

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 39.

Warszawa d. 30 (17) Września 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { 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 pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloxurowych. Podał K. Rzętkowski. — O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (Sclerosis multiplex — Myelitis disseminata). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi 78. Spółność powstawania i istota dny. 79. Przyczynek do leczenia choroby Basedow'a za pomocą surowicy z gruczołu tarczowego (antithyreoidinuserum). Niektóre obserwacje nad surowicą z gruczołu tarczowego. — XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. (Dokończenie). — Odcinek. Szpitale warszawskie w świetle sprawozdań. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) K. RZĘTKOWSKI — Sur l'influence de la viande consommée sur l'excretion avec les urines des corps alloxurés. 2) D-r E. FLATAU et J. KOELICHEN — Sur les procès inflammatoires diffus du système nerveux central.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) K. RZĘTKOWSKI — Ueber den Einfluss des verzehrten Fleisches auf das Ausscheiden der Alloxurkörper im Harn. 2) D-r E. FLATAU und J. KOELICHEN — Ueber diffuse Entzündungsprozesse im centralen Nervensystem.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra med. T. Dunina w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloxurowych.

Podał

Kazimierz Rzętkowski

b. asystent oddziału, ordynator szpitala Wolskiego.

W ostatnich czasach poglądy na pochodzenie kwasu moczowego, a raczej wogóle ciał alloxurowych (purynowych), wydzielanych z moczem przez człowieka, uległy zasadniczemu prze-

kształceniu głównie dzięki sumiennym badaniom BURIAN'a i SCHUR'a (Ueb. die Stellung d. Purinkörp. im mensch. Stoffwechs. Pflueg. Arch. 1900 i 1901) oraz KAUFMANN'a i MOHR'a (Beitr. zur Alloxurkörperfrage i t. d. D. Arch. f. Klin. Med. 1902). Gdy do niedawna całą ilość ciał purynowych w moczu ludzkim traktowano, jako coś jednolitego, co odzwierciedlało przemianę substancji nukleinowych w ustroju, a, posiadając wysokość indywidualną, znajdowało się w dosyć luźnym związku ze spożywanymi pokarmami, dziś rozbijamy tę całość na dwie róż-

ne pochodzeniem grupy, z których jedna waha się co do swej wysokości równolegle do ilości niektórych spożywanych pokarmów, mianowicie też mięsa.

Nie mam tu zgola zamiaru podawać w rozwoju historycznym całokształtu nauki o powstawaniu ciał alloksurowych w ustroju ludzkim. [W tej mierze odsyłam czytelnika do ogłoszonej na tem miejscu wybornej monografii Stan. MUTERMILCHA — Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego i t. d. 1905. [Literatura!]. Tu zaznaczę tylko, że już HORBACZEWSKI wiedział o tem, iż można powiększyć w moczu ilość kwasu moczowego, podając *per os* niektóre ciała, mianowicie też t. zw. nukleiny jądrowe. HORBACZEWSKI jednak, stojąc twardo na gruncie swej teorii, jakoby kwas moczowy powstawał wyłącznie z nuklein jąder leukocytów, mniemał, że nukleiny spożywane *per os* powiększają ilość u (kw. moczowego) w moczu nie bezpośrednio, drogą przemian czysto chemicznych, lecz za pośrednictwem leukocytozy i na skutek zwiększonego rozpadu wzmożonej ilości leukocytów, ewentualnie ich jąder. WEINTRAUD przekonał się, że istotnie, podając człowiekowi *per os* większe ilości pokarmów, bogatych w nukleiny (obfitujące w komórki pożywienie zwierzęce np. grasicą), możemy podnieść ilość u w jego moczu do stosunkowo bardzo znacznych wysokości; lecz że dzieje się to wskutek przemian czysto chemicznych bez udziału leukocytozy i wzmożonego rozpadu białych ciałek krwi. W ten sposób została dowiedziona bezpośrednia, że tak rzekę, czysto chemiczna zależność ciał purynowych moczu od spożywanych *per os* nuklein.

Wkrótce posunięto się na tej czysto chemicznej drodze o krok dalej. Dowiedziono mianowicie, że nie tylko nukleinowe pokarmy wzmagają w moczu ilość kwasu moczowego, ale już i beznukleinowe, lecz zawierające ciała purynowe, zwłaszcza zaś hypoksantynę. Wykryto dalej, że ilość kwasu moczowego w moczu wzrasta po spożyciu ekstraktu mięsnego LIEBIG'a i wresz-

cie — mięsa. Mięso ze wszystkich pokarmów, jakie człowiek pospolicie spożywa, wywiera, zdaje się, najbardziej wybitny wpływ na ilość ciał alloksurowych, wydzielanych z moczem. Badania BURIAN'a i SCHUR'a oraz KAUFMANN'a i MOHR'a dostarczyły w tym względzie sporo bardzo ciekawego i bez zarzutu opracowanego materiału. Bardzo ważne wnioski tych badań, stanowiące całą podwalinę nowoczesnej nauki o fizjologii kwasu moczowego, dadzą się streścić, jak następuje. Cała ilość ciał alloksurowych (kwas moczowy + zasady ksantynowe) moczu składa się z dwóch części, fizjologicznie różnego pochodzenia.

Jedna z nich — są to tak zwane ciała alloksurowe „endogen” — te, które wytworzyły się w ustroju, zgola niezależnie od spożywanych pokarmów. Ilość dobową tych ciał alloksurowych „endogen”, wytworzonych zatem, że tak powiem, z ustroju, ma być wysokością indywidualną. Oznaczyć ją możemy, podając badanemu osobnikowi dyetę beznukleinową i bezpurynową, a raczej o minimalnej zawartości ciał purynowych, jak np. mleko, ser, ryż, jaja, chleb i in. pokarmy mączne, masło, kartofle, pokarmy roślinne — jarzyny i t. p. Wówczas ilość ciał alloksurowych w moczu spada do pewnej wysokości, dosyć stałej — *caeteris paribus* — dla danego indywiduum. Są to właśnie ciała alloksurowe pochodzenia „endogen” — czyli wytworzone z ustroju. Jeżeli do takiej diety „bezpurynowej” i „beznukleinowej” dodamy nieco mięsa, to wówczas ilość ciał purynowych w moczu wzrośnie: nadmiar ich, to właśnie ciała alloksurowe „exogen”, wytworzone nie z ustroju, lecz z pokarmów, których wysokość jest, zdaje się, funkcją ilości spożytego, a raczej strawionego i wchłoniętego w kiszki do ogólnej przemiany — mięsa.

Poniżej pragnę zdać sprawę z własnych badań, prowadzonych na gruncie tylko co przytoczonych rozważań. Co do metodyki moich badań, zaznaczyć muszę, że zgodnie z nowoczesne-

mi wymaganiami nauki — ciała alloksurowe w moczu oznaczałem metodą CAMERER-ARNSTEIN'a, kwas moczowy zaś metodą LUDWIG'a-SALKOWSKIEGO. Co się zaś tyczy diety „bezpurnowej“, jaką badanym przez się osobnikom podawałem, to tę zaznaczam przy każdym z poniżej badanych przypadków.

Przypadek 1¹⁾.

Mężczyzna lat 38. *Monarthritus* stawu barokowego lewego ze zmianami bardzo nieznaczne. Poza tem zdrow zupełnie. Odżywianie bardzo dobre. Mocz białka i cukru nie zawiera.

Dyeta bezpurnowa składa się z mleka, jaj, kaszy, klusek, chleba, masła, cukru, owoców — *ad libitum*.

Mamy tu zatem średnio „endogen“

N — Alloks. = 0,203 grm.

N $\bar{u}$ = 0,1439 „

$\bar{u}$ = 0,4317 „

W okresie II (dyeta bezpurnowa + mięso) wydzielono razem („endogen“ + „exogen“):

N — Alloks. = 1,2487 grm.

N — $\bar{u}$ = 0,9586 grm.

$\bar{u}$ = 2,8758 grm.

Ponieważ okres II obejmuje 3 dni, przeto, znając ilość ciał alloksurowych „endogen“ właściwą badanemu osobnikowi *pro die*, możemy z łatwością obliczyć, ile w okr. II wyniósł przyrost na karb ciał alloksurowych „exogen“.

T A B L I C A I.

Data	Moczu	C. g.	N — całkow.	N — Alloks.	N — $\bar{u}$	$\bar{u}$	U w a g i.
18 XII	2030	1019	21.2562	0.216	0.1813	0.5457	Okres I Dyeta bezpurnowa
19	1230	1025	15.6358	0.1825	0.1171	0.3513	
20	2030	1018	16.1426	0.2217	0.1478	0.4434	
21	1000	1026	15.4265	0.1803	0.1288	0.3864	
22	1400	1020	22.6632	0.3246	0.3033	0.9099	Okres II Dy. bezp. + 390 gr. mięs. „ + 520 „ „ „ + 383 „ „
23	2150	1022	26.3676	0.5719	0.3552	1.0656	
24	1880	1023	22.6752	0.3432	0.3001	0.9003	

Osobnik powyższy w okresie I wydzielił razem 0,801 grm. N — Alloks., co średnio *pro die* da 0,203 grm. N — Alloks. (z wahaniami od 0,18 do 0,222). Z tego na N — $\bar{u}$ (razem w okr. I 0,5756 grm.) przypada *pro die* średnio 0,1439, co odpowiada 0,4317 grm. $\bar{u}$ (z wahaniami od 0,3513 do 0,5457 grm.).

¹⁾ Analizy w przyp. I, III i IV wykonałem w laboratorium Dunina w szpit. Dz. Jezus w Warszawie, pozostałe — w laboratorium von Noorden'a w szpitalu Miejskim we Frankfurcie n. M. (Przyp. aut.).

	Suma	C. alloks. „endogen“	C.A. „exogen“	N — Alloks. grm.
Okr. II	1,2487	0,609	0,6397	N — Alloks. grm.
	0,9586	0,4317	0,5269	N $\bar{u}$ „
	2,8758	1,2951	1,5807	$\bar{u}$ „

W okresie II badany osobnik spożył razem 1293 grm. mięsa. Ponieważ z tego, *sit venia verbo*, utworzyło się 0,6397 grm. N — Alloks., przeto 100 grm. mięsa dawało w tym przypadku przyrost o

$$\frac{0,6397 \cdot 100}{1293} = 0,049 \text{ grm. N. Alloks.}$$

BURIAN i SCHUR znaleźli, że 100 grm. mięsa spożytego daje przyrost o 0,03 grm. N — Alloks. w moczu. Z zestawienia z tą cyfrą — mojej uwidacznia się ich niezgodność, niezbyt znaczna zresztą, ale wyraźna. Przyznać muszę, że, chcąc nadawać mej cyfrze przyrostu N — Alloks. jakieś poważniejsze znaczenie, musiałbym dowieść, że mięso, spożyte przez badanego N. I, zostało w przewodzie pokarmowym jego całkowicie wchłonięte, że w kale jego ilość N wogóle i N ciał purynowych w szczególności pozostała w okresie II taka sama, jaką była w okresie I. Ponieważ zaś tego wszystkiego nie oznaczałem, przeto nie mogę mej cyfrze przyrostu nadawać jakiegoś poważniejszego znaczenia. To samo dotyczy cyfr KAUFMANN'a i MOHR'a, które również nie zawsze zgadzają się z cyframi BURIAN'a i SCHUR'a. A nadto jestem przekonany, że i sposób przygotowywania mięsa nie będzie bez wpływu na ilość N — Alloks. „exogen“; nie ulega wątpliwości, że mięso gotowane („sztuka mięsa“) i spożyte bez rosółu, da ilość N — Alloks. „exogen“ mniejszą, niż mięso pieczone lub smażone i spożyte *in toto*, z którego ciała purynowe nie uległy wylugowaniu. Tu dodam, że badanym przez siebie osobnikom podawałem zawsze pieczeń, ważąc ilość spożytego przez nie mięsa już po przygotowaniu.

