

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 31.

Warszawa d. 4 Sierpnia 1906 r.

T. XXXIV.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym 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. Metzl 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. Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej (serum antistreptococcicum polyvalens) Podał D-r B. Korybut-Daszkiewicz. (Dokończenie). — O lewulozurii. Skreślił M. Halpern. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i Wyciągi. 86. Teoria osmotyczna snu. 87. O zatruciach kremem. 88. Farmakodynamiczne leczenie gruźlicy. 89. Przyczynki do postaci klinicznych miażdżycy naczyń brzusznych. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 27 lutego r. b. — Odcinek. Warszawski dom wychowawczy ks. Baudouina w świetle historii. Podał d-r B. Korybut-Daszkiewicz. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Contribution à la question d'injection du serum antistreptococcique polyvalent. 2) M. Halpern — Sur la levulosurie.

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

## „MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Ein Beitrag zur Frage der Anwendung des polyvalenten Antistreptococcenserums. 2) M. Halpern — Ueber Levulosurie.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek  
do sprawy stosowania surowicy  
przeciwpaciorkowcowej wieloważnej  
(serum antistreptococcicum polyvalens).

Podał

D-r B. Korybut-Daszkiewicz

Ordynator W. Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 30).

4. VIII. 1905. Ciepłota rano 38,4°. Tętno 96 — 100. Ciepłota wieczorem 38,1°. Tętno 90. Język wilgotny. Brzuch nieco mniej wzdęty.

Wyraźne zmniejszenie się objawów zapalenia okołozębnego w okolicy stawów łokciowych. Wybitne zmiany w jamie ustnej, polegające na samoistnem wypadaniu zmartwiałych tkanek, które wprost wiszą kawałami, zupełnie podobnie do tego, jak się to nieraz daje obserwować przy zastosowaniu leczenia surowicą swoistą w błonicy.

Nb. Nazajutrz już nie można niemal znaleźć śladu po niezmiernie dotąd rozległej martwicy błony śluzowej jamy ustnej.

Chory, we dnie znacznie rańniejszy, sam uważa, że jest znacznie lepiej, w nocy jednak w półśnie bredzi.

5. VIII. 1905. Ciepłota rano 37,8°, tętno 90—100, wieczorem 38,1°. Niema już objawów zapalenia okołożylnego w okolicach stawów łokciowych. Wobec trwania gorączki za zgodą chorego dokonał badania bakteriologicznego krwi kol. KARWACKI, przyczem nie znalazł łańcuszkowców, a natomiast po 48 godzinach czystą hodowlę laseczników okrężnicy (o czem niżej).

Na potylicy wyraźny ropień. Proponowane chirurgiczne opróżnienie ropnia na razie powstrzymano do dnia następnego. Brzuch wzdęty znacznie mniej. Stolec po ławatywach.

6. VIII. 1905. Ciepłota rano 38,1°, tętno 96—100; wieczorem 37,8°, tętno 90. Ropień na potylicy pod okładem z płynem BOUROW'a ku wieczorowi pękł małym otworkiem, z którego przesącza się gęsta ropa. Na drugi dzień zdecydowano przecięcie ropnia, a tymczasem założono sączek z gazy opatrunkowej. Nieco wilgotnych rzeżeń w dolnych częściach płuc. Tlen do wdychania.

7. VIII. Ciepłota rano 37°. Tętno 80. Jama ropnia opróżnia się doskonale, tak że zaniechano przecięcia go. Wieczorem ciepłota 38,2°. Tętno 110. Kaszel i wyraźne objawy prawostronnego w dolnym płacie zapalenia płuca. W jamie ustnej, przez parę dni nieco mniej pilnie odkażanej — wyraźne pleśniawki. Tlen.

8. VIII. Ciepłota rano 36,6°. Wieczorem 37,4°. Zmiany w płucu w tym stanie, co były.

9. VIII i dni następnych stan bezgorączkowy, zmiany w płucach ustępują, wzdęcie brzucha, chociaż mniejsze, ustępuje dopiero po niewielkiej dawce kalomelu i oleju rącznikowym; tony serca zupełnie bez zarzutu. Ani razu w czasie choroby i w ciągu kilku pierwszych tygodni zdrowienia nie było napadu astmy.

Teraz słów kilka o rozpoznaniu w spostrzeganym przypadku; otóż, chory mój miał ciężką

postać posocznicy a raczej posocznico-ropnicy z bardzo wybitnymi zmianami na błonie śluzowej jamy ustnej (*stomatitis ulcerosa, stomatice*); najprawdopodobniej punktem wyjścia zakażenia była właśnie ta jama ustna.

Czy było to zakażenie mieszane, w którym udział przyjmowały łańcuszkowce i laseczники okrężnicy, czy też tylko te ostatnie, trudno odpowiedzieć mi z wszelką pewnością, a to dlatego, że, jak to wyżej zaznaczyłem, mimo chęci z mej strony, nie mogło być dokonane badanie bakteriologiczne krwi przed zastrzyknięciem surowicy.

