\frac{1}{2}$ cukru. Przy pierwszym badaniu znalazł H. minimalne ropienie, bardzo nieznaczną bolesność na wyrostku sutkowym i ciepłotę, dochodzącą do $39,5^{\circ}$. Wkrótce jednak gorączka spadła, bóle znikły, słuch się poprawił, tak że po upływie tygodnia chory słyszał mowę na przestrzeni 1½ metra. Na błonie w owym czasie żadnych zmian nie było, przedziurawienie błony zamknięte. Chory narzekał jedynie na osłabienie; tętno prawidłowe. Nad wieczorem tego samego dnia lekkie podwyższenie ciepłoty bez dreszczów. Po 2 tygodniach nagle chory stracił przytomność, a H. stwierdził obraz zapalenia opon mózgowych bez żadnych poprzedzających objawów. *Coma diabeticum* wyłączone. Po 18 godzinach nastąpiła śmierć. H. sądzi, że osłabienie, na które skarżył się chory, powinno było dać powód do zastanowienia się, czy nie należałoby otworzyć wyrostka sutkowego.

ŚWIĄTECKI zapytuje, czy były dające się stwierdzić zmiany w wyrostku sutkowym.

HEIMAN odpowiada przecząco.

ŚWIĄTECKI sądzi, że w takim razie nie było wskazania do operacji.

HEIMAN zwraca uwagę na fakt, że chory

jednak nie słyszał zegarka, co dowodziło, że coś w uchu tkwi.

CHORAŻYCKI spostrzegał ostre ropne zapalenie ucha średniego u dyabetyka 23-letniego. Po wykonaniu przekłucia błony chory tegoż dnia i nazajutrz przed obiadem miał się dobrze. Po obiedzie poczuł się źle — tętno słabe. Nazajutrz zmarł.

HEIMAN przytacza przypadek cierpienia błędnika w przebiegu moczołki cukrowej. Kobieta 72-letnia ogłuchła na oba uszy odrazu. Badanie wykazało głuchotę błędnikową i cukromocz. Po dwóch tygodniach stosowania wody karlsbadzkiej słuch powrócił.

SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na dawniejsze zapatrywanie, że pewne cierpienia podstawowe nadają sprawom miejscowym odrębny charakter. Okazało się to zapatrywanie fałszywym. HEIMAN twierdzi, że *otit. med. supp. acuta* w przebiegu moczołki cukrowej nie różni się od innych ostrych spraw ropnych ucha średniego. Tak samo mówiono, że w moczołce cukrowej suchość błony śluzowej gardzieli ma być jakaś specyficzna. Tymczasem widuje się bardzo często *diabetes bez pharyngitis sicca*, a uczucie suchości, na które skarżą się chorzy, znajduje się w związku z uczuciem ciągłego pragnienia. Kwestię zabiegów krwawych u dyabetyków, poczynianych dawniej za bardzo niebezpieczne, należy również traktować w tym sensie, że moczołka cukrowa nie jest przeciwwskazaniem do operacji.

SREBRNY sądzi, że kwestya operacji u dyabetyków jest już dosyć dawno rozstrzygnięta w znaczeniu dodatniem. Sam w przypadku trepanacji wyrostka sutkowego u kobiety, dotkniętej moczołką cukrową, nie miał żadnych powikłań. Nie stosował tylko kwasu karbolowego i jodoformu. Z drugiej strony jednak, po przecięciu zwyczajnego cзыraka zewnętrznego przewodu słuchowego u dyabetyka, w przeciągu kilku tygodni borykał się z zagojeniem drobnej ranki.

Protokół z dnia 22. III 1906 r.

1) DOBROWOLSKI przedstawił chłopca 2½-letniego z *lues hereditaria condylomatosa pharyngis et laryngis*. 4 tygodnie temu zauważono u

dziecka plamy w gardle, 2 tygodnie temu udano się do ambulatorium szpitala dziecięcego.

DOBROWOLSKI znalazł naloty biało-szare na miękkim podniebieniu, języczku, łukach i obu migdałach oraz na językowej powierzchni nagłośni i więzach bocznych.