Przypadek II. Sch. lekkie zapalenie nerek bez obrzęków w stanie zupełnej kompensacji. Z przebiegu przemiany materii N i P_2O_5 u Sch. zdałem szczegółowiej sprawę w pracy mej p. t. „W sprawie przemiany materii przy przewlekłym zapaleniu nerek“. Ks. Jubil. T. DUNINA 1901.

Okres I.

Dyeta stała: 2,5 l. mleka, 200 grm. bułki, 50 grm. masła, 30 grm. nutrozy *pro die*. Chory znajduje się w zupełnej równowadze azotowej. (Patrz tabl. II a).

Obliczając tu średnio dla N — Alloks. *pro die* z 6 dni (t. j. za wyłączeniem dat niepewnych

z 13 i 14), otrzymamy 0,2091 grm. Na N — $\bar{u}$ wypada tu 0,1052 grm.; na $\bar{u}$ = 0,3156 grm.

T A B L I C A II A.

Dn.	N całkow.	N — Alloks.	N $\bar{u}$
8 XI	13.759	0.2086	0.0906
9	16.7751	0.1857	0.1267
10	20.5590	0.21714	0.1121
11	17.5812	0.2044	0.1195
12	18.4184	0.288	0.1016
13	16.1196	0.102(?)	0.1011
14	19.2685	?	0.0997
15	16.9764	0.1503	0.0903

Okres II.

Dyeta stała: 1,5 l. mleka, 30 grm. nutrozy + 49 grm. bułki + 210 grm. chleba + masło + 240 grm. mięsa *pro die*:

T A B L I C A II B.

Dn.	N — całkow.	N — Alloks.	N — $\bar{u}$
16. XI	19.9864	0.3131	0.1186
17	18.8034	0.2575	0.1816
18	18.9454	0.3122	0.1517
19	20.3840	0.2854	0.2115
20	17.6043	0.2178	0.1867

Sch. zatem wydzielił tu ogółem („endogen“ + „exogen“).

N — Allox = 1,386 grm.

N $\bar{u}$ = 0,8501 „

$\bar{u}$ = 2,5503 „

Z tego przypada na:

	„endogen“	„exogen“
N — Alloks.	1,0455	0,3405 grm.
N $\bar{u}$	0,5260	0,3241 „
$\bar{u}$	1,5780	0,9723 „

Okres III.

(Dyeta stała jak wokr. II + 350 grm. mięsa *pro die*).

T A B L I C A II C.

Dn.	N—całkow.	N. — Alloks.	N — $\bar{u}$.
21.XI	21.3832	0.2486	0.1735
22	17.5795	0.2680	0.1825
23	19.6991	0.2666	0.1880
24	20.2638	0.3021	0.1978
25	21.0098	0.3053	0.2067
26	18.7264	0.2657	0.1817
27	21.5798	0.2671	0.1831
28	18.6932	0.3063(?)	0.1463(?)
29	21.168	0.2918	0.1968
30	18.312	0.2848	0.1648

Sch. wydzielił zatem w okresie III ogółem „endogen” + „exogen”.

N — Alloks. = 2,8093 grm.

N — $\bar{u}$ = 1,8212 „

$\bar{u}$ = 5,4636 „

Z tego przypada

	„endogen“	„exogen“
N — Alloks.	2,091	0,7183 (?) grm.
N $\bar{u}$	1,052	0,7692 „
$\bar{u}$	3,1560	2,3076 „

Streszczając powyższe badanie, widzimy, że Sch. wydzieliał dziennie „endogen” 0,2091 grm. N — Alloks. i 0,1052 grm. N $\bar{u}$ (0,3156 grm. $\bar{u}$). W okresie II — prócz diety bezpurynowej, spożył razem $240 \times 5 = 1200$ grm. mięsa. Dodatek mięsa spowodował wzmożenie się wydzielanej ilości ciał alloksurowych o 0,3405 grm., z czego na N — $\bar{u}$ przypada znaczna część, bo 0,3241 grm. N. Obliczając tu przyrost N — Alloks. na 100 grm. mięsa, otrzymamy

$$\frac{0,3405,100}{1200} = 0,0284,$$

co znaczy, że 100 grm. mięsa podnosiło u Sch. ilość N — Alloks. w moczu, 0,0284 grm. W o-

kresie III Sch. spożył prócz diety bezpurynowej 3500 grm. mięsa. Ilość N — Alloks. wzrosła c — a o 0,7163 grm., 100 grm. mięsa podnosiło tu zatem ilość N — Alloks. w moczu o 0,0204 grm.

(C. d. n.).

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O rozsianych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym (*Sclerosis multiplex—Myelitis disseminata*).

Podali

E. Flatau i J. Koelichen.

(Uiąg dalszy. — Patrz Nr. 38).

W okolicy krzyżowania się piramid *pia mater* jest zlekka zgrubiała w okolicy słupów przednio-bocznych i w wielu miejscach zrosnięta wzdłuż obwodu słupów bocznych. Widzimy tutaj na preparatach WEIGERT'a jasne, dosyć ostro odcinające się ogniska w okolicy kanału centralnego (ognisko przechodzi tutaj w części na krzyżowanie się piramid, w części na słupy tylne), i trzy ogniska w jednej połowie rdzenia (róg tylny, droga piramidalna, przechodząca w istotę słupa bocznego i obwód słupa bocznego w części środkowej); oprócz tego widać smugę rozrzedzenia, biegnącą w obydwóch pęczkach GOLL'a wzdłuż *sulc. long. post.*, aż do wspomnianego powyżej ostrego ogniska i rozlane rozrzedzenie w słupach bocznych. W słupach przednich widać lekkie rozrzedzenie w przednim pasie obwodowym.

W kierunku proksymalnym spostrzegamy również nieregularnie i bez żadnego porządku leżące ogniska na całym przekroju poprzecznym.

W okolicy krzyżowania się dróg czuciowych (Fig. 9) widzimy ogniska, odcinające się mniej lub więcej ostro od otoczenia w okolicy kanału centralnego, w jednej i drugiej piramidzie, w okolicy formującej się oliwki, w *substantia reticularis* poniżej t. zw. *subst. gelatinosae*. Poza tem widać na całym przekroju mnóstwo naczyń z wybitnie rozszerzonymi przestrzeniami okołonaczyniowymi. *Pia mater* w niektórych

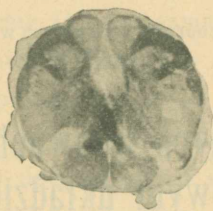


Fig. 9.

miejscach zlekka zgrubiała i przyrośnięta do obwodu.

W okolicy dobrze rozwiniętych oliwek (Fig. 10) znajdujemy również mnóstwo

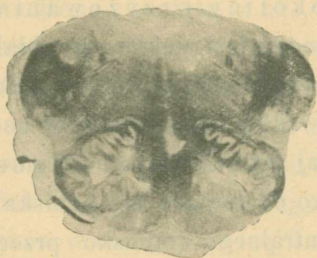


Fig. 10.

przeważnie ostro odcinających się ognisk w najróżniejszych miejscach przekroju.

W okolicy mostu (Fig. 11) również mnóstwo drobnych ognisk o bardzo nieregularnych konturach przeważnie w podstawie i w znacznie mniejszej liczbie w czepcu.

Zaczynając od *pedunc. cerebri* ognisk nie widać, występuje tutaj w istocie szarej i białej mnóstwo naczyń z wybitnie rozszerzonymi przestrzeniami okołonaczyniowymi. To samo dotyczy kory mózgowej z okolic, wskazanych powyżej.

Przechodzimy obecnie do szczegółowego opisu zmian histo-patologicznych w opisanych powyżej ogniskach. Jak widać z powyższego opisu, odróżnić można szczególnie na skrawkach barwionych metodą WEIGERT'a, dwa typy ognisk. Do pierwszego typu należą ogniska jasne (na skrawkach Weigerta-Pala), ostro się odcinające od otoczenia, t. j. tkanka nerwowa stanowiąca granice tych ognisk obrywa się prawie ostro bez przejścia stopniowego. Zaznaczyć jednak należy, że jakkolwiek istnieją ogniska, które posiadają ze wszystkich stron granice ostre, to jednak po największej części jedna

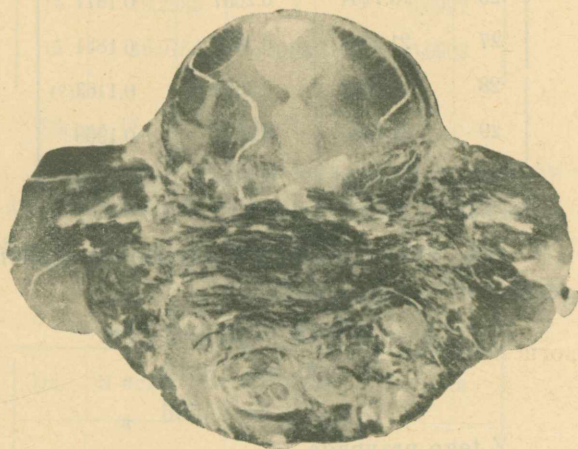


Fig. 11.

lub więcej ścian ogniska nie odcina się ostro od otoczenia, lecz wykazuje rozrzedzoną tkankę, stanowiącą rys zasadniczy ognisk drugiego typu.

Te ostatnie ogniska ukazują się na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, w postaci tkanki rozrzedzonej. Ogniska te nie posiadają granic ostrych, mają charakter rozlany i przechodzą stopniowo w tkankę normalną.

A. Ogniska pierwszego typu, ostro odcinające się od otoczenia.

Rozpatrując skrawki, barwione rozmaitemi metodami, spostrzegamy zmiany następujące*). Na skrawkach, barwionych metodą v. GIESON'a

*) Na skrawkach WEIGERT'a ogniska te występują w postaci jasnych plam bez struktury.

uderza w ogniskach pierwszego typu (Fig. 12 A i Fig. 13) ogromna liczba naczyń, które przede wszystkim rzucają się w oczy i nadają ogniskom tym rys najbardziej znamieny. Częstokroć naczynia te widać na ogromnej przestrzeni, i, ponieważ biegną one w przegrodach łączno-tkanowych, to powstaje na skutek tego obraz promienisty ogniska. Naczynia są rozszerzone, (Fig. 13, vas) ściany ich w mniejszym lub większym stopniu zgrubiałe, przyczem nigdzie nie widać zgrubienia *intimae* lub *mediae*, natomiast zgrubiała jest *adventitia*.

Drobnokomórkowe nacieczenie, niezbyt silne stwierdzić można w ścianach naczyń i naokoło naczyń. Co dotyczy samej tkanki nerwowej, to w ogniskach tych, leżących w tkance białej słupów, zauważyć można sitowatą budowę tkanki (Fig. 13). Uderza tutaj w bardzo wielu miejscach delikatna budowa tego sita lub siatki, której oczka są przeważnie dosyć duże, a przegrody bardzo delikatne.

Rozpatrując stopniowo obrazy od tkanki normalnej do tkanki ogniska, przychodzimy do wniosku, że oczka te powstały wskutek i na miejsce spęczniałej i zanikłej otoczki myelinowej. Otoczek myelinowych w ognisku prawie nigdzie stwierdzić nie można, gdzie nigdzie tylko i to przeważnie w częściach pogranicznych ogniska, spostrzedz można wyrostek osiowy, otoczony żółtą masą myelinową.

Jakśmy już rzekli, przegrody siatki są przeważnie delikatne, i już fakt ten wskazuje, że w ogniskach tych neurogleia jest mało wybujała, w każdym razie rozrost jej jest znacznie mniejszy, niż w ogniskach drugiego typu (por. Fig. 14).

Tutaj zaznaczyć zaraz należy, że na pierwszy rzut oka wydawałby się mogło, jakoby w niektórych miejscach tych ognisk doszło do bardzo znacznego bujania neuroglei. Są to miejsca, rzucające się w oczy swoim intensywnie czerwonym i dosyć kompaktne zabarwieniem.