Dokonane w 3 doby blisko po pierwszym zastrzyknięciu surowicy TAVEL'a badanie krwi przez kol. KARWACKIEGO wykazało (po 48 godzinach) czystą hodowlę laseczników okrężnicy, łańcuszkowców nie było, czy jednak nie zdążyły już one wyginąć we krwi przez te 3 dni trudno powiedzieć napewno; mniemam jednak, że tak było mogło.

We wstępie już zaznaczyłem, że w spostrzeganym przypadku zaznaczył się wybitnie dodatni wpływ surowicy; postaram się to uwydatnić. A więc surowicę zastrzyknęliśmy po raz pierwszy

2. VIII. 1905. o 8-ej wieczorem przy ciepłocie rannej 39,5° C., tętnie 120—140 (ciepłota wieczorna wynosiła 38,9° C.) i przy obszernej zgorzeli błony śluzowej jamy ustnej.

Stan chorego był bardzo ciężki; na zgięciach obu stawów łokciowych wyraźne zapalenie okołożylnie; język suchy. Mniej więcej w 36 godzin po pierwszym zastrzyknięciu surowicy, a w 24 godziny po powtórnej, zanotowałem: Ciepłota rano 38,4°. Tętno 96—100. Ciepłota wieczorem 38,1°. Tętno 90. Język wilgotny; wyraźne zmniejszenie się objawów zapalenia okołożylnego w okolicy stawów łokciowych; nadewszystko wprost zadziwiająca była zmiana, jaką ze strony jamy ustnej obserwowałem: polegała ona na tem, że uległe zgorzeli tkanki w jamie ustnej

samoistnie wydzielają się i wprost wisiały kawałami; takie zjawisko obserwowałem nieraz przy leczeniu surowicą swoistą błonicy, w dodatku następnego dnia już nie pozostało śladu po niezmiernie rozległej zgorzeli błony śluzowej jamy ustnej. Wszystkie środki, jakie przedtem stosowałem, były bezwzględnie bezskuteczne, a po zastosowaniu surowicy wprost oszołomiony byłem tem, co się stało. Zapewne, że: *post hoc non est propter hoc*, ale, jeśli powołać się na analogię z surowicą przeciwbłonczą, niepodobna chyba nie przyznać prostej zależności między obserwowanem zjawiskiem raptownego oddzielania się tkanek, uległych zgorzeli, i wpływem surowicy; to nawet powód, dla którego śmiem mniemać, że zakażenie w moim przypadku musiało być mieszane, że główną w niem rolę odegrały łańcuskowce, że więc wprost swoje było działanie użytej surowicy.

Spadek ciepłoty nie był wprawdzie tak wybitny, bo nie spadła ona do granic normalnych, ale tu ciepłotę mogła podtrzymać obecność ropy w ropniu na potylicy; z chwilą opróżnienia się ropnia ciepłota spadła do granic normalnych.

Opisu przypadku mego, jako przyczynka kazuistycznego do sprawy stosowania surowicy, nie waham się podać do wiadomości Szanownych Czytelników, a mniemam, że zachęcić on może do stosowania surowicy w odpowiednich przypadkach; dodać muszę, że żadnego działania ubocznego (np. wysypki) surowica w opisanym przypadku nie miała.

Nadmienić muszę w końcu, że przed dwoma mniej więcej laty obserwowałem wraz z kol. RAUMEM chorą starszkę, u której przy objawach ciężkiej posocznicy (*ex periphlebitide septica*) zastosowana taż sama szwajcarska surowica dała niezwykle pomyślny wynik, że jednak nie mam dokładnych danych, dotyczących przebiegu choroby u tej chorej, przestając tylko na tej wzmiance.

## O LEWULOZURYI.

skreślił

MIECZYŚLAW HALPERN.

(Ciąg dalszy. – Patrz Nr 30).

Wiadomo, że podawanie większych ilości cukru gronowego naraz wywołuje często glikozurę, która nosi nazwę pokarmowej.

To samo zupełnie ma miejsce przy podawaniu lewulozy; mówimy wtedy o lewulozurze pokarmowej. Zależnie od tolerancji ustroju względem lewulozy, wystąpienie tego cukru w moczu będziemy mieli po większej lub mniejszej jego dawce. Tolerancja zdrowego człowieka jest pod tym względem bardzo znaczna i, jak wynika z badań wielu autorów, zazwyczaj nie mniejsza od tolerancji względem glikozy. Nie tylko jednak człowiek zdrowy posiada wybitną tolerancję względem lewulozy; to samo dotyczy również ludzi z najrozmaitszymi cierpieniami, a co najciekawsze, że dyabetycy często znoszą lewulozę daleko lepiej, niż glikozę. Według badań STRAUSS'a lewuloza najlepiej spala się w ustroju dyabetyka ze wszystkich rodzajów węglowodanów. KÜLZ znajdował, że w lekkich przypadkach moczości cukrowej po podaniu 100 grm. lewulozy cukier wcale się z moczem nie wydzielal, w cięższych zaś przypadkach podawanie lewulozy nie powiększało glikozur, tak samo wypadły badania i innych autorów, a MEHRING i MINKOWSKI stwierdzili, że pies, pozbawiony trzustki, jest w stanie wytwarzać w wątrobie glikogen z lewulozy. Wobec takich wyników lewulozę uważano za doskonały, względnie bardzo dobry środek odżywczy dla dyabetyków. W ostatnich jednak czasach nastąpił pewien zwrot pod tym względem. Okazało się, że nie wszyscy dyabetycy dobrze spalają lewulozę, zwłaszcza podawaną w większych ilościach i w ciągu dłuższego czasu. SOCIN zauważył, że przy stałem, t. j. codziennie powtarzanem poda-