Naloty jednolite nieco wystają nad otaczającą je błonę śluzową, na oko nie odróżniają się od krupowych. Stan ogólny chorego — dobry, bezgorączkowy; zdjęto trochę nalotu i poddano badaniu drobnowidzowemu, laseczników LÖFFLER'a jednak nie wykryto.

Wtedy pozostało tylko rozpoznanie syfilisu, i rzeczywiście matka oświadczyła, że dwa razy przed urodzeniem chorego roniła, i że chłopiec, mając około roku, przechodził zapalenie skóry palców rąk około paznokci (*paronychia syphilitica*), które po 12 wannach sublimatowych całkowicie znikło. Wobec tego nie ulegało wątpliwości, że obecne cierpienie gardła przedstawia drugorzędną formę dziedzicznego syfilisu.

DOBROWOLSKI zaznacza, że drugorzędne formy przymiotu dziedzicznego zjawiają się zwykle w 1-ym roku życia, i tutaj było podobnie, lecz zastosowano leczenie przeciwprzymiotowe, które powstrzymało objawy syfilisu, leczenie to jednak było niedostateczne, i objawy przymiotu znowu wystąpiły. Podobne przypadki są bardzo rzadkie. Obecnie zastosowano wcierania szaruchy po ½ grama dziennie, i naloty w gardle po 6 wtarciach już się nieco zmniejszyły.

2) DOBROWOLSKI przedstawia 7-letniego chłopca z *laryngitis subglottica chronica*, którego już 3 miesiące temu demonstrował w sekcji laryngol. ze względu na wielką rzadkość cierpienia w tym wieku. D. wykonał u chorego laryngofissurę, wyciął wałki podgłośniowe i na 4 dzień rurkę tracheotomijną usunął. Chory oddycha zupełnie swobodnie (przed operacją bez rurki nie mógł oddychać nawet kilka minut), lecz głos ma cichy. Przy badaniu okazuje się pod strunami polipowata ziarnina; granulacja wyrasta z wewnętrznej brzozy rany po laryngofissurze. DOBROWOLSKI przypuszcza, że się ona da usunąć pętlą.

W dyskusji nad pierwszym przypadkiem CHORAŻYCKI zaznacza, że widział kilka podobnych przypadków u dzieci; za charakterystyczne dla spraw tych uważa wzniesienie terenu, objętego zmianami syfilitycznymi.

SREBRNY potwierdza rozpoznanie DOBROWOLSKIEGO, sprawę uważa za tak charakterystyczną, że trudno w danym razie myśleć o innej chorobie, np. jak przypuszczał D., o błonicy.

DOBROWOLSKI zaznacza, że naloty, jakie widać było przed rozpoczęciem leczenia, mogły budzić pewne wątpliwości co do rozpoznania.

3) CHORAŻYCKI przedstawił mężczyznę lat 32, skarżącego się od 2 miesięcy na zawadę w gardle; przed 6 laty zaraził się syfilisem, przeprowadził kurację przeciwprzymiotową, leczyl się kąpielami w Busku. Przed 10 miesiącami miał zapalenie stawu kolanowego pochodzenia trypowego. Od kilku miesięcy czuje się osłabionym. Na tylnej ścianie gardzieli z lewej strony znajduje się owrzodzenie wielkości dziesiątki miedzianej, sięgające ku górze do jamy nosogardzielowej, z lewej strony kilka drobnych owrzodzeń. CHORAŻYCKI przypuszcza gruźliczą naturę sprawy — *tuberculosis milliaris pharyngis*.

DOBROWOLSKI i POŁAŃSKI uważają sprawę za niewątpliwą przymiot trzeciorzędny.

SREBRNY, dzieląc to zdanie, zwraca uwagę na to, że CH. wprowadziły w błąd owe drobne owrzodzenia po lewej stronie. Owrzodzenia te jednak — to początek rozpadu infiltrowanej błony śluzowej, i wkrótce, gdy rozpad się ukończy, w miejscu tem powstanie, tak samo jak z prawej strony, charakterystyczny wrzód gumatyczny.