Przy dokładniejszym ich zbadaniu okazuje się jednak, że są to rozrosłe *septa piaie matris*, zawierające rozszerzone i zgrubiałe naczynia krwionośne. Nie twierdzimy bynajmniej, jakoby neuroglea zupełnie nie uległa w tych ogniskach rozrostowi; zaznaczamy tylko, że w wielu miejscach siatki przegrody neuroglei nie wykazują w rzeczy samej żadnego zgrubienia, w niektórych zaś miejscach widać bujanie neuroglei, lecz w mniejszym stopniu, niż w ogniskach drugiego typu. W tkance ognisk widać poza to nadzwyczaj wielką liczbę jąder okrągłych i podłużnych, (Fig. 13, Nucl.), których liczba jest największa w bezpośrednim otoczeniu naczyń.

Wyrostki osiowe trudno jest w wielu miejscach wykazać. (Fig. 13, Ax). Odgrywa tutaj pewną rolę brak otoczek myelinowych, przemieszczenie tych wyrostków i niełatwe ich odróżnienie od jąder. Przy użyciu silniejszych obiektywów udaje się po największej części stwierdzić istnienie wyrostków osiowych. Leżą one bardzo nieregularnie, częstokroć skupione w małe gromadki. Nie wykazują one tutaj widocznych zgrubień, są natomiast częstokroć scieńczone, kolor ich na skrawkach GIESON'a przypomina kolor cegły. Nigdy nie widać ich w środku oczek siatki, lecz ekscentrycznie tuż obok przegrody, lub też wogóle są one nierównomierne porozrzucane po całym polu ogniska.

Komórek ziarnistych prawie że niema; czasami widać pojedyncze w przestrzeni naokoło naczyniowej, natomiast widać w ogniskach tu i owdzie wyraźne komórki pająkowate (Fig. 13, Deit.) (komórki DETERS'a Spinnenzellen).

Co dotyczy ognisk pierwszego typu, znajdujących się w istocie szarej, to na skrawkach, barwionych metodą GIESON'a, występują w zasadzie te same zmiany, jakie spostrzegamy w ogniskach, leżących w istocie białej. I tutaj uderzają przede wszystkim nadmiernie rozwinięte naczynia, rozszerzone, o ścianach zgrubiałych i czasami z rozszerzonym łożyskiem naokołona-

czyniowem. Pozatem widać tu nadmierną liczbę jąder w całym ognisku i dosyć liczne komórki pająkowate. Budowa sitowata ogniska występuje tutaj mniej wyraźnie niż w ogniskach leżących w istocie białej. Jest ona wyraźniejsza w okolicy *commiss. griseae*, aniżeli w innych częściach istoty szarej. W każdym razie oczka tej siatki są znacznie mniejsze, niż w ogniskach istoty białej. W ogniskach, leżących w istocie szarej, po za *comm. grisea* przeważa na skrawkach GIESON'a rozlane dosyć intensywnie czerwone zabarwienie tkanki. Stosując powiększenia silniejsze spostrzegamy, że tło ogniska stanowi rozrosła tkanka łączna, przypominająca przeważnie budowę przegród łączno-tkankowych *piae matris* albo też błony zewnętrznej naczyń, natomiast mniej wyraźnie występuje charakter bujania neuroglei.

Na skrawkach, barwionych metodą MARCHE'go nie znaleźliśmy zmian charakterystycznych dla tej metody w opisywanych obecnie ogniskach. Na skrawkach tych ogniska mają zabarwienie jasno-żółte i nie zawierają czarnych bryłek zwyrodnienia.

Na skrawkach poprzecznych, barwionych metodą BIELSCHOWSKY'ego łatwiej jest przekonać się o tem, że wyrostki osiowe istnieją w tych ogniskach. Zaznaczyć jednak należy, że nie spotykamy tutaj bynajmniej tego charakterystycznego obrazu wyrostków osiowych, jaki spostrzegamy w tkance normalnej. W tej ostatniej widzimy wyrostki osiowe w postaci punkcików z przebiegającymi pomiędzy nimi liniami podłużnymi (na skrawkach poprzecznych); powstaje w ten sposób obraz, którybyśmy otrzymali, przeciąwszy poprzecznie krzak z cieniutkimi, zeszlęmi gałązkami. W ognisku obraz ten nie istnieje więcej. Spostrzegamy natomiast mnóstwo nierównomiernie porozrzuconych drobnutkich pyłkowatych punkcików, linii zaś podłużnych nie napotykamy prawie zupełnie. Punkciki te są po największej części znacznie cieńsze od

punkcików (wyrostków osiowych) w istocie normalnej.

Na skrawkach, barwionych metodą NISSL'a, zauważono następujące zmiany w komórkach nerwowych. Na tych przekrojach rdzenia, w których ogniska zajmowały wyłącznie albo przeważnie istotę białą i zlekka tylko dotykały istoty szarej (jak np. w *intumesc. cervic.*) proces chorobowy widocznie oszczędzał komórki nerwowe. Wykazywały one tutaj prawie normalne stosunki, zarówno co do liczby, jak i co do budowy wewnętrznej. W niektórych tylko komórkach widziano nieznaczne rozpadanie się ciałek NISSL'a (chromatolizę) i, być może, nieznaczne zmniejszenie liczby wyrostków protoplazmatycznych.

Pozatem pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na stosunek, zachodzący pomiędzy komórkami nerwowymi i jądrami, leżącymi w tkance otaczającej te komórki. Widać mianowicie, jak jądra zarówno okrągłe, jak i podłużne (biskoptowate) w znacznej częstokroć liczbie jakby oblepiają komórkę nerwową. Kręcąc śrubę mikroskopu w jedną lub drugą stronę, zauważyć można, że jądra te leżą zarówno na wyrostkach protoplazmatycznych, jak i na ciele komórki nerwowej lub też tuż u jej brzegu (w przestrzeni naokoło-komórkowej). Nie odnieśliśmy tego wrażenia, jakoby jądra te leżały w samej komórce nerwowej; sądzimy natomiast, że dotykają one tylko jej powierzchni. W niektórych miejscach widać wyraźne układanie się jąder w kierunku do komórek nerwowych.

Na innych skrawkach, w których ognisko zajęło również istotę szarą, stan komórek nerwowych uległ zmianom widocznym. Już przy słabem powiększeniu uderza znaczna różnica pomiędzy normalnie wyglądającymi komórkami nerwowymi poza ogniskiem i wyblakłymi, znacznie zmniejszonymi w swej objętości komórkami w samym ognisku. Stosując powiększenia silne, stwierdzamy w tych ostatnich komórkach wyraźne zmiany zanikowe.

Komórki te są przeważnie małe, zatraciły swój wygląd wielokątny, są prawie pozbawione wyrostków, co zaś dotyczy ich budowy wewnętrznej, to barwią się one mniej intensywnie, niż komórki normalne. Ciałka Nissl'a są czę-

stokroć rozpuszczone, po największej zaś części chromatoliza nie jest zupełna. I w tych komórkach widać opisany powyżej stosunek do jąder tkanki otaczającej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

78. H. KIONKA. Sposób powstawania i istota dny.

Odwołując się do mającego się wkrótce ukazać w kwestyi omawianej obszerniejszego sprawozdania, nad którym autor obecnie pracuje, zaznacza on, że przy wyłącznem karmieniu mięsem nie tylko zwierząt roślinożernych, jak kur, królików, lecz także i myszy, a nawet psów, w ustroju ich udawało mu się prawie zawsze znajdować podobne, właściwe skazie dnawej zmiany, a więc obok złogów moczanowych sprawy zwyrodniające (cyrrotyczne) w wątrobie i nerkach. U człowieka zmiany takie w wątrobie i nerkach przy dnie, również prawie stale się spostrzegają, i rola, jaką narządy wymienione, zwłaszcza wątroba, w sprawie tej odgrywają, każą przyjąć, że tam nawet, gdzie wyraźnych zmian w nich stwierdzić się nie daje, muszą przynajmniej zachodzić w nich zboczenia czynnościowe.

Już dawniejsi lekarze w wątrobie doszukiwali się czynnika, skazę dnawą powodującego; nowsze badania w tym kierunku zdają się pogląd taki w zupełności potwierdzać i starają się wykazać, że w sensie wyżej wyrażonym — dla powstawania sprawy tej dostateczne jest już pewne czynnościowe zaburzenie w niej, zwłaszcza, że w wątrobie to właśnie kwas moczowy nie tylko się wytwarza, lecz że i w niejże, równie jak w nerkach, ulega on przemianie, i że w dnie najbardziej uderzającymi są zakłócenia w przemianie materii, tyczące się kwasu moczowego.

Starając się rozwiązać pytanie, jaki normalnie zachodzi związek między kwasem moczowym a innymi substancjami, w wątrobie się znajdującymi lub wytwarzającymi, autor zgodnie z poszukiwaniami wcześniejszych badaczy zwraca również dochodzenia swoje ku glikokoli i mocznikowi. Z doświadczeń jego *in vitro* wypada, że glikokol (= kwas amido-octowy $\text{NH}_2\text{CH}_2\text{COOH}$) sprzyja osadzaniu kwasu moczowego z jego roztworów w postaci trudno rozpuszczalnej kwaśnej czyli jednoalkalicznej jego soli (monalkaliuratu), i że przeciwnie, mocznik osadzanie się takich soli znacznie utrudnia. To samo — zdaniem jego — zachodzić musi i w żywym ustroju. Jeśli więc wziąć pod uwagę, że chory, dotknięty dną, wydziela z moczem znaczne ilości glikokolu (podczas gdy u zdrowego człowieka zaledwie może ślady jego w moczu wykazać się dają), to przyjąć chyba należy, że tenże znajduje się u niego w płynach ustroju, zwłaszcza we krwi, a tem samem, że warunki dla rozpuszczenia znajdującego się w niej kwasu moczowego są trudniejsze, więc że tenże wydziela się i osadza w tkankach w postaci złogów. Że w prawidłowym ustroju takiego nagromadzenia się glikokolu we krwi i tkankach nie bywa (autor po wprowadzeniu nawet 10 grm. jego, czy to u ludzi czy u psów, w moczu wykazać go nie mógł), objaśnia się oddziaływaniem szczególnego, powstającego w wątrobie, mocznika wytwarzającego zaczynu, za którego sprawą tenże (glikokol) ulega przemianie w mocznik

lub też inne ciało, bliskie mu pod względem chemicznym. Otóż w dnie okazuje się zupełny albo prawie że zupełny brak oddziaływania tego zaczynu — ztąd znaczne nagromadzenie się w ustroju glikokolu, który *ex re* nadmiernej ilości moczanów we krwi u osobników, dotkniętych skazą dnawą, sprzyja ich osadzaniu się. Dwie są więc główne przyczyny powstawania dny: jedna ze strony wątroby, a być może, że i innych narządów (!) — zaburzenie czynnościowe, polegające na zupełnym albo prawie że zupełnym braku oddziaływania zaczynu, mocznik wytwarzającego; druga zaś ze strony nerek, polegająca również przypuszczalnie na funkcyjnym zakłóceniu, a być może, że zależna od związków kwasu moczowego we krwi.

Zakłócenia te, zwłaszcza zupełny albo częściowy brak oddziaływania wyżej wzmiankowanego zaczynu mogą być wrodzone — ztąd dna dziedziczna, albo też mogą one być spowodowane niewłaściwym sposobem żywienia się, sposobem życia, pewnymi substancjami trującymi (otów, alkohol) — ztąd dna nabyta.

Glikokol u podagryków nagromadza się albo jako produkt dekonstrukcji ciał białkowych, albo też — według WIENER'a, stanowi on może jedno z ogniw przejściowych dekonstrukcji kwasu moczowego — ta zaś ostatnia, jak mniema tenże WIENER, odbywa się pod wpływem zaczynu wytwarzającego się w wątrobie, albo — jak u niektórych zwierząt — w nerkach. Przy dalszej dekonstrukcji glikokolu powstaje mocznik. Ponieważ jednak u osobników, dotkniętych dną, dekonstrukcja kwasu moczowego utrzymuje się w granicach powstawania glikokolu, tem więcej przeto będzie wytwarzać się tego ostatniego, im więcej kwasu moczowego znajduje się w tkankach i we krwi, że zaś przytem u osobników takich urolityczna zdolność krwi i tkanek osłabiona nie jest (KLEMPERER), więc glikokol w ustroju ich wciąż obficie wytwarzać się może. Że dekonstrukcja taka kwasu moczowego rzeczywiście we krwi ma miejsce, dowiódł tego FREY, który po dodaniu kwasu moczowego do świeżo wypuszczonej krwi żyłnej wykazał w niej w kilka godzin później obecność glikokolu.