waniu lewulozy już po kilku dniach występuje u dyabetyków, uprzednio pozbawionych cukru w moczu, glikozurya, która się z dnia na dzień powiększa i nie ustępuje nawet po usunięciu lewulozy z pokarmów. Podobne obserwacje poczynili i inni autorowie, a L. SCHWARZ widział przypadek, w którym dyabetyk gorzej znosił 20 gramów lewulozy, aniżeli 20 grm. glikozy. Z tego też względu NAUNYN, a za nim i inni nie uważają obecnie lewulozy za pokarm dla dyabetyków bezwzględnie nieszkodliwy, jakkolwiek przyznają, że w cukrzycy zużytkowanie glikozy jest naogół upośledzone w znacznie większym stopniu, niż lewulozy. Najlepiej byłoby niewątpliwie w każdym poszczególnym przypadku cukrzycy zbadać tolerancję ustroju względem lewulozy, jak to już dziś czynimy względem cukru gronowego, gdyż w ten tylko sposób możemy się ustrzedz od bardzo nieprzyjemnych, a dla chorego wielce niepożądanych pomyłek. Przyznać wprawdzie należy, że małe ilości lewulozy większość dyabetyków spala dobrze, lepiej niż glukozę, i dlatego, podając chorym część dozwolonych im węglowodanów w postaci lewulozy *resp.* produktów ją zawierających (np. owoce), możemy pozwolić na spożycie stosunkowo większej ich ilości, niż gdyby zawierały one jedynie glikozę. Tak samo, jak niema prawdopodobnie przypadku cukrzycy, w którymby asymilacja glikozy była zupełnie zniesiona, tak samo niema prawdopodobnie dyabetu z absolutną nietolerancją względem lewulozy; część jej zawsze najpewniej ulega w ustroju dyabetyka spalaniu, część jej jednak przechodzi w glikozę i podnosi przez to glukozurę; a po podaniu bardzo znacznych ilości lewulozy część jej wydziela się z moczem *per se*, jak o tem świadczy między innymi następujący przypadek, obserwowany przeze mnie w oddziale D-ra DUNINA w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Dyabetyk N. o ciężkiej postaci glukozuryi wydzielal przy wstąpieniu do oddziału, pozostając na mieszanej dyecie, mocz, zawierający nieco

lewulozy obok znacznych ilości cukru gronowego. Tak d. 7.III. 06 ilość cukru wynosiła 7630 ctm.<sup>3</sup>, ciężar gatunkowy 1029; reakcja TROMMER'a występowała b. silnie, reakcja SELIWANOFF'a wyraźnie; białka w moczu nie było, kwasu acetoocetowego (reakcja GERHARD'a) także. Przy określeniu metodą FEHLING'a ilość cukru wynosiła 7,94%, polarymetr zaś wykazywał w tymże moczu 6,7% cukru; ponieważ po sfermentowaniu lewoskrętność moczu wynosiła 0,1%, całkowita więc prawoskrętność, zależna od obecności cukru, stanowiła 6,8%, czyli o 0,14% mniej, niż wynika podług określenia drogą redukcji. Różnica ta zależy niewątpliwie od obecności lewulozy, gdyż nie znamy innego ciała, któreby stworzyć mogło w moczu podobną różnicę, wychodzącą w znacznym stopniu poza granice możliwego błędu. Mieliśmy zatem przypadek skombinowanej mellituryi ze znaczną przewagą dekstrozy nad lewulozą, a właściwie przypadek cukrzycy z wystąpieniem od czasu do czasu lewulozy w moczu. Lewulozurya ta bowiem nie była objawem stałym i znikła po kilkodniowym pobycie chorego w szpitalu nawet bez zmiany diety.