4) CHORAŻYCKI przedstawił chorą po zastrzyknięciu parafiny w grzbiet nosa z powodu spłaszczenia tegoż. Wynik bardzo dobry. Jedyne tylko pozostało zaczerwienienie skóry, które trzyma się jeszcze, pomimo to, że od operacji upłynął miesiąc. W innych przypadkach CH. nie widział tak długotrwałej reakcji. Zastrzyknięcie dokonane zostało za pomocą strzykawki Ono-ór'ego, bezspornie najlepszej ze wszystkich do tego celu zaleconych.

Zygmunt Srebrny.

O D C I N E K.

WARSZAWSKI DOM WYCHOWAWCZY

Ks. BAUDOUINA

w świetle historyi.

Według odczytów w Sekcyi Wychow. Warsz. Tow. Hig.

Podał

D-r B. KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Ordynator Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 32).

W dalszym przebiegu spraw, dotyczących istnienia i rozwoju dawnej fundacyi Baudouinowskiej, kilka chwil poświęcić wypada epoce Rządu tymczasowego Królestwa Polskiego (1815 rok), który zamienił Radę Najwyższą tymczasową Księstwa. W czasie tym zawiązało się Tow. Dobroczynności w Warszawie, a członkowie wydziału lekarskiego, zwiedziwszy szpital Dz. Jezus i św. Łazarza, znaleźli tam „ze zdrygnięciem nadzwyczajną nędzę szpitali“, o czym złożono raport Tow. Dobroczynności, które ze swej strony prosiło rząd o wyznaczenie komisji nadzorczej nad wszystkimi szpitalami. W krótkim też czasie zaczęła działać swe komisya, zajmująca się stanem wszystkich szpitali w Kraju, tak zwana „Komisya nadzwyczajna dla miast krajowych“, w której zasiadali: Joachim Owidzki, Stanisław Nowakowski, Sylwery Strzelecki i inni.

Przed nią rozstrzygała się sprawa doktora szpitalnego, zakończona назначeniem na miejsce d-ra RYCHTERA pierwszego lekarza polaka w osobie Ignacego FIJAŁKOWSKIEGO, późniejszego prof. Szkoły Głównej i dziekana wydziału lekarskiego.

Do najważniejszych wypadków, dotyczących historyi szpitala w epoce Królestwa kongresowego należy odnowienie i rozszerzenie gmachu Baudouina.

Sprawę tę poruszyła komisya Województwa Mazowieckiego z powodu już zbyt wielkiej ciasnoty, panującej w szpitalu i niezwyklej śmiertelności wśród podrzutków.

W nieco zmienionej redakcyi powstał projekt, zapoczątkowany przez Komisję Wojewódzką, przebudowy szpitala w Komisji spraw wewnętrznych; skończyło się jednak na tem, że odnośne władze zdecydowały rozszerzyć i dobudować szpital Dz. Jezus. Ceremonia założenia kamienia węgielnego odbyła się 22 maja 1824 roku, i rozpoczęły się roboty według planu budowniczego Aleksandra Griffego. Dla dogodności szpitala usunięto pierwotny gmach Baudouina, a raczej przerobiono go do niepoznania, przedłużwszy go w stronę dzisiejszej ulicy Sto-Krzyskiej, od której przedzielały go podwórza i parkany.

Roboty zostały ukończone w roku 1826, a głównie kierował niemi ks. rektor Grzankowski. W epoce tej zanotować należy, prócz innych pomniejszych, znaczną ofiarę 200000 złp. na szpital Dz. Jezus przez Stanisława Staszycę zrobioną. Procenty od sumy tej miały być głównie przeznaczone na opłatę mamek wiejskich.