Jeśli więc wziąć pod uwagę, że nagromadzenie się w ustroju kwasu moczowego sprzyja ze swej strony nagromadzeniu się glikokolu, ten

zaś znów osadzaniu się moczanów, to jasnem będzie, że stały albo czasowy brak zaczynu, glikokol niszczącego, spowoduje stan zwany skłonnością (*praedispositio*) do dny. Zależnie od powolnego, czy też szybkiego osadzania złogów moczanowych, może albo nie być szczególnych przy niem dolegliwości, albo też objawia się ono ostrym napadem (atakami) dny. Dlaczego zaś złogi te osadzają się w pewnych, uprzywilejowanych — że tak powiedzieć — miejscach, jak w stawach, muszlach usznych, autor — wbrew skądinąd przytaczanym twierdzeniom, że one ze względu na położenie swoje najbardziej na wpływy szkodliwe są narażone (nadwyrężenie, złe odżywianie, niedostateczny dopływ krwi, odmrożenie i t. d.), objaśnia właściwością ich tkanek, t. j. typem ich łączno-tkankowym i chrząstkowym. Ponieważ tkanki takie już poza ustrojem, ulegając rozkładowi, wytwarzają glikokol, (FREY) przeto fakt ten już sam przez się nasuwa wnioski, że to samo zachodzić może i w żywym ustroju. Szkodliwe więc powyżej wzmiankowane wpływy w sprawie dnawej o tyle tylko mogą mieć znaczenie i sprzyjać osadzaniu się w danym miejscu złogów, o ile przy skłonności do dny dotyczą tkanki łącznej — ścięgien, woreczków maziowych, więzadeł lub chrząstki. Nadto moczniki, które już osadziły się w danym miejscu, stanowią niejako bodziec — jak to wykazał FREUDWEILER — do dalszego szerzenia się w niem sprawy złogowej, działając bowiem nekrotyzująco na tkankę sąsiednią, sprzyjają wytwarzaniu się tu świeżej ilości glikokolu, który z kolei powoduje w danym miejscu osadzanie się ze krwi świeżych ilości moczanów. Względnie więc do stopnia nagromadzenia się we krwi kwasu moczowego — co znów zależne jest od rodzaju pożywienia, trawienia i wydzielania — sprawa złogowa (*tophi*) albo mało co, albo też burzliwie wśród przypadłości zapalnych, jako ostry atak dny, się zaznacza.

Środki zewnętrzne, stosowane w leczeniu dny (zimne i ciepłe okłady, kamfora, jod) — zdaniem autora — mijają się często ze swoim celem, o ile bowiem zadaniem ich zazwyczaj bywa przez pobudzenie miejscowego obiegu krwi wpłynąć niejako na wypłukanie ze schorzałych tkanek *materiae peccantis* i wzmożenie urolizy, o tyle jednak wzmożony dopływ krwi doprowadza zarazem do miejsc chorych większe ilości

kwasy moczowe, który albo strąca się obecnym już w tkankach glikokolem, albo też sam na drodze swej destrukcji świeży glikokół wytwarza. Tem to właśnie objaśniają się owe chwiejne wyniki, jakie przy stosowaniu ciepła w leczeniu dny się otrzymuje.

Operacyjne usunięcie stawu dotkniętego mogłoby znaleźć zastosowanie chyba w cięższych przypadkach skazy, w których jednak cięższa afekcja jednego tylko stawu staje się stałym źródłem wytwarzania się glikokolu.

Narcotica i *antineuralgica* mają jedynie znaczenie objawowe. Środki, jakoby rozpuszczające kwas moczowy we krwi i tkankach, zawodzą; podawanie ich w pewnych warunkach może jedynie sprzyjać rozpuszczeniu w moczu kwasu moczowego i na tej drodze ułatwiać wydzielanie się jego z ustroju. W tym to kierunku działają przede wszystkim alkalia (wody alkaliczne), niektóre organiczne, kwas moczowy rozpuszczające zasady, jak piperazyua, lysydyna, lycetol, wreszcie mocznik i niektóre inne przetwory, formaldehyd w ustroju odszczepiające — jak urotropina, helmitol i t. d.

Z tak zwanych specyfików najważniejszymi są przetwory salicylowe, kwas chinowy i kolchicina — klinicznie wykazano, że kwas salicylowy działa jako cholagogum; kwas chinowy, o ile nie wydzieli się z ustroju w stanie niezmienionym, jako produkt rozkładu swojego w kiszka, daje kwas będzwinowy, który też zalicza się do środków żółciopędnych; działanie więc tu kwasu chinowego utożsamia się z działaniem kwasu będzwinowego, który już przez dawniejszych lekarzy w znaczeniu omawianem był używany. Wreszcie kolchicina — jak to autor wykazał doświadczalnie na psach z przetoką żółciową — na równi z kwasem salicylowym i chinowym — winna być zaliczona do silnych środków żółciopędnych. Nadto kwasy będzwinowy (*resp.* chinowy) i salicylowy inne jeszcze w sprawie omawianej mają znaczenie: łącząc się z glikokolem w trwały związek chemiczny, zobojętniają one szkodliwy wpływ, jaki tenże przez osadzanie kwasu moczowego wywiera.

Pod wpływem wymienionych środków żółciopędnych zwiększa się — jak wykazują doświadczenia FREY'a — odpływ żółci przy jednoczesnym zwiększeniu się w niej ilości kwasów żółciowych — a więc potęguje się czynność w-

troby, że zaś tak spotęgowana jej czynność, dla względów wyżej notowanych, bez wpływu na sprawę dnawą pozostać nie może, przeto i lekom tym tutaj dodatniego znaczenia odmówić nie można.

Takież znaczenie, w sensie wzmożenia właściwej funkcji wątroby, przywiązywać też należy do środków czyszczących, podawanych przez czas dłuższy — i tem się objaśnia skuteczny wpływ, jaki wody mineralne czyszczące (Karlsbad, Salzschrift i t. d.) na dotkniętych dną wywierają.

W ostatnich czasach wreszcie FALKENSTEIN zaleca w dnie kwas solny w dużych dawkach — na zasadzie spostrzeżeń WERTHEIMER'a, że kwasy mineralne za dostaniem się do dwunastnicy znakomicie wydzielanie żółci potęgują.

(Deutsche med. Wochenschr. N. 20. 1905 r.)

F. Gr.

.79 HEMPEL. Przyczynek do leczenia choroby Basedow'a za pomocą surowicy z gruczolu tarczowego (Antithyreoidinserum).

THIENGER. Niektóre obserwacje nad surowicą z gruczolu tarczowego.

MOEBIUS jest zdania, że choroba powstaje wskutek choroby gruczolu tarczowego i zatrucia organizmu nadmierną wydzieliną soków gruczolu. Zadaniem leczenia powinno być: 1) zmniejszenie chorobliwej wydzieliny, 2) zneutralizowanie wydzielonej trucizny. Pierwsze osiągamy drogą operacji lub przez zastrzyknięcie w eterze jodiny, niszczącej tkankę gruczolu. Drugie zadanie, polegające na zneutralizowaniu trucizny, wydzielonej przez chory gruczoł, oparte jest na przypuszczeniu, że choroba Basedow'a i obrzęk śluzowy są to choroby przyczynowo sobie przeciwne. O ile choroba Basedow'a jest wywołana nadmierną wydzieliną gruczolu tarczowego, o tyle myksoedema powstaje z powodu niedostatecznej wydzieliny lub jej zupełnego braku. Odpowiednio do tego starają się leczyć chorobę Basedow'a przez podanie pacjentom mleka zwierząt, którym poprzednio wycięto gruczoł tarczowy, lub przez podanie im surowicy krwi takichże zwierząt.

LANZ podawał swym pacjentom mleko kóz, pozbawionych gruczolów tarczowych. Pierwsze próby z surowicą podjęli BALLET i ENRIQUEZ, którzy zastrzykiwali swym pacjentom su-

rowicę krwi psów z wyciętym gruczołem tarczowym; psy zabijano po nastąpieniu pooperacyjnego tęcza — rezultaty były zachęcające, lecz dalszych prób nie przedsięwzięto.

MERCK z Darmstadt, z porady MOEBIUS'a, przygotowuje surowicę z krwi baranów, którym na sześć tygodni przed upustem krwi wyjęto gruczoł tarczowy. Zastrzykiwanie podskórne tej surowicy dało ujemne rezultaty, zaczęto więc ją stosować wewnątrz. Dotychczas opisano nie wiele przypadków, leczonych surowicą, tak SCHULTES ogłasza wyleczenie ostrego obłądu, powstałego w czasie choroby BASEDOW'a w przeciągu czterech tygodni, oprócz tego zmniejszenie się wola, liczby uderzeń tętna, zniknięcie drżenia.

HEMPEL podaje opis swego przypadku Kobieta 50-letnia, nie obciążona dziedzicznie. 8-rodzici — wszystkie żyją — przed rokiem pierwszy raz bicie serca. Od sześciu tygodni poty, od pięciu raptowne zgrubienie szyi. Bardzo podniecona, silny *tremor*. *Exophthalmus*. Gruczoł tarczowy powiększony, twardy. Widoczna pulsacja w okolicy serca. Granice stłumienia serca: prawa — środek sterni; górna — dolny brzeg III żebra; lewa — 2 palce poza *l. mamillaris*. *Ictus* rozszerzony, podnoszący w V międzyżebżu — tony czyste. Działalność równomierna, przyspieszona. Tętno 120—140, mocno napięte. Czasami *delirium cordis* 150—180 skurczów przy tętnie na *radialis* 65. Chora dostawała co trzeci, a następnie co drugi dzień 5,0 surowicy. Leczenie ambulansowe bez zmiany warunków. Po dwóch miesiącach chora otrzymała w 16 do-

zach 90,0 surowicy. Wkrótce po rozpoczęciu leczenia subiektywne polepszenie; (bicia serca, niepokój). Obiektywnie zmniejszenie *exophthalmus*, gruczołu (obwód szyi o 2 ctm. mniejszy). Tętno spadło do 96, prawidłowe, pełne.

THIENGER podaje cztery historie choroby. U trzech pacjentek po bardzo krótkim leczeniu otrzymał poprawę subiektywną, a obiektywnie podniesienie wagi ciała i zmniejszenie się liczby uderzeń tętna.

Czwarty pacjent przedstawiał typowy obraz choroby BASEDOW'a: wybitny *exophthalmus*; wyraźny objaw STELLWAG'a; górna powieka nie opada przy opuszczeniu wzroku. Niedostateczna konwergencja. Duże, miękkie, pulsujące wole, obwód szyi 38 ctm. Na *manubrium sterni* i w prawo stłumienie odgłosu opukowego (wole). Serce w najdłuższym wymiarze 16 ctm. (norma 13,4), w najszerszym 12 (n. 10,5), w prawo od *l. mediana* 5 ctm. (n. 4,4), w lewo 10 (n. 8,3). Nad wszystkimi ujściami szmery systoliczne, nad aortą diastoliczne. Tętno 140, wybitny *tremor*. Co drugi dzień 5,0 surowicy w winie. Czwartego dnia polepszenie subiektywne. Tętno ze 140 spadło do 96. Po dwóch miesiącach leczenia chory zużył 120,0 surowicy. Subiektywnie znikły bicia serca, duszność, uczucie ucisku w oczach. Obiektywnie: zniknięcie *exophthalmus*, zmiękczenie i zmniejszenie wola (obwód szyi z 38 na 36 ctm.); zniknięcie *tremor*; podniesienie wagi ciała z 46,4 do 54,5 klg. Tętno 76, po zmęczeniu 100 (*insuff. aortae*).