D. 9. III. kiedy reakcja SELIWANOFF'a wypadła już bardzo słabo, przeprowadziłem badania na lewulozuryę pokarmową, podając choremu naczecz o godz. 7 rano 100 grm. lewulozy w 300 — 400 ctm.<sup>3</sup> wody. Mocz badany był następnie w odstępach godzinnych, i okazało się, że o godz. 8-ej reakcja SELIWANOFF'a wypadła bardzo silnie, o godz. 9-ej również silnie, o godz. 10 umiarkowanie, o godz. 12 bardzo słabo. Widzimy zatem, że lewulozurya pokarmowa wystąpiła w danym przypadku bardzo wibitnie, i przeważna część wydzielonej *per se* lewulozy wypadła na pierwsze 2 — 3 godziny po podaniu; tak też zazwyczaj bywa w podobnych przypadkach. Te oddzielne porcje moczu dolane zostały do reszty uryny dobowej, której ilość wynosiła tego dnia 10900 ctm.<sup>3</sup> o ciężarze gatunkowym 1030. W zmieszonym moczu próba Se-

LIWANOFF'a wypadła umiarkowanie silnie, reakcja GERHARDT'a nie występowała, określenie cukru metodą FEHLING'a wykazało 6,41%, polarymetrem zaś 6%; polarymetr po sfermentowaniu moczu wykazywał 0%, różnica więc pomiędzy redukcją i polarymetrem stanowiła zaledwie 0,4%. Jeżeli przyjmiemy, że cała ta różnica w istocie zależała od obecności lewulozy w moczu, to ilość jej w obrachunku na glikozę będzie wynosiła 0,2%, a w istocie mało co więcej nad 0,1% lewulozy. Ponieważ chory wydzielił wszystkiego 10900 ctm.<sup>3</sup> moczu, to całkowita ilość wydzielonej *per se* lewulozy stanowi mniej więcej 10,9 grm., t. j. takież procent ilości wprowadzonej. Pozostała część lewulozy albo uległa asymilacji, albo też wydzielona została w postaci glikozy. Ponieważ chory nie był na ściśle określonej dyecie, niepodobna przeto rozstrzygnąć kwestyi, czy i ile ewentualnie lewulozy uległo spaleni, a ile wydzieliło się w postaci cukru gronowego.

Od następnego dnia chory pozostawał na ścisłej dyecie bezwęglowodanowej w ciągu dłuższego czasu i wydelał przy tem kilkanaście do kilkudziesięciu gramów cukru (14,9 — 86,6 grm. na dobę) (20). W ciągu tego okresu lewuloza w moczu nie występowała. Dnia 26.III zrobiłem znowu próbę na lewulozurę pokarmową. O godzinie 6½ rano chory otrzymał naczecz 100 grm. lewulozy w 300 — 400 ctm.<sup>3</sup> wody. Wyk badania moczu był następujący:

PARY'ego-SAHLI'ego (redukcya) 1,27%, polarymetrem 1,1%, a po sfermentowaniu lewoskrętność moczu wynosiła 0,2%, czyli całkowita prawoskrętność 1,3%, a różnica w porównaniu do redukcji — 0,03%. Widzimy zatem, że tym razem chory nasz wydzielił zaledwie ślady lewulozy tak, że ilościowo nawet w tej porcy, która dała wyraźną reakcję SELIWANOFF'a, niepodobna jej było określić, różnica bowiem pomiędzy określeniem przy pomocy redukcji z jednej strony, a polarymetrem z drugiej wynosiła zaledwie 0,22%, co leży jeszcze w granicach błędu; w pozostałych zaś porcyach moczu, jako też w moczu dobowym różnica ta wypadła nawet na korzyść polarymetru, co także leży w granicach błędu. W odróżnieniu więc od poprzedniego okresu (przy dyecie mieszanej) chory wydzielił tym razem znacznie mniejszą ilość lewulozy *per se*, i wydzielanie to trwało znacznie krócej, gdyż, jak widać z powyższego, tylko jedna porcja moczu zawierała nieco lewulozy, podczas gdy poprzednio lewulozurya wystąpiła znacznie wcześniej, bo już w godzinę po podaniu lewulozy, i nawet moc, wydzielony w 5 god. po podaniu lewulozy, wykazywał jeszcze reakcję SELIWANOFF'a. Niestety, nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć, czy po za tem znaczniejsza część lewulozy uległa spaleni, czy też niewydzielona *per se* lewuloza odbiła się naglikozurę; ilość wydzielonego tego dnia cukru była wprawdzie znacznie większa, niż dni poprzednich, gdyż

| Godzina | Ilość | Cieężar gatun. | Próba Seliw. | Próba Gerhar. | Ilość cukru met. Pary | Polar | Polar po sfermen. | Polar całkow. | Różnica |
|---------|-------|----------------|--------------|---------------|-----------------------|-------|-------------------|---------------|---------|
| 8       | 1070  | 1012           | —            | +             | 1,28%                 | 1,2%  | 0,15%L            | 1,35%         | —0,07%  |
| 10      | 650   | 1018           | +            | +             | 3,22%                 | 2,6%  | 0,4%L             | 3%            | +0,22%  |
| 12      | 990   | 1012           | —            | +             | 1,92%                 | 1,9%  | 0,2%L             | 2,1%          | —0,18%  |

Ogólna ilość moczu wynosiła tego dnia, 10300 ctm.<sup>3</sup>, ciężar gatunkowy 1009, reakcja SELIWANOFF'a wypadła słabo, reakcja GERHARDT'a dodatnio, ilość cukru według metody

wynosiła 129,9 grm., podczas gdy dni poprzednich 14,9 grm., 46,9 grm., 86,6 grm., (20), część więc lewulozy niewątpliwie wydzielila się w postaci glukozy, ale wobec zmiennych ilości cukru

w moczu omawianego chorego niepodobna dokładnie określić jej ilości.