Co się tyczy frekwencyi szpitala w dobie Królestwa (1816—1831 r.), to zwiększyła się ona znacznie, tak że w roku wojny 1831 ludność szpitala doszła do 3000 osób; po raz pierwszy też w roku 1829 widzimy w statystyce szpitalnej podział na dzieci starsze i niemowlęta, a jak Bartoszewicz to tłumaczy — raczej na dzieci, wydawane na wieś i wychowywane w zakładzie, na co należy się zgodzić, przyjrawszy się danym, a mianowicie, że miało być w r. 1829 — 637 dzieci starszych i 929 niemowląt, w 1830 — 690 dzieci starszych i 1095 niemowląt i w 1831 — 834 dzieci starszych i 1387 niemowląt; cyfry te, szczególnie dotyczące dzieci starszych (od 637 — 834) każą przypuszczać, że nie mogło ich być tyle w szpitalu, a chyba mowa tu o dzieciach, oddawanych na wychowanie na wieś.

Doba rad opiekuńczych.

Lata od 1832 do 1838 są niezwykle ważne w historii naszego szpitalnictwa wogóle i w szczególności w stosunku do szpitala Dz. Jezus. Jestto bowiem epoka reformowania się tak zwanych rad opiekuńczych: głównej i szczegółowych.

Jak już wyżej wkrótce wzmiankowaliśmy, drugi Sejm delegacyjny, obradujący między 1772 i 1774 rokiem ustanowił 2 komisye szpitalne, koronną i litewską, mające zarządzać sprawami szpitali; komisye te jednak po krótkotrwałej, bezczynnej zresztą niemal egzystencji upadły.

Następnych trzydzieści kilka lat prawie najwyższa władza nad szpitalami koncentrowała się w rękach marszałka wielkiego koronnego, jako gospodarza miasta.

Potem tworzone rozmaite delegacye, które pod nadzorem Komisji policyi wglądały w sprawy szpitalne, a na prowincyi zależały one od najbliższych rad, składających się z proboszczów, dobrodziejów, sióstr miłosierdzia i t. d.

Centralizacyi władzy nad szpitalami wogóle nie było. Za czasów pruskich w Warszawie opiekowały się szpitalami kamera i magistrat, a na prowincyi miejscowe władze.

Z małemi zmianami spotykamy podobne stosunki za czasów Księstwa Warszawskiego, tylko że wtedy najwięcej zajmowali się szpitalami ministrowie policyi i spraw wewnętrznych.

Za czasów Królestwa kongresowego rozwinęła się dopiero rada nadzorcza nad szpitalami, pod tytułem „Rady ogólnej nadzorczej szpitalów”, której prezesem był Antoni Sumiński, dyrektor jeneralny policyi poczt w komisji spraw wewnętrznych.

W roku 1828 już spotykamy po różnych województwach „rady szczególne nadzorcze szpitalów”. Członkami tych rad bywali komisarze wydziałowi z komisji wojewódzkich, miejscowi prałaci, kanonicy, obywatele ziemscy i miejscy, prezydenci miast, a zwykle też jeden radca prawny z pomiędzy urzędników sądowych, fizyk wojewódzki i aptekarz. W radzie ogólnej Mazowieckiej, opiekującej się szpitalem Dz. Jezus, prezydował Aleksander Kożuchowski.

W roku 1832 znajdujemy już „Radę główną opiekuńczą instytutów dobroczynnych”, jedną na całe Królestwo, zależną

od komisji rządowych. Wszystkie szpitale, nawet prywatne i ich majątki dostały się pod opiekę rządu. W tymże roku (1832) w dniu 29 czerwca Komisya rządowa spraw wewnętrznych obwieściła przez pisma, że w szpitalu Dz. Jezus został otwarty: „Instytut wychowawczy dla dzieci żołnierskich płci obojej po wojskowych niższych stopni byłej armii polskiej”. Czas na wychowanie był pierwotnie oznaczony do lat 7, następnie przedłużono go do lat 12, poczem chłopcy ci mieli być odsyłani do Mińska Litewskiego dla podzielenia ich między bataliony kantonistów wojskowych. Przyczem miały być przyjmowane tylko rzeczywiste sieroty na wychowanie.