(München. med. Woch. N. 1. 1905).

Maryan Wilczyński.

XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26 — 29 kwietnia r. b.)

Skreślił A. J. GOLDMAN (Łódź).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 30).

CZERNY (Heidelberg) i KÜMMEL (Hamburg) oddzielnie omówili sprawę „leczenia przerostu gruczołu krokowego”.

CZERNY na zasadzie swego doświadczenia doszedł do wniosku, że chirurgiczne leczenie

przerostu powinno polegać na usunięciu gruczołu, zabieg zaś BOTTINI'ego ma widoki powodzenia tylko w $\frac{1}{3}$ przypadków; należy pamiętać, że nie w każdym przypadku długotrwałego cewnikowania pęcherza z powodu przerostu gruczołu

krokowego należy uciekać się do tak radykalnej kuracji, jak usunięcie gruczolu — gdyż ma ona swe ciemne strony. Nie rozstrzygniętą pozostaje kwestya, czy lepiej jest usuwać gruczoł krokowy przez kroczę, czy też poprzez pęcherz. Mówca jest zwolennikiem pierwszej metody: umożliwia ona odprowadzanie wydzieliny na zewnątrz (nader ważne w przypadkach istniejącego zakażenia), z drugiej jednak strony, usuwając gruczoł ze strony kroczu, nader łatwo można uszkodzić obok leżące narządy i wywołać nie-
no oc pleciową, niedomogę zwieracza odbytu i t.d.

KÜMMEL stosował najróżnorodniejsze metody i doszedł do następujących wniosków. Początkowo miał mówca nieszczególne wyniki po zabiegu BOTTINI'ego, lecz po ulepszeniu przyrządów i techniki wyniki były nader pomyślne — szczególnie u ludzi starych i osłabionych. Co się tyczy usuwania gruczolu, to wybór metody zależy tu zawsze od położenia gruczolu i kierunku, w którym wystąpił przerost. Technika sposobu poprzez pęcherz jest bez kwestyi znacznie prostsza, niż przez kroczę, często po nacięciu błony śluzowej pęcherza udaje się wydo-
stać za pomocą palca gruczoł, jak ze skorupy; nader ważne jest odprowadzenie wydzieliny z pęcherza i zasadnicze nacięcie cewki. Przyrząd JUNG'a oddał mówcy znaczne usługi. Usuwanie gruczolu krokowego jest przeciwwskazane w cierpieniach nerek, lecz nigdy w późnym wieku.

Dyskusya.

LEXER (Berlin) omawia sprawę radykalnego leczenia „raka gruczolu krokowego” — wykonał on u 58-letniego chorego 10 miesięcy temu rezekcję rakowatego guza gruczolu krokowego (wielkości pięści) razem z przylegającą częścią pęcherza i cewki moczowej. Po uwolnieniu guza ze strony kroczu od kiszki stolcowej utworzył on nad spojeniem łonowem czworokątny płat, który pozostał w związku ze spojeniem, oddłutowanem na znacznej przestrzeni; pęcherz odcięto poprzecznie poniżej ujścia moczowodów, następnie wypreparowano z otoczenia guz i odcięto wraz z cewką moczową; szew między pęcherzem i powstałą cewką udał się po zwycię-
zeniu znacznych trudności. Przetoka moczowa, która się utworzyła po zabiegu, zagoiła się 4 miesiące temu; chory może zatrzymać moczu w pęcherzu 3 godziny, jest wolny od miejscowego

nawrotu i jakiegokolwiek przykrych następstw po przecięciu pasa miednicowego. Od niedawna wyczuć się dają rakowo zwyrodniałe gruczoly w obu pachwinach.

ISRAEL (Berlin) jest zwolennikiem cięcia nadłonowego, lecz zawsze odprowadza ewentualną wydzielinę przez otwór na kroczu; nader ważny jest dokładny szew pęcherza.

NICOLICH (Triest) — 19 razy usuwał gruczoł krokowy za pomocą cięcia nadłonowego i miał zejście śmiertelne w jednym przypadku; 3 razy usunął środkowy płat, 16 razy wykonał zabieg według metody FREYER'a; najstarszy chory miał lat 83, krwawienie znaczne nigdy nie miało miejsca, rana pęcherza goiła się po 17—28 dniach; waga usuniętego gruczolu wahała się od 10—150 grm. Z 12 przypadków, gdzie gruczoł usunięto od strony kroczu — w 2 miał mówca zejście śmiertelne; obecnie zupełnie zarzucił tę metodę.

FREUDENBERG (Berlin) sądzi, że należy ustalić różne wskazania do usuwania gruczolu krokowego i do zabiegu BOTTINI'ego, jak to ma miejsce dla usunięcia kamienia i jego kruszenia; nader ważne jest w każdym poszczególnym przypadku ocenić, jaki z tych sposobów winien być zastosowany. Zaletą metody BOTTINI'ego jest, że chorzy łatwiej poddają się temu zabiegowi, że jest on względnie niewinny, że nie wpływa ujemnie na *potentiam coeundi*, że nie występuje po nim niedowład zwieraczy, i że nie występują w następstwie przetoki moczowe lub kałowe; zaletę usunięcia gruczolu stanowi radykalny charakter zabiegu i mniejsze prawdopodobieństwo nawrotu. Mówca wykonał tylko w 3 przypadkach usunięcie gruczolu krokowego (1 raz przez kroczę, 2 razy poprzez pęcherz), 2 razy z dobrym wynikiem, 1 raz (cięcie nadłonowe) ze śmiertelnem zejściem wskutek wstrząsu (*shock*). Zabieg BOTTINI'ego wykonał T. w 146 przypadkach z 85,6% dobrych wyników, 7,5% bez rezultatu i 6,8% ze śmiertelnem zejściem. Z ostatnich 46 przypadków (przy ulepszonej technice) miał mówca w 43 dobre wyniki, w 2 brak pożądanego wyniku i w 1 śmiertelne zejście.

KÜSTER (Marburg) uważa częściowe usunięcie gruczolu krokowego za mało niebezpieczne i odpowiednie co do wyniku, szczególnie, je-

śli zwracamy uwagę, aby nie uszkodzić cewki moczowej.

RIEDEL (Jena) od dłuższego czasu również usuwa tylko część gruczołu, aby uniknąć niedokładności w funkcyonowaniu zwieracza; używa on ostrej łyżeczki i unika zranienia cewki moczowej.

HOCK (Praga) usuwa częściowo gruczoł tylko w tych przypadkach, gdzie przerost obejmuje pewien odcinek gruczołu.

FRANK (Berlin), badając chorych po zabiegu BOTTINI'ego, zarówno swoich, jak i operowanych przez innych lekarzy z pozornie dobrym wynikiem, doszedł do wniosku, że naokół wypalonego żegadłem kanału w gruczole (pozostającego niezrośniętym przez kilka nawet lat) następuje rozrost tkanki gruczolowej sąsiedniej, która w formie dachówek przykrywa sobą kanał; wyleczenie w ten sposób jest tylko pozorne, i chorzy muszą się ponownie poddać operacji. Niebezpieczeństwa metody BOTTINI'ego są znaczne: krwawienie, zakażenie, nadżarcie pęcherza moczowego. Przyszłość należy do metody usuwania gruczołu krokowego drogą cięcia nadłonowego; pierwszy wykonał ją TRENDELENBURG w 80 latach (częściowe usunięcie gruczołu); technicznie zabieg ten nie przedstawia trudności i w okresie pooperacyjnym stwarza mniej przykrych powikłań, niż sposób usuwania gruczołu przez krocze. Operacja BOTTINI'ego powinna być wykonywana tylko w tych przypadkach, gdzie żadna inna dla jakiegokolwiek bądź względów dokonana być nie może.

Posiedzenie VIII (29. IV. 05).

BIER (Bonn) komunikuje wyniki stosowania metody BIER'a u chorych — pokazanych na pierwszym posiedzeniu Zjazdu i zwraca uwagę na doniosłość warunku, aby przekrwienie bierne nie wywoływało zmian odżywczych, aby tętno podczas jego stosowania na kończynach było wyczuwalne — kończyna winna być ciepła; miejsce stosowania gumowego bandaża powinno być znacznie oddalone od ogniska zapalnego. Przekrwienie bierne oddaje znakomite usługi nawet w trypprowem zapaleniu stawów, gdyż wpływa na zniesienie bólów; przy istniejącem zapaleniu nerwów okres trwania przekrwienia należy podzielić i dopiero po wystąpieniu znieczu-

lenia nerwów stosować je w pełnej mierze. BIER twierdzi, że zarówno bierne, jak czynne przekrwienie jest już oddawna powszechnie stosowane, jako czynnik leczniczy natury, przy wielu sposobach domowego i ludowego leczenia.

HACKENBRUCH (Wiesbaden) przedstawia kilku chorych — operowanych z dobrym wynikiem „z powodu dzieciennego porażenia za pomocą wszczepiania nerwów (Nervenpropfung)“.

REHN (Frankfurt). „Guzy pęcherza moczowego u pracujących w fabrykach aniliny“.

R. pokazuje preparat z następującego przypadku. U 18 letniego mężczyzny, który pracował od 18 lat w fabryce aniliny, rozwinął się w pęcherzu na szerokiej podstawie guz rakowatej natury tuż przy otworze prawego moczowodu; guz ten usunięto. Po 2 latach rozwinął się nawrót, i chory zmarł tuż po operacji; oględziny pośmiertne wykazały obecność raka prawej nerki, rakowate zwyrodnienie gruczołów lędźwiowych i głębokich miednicy a także prawego moczowodu. Co było pierwotnem, rak pęcherza, czy rak nerki — na to mówca nie może stanowczo odpowiedzieć, gdyż odnośne badania nie zostały ukończone.

WEINRICH (Berlin). „Usuwanie nowotworów pęcherza według metody NIETZE'go“.

Operacyjny cystoskop NIETZE'go jest to zbiór cystoskopów, zaopatrzonych w różnej formy platynowe pętlice i żegadła; za pomocą tego przyrządu można usuwać łagodne nowotwory pęcherza, poczynając od zwykłych narośli aż do włókniaków wielkości pomarańczy, a następnie wciąż pod kontrolą oka przypalić podstawę guzów żegadłem; nowotworów złośliwych tą drogą usuwać nie można.

Zaletę tej metody stanowi jej nieszkodliwość (na 150 przypadków — 1 zejście śmiertelne), chorzy nie podlegają ogólnemu uspieniu i nie są zmuszeni do leżenia po operacji; co do dokładności — metoda ta nie ustępuje cięciu nadłonowemu — gdyż przypalenie jest co najmniej również energicznym środkiem, jak odcięcie nożem. Nawroty są tu rzadsze, niż przy leczeniu drogą cięcia nadłonowego, w razie zaś powstałego nawrotu chorzy łatwiej dają się namówić do powtórnego rękoczynu na drodze wewnętrzno-pęcherzowej, niż do ponownego cięcia w pół roku np. po pierwszej operacji. Wartość omawianej metody jest w ścisłej zależności od

wczesnego rozpoznania guza, i dlatego w każdym przypadku krwiomoczu należy możliwie wcześnie stosować badanie cystoskopem. Ze 150 operowanych przez NITZE'go przypadków tylko w 20 wystąpił nawrót cierpienia; powtórna operacja na drodze wewnątrz pęcherzowej uwolniła chorych doszczętnie od cierpienia. Co się dotyczy nowotworów złośliwych pęcherza, to NITZE musiemy, że tylko te z nich można operować omawianą metodą, których podstawa umożliwia częściowe usunięcie ściany pęcherza; w innych przypadkach, przy szeroko umiejscowionych podstawach, metoda NITZE'go jest nieodpowiednia.

LAMPE (Bydgoszcz) pokazuje preparat raka pęcherza, który rozwinął się przy *ectopia vesicae*.