W każdym razie doświadczenie powyższe wykazuje, że dyabetyk nasz reagował lewulozurą na podanie znacznej ilości lewulozy, w słabym jednak stosunkowo stopniu. Zdaje się, że pod wpływem diety bezwęglowodanowej tolerancja chorego względem lewulozy wzrosła.

Jeżeli tolerancja ustroju względem węglowodanów naogół, jak widać z powyższego, nie podlega wahaniom zależnie od rozmaitych stanów patologicznych, to tem większego znaczenia nabiera fakt, że tolerancja ta w znacznym stopniu zależy od stanu wątroby. SACHS (21), stwierdził u żaby, że po usunięciu wątroby lewulozuria występowała po takich dawkach, jakie normalna żaba jeszcze doskonale znosiła, czyli, że po usunięciu wątroby ustrój nie był w stanie tak dobrze spalać lewulozy, jak normalnie. Jednocześnie zwrócił on uwagę na to, że w cierpieniach wątroby u ludzi znacznie łatwiej jest wywołać lewulozurę pokarmową, niż u osobników z wątrobą zdrową. We wszystkich 8 badanych w tym kierunku przypadkach cierpień wątroby lewulozuria pokarmowa wystąpiła wyraźnie, natomiast z 6-ciu przypadków bez zajęcia wątroby próba ta dała wynik dodatni zaledwie raz jeden i to w słabym bardzo stopniu. Na szerszą skalę podjął podobne doświadczenia STRAUSS (22), który stwierdził lewulozurę pokarmową w 26 przypadkach na 29 chorych z zajęciem wątroby, t. j. w 90%, podczas gdy na 58 przypadków ze zdrową wątrobą wynik dodatni otrzymał on zaledwie 6 razy, co stanowi 10%. Lewulozuria pokarmowa występowała w doświadczeniach STRAUSS'a zazwyczaj w godzinę lub dwie, rzadziej w 3 godziny po podaniu najczęściej 100 grm. lewulozy, a ilość wydzielona z moczem była niewielka, nie przenosiła bowiem zazwyczaj 1%. STRAUSS uważa omawianą próbę za doskonały wskaźnik stanu czynnościowego wątroby i sądzi nawet, że zarówno w przypadkach cierpień wątroby, które nie wykazały

lewulozury pokarmowej, jak i w przypadkach innych zachorowań, w których próba ta wystąpiła, można było, ściśle rzecz biorąc, odnaleźć przyczynę tego odmiennego od większości przypadków wyniku; to też, zdaniem jego, ani jedna, ani druga nie przeczą nadawanemu przezeń lewulozury pokarmowej znaczeniu dla dyagnostyki funkcyjnalnej wątroby. Dowodzą tego oprócz powyższych jeszcze dwa przypadki moczoówki cukrowej, w których STRAUSS badał lewulozurę pokarmową, i w których obok dyabetu był zanik przerostowy wątroby. W jednym z tych przypadków, lżejszym co do charakteru glikozury, po podaniu 100 grm. lewulozy redukująca substancja moczu składała się prawie wyłącznie z lewulozy, w drugim zaś, cięższym,  $\frac{1}{3}$  redukujących substancji moczu przypadała na lewulozę; w przeciwieństwie do tego, jak wspomniałem powyżej, dyabetycy z wątrobą zdrową reagują na podawanie lewulozy przeważnie zwiększoną glikozurą, wydzielając z moczem bardzo niewielkie ilości, ewentualnie ślady tylko lewulozy.

Że wątroba w istocie posiada duże znaczenie dla przemiany lewulozy w ustroju, dowodzą poza tem, oprócz wymienionych już, inne jeszcze doświadczenia SACHS'a (23), który stwierdził, że po usunięciu wątroby podawanie glikozy powiększa ilość glikogenu w ustroju (żaby), podczas gdy lewuloza w tych samych warunkach nie wpływa na zawartość glikogenu w organach; to dowodzi, że ustrój (żaby) poza wątrobą nie posiada organu, któryby przyjmował udział w asymilacji lewulozy.