Instytut ten wkrótce istnieć przestał, wszakże przez czas pewien wpływał na znaczne przepełnienie szpitala dziećmi. W 1834 roku Rada Administracyjna zwolniła wszystkie szpitale od podatków.

Rada główna tworzyła dla oddzielnych szpitali (wyjątek stanowią: szpital Dz. Jezus, św. Rocha i szpital w Sandomierzu) rady szczegółowe; corocznie drukowała sprawozdanie ze swych czynności i działalności szpitali w tak zwanych „Zdaniach sprawy”.

Szpital Dz. Jezus był jeszcze uważany za prywatną własność ks. Misyonarzy i wskutek tego odrazu nie otrzymał rady nadzorczej; wkrótce jednak, a mianowicie po śmierci ks. Rzymskiego, wizytatora zgromadzenia, sprawującego najwyższą opiekę w szpitalu, opiekunem szpitala Dz. Jezus został mianowany hr. Józef Kwilecki.

Po raz tedy pierwszy świecki człowiek zaczął sprawować najwyższą władzę w szpitalu; wskutek jednak nieporozumień z ówczesnym rektorem ks. Grzankowskim w r. 1834 ustąpił ze swego stanowiska.

Do ważnych faktów w tej epoce należy pewne uporządkowanie pomocy lekarskiej w szpitalu, a to dzięki zajęciu przez Aleksandra Le Bruna posady lekarza ordynującego w oddziale chirurgicznym.

Dzięki interwencji d-ra Le Bruna w roku 1838 komisya rządowa spraw wewnętrznych utworzyła pod prezydencyą Łaszczyńskiego „Komitet do urządzenia szpitala Dz. Jezus”; nastąpiło to na skutek Ukazu z d. 29 października 1838 roku. Jeden z § Ukazu tego

decyduje ostatecznie sprawę przejścia szpitala pod zarząd państwa. Przytem dawne obowiązki Rady, składającej się z biskupa Poznańskiego, starosty warszawskiego i wizytatora zgromadzenia ks. Misyonarzy, przeszły na główną Radę opiekuńczą zakładów dobroczynnych; prócz tego ustanowioną została i rada szczegółowa.

„Komitet do urzadzania szpitala Dz. Jezus“ w sprawozdaniu swem z roku 1839 zdał sprawę z wyników swoich prac, wytknął spostrzeżone wady i uchybienia i wydał niektóre rozporządzenia, z których ważniejsze przytoczyć mi wypada.

Jednem z ważniejszych jest rozporządzenie, by przyjmowano do szpitala tylko podrzutek, których wkładano do koła przy bramie szpitalnej urządzonego, lub też podrzuconych na mieście z odpowiednim dowodem władz odnośnych, że są istotnie podrzutekami.

Dalej, zwrócił Komitet uwagę na to, by podrzutek możliwie prędko na wieś wydawać; prócz tego uregulował Komitet sprawę opłat, należnych kobietom wiejskim, przyjmującym dzieci do piersi lub na wychowanie.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— D-r Roman BARĄCZ, docent prywatny chirurgii w Uniwersytecie lwowskim, mianowany został profesorem nadzwyczajnym tytularnym.

— Znana firma E. Mercka (Darmstadt) nadesłała nam szereg prac o nowym środku nasennym „Proponal”, który w dawkach 0,15 — 0,5 wywołuje już po upływie 15 — 40 minut sen, trwający 6 — 9 godzin. Środek ten działania ubocznego na organizm podług badań BUMKE'go, STEIN'a, BRESLER'a i innych badaczy nie wykazał.

— D-r C. BINZ (Bonn) stosuje Eucharinę i Aristochinę od dłuższego czasu w kolkuszu z bardzo dodatnim rezultatem. W obszernej pracy swej (Berl. kl. Woch. N. 15. r. 06.), po-

daje szereg wyników dodatnich u chorych i rozpatruje działanie kliniczne tych środków. Praca ta powinna zachęcić i innych klinicyстів do stosowania wyżej wymienionych środków.