Dyskusya.

CAPSAMMER (Wiedeń) używa cystoskopu operacyjnego tylko przy małych włókniakach, większych guzów nie można operować inaczej, niż przy pomocy cięcia nadłonowego.

SCHWERIN (Höchst) przy 2 oględzinach pośmiertnych chorych, zmarłych z powodu nawrotu guza (anilinowego pochodzenia) pęcherza, nie znalazł cierpienia górnych dróg moczowych.

THÖLL (Gdańsk). „Leczenie operacyjne guzów wątroby“.

Statystyka śmiertelności, podana na wstępie przez T., przy wyczekującym i operacyjnym leczeniu uszkodzeń wątroby przemawia bezwzględnie za koniecznością interwencji w każdym przypadku uszkodzenia wątroby. Co się dotyczy nowotworów wątroby, ich zejścia, techniki usuwania, szwu wątroby, tamponowania i nakładania przewiązek, to mówca na zasadzie swych badań doszedł do następujących wniosków. Przewiązki należy bezwzględnie nakładać *en masse* i zwolna miażdżyć tkankę wątrobową aż do naczyń; jeżeli guz wychodzi z głębi miąższu, to zamiast przewiązek należy uciskać tętnicę główną brzuszną lub pnie naczyń wątrobowych — ucisk taki można bezkarnie wykonywać godzinę całą. Wskazanie do rezeceki wątroby zależy od rodzaju i rozmiarów guza; tylko pojedyncze i pierwotne guzy nadają się do usunięcia drogą rezeceki; obecność przerzutów, odległych nawet tylko na 1 ctm., wyłącza wszelką rację operacyjnego leczenia. W każdym przypadku należy, rozumie się, wykonać próbne cięcie brzu-

zne. Na zakończenie T. pokazuje instrumenty do ucisku naczyń przy rezeceki wątroby.

PAYR (Graz). „Doświadczenia i kliniczne przyczynki do nauki o szwie i rezeceki wątroby“.

P. poleca w celu zatrzymania krwawienia przy rezeceki i wykonania szwu wątroby małe wysysające się płytki z magnezium, któremi uciskamy miąższ wątroby za pomocą katgut (przedstawia odpowiednie rysunki); płytki te wysysają się już po 48 godzinach, a na ich miejscu widzimy białe, podobne do blizn złogi włókniaka.

NEUMANN (Berlin). „Tłuszczak pozaotrzewnowy otoczki tłuszczowej nerki w wieku dzieciennym“.

Dziecko, $3\frac{3}{4}$ roku, mające — od 13 miesięcy życia cierpiało na wzdęcie brzucha, które rozpoczęło się w lewym podżebrzu, a następnie ogarnęło cały brzuch; obwód brzucha na wysokości pępka wynosił ostatecznie 63 ctm. Początkowe rozpoznanie brzmiało — gruźlicze zapalenie otrzewny; w późniejszym okresie cierpienia ze względu na niezwykle stępienie odgłosu opukowego — na lewej stronie zupełne stłumienie, a w okolicy nadbrzuszej prawej i lędźwiowej prawej jasny odgłos opukowy — dalej ze względu na brak zmienności odgłosu opukowego w zmianach położenia i na ujemny wynik próbnego przekłucia, zarówno jak ze względu na początkowe umiejscowienie cierpienia w lewym podżebrzu — doszedł N. do wniosku, że punkt wyjścia cierpienia stanowiła tu lewa nerka. Cięcie brzuszne próbne w linii środkowej wykazało brak wolnego płynu w jamie brzusznej i obecność niezwykle dużego guza, który wypełnia całą jamę brzuszną, leży poza otrzewną za żołądkiem, poprzecznica i zstępująca okrężnica i odsuwa tę ostatnią do środkowej linii; ranę środkową zeszyto. W temże uśpieniu wykonano cięcie lędźwiowe poprzeczne i wyodrębniono pozaotrzewnowy tłuszczak wielkości 2 głów dorosłego człowieka, naciąwszy pod koniec w jednym miejscu otrzewną na przestrzeni nieznacznej; nerka pozostała bez otoczki tłuszczowej nienaruszona, zarówno jak i moczowód na tylnej ścianie rany; okrężnicę zstępującą ze względu na pozbawienie jej na dużej powierzchni naczyń, rezekowano na przestrzeni 18 ctm., t j. w zupełności. Szew dwupiętrowy światła

poprzeczniczy ze światłem okrężnicy esowatej. Okrężnicę w obrębie szwu ułożono na zewnątrz otrzewny (resztę zaszyto zupełnie), a dla uniknięcia pociągania linii szwu przez opuszczającą się w dół *S. romanum* — ułożono odpowiednio plastycznie brzegi zeszytej otrzewny i jednocześnie zbliżono oba końce nazewnątrz otrzewny leżącej pętlicy grubej kiszki. Guz ważył 7 funtów (niemieckich). Zupełne wyleczenie. (Dziecko było przedstawione zebrany).

N. przypisuje dobry wynik rękoczynowi, w danym przypadku dokładnie wykonanemu, szwu kiszki i uniknięciu wstrząsu przez pozaotrzewnowe wykonanie operacji.

Pozaotrzewnowe tłuszczaki, włókniaki i t. d. należą wogóle do złośliwych nowotworów ze względu na przebieg kliniczny; wogóle nie są one zbyt częste, a szczególnie w wieku dziecięcym.

ZONDEK (Berlin). „Przyczynek do nauki o nerce wędrującej“.

Pojęcie o wędrującej nerce dotychczas jeszcze nie jest ustalone, zdaniem Z. miarodajna jest tu „bezwzględna“ namacalność nerki. Na zasadzie klinicznych i anatomicznych poszuki-

wań mówca wykazuje, że wymacywanie nawet dużej części nerki i znaczna jej ruchomość nie stanowią jeszcze o jej stanie chorobowym. Z badań tych wypływa konieczność ścisłego wskazania do operacji przyszycia ruchomej nerki (*nephropezia*).

ALBRECHT (Wiedeń). „Przyczynek do nauki o t. zw. „hypernephroma“ z klinicznego i anatomiczno-patologicznego punktu widzenia“.

Na zasadzie 27 zebranych z literatury przypadków A. doszedł do następujących wniosków. We wszystkich przypadkach, jako pierwszy objaw, występują przerzuty w kościach; najdokładniejsze badanie moczu daje wynik ujemny; obmacywanie brzucha również nie prowadzi do żadnych danych, chyba dopiero na kilka miesięcy przed zejściem śmiertelnym. Ze względu na to przy istniejącem podejrzeniu na istnienie „hypernephroma“ skazani jesteśmy na polecenie przez ANGERER'a i KUTTNER'a próbne obnażenie obu nerek; przy guzach kości w średnim wieku należy zawsze podejrzewać omawiane cierpienie. Późne przerzuty wpływają ujemnie na zejście.

ODCINEK.

D-r B. JAKIMIAK.

SZPITALLE WARSZAWSKIE W ŚWIETLE SPRAWOZDAŃ:
Rady Głównej Opiekuńczej instytutów dobroczynnych, Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroc. w Król. Pol. i Warszawskiej Rady miejskiej Dobroc. Publicznej.

(SZKIC HISTORYCZNY).

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. hig. w wydziale hig. szpitalnej 27 stycznia 1904 r.

Szpitalle Warszawskie mają przejść w nową fazę swego istnienia, mają być oddane mia-

stu. Sądzę, że nie będzie bez pożytku przyręcić się kolejom, jakie szpitale Warszawskie przechodziły w ciągu ubiegłego stulecia, i odzwierciedlić ich działalność i rozwój na podstawie roczników sprawozdań z tego okresu czasu, a mianowicie: „Zdanie sprawy Rady Głównej Opiekuńczej instytut. dobrocz. (od 1833 — 1842 r.) Zdanie sprawy Rady Głównej Opiek. Zakład. Dobroc. w Królestwie Polskiem (od 1842 — 1870) i Sprawozdań Warszawskiej Rady miejskiej Dobr. Publicznej (od 1870 — 1901). Oprócz tego korzystałem z historii szpit. Dz. Jezus BARTOSZEWICZA, Zbioru Przepisów administracyjnych Król. Polsk., Rzutu oka na urzędzenia

szpitalne w niektórych krajach Europy Zyg. DOBIESZEWSKIEGO, b. lekarza naczelnego szpit. praskiego, i o Doskonałości szpitali Au. BECU i innych, wymienionych w tekście odczytu.

W rocznikach sprawozdań Rad Głównych nie zadowolono się omawianiem spraw bieżących odnośnych instytucji, lecz sięgano wstecz i streszczano stopniowy ich rozwój i warunki, w jakich się rozwijały. Dla całości obrazu należy wybrać tę samą drogę.

I.

Instytucje szpitalne w Polsce sięgają bardzo odległych czasów. Już w XII wieku widzimy szpital św. Jana Jerozolimskiego w Poznaniu (1170 rok), w XIII wieku szpital w Sławkowie (1203 r.), szpitale ś. go Ducha w Sandomierzu i Krakowie pierwszy założony w 1222 r., drugi w 1244, św. Trójcy w Kaliszu, założony 1282 r. W ciągu następnych stuleci szpitale ciągle przybywały; zakładali je i zaopatrywali w fundusze nie tylko królowie i książęta, lecz i magnaci i zgromadzenia, miasta i gminy i t. p.

Na utrzymanie szpitali zapisywano majątki ziemskie, wyznaczano dochody z młynów, jak na przykład szpital ormiański we Lwowie, św. Ducha w Wieluniu — z mostów (szpital św. Trójcy i szpital św. Piotra w Wilnie), ustanawiano wreszcie order (order św. Stanisława dla Dz. Jezus). Oprócz szpitali ogólnych zakładano szpitale żołnierskie (w Warszawie, Tykocinie, Kamieńcu podolskim i kozacki w Techmirowie).

W wieku XVI mieliśmy w Warszawie już 5 szpitali: dwa z nich pod wezwaniem św. Ducha, jeden przy kościele tegoż nazwiska, drugi przy ulicy Piwnej obok kościoła św. Marcina, ztąd też szpitalem św. Ducha panien Marcinkanek zwany; trzeci przy kościele św. Krzyża na Krakowskim Przedmieściu; czwarty dla wojskowych, założony w zabudowaniach św. Trójcy, wreszcie piąty św. Łazarza przy ulicy Łazarzkiej (dziś Wąski Dunaj N. 155) położony, przeznaczony dla chorych i ubogich m. Warszawy. W roku 1623 za panowania Zygmunta III wybudowano szpital niemiecki, a szpital Łazarza został przeniesiony na ulicę Mostową N. 247 i znacznie powiększony.

Rok 1652 jest ważną erą w historii szpitali Polsce, w tym bowiem roku [t. j. w 19 lat po zawiązaniu zgromadzenia w Paryżu (1633)] królowa Marya Ludwika sprowadziła do Polski Siostry Miłosierdzia. Z początku użyte były do posługi ubogich i chorych w czasie szerzącego się mrowego powietrza w Warszawie, następnie do opatrywania rannych w wojnie ze Szwedami.

W siedm lat po ich przybyciu ustanowiła królowa Marya Ludwika instytut ś. go Kazimierza. Na opatrzenie tego zakładu przeznaczyła fundatorka dom z ogrodem, gruntami, sadzawkami w Warszawie na przedmieściu Glinki, dobra Pęchery z przyległościami i wsie Runowo, Bogutki i część Jazgarzowa. Sejm walny Warszawski konstytucją z r. 1662 fundację tę zatwierdził. Liczbę sióstr stale powiększano, założono nowicyat i zaczęto rozmieszczać je po wszystkich szpitalach, tak że w 1794 r. 34 szpitale w kraju naszym posiadały siostry miłosierdzia.

Nietylko zakładano szpitale i zapewniano im odpowiednie utrzymanie, lecz zwracano uwagę na urządzenia i gospodarkę szpitalną. Zajmowano się tem na najuroczystszych i najważniejszych zgromadzeniach ustawodawczych narodu.