Badania STRAUSS'a i SACHS'a znalazły wielu naśladowców, którzy naogół potwierdzili otrzymane przez nich wyniki. Tak BAYLAC i ARNAUD (24) stwierdzili lewulozurę pokarmową u 21 z 23 chorych wątrobowych, co wynosi 91%, BRUINING (25) w 10 na 11 przypadków (90%), FERRANINI (26) w 11 na 15 przypadków (69%), STEINHAUS (27) we wszystkich pięciu badanych przypadkach; równie korzystnie od-

zywają się o tej próbie CRISAPI (28), jako też CHIATANTE (29), który na 11 przypadków miał 9 razy wynik dodatni. UMBER (30) wreszcie na 8 przypadków cierpień wątroby stwierdził lewulozurę pokarmową 7 razy; zauważył on poza tem, że w miarę poprawy tolerancja chorych względem lewulozy się wzmagała i po wyzdrowieniu wracała do normy; u ludzi zdrowych i nie cierpiących na wątrobę tolerancja była zawsze bardzo dobra, tylko w zapaleniu płuc krupowem nieco zmniejszona. Bardzo nieliczni autorowie nie zgadzają się ze STRAUSS'em co do znaczenia lewulozury pokarmowej dla dyagnostyki czynnościowej wątroby. LANDSBERG (31) mianowicie, badając w omawianym kierunku 21 przypadków zachorowań wątroby, miał wynik dodatni zaledwie 9 razy, co stanowi 43%, a co ważniejsza stwierdził lewulozurę pokarmową 4 razy na 7 przypadków z wątrobą zupełnie zdrową. Zwraca on obok tego uwagę na to, że ponieważ w większej części jego przypadków z wynikiem dodatnim istniała żółtaczka, może więc przedostanie się żółci do krwiobiegu wywiera szkodliwy wpływ na komórki, pozbawiając je możliwości asymilowania lewulozy. Ponieważ znaczną odsetkę badanych chorych u większości autorów stanowiły przypadki marskości wątroby, to nie bez znaczenia zdaje się być uwaga LANDSBERG'a co do tego, że w jego przypadkach wynik ujemny próby na lewulozurę pokarmową należy sobie objaśnić tem, iż, mając do czynienia z chorymi ambulatoryjnymi, rozporządzał przypadkami w początkowych okresach marskości wątroby, podczas gdy STRAUSS np. przeprowadzał swe badania na materiale klinicznym, t. j. na przypadkach bardziej posuniętego cierpienia; w tych właśnie daleko posuniętych przypadkach lewulozura pokarmowa mogła zależeć od obecności ubocznego krążenia, część bowiem lewulozy, przedostając się nie do żyły wrotnej, *resp.* wątroby, lecz do ogólnego krwiobiegu, mogła być dzięki temu wydalona z moczem. Jeżeli badania LANDSBERG'a

w przypadkach patologicznych zdają się w istocie zmniejszać cokolwiek wartość lewulozury pokarmowej, jako wskaźnika stanu czynnościowego wątroby, to niezwykle duża odsetka przypadków z dodatnim wynikiem omawianej próby u ludzi z wątrobą zdrową wobec małej liczby badań nie może sama przez się obalić wyników, otrzymanych w analogicznych przypadkach przez STRAUSS'a, który rozporządzał materiałem o wiele obfitszym. W celu sprawdzenia tej kwestyi CHAJES (32), podjął jeszcze raz odpowiednie badania i na 21 przypadków z nietkniętą klinicznie wątrobą otrzymał dodatni wynik próby na lewulozurę pokarmową zaledwie raz jeden.

Wyniki, otrzymane przy podobnych badaniach przez BURGERHOUT'a (33), zbliżają się wprawdzie do wyników LANDSBERG'a, gdyż zarówno u 9 osobników z cierpieniami wątroby, jak i u tyluż z wątrobą zdrową otrzymał on dodatni wynik próby, lecz różnicę tę w porównaniu do większości badaczy należy sobie może tłumaczyć odmienną nieco metodyką tego autora; podawał on mianowicie swoim chorym 150 grm. lewulozy, podczas gdy inni stosowali tylko 100 gramów.

Jeżeli w celu dokładniejszego oryentowania się w tej sprawie zsumujemy z jednej strony wyniki dodatnie, a z drugiej ujemne, to (z pominięciem doświadczeń BURGERHOUT'a dla przytoczonych dopiero co powodów) otrzymamy 132 przypadki z zajęciem wątroby, w których dodatni wynik otrzymano 106 razy, co stanowi 80%, i 92 przypadki nie zaatakowanej wątroby, w których lewulozura pokarmowa wystąpiła tylko 12 razy, co stanowi 13%. Różnica ta jest zbyt duża, aby można było nie zwracać na nią żadnej uwagi, to też, dopóki nowsze badania nie zmienią zaznaczonego tu stosunku, musimy uważać próbę na lewulozurę pokarmową za próbę dostateczności czynnościowej wątroby z pewnem jednak zastrzeżeniem, gdyż pamiętać musimy o tem, że próba ta nie jest absolutnie pewna i dlatego, opierając się na tej jedynie pró-

bie, nie należy wyprowadzać żadnych poważniejszych wniosków, lecz kierować się ponad to innymi objawami.