ZMARLI. W dniu 26 lipca r. b. rozstał się z tym światem ś. p. D-r Adolf KISIELEWSKI. Po chlubnem ukończeniu nauk w b. Szkole Głównej rozpoczął praktykę lekarską w m. Kocku gub. Siedleckiej, gdzie bez przerwy pracował przez lat 35. Mimo ciężkiej nieuleczalnej choroby, trawiącej organizm jego od lat kilku, niósł pomoc chorym niemal do ostatniej chwili życia. Był to człowiek nieskazitelnej uczciwości, cichy i nie szukający rozgłosu.
W. W.

Odpowiedzi Redakcyi.

„Oczekującej”. Z zasady porad lekarskich w piśmie nie udzielamy, zwłaszcza gdy porada taka wymaga dokładnego zbadania lekarskiego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Galernaja, 20.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ściśle określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnych badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kiem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Menger'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięzszowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwnieprzyrostowy w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieprzyrostowymi ostryżami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejże.

Brompin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladeńka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieprzyrostowy, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.

VICHY PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA Własność państwowa francuska		
<i>Należy dobrze przeczytać nazwę tego przepięknego nabytku Wód.</i>		
VICHY CÉLESTINS Staboci kątka, podchorzą, dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.	Wytwarzany ze soli naturalnej otrzymanej z wód.	
VICHY GRANDE-GRILLE Staboci wzroby i organów które wydzielających.	PASTILLES VICHY-ÉTAT Rozsławiać trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.	
VICHY HOPITAL Staboci kątka i kieszek	COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT Wydajęcy spójnej chwili woda alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.	

SKŁAD
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 przy aptece
FR. KARPIŃSKIEGO
 w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.
 posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.
 Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.
 JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
 Fachingen i Selters.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicz, Natanson, Ryki, Thieme-go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Oszczędność. Garderobę zniszczoną, poplamioną, bez wartości przyprowadzam do stanu zupełnej świeżości tak, że wprawne oko nieodróżni od zupełnie nowej, źle lub nieodnie skrojonej, nadaję piękną formę, farbuję, piórę chemicznie, reparuję, przyjmuję obstalunki w zakresie krawiectwa. Pierwszy Zakład reparacyjno-krawiecki

Marszałkowska 143 „JAN“.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia

D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
 przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

K R O W I A N K A

OSPA
 OCHRONNA

w Warszawie **Danilowiczowska 8.** Telefonu 528.

Inst. D-ra Tchórznickiego.

▼

Od 11-go maja r. b. wychodzi w Warszawie pod redakcją Władysława R. Kozłowskiego z udziałem najwybitniejszych sił swoich i obcych dwutygodnik

„R U C H”

poświęcony wychowaniu fizycznemu i wogóle normalnemu rozwojowi ciała

Cena roczna wynosi rb. 2 k. 40 w Warszawie i rb. 3 k. 40 z przesyłką pocztową. Przedpłatę i ogłoszenia przyjmuje administracja, tudzież wszystkie księgarnie.

Administracja mieści się w księgarni E. Wendego i S-ki Krakowskie Przedmieście 9.

Adres redakcyi: Wilcza 38 m. 12.

D-r Zygmunt Wąsowicz

ordynuje w chorobach kobiecych i wewnętrznych jak lat poprzednich

w Krynicy dom pod Orłem.

D-r Antoni Pyrz

ordynuje latem w Ciechocinku
willi Orion.

Choroby wewnętrzne i dzieci.

D-r Ludwik Górski

ordynuje przez lato w CIECHOCINKU.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu, wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom

S. KARCZEWSKI
Nowo-Senatorska 4, w Warszawie

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw

„Kronika Dentystyczna”

Miesięcznik, poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej, oraz sprawom zawodowym; wychodzi od lipca r. b. pod redakcją: **Lekarza-dentysty M. KRAKOWSKIEGO.**

„KRONIKA DENTYSTYCZNA” wychodzi w początku każdego miesiąca w zeszytach dużego formatu książkowego i zawiera: prace oryginalne, dział sprawozdawczy, spostrzeżenia kliniczne, wiadomości pomniejszych, nowe leki i notatki lecznicze, nową literaturę, kronikę, sprawy zawodowe, listy do redakcyi i t. d.