Synod prowincjonalny gnieźnieński, w 1628 roku w Piotrkowie zebrany, pomiędzy różnemi innemi uchwałami wydał także postanowienie o opiece i zarządzie szpitali. „Wielką podporą dla biednych, powiada uchwała synodu, jest litość prawowiernych, tudzież troskliwy i należyty szpitali zarząd. A nasamprzód, gdzie na mocy statutu, przywileju lub fundacyi nie masz stałych administratorów szpitali, niech się starają poruczyć ten obowiązek mężom zacnym, przezornym, obrotnym, wszakże nie zbyt dla takowym obowiązkiem ubiegającym się, lub też szpitalowi jakim bądź tytułem obowiązany, zmieniając ich w lat trzy. Ci zaś będą powinni corocznie sporządzać inwentarz wszystkich rzeczy i przedstawiać takowy miejscowemu biskupowi lub też jego wizytatorom, niemniej też składać rachunki z wpływów i darów. W każdym szpitalu izby i komory mężczyzn mają być oddzielone od kobiecych i niema być nigdy dozwolonem, izby mężczyźni z kobietami razem przebywali. W razie gdyby się znajdowali tacy, którzy-

by jaką zaraźliwą chorobą innych dotknąć mogli, takowi mają być odosobieni od towarzystwa i przebywania z innymi”.

Uchwała gnieźnieńska w głównych punktach kierowała się temi samemi niemal zasadami pod względem zarządu szpitalami i opieki nad ubogimi, jakie zawiera ułożona w 200 lat przeszło potem ustawa szpitalna z 1842 roku.

II.

Zajmowano się u nas szpitalami raz więcej, drugą raz mniej, lecz przez cały ciąg naszej historii stale. Nie zapomniano o nich i w drugiej połowie XVIII wieku, w czasach bardzo ważnych i brzemennych w wypadki, lecz owszem rozbudzone w społeczeństwie siły zwróciły się i w tym kierunku i tu starały się zaprowadzić radykalną zmianę na lepsze.

Prawo sejmowe z roku 1768 nakazuje komisarzom, na komisye *Boni Ordinis* (Dobrego porządku) wyznaczać się mającym „żeby wraz *cum Ordinariis locorum* w fundacye szpitalów wszelkich po miastach, miasteczkach i wsiach wejrzeli, czyli im się zadosyć dzieje uznali i na przyszły czas porządek ku wygodzie chorych i ubóstwa według przepisu fundatorów i sposobności *ex statu praesenti* tychże fundacyi wynikającej, pomnożenie dochodów przez jaknajlepszą administracyę, jako im to instrumentem osobliwym przepisano będzie, ustanowili”.

W roku 1775 odnośną konstytucyą wyznaczono komisye nad szpitalami w Koronie i Wiel. Ks. Litewskiem. Skład tych komisji był ogromny. Powołano do nich wszystkich biskupów, od Prymasa zaczawszy; a więc do Koronnej 10, do Litewskiej 4. Nadto w Koronnej było 4-ch wojewodów, 2-ch kasztelanów i ze stanu rycerskiego osób 21; w Litewskiej trzech senatorów i ze stanu rycerskiego osób 15. Komisye te miały: 1) przez wyznaczonych lustratorów spisywać wszystkie fundusze szpitali, ich prawa i przywileje; 2) posesye i grunta oszacować, odleglejsze od szpitalów po otaksowaniu puścić *in emphiteusim* na zawsze lub do lat pewnych z z kanonem rocznym po 5 od sta; bliższe grunta przy szpitalu pozostawić; 3) mieszkania nieużyteczne i dalsze więcej dającemu sprzedać, łożąc pieniądze na budowę wielkich szpitalów;

4) jest potrzeba, żeby w każdym województwie przynajmniej jeden szpital generalny być mógł, więc staranie o to komisye przedsięwzją, a w czym potrzebować będą wsparcia na sejmach, przekładać to powinny; 5) na takie szpitale kolegia pojezuickie nieużyteczne dla komisji edukacyjnej obrócone być mają; 6) przy ułożeniu tych generalnych szpitalów mają komisye na to uważać, aby *mens foundationis* we wszystkich artykułach punktualnie wykonana była (np. dysydenckie szpitale osobno być mają, ale w potrzebie katolickie szpitale przyjmą dysydentów); 7) żebracy, zarobić nie mogący, nawet gwałtem do szpitalów przez starostów i miasta mają być odsyłani, inni do robót publicznych brani; 8) obywatele województwa ubożsi mają być darmo przyjmowani w czasie choroby, opatrzeni lekarskimi i należycie usłużeni; 9) nie mający świadectwa ubóstwa za pieniądze tę usługę mieć mogą; 10) wszystkie brzemienne ubogie i skrzywdzone (*deploratae*) jakoteż sieroty i porzucone dzieci przyjęte być mają; 11) doktor i felczer w każdym szpitalu być powinien, oba wcale umiejętni, a drugi aby oraz przy położach koniecznie dopomagał; 12) w tychże domach dzieciom ospa szczepioną będzie; 13) felczerowie i białogłowy do położów tam wydoskonalone po miastach i wsiach rozesłani zostaną; 14) każdy taki doktor w czasie zaraźliwych chorób cały powiat objędzie, nawet gdy na bydło panować będzie zaraza; 15) każdy szpital ma mieć swoją aptekę, nad którą doktor będzie miał dozór, i aptekarz jemu rachunki zdawać będzie..... 18) komisye wyznaczają kolegium doktorów, mające władzę wybierania zdatnych doktorów i aptekarzy do szpitala, a zakazywania wdawania się w leczenie nieumiejętnym tułaczom, karania szarlatanów i t. p.” Wzięto się więc gorąco do urządzenia tej części służby publicznej, która dotąd żyła nie opieką rządu, ale miłosierdziem chrześcijańskim. (Był to pierwszy krok do upaństwowienia szpitali).

Słusznie też mówi BARTOSZEWICZ¹⁾, że kto wie, czy Polska nie pierwsza dała tu przykład urządzenia szpitali, tak jak dała w urządzeniu Komisji Edukacyjnej. Komisye szpitalne nie zasłużyły się jednak względem kraju tak, jak

¹⁾ Historia szpitala Dz. Jezus.

Komisya Edukacyjna. Coś zapewne robiono, lecz nie w tym kierunku, jak sobie projektowano; różne ówczesne trudności i wypadki krajowe przeszkodziły spełnieniu tak że późniejsze Stany komisye szpitalne uchyliły i dozór nad szpitalami powierzyły ustanowionym w roku 1768 komisjom *Boni Ordinis*, jak to widać z konstytucji szpitalnej z roku 1780.

Ze zmianą stosunków kraju na sejmie w r. 1791 wyszło prawo, mocą którego szpitale poddane zostały Komisji Policji, ta zaś w wykonaniu zleconych sobie obowiązków (art. II §6) zajęła się zebraniem wszelkich danych o funduszach i t. p. Komisya policji wyznaczyła oddzielne deputacje szpitalne do spraw szpitalnych każdej prowincyi. Deputacje zlustrowały wszystkie szpitale Warszawskie w liczbie jedenastu, jakie wówczas istniały, a mianowicie: 1) św. Ducha przy Paulinach; 2) św. Łazarza; 3) św. Ducha pp. Marcinkanek; 4) św. Jana przy kolegiacie; 5) św. Benona; 6) Panny Maryi; 7) Bonifratrów; 8) św. Rocha; 9) św. Kazimierza; 10) św. Krzyża; 11) Dzieciątka Jezus. Wykryto przy tem, że dochód roczny tych szpitali wynosił 264157 złp. gr. 16.

Deputacje prowincjonalne wynalazły, że prowincya Wielkopolska miała szpitali 90 osób, w nich 1600 uposażenia w kapitale 1103371 złp. intraty rocznej z dobr. prowizyi i jałmużn złp. 276405 gr. 15½. Prowincya Małopolska szpitali 213, osób 1862, uposażenia w kapitale złp. 1,675952, intraty rocznej 138397 złp. gr. 29.

Do ostatnich urzędzeń względem szpitalów za czasów Rzpltej należy jeszcze prawo, na sejmie grodzieńskim w r. 1793 wydane, mocą którego Komisye wojewódzkie porządkowe miały się zająć rozpoznaniem wszelkich funduszków szpitalnych i raporty komisji policji złożyć; komisya ta zaś miała rozróżnić po otrzymaniu tych raportów fundusze, ubogim zapisane, od kościelnych i cały ten przedmiot uporządkować. Wykonaniu tego stanęły zaszcze wypadki na przeszkodzie.

Za czasów Pruskich szpitalami zajmowały się w Warszawie kamera i magistrat, na prowincyi zaś opiekowały się szpitalami władze miejscowe. Czasy te mają jedną wielką zasługę, bo urządziły służbę lekarską. Myślano już o tem dawniej, myślały Komisye szpitalne drugiego

sejmu delegacyjnego, lecz z upadkiem komisji upadła i myśl sama.

III.

Dziwić się prawie można, że pomimo ciągłych i tak doniosłych zmian, jakie na początku wieku XIX szybko po sobie następowały, tyle miejsca poświęcono szpitalom. Zajmowały się tem nie tylko sfery kierujące w społeczeństwie, sfery rządowe, lecz i całe społeczeństwo. Prof. patologii i higieny w uniwersytecie Wileńskim, doktor miejscowy szpitala sióstr Miłosierdzia d-r August BECU na publicznem posiedzeniu przy rozpoczęciu kursów rocznych w uniwersytecie wygłasza w dniu 15 września 1807 r. rozprawę „O doskonałości szpitalów“. „Dobroczynność, powiada BECU, naturalna człowiekowi, naprzd z pobudek wspaniałości wynikająca w ludniejszych krajach, a mianowicie po miastach, staje się z czasem prawdziwą powinnością i obowiązkiem dobrego obywatela; a mnożąca się co raz bardziej masa ludu ubogiego i chorego zaczyna wołać do Zwierzchności Krajowej o rządową nad sobą opiekę, której ta odmówić jej nie może. Wznoszą się więc domy i gmachy... powstają pomiędzy nimi szpitale otwarte dla chorych, których urządzenie równie zgodne z interesem ludzkości, jak z bezpieczeństwem zdrowia publicznego, staje się przedmiotem administracyi rządowej. Niema granic, mówi dalej, powinności tych instytucji, na którychby dopełnieniu zaprzestać można, prócz tych, które sama potrzeba ludzkości stanowi; stąd pierwsza wynika cecha doskonałego szpitala, aby w każdym czasie każdego cierpiącego, który nie jest w stanie dania sobie pomocy, szpital przyjął i takie dał opatrzenie, jakie dać jest w stanie. Mogąca powstać stąd nadmierna liczba chorych, szpitale przepelniająca, sama się przez się ogranicza, jak skoro dostateczna jest liczba szpitalów.”

Za czasów Księstwa warszawskiego 1809 r. otrzymała Rada Ogólna lekarska polecenie, żeby wejrzała w stan szpitali. Na tej zasadzie prezes Rady d-r WOLFF przedstawił ministrowi Spraw Wewnętrznych projekt polepszenia stanu szpitali i zbliżenia onych do prawdziwego celu. W projekcie tym, oprócz poprawy żywienia

pościeli, bielizny, wentylacy, urządzenia apteki, żąda Rada Ogólna lekarska zapewnienia należytej opieki lekarskiej, stałej obsługi chorych w dzień i w nocy, ustanowienia chirurga, opatrującego rany i mieszkającego w szpitalu, kupna instrumentów chirurgicznych, urządzenia kąpiele i t. p. Oprócz tego proponowała Rada Ogólna lekarska założyć Instytut położniczy, Szkołę Babienia i Instytut szczepienia ospy. Poruszono też myśl ustanowienia nad szpitalami Rady Opiekuńczej szczegółowej. Nie wszystkie te projekty weszły w życie, ale były to materiały na przyszłość. Lekarzom szpitalnym projektowano po 2400, chirurgom po 1200 złp. rocznie.