Dla ścisłości nadmienię jeszcze, że SAMBERGER (34), badając lewulozurę pokarmową w żółtaczce syfilitycznej, stwierdził ją w tych 11 przypadkach, w których jednocześnie występowała w moczu urobilina, a SCHRÖDER (35), badał to samo u kobiet ciężarnych i położnic, otrzymawszy wynik dodatni w 22,7% przypadków; specjalnie jednak w eklampsyi badania jego wykazały lewulozurę pokarmową tylko w 1 przypadku na 9, co jest tem dziwniejsze, że w eklampsyi mamy zazwyczaj liczne ogniska nekrotyczne w wątrobie.

Oprócz lewulozury pokarmowej czyli lewulozury, wywołanej doświadczalnie przez podanie znacznych narazilości lewulozy, spotykamy również lewulozurę samoistną, na co niedawno dopiero zwrócono baczniejszą uwagę. Przypadki lewulozury samoistnej należy podzielić na dwie kategorie. Do pierwszej zaliczamy przypadki te w których lewuloza występuje w moczu obok innego rodzaju cukru, a mianowicie glikozy, t.j. u dyabetyków, do drugiej zaś przypadki czystej lewulozury, w których lewuloza stanowi jedyny cukier w badanym moczu. Rozpatrzmy obie te grupy poszczególnie.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### 86. E. DEVAUX. Teorya osmotyczna snu.

Podjęte w ostatnich czasach badania nad retencją chlorkową (NaCl) dowiodły, że substancje o własnościach silnie osmotycznych, jak chlorek sodu, alkohol, cukier, mocznik i t. d., o ile nagromadzają się wogóle lub tu i owdzie w tkankach ustroju, wywołują również nagromadzenie się, t.j. retencję wody. Retencja taka ( $H_2O$ ), nie zaznaczając się obrzękami, może dochodzić nawet do sześciu litrów. Nadmierna owa ilość wody, nagromadzając się w przestrzeniach śródtkankowych, zwiększając ilość, jednocześnie sprzyja znacznemu rozcieńczeniu (osocza) plazmy statycznej, t.j. tej, w której kąpią się niejako, i z której czerpią pierwiastki odżywcze elementy anatomiczne tkanek. Otóż rozcieńczenie owej plazmy śródtkankowej, stając się powodem zwiększenia odległości między cząsteczkowych (molekularnych) — dzielących pierwiastki odżywcze i komórki, tem samem prowadzi do opóźnienia (zwolnienia) przemiany materii (dna, cukromocz, alkoholizm).

Pomimo jednak tak znacznej retencji wody wobec nadmiaru chlorku sodu, alkoholu lub innych substancji silnie osmotycznych — tkanki nie okazują się nią nasycenymi, woda więc dla zaspokojenia owego, że tak rzec, pragnienia chlorkowego odciąga się jeszcze z tkanek, zwłaszcza tych, które odżywiają się drogą nasiąkania (imbibicyi) z tkanek nieunaczynionych (JOLYET) a także z krwi w wodę zasobnej i mogącej zresztą utratę jej zastępować świeżą jej ilością, czerpaną z przewodu pokarmowego. Z tych to właśnie względów krew w sąsiedztwie owych nagromadzeń się czy to solnych, czy alkoholowych, cukrowych i t. p. okazuje skłonność do zgęszczania się, staje się bardziej lepka, ztąd opóźnianie się krążenia w naczyniach włosowatych, opóźnianie się dopływu świeżych czerwonych krążków krwi, *resp.* tlenu temiż dostarczanego, a tem samem i zmniejszenie się wrażliwości komórek w tkance, sprawą tą zainteresowanej.

Na korzyść poglądu tego świadczy spo-

strzeżenie, że miejsce, w które zastrzykuje się znaczną ilość roztworu fizyologicznego chlorku sodu, pozostaje przez kilka dni w stanie znieczulenia (SIEBURG), nadto wiadomem również jest, że czucie wyraźnie słabnie w miejscach, w których krążenie krwi się opóźnia (wolniej), lub do których dopływa ona w ilości zbyt małej.

Jeśli przeto substancje żadne wody — jak chlork sodu, cukier, alkohol i t. d., nagromadzą się w mózgu, odciągną one z naczyń włosowatych ośrodków zmysłowych i psychicznych pewną ilość jej, a tem samem, opóźniając tu obieg krwi i zmniejszając dowóz tlenu, wywrą wpływ, przylepiający sprawność *resp.* żywotę czynności mózgowej; stan, ztąd powstały, prowadzi z kolei do osłabienia, utraty samowiedzy, senności wreszcie do snu.

Podobnie zjawiska leżą w zasadzie snu naturalnego. Czynność komórkowa — czy to ujawniająca się w postaci czynności mięśnia nerwu, czy też gruczołu i t. d., cechuje się nieodłącznością od niej zmianami *resp.* rozszczepieniami we wnętrzu komórki, w czasie czynności jej zachodzącymi. Zmiany owe w pracującej komórce znajdują swój wyraz w stopniowym zmniejszaniu się wielkości cząsteczek (molekuł), bądź to jej zarodzi zasadniczej, bądź też cząsteczek zapasowych: cząsteczki te rozpadają się na mniejsze. Ponieważ jednak energia osmotyczna pozostaje w stosunku prostym do ilości ich, wzmagają się więc ona w miarę czynności zarodzi komórkowej *resp.* w miarę zwiększania ilości jej cząsteczek.