PRZEDPŁATA wynosi w Warszawie rocznie 6 rb. (z odnosz.), w Cesarstwie i zagranicą 6 rb. 50 k
Prenumerować można i półrocznie.

Redakcyja i administracja: **Warszawa, Długa 47.**

Na żądanie wysyłamy numer okazowy.

PRZEGLĄD LEKARSKI

wychodzi 45 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkusze druku.

Redaktor główny: Prof. Dr. STANISŁAW CIECHANOWSKI.

(Wielopole 4).

PRZEGLĄD LEKARSKI jest Organem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, lwowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

PRZEGLĄD LEKARSKI zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali i t. d. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginał. IV. Zapiski lecznicze. V. Fejleton. VI. Korespondencje. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty, wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

Nadesłać można wprost do administracji „Przeglądu lekarskiego” w Krakowie, Podwale 9, lub za pośrednictwem Księgarni warszawskich i prowincjonalnych.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb. 6 kop. —	Z przesyłką pocztową	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	„ 3 „ —		półrocznie	3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10, na I-ej i ostatniej stronnicy k. 20

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungla, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9%, —11%, rano.

OGŁOSZENIA.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły Nowo-karlsbadzkie kryształły Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, dia-tezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wspaniając zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUFLERA
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Xeroform

Jest najlepszym środkiem zastępującym jodoform. W użyciu prawie bezwonny, nie drażni, nie wywołuje ekzemy, absolutnie nietrujący; daje się sterylizować prostem ogrzewaniem. Wybitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę, tamujący krew i kojący ból. Najszybciej działający środek na zabliznienie. Odwiana nawet posokowate wydzieliny i nadzwyczaj szybko zmniejsza wytwarzanie ropy. Bardzo się nadaje do opatrunków stałych i suchych. Opatrunek nie przylepia się do rany. Posiada specyficzne działanie w mokrych ekzematach, intertrigo, ulcus cruris i oparzeniach.

Salit

Płynny związek kwasu sylicylowego. Tani, szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach wszelkiego rodzaju (rozcieńczony oliwą). Pośród zewnętrznych środków salitylowych odznacza się najmniejszą własnością drażniącą na skórę, gdyż wolny od formaldehydu. Nie posiada działania ubocznego na serce i nerki. Działa przeważnie skutecznie we wszystkich bólach reumatycznych powstałych wskutek zaziębienia (lumbago, etc. w reumatyzmie mięśniowym i ścięgien).

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno.
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny i orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

Drag. Blaudii min. aa 10,0=100 pig.

" " " " " c. acid. arsenicos. 0,001

" " maj. " 15,0=100 pig.

" " " " " c. acid. arsenicos. 0,001

" ferri albuminati 0,05

" " dialysati peptonat 0,05

" " lactici 0,05

" " " c. liq. Fovleri aa 0,05

STALE GOTOWE POSIADA

Apteka E. GESSNERA
W WARSZAWIE.

Apteka i Fabryka Pastylek
Modliński i Lilpop

WARSZAWA Czerniakowska 83.

Środki lekarskie dozowane w tabletkach
Tabletki Sublimatowe.

ALFONS MANN
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
 Tłomackie 3 — Telefon 1025.
 Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chi-
 rurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, denty-
 styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły opera-
 cyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szpryki
 Pravaza nowego systemu „Record“. Wyroby
 gumowe fabyki Porgès. Bandaże rupturowe.
 Cennik ilustrowany franko.

Warszawski Zakład Ginekologiczny
 Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
 Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego,
 Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thieme-
 go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyj-
 muje osoby, dotknięte chorobami ko-
 biecami, jako też spodziewające się słab.,
 za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
 całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia
D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
 przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszel-
 kiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.