Nadszedł rok 1812, i warunki znowu się zmieniły. Rada ministrów przed samem rozwiązaniem się swojem poleciła generalnemu intendentowi skarbu, aby tak z prefekturalnej kasy, jak i z generalnej, coby po jej wyjeździe z Warszawy wpłynąć mogło, rozdał szpitalom, jak również miedzianą monetę, która znajdowała się w mennicy, wspólnie z prezydentem, rozłożył na szpitale. Nie było jednak czasu rozesłać stosownych rozkazów, i hojność Rady ministrów pozostała tylko dowodem serdecznych jej chęci²⁾.

IV.

Po ustanowieniu w r. 1815 Królestwa Polskiego Ustawą Konstytucyjną nadzór nad instytucjami dobroczynnymi powierzony został Komisji Rządowej spraw wewnętrznych i policyi. Według organizacji tej Komisji czynności, dotyczące instytutów, załatwiane były w Wydziale Policyi i Poczty. Wyznaczono specjalną Komisję, która zbadała 8 szpitali warszawskich i odesłała projekt do ministerium. Po tej komisji znowu inna rozpoznawała stan szpitali już nie tylko warszawskich, ale całego Kraju. Była to Komisja nadzwyczajna dla miast krajowych.

Następnie postanowieniem Księcia Na miestnika Królestwa w Radzie Stanu z dnia 2 grudnia 1817 r. uorganizowane zostały Rady: Ogólna Dozorcza szpitali przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policyi oraz Dozorcze szczególne Szpitali przy ówczesnych Komisjach Wojewódzkich.³⁾ Czynności swoje spełniały Komisje bezpłatnie.

Rada Ogólna Dozorcza szpitali mianowała przełożonych świeckich w szpitalach głównych, jak również lekarzy i chirurgów na przedstawienia Komisji Wojewódzkich.

Mianowanie siostr i duchownych zależało od Władzy duchownej, która miała obowiązek uprzednio uwiadamiać zwierzchność szpitalną o każdym nowem ustanowieniu i zmianie przełożonych.

W tym okresie czasu komisja województwa Mazowieckiego, zaraz po zawiązaniu, powzięła mocne postanowienie urządzić wszystkie szpitale, jak należy. Podejmowała roboty na wielką skalę, gotowała szerokie plany, rysunki, kosztorysy i t. p. Radziła oddzielić Dz. Jezus t. j. dom podrzutków od Szpitala Jeneralnego, dla którego erekcyę nadał August III. Szpital Jeneralny miał powstać ze sprzedaży gmachu św. Ducha pp. Marcinkanek na ul. Piwnej, jako znajdującego się w bardzo niehigienicznych i nieodpowiednich warunkach.

Chciała również komisja znieść szpital św. Rocha i połączyć go z nowym Szpitalem Jeneralnym. Szpital miał być na 1000 łózek; mógł stanąć na Muranowie, Nalewkach lub na włoce Delfusowskiej, do szpitala św. Łazarza należącej. Kazała zaraz przygotować plan frontu, rysunek facjaty, cały szczegółowy plan dołu i piętra. Miały się tam mieścić sale dla chorych, mieszkania dla chorych zamożniejszych, apteka, sala operacyjna. Miałoby być 3 ch. księży, 30 siostr miłosierdzia, doktor, chirurgowie i t. d. Kosztorys gmachu wynosił złp. 1604910. Miały się tam pomieścić wszystkie szpitale z wyjątkiem szpitala Dz. Jezus. Komisja Mazowiecka podawała te projekty, lecz obmyślał je wiceprezes komisji Stanisław Pianicki. Plan szpitala jeneralnego wygotował budowniczy wojewódzki Szpilowski. Następnie zmieniono plan Piwnickiego o tyle, że na wybudowanie szpitala jeneralnego wybrano plac naprzeciw koszar ujazdowskich przy dzisiejszych Al. Ujazd. Szpital miał być równy koszarom, żeby zachować symetryę. Minister przedstawił ten projekt Księciu, lecz z zastrzeżeniem, że nie jest zatem, żeby pojedyncze szpitale połączyć w jeden. Poleciał też zaraz komisji wojewódzkiej wygotować plany na kilka szpitali. Nie mogąc żądać od autora planu, Szpilowskiego, żeby mógł w krótkim czasie zrobić nowe plany, dodano mu do

²⁾ Bartoszewicz. Hist. szp. Dz. Jezus.

³⁾ Zbiór przepisów administracyjnych Król. Polsk. cz. III, tom I.

pomocy członka Rady Ogólnej Dozorczej, budowniczego Michała Kado.

Komisya ociągała się z wygotowaniem planów, sprawa budowy szpitali stanęła i nie dawała znaku życia.

Następnie powstał projekt w Komisji Spraw Wewnętrznych, żeby połączyć szpitale Dz. Jezus i św. Ducha pp. Marcinkanek, a następnie dobudować skrzydło dla szpitala św. Rocha. Lecz i to do skutku nie doszło. Po dojrzałem rozpatrzeniu rzeczy przyszedł wniosek, że w ówczesnych okolicznościach kraju projekt taki nie osiągnąłby celu, był tu wzgląd i natury finansowej. Zgodziła się więc wreszcie Rada Administracyjna, żeby szpital Dz. Jezus rozszerzyć i zabudować. Myśl tę rozpatrywał Rząd królestwa w latach 1821 — 23. Ceremonia założenia kamienia węgielnego pod gmach odbyła się 22 maja 1824 r. W okresie działania Komisji Ogólnej dozorczej szpitali zajmowano się, jak to już wspominałem, pilnie sprawą szpi-

talnictwa. Na prowincyi założono 7 nowych szpitali (w Radomiu, Siedlcach, Włocławku, Płocku syfilityczny, Kielcach, Olkuszu i Zamościu). W Warszawie rozszerzono, o czym już mówiłem, szpital Dz. Jezus, przeniesiono z ul. Piwnej na ul. Przyrynek do pałacu Carpentier'ów kosztem 300000 złp. szpital św. Ducha pp. Marcinkanek, wybudowano nowy gmach dla szpitala Ewangelickiego, (pomoc rządowa wynosiła 30000 złp.), przeniesiono i rozszerzono szpital starozakonnych z Marszałkowskiej na ul. Zieloną, obecnie już nieistniejącą, pod N. 2094, na co miasto dało 25000 złp. Kupiono plac z zapisu Staszica i wybudowano gmach na dom przytułku i pracy, którego część w roku 1877 zajęto na szpital. Oprócz tego powstał z fundacyi ks. Lubomirskiego w roku 1827 instytut oftalmiczny, mieszczący się w domu po szpitalu starozakonnych przy ulicy Marszałkowskiej N. 1381.

(C. d. n.).

— Komitet zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra J. MIANOWSKIEGO podaje do wiadomości, że w dniu 23 września 1905 r. w wykonaniu woli Jakóba NATANSONA, niegdyś profesora b. Szkoły Głównej, który testamentem, przez Rząd zatwierdzonym, przekazał Komitetowi Kasy fundusz wieczysty w tym celu, aby z procentów od takowego udzielane były co lat cztery dwie nagrody za dwie największej wartości prace naukowe w ciągu ostatnich lat czterech przez mieszkańców Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonych, dokonane i w języku polskim drukiem ogłoszone: jedna za najlepszą pracę w za-

kresie nauk ścisłych, a druga za taką pracę w zakresie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, i historycznych lub tym podobnych, — przyznał:

Pierwszą z tych nagród panu Władysławowi GORCZYŃSKIEMU za pracę p. t. „Badania nad przebiegiem rocznym insolacji” Kraków 1903 r.

Drugą zaś panu Władysławowi GRABSKIEMU za pracę p. t. „Historja Towarzystwa rolniczego” 1858 — 1861 r. Warszawa 1904 r. 2 tomy.

Prezes Komitetu: *Konrad Dobrski.*

Członek Komitetu Sekretarz:
Feliks Kucharzewski.

— ZMARLI. W Krakowie w dniu 23 b. m. w 61 roku życia zmarł prof. d-r Edmund KORCZYŃSKI. Zanim umieścimy w naszym czasopiśmie obszerniejszy nekrolog o zmarłym przedwcześnie dla nauki polskiej mężu, wyrażamy na tem miejscu głęboki żal zarówno rodzinie, jak i Wszechnicy Jagiellońskiej po tak dotkliwej stracie.



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat Żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana
przez **M. ROBIN'A**

Żelazo Robin'a skutecznie działa przeciw anemii, blednicy
i wszelkim osłabieniom.

Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku.

Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia
w małej ilości wody lub wina.

Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach.



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat ziarnisty Robin'a

Glicerofosfat wapnia i sody. Stosowany w szpitalach paryskich
WZMACNIAJĄCY SYSTEM NERWOWY

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości w okresie rośnięcia u dzie-
ci, podczas karmienia i ciąży i przeciwko neurastenii, przeciążeniu umy-
słowemu i t. p. Przyjemny w smaku, zażywa się w małej ilości mle-
ka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wyrabia się w formie pastylek.
Sprzedaż w aptekach

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant.

Władysław Hoffman

Warszawa, Erywańska 5. Telefonu Nr. 2114.

Żądać fabrycznej marki „**Lew**” i nazwiska fabrykanta **Robin**
Wyststrzegać się bezwartościowych naśladownictw.

Salit

pachu. Ze wszystkich zewnętrznie stosowanych środków salicylowych najmniej drażni skórę,
gdyż nie zawiera formaldehydu. Nie zawiera ubocznego działania na żołądek, serce i nerki.
Działa szczególnie dobrze przy wszelkich bólach reumatycznych, powstałych po przeziębieniu,
w atakach podostrego i chronicznego reumatyzmu stawowego, w reumatyzmach mięśni i powięzi.

Xeroform

Najlepszy środek zastępujący jodoform. W użyciu bezwonny, nie-
drażni, nie wywołuje egzem, nietrujący nawet przyjmowany
wewnętrznie w wielkich dawkach jako antyseptyk kiszek. Wy-
bitnie wysuszający i wstrzymujący wydzielinę, krew tamujący. **Najszybciej działający środek na**
przyspieszanie wytwarzania naskórka. Pozbawia woni nawet wydzieliny posokowate. Bardzo się
nadaje do opatrunku stałego i suchego. Specyfik w mokrych egzematkach, intertrigo, ulcus cruris,
oparzeniach. Pewny środek znieczulający. Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno lub przedstawiciel na Królestwo Polskie
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-ra T. HEINRICH A

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD 1889.

NAGRODA
KAZAN 1896.

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzema

Warszawskie Higieniczne Laboratorium Miejskie
stałemi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków

Kantor i skład w Warszawie, Moniuszki Nr. 8.
Telefonu Nr. 1360.

PRZEGLĄD LEKARSKI

wychodzi 43 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej
2 arkusze druku.

Redaktor główny: D-r AUGUST KWAŚNICKI.

(B a s z t o w a 4).

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

PRZEGLĄD LEKARSKI zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik, Szpitali. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryg. 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, Wielopole 4, lub za pośrednictwem Księgarni warszawskich i prowincjonalnych.

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 zagranicz-
 nych, oraz przetwory z takowych.
 Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.
 JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
 Faschingen i Selters.

Dragées Arrhenali 0,01
 „ Arsycodyle 0,025
 „ Acid. arsenicosi 0,001
 „ Blaudii minor. c. acid. arsenicos. 0,001
 „ „ major. „ „ „ 0,001
 Granule acid. arsenicosi 0,001

STALE GOTOWE POSIADA

Apteka E. GESSNERA
w Warszawie.

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
 skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
 ładkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
 pęciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
 cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
 lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych
NA USZY
D-ra Guranowskiego

Nowy-Świat 41.

Pokoje dla chorych stałych. Ambulatorium co-
 dziennie od 11—1 p. p.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY
Miesięcznik poświęcony dentystyce i chorobom jamy ustnej

Warunki przedpłaty:

w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą
 rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 kop. 50.

Redaktor i wydawca Dr. Dzierżawski.