W stanie więc czuwania (czynnym) ustroju tkanki, stając się coraz bardziej żądnymi wody, starają się odciągnąć ją ze krwi. Ponieważ jednak w czasie czuwania stosunek równowagi izotonicznej między krwią a tkankami stopniowo coraz bardziej się rozluźnia, nadechodzi więc wreszcie chwila, w której tenże zupełnie się narusza, chwila, w której wzmagająca się hipertonia płynów śródtkankowych czyni obfite przesiąkanie surowicy krwi z naczyń włosowatych nieuniknionem — a wtedy to właśnie ustrój przechodzi w stan snu. Przesiąkaniu takiemu, o ile tylko nie zachodzi tu konieczność czynności funkcjonalnej — towarzyszy powstały drogą odruchową skurcz (*vasoconstrictio*) owych osobnych tętniczek, które już bezpośrednio przechodzą w naczyniaka włosowate. Z tych tedy

względów krew kapilarów, stając się uboższą w wodę, względnie bogatszą w ciała krwi, a *eo ipso* gęstsza i więcej lepka, musi teraz krążyć wolniej — przesiąk jej z początku surowicy, zawierać teraz będzie substancje koloidalne i białko (staje się plazmowym), nadto tak upośledzone krążenie, opóźniając też dowóz tlenu — sprzyja przylepieniu wrażliwości komórek, a tem samem znieczuleniu tkanek. Tak tedy domieszka znacznej ilości osocza krwi przysporzy ogólnej ilości plazmy śródtkankowej, a tem samem, dostarczając elementom anatomicznym obfitszej, że tak rzec, strawy, nie tylko sprzyjać będzie dopełnieniu poniesionych przez nie strat, t. j. ich odnowie, lecz dostarczy im jeszcze pewnej ilości materiału zapasowego.

Nadto nieruchomość (spokój) ustroju w czasie snu oraz powolność, z jaką wymiany nutrycyjne wtedy się odbywają, sprzyjając dłuższemu pozostawaniu komórek w zetknięciu ze środowiskiem odżywczym i modyfikując warunki nasiąkania (imibibicyi) włosowatości, filtracyi i osmozy na korzyść substancyi, względnie powolnie prawom tym się poddającym — jak tłuszczów i ciał białkowych — sprawiają, że sen staje się jednocześnie porą istnej uczty dla komórek. To też ludzie, względnie długo śpiący, większe ciągnąc zyski z owej plazmy odżywczej, okazują zazwyczaj skłonność do tycia — francuskie więc przysłowie „qui dort, diue” nie daleko chyba odbiega od prawdy.

Na korzyść teorii tej świadczą spostrzeżenia. Otóż, jeśli sen rzeczywiście jest wynikiem zakłócenia równowagi izotonicznej płynów ustroju, krążących i statycznych, jeśli rzeczywiście znamionuje się przesiąkaniem z naczyń znacznej ilości naprzód surowicy, a następnie osocza (plazmy), to w układzie krwionośnym, po utracie pewnej części płynnej jego zawartości powinno się ujawnić obniżenie ciśnienia krwi. Tak też i jest. Zmniejszenie się ciśnienia (*hypotensio*) spostrzegać się daje nie tylko w czasie snu naturalnego (de FLEURY), lecz i w czasie snu, spowodowanego zastosowaniem chloroformu (TISSOT), eteru (REYNAUD), tlenu azotu (LIVON). Ciśnienie to, które w czasie czuwania wynosi 105—130 mm. (GAERTNER), obniża się podczas snu o 20 do 35 mm. (PILEZ).

Obniżka ta nie może być wynikiem zmniejszenia się oporu obwodowego, w takim bowiem

razie zgodnie z prawem MAREY'a częstość tętna wskutek przyspieszenia krążenia powinna się zwiększyć; tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie — częstość tętna się zmniejsza — wynosi 70 do 54 (FLEURY), a jeśli nawet obniżka nie zawsze jest tak znaczna, to jednakże stale spostrzegać się daje i staje się tem wyraźniejszą, im sen jest głębszy. Jeśli jednak zmniejszenia ciśnienia krwi podczas snu nie można kłaść na karb przeszkody obwodowej, która powinna raczej oddziaływać przyspieszająco na czynność serca, nie można jej również kłaść na karb osłabienia tegoż, albowiem osłabienie to zazwyczaj znamionuje się przyspieszeniem tętna.

Wynika więc z tego, że osłabienie napięcia (*hypotensio*) przypisać tu chyba jedynie należy zmniejszeniu ilości krwi w układzie naczyniowym przy względnem niejako zwiększeniu pojemności tego ostatniego. Zresztą już sam fakt zmniejszenia się częstości bicia serca podczas snu, pomimo obniżenia się ciśnienia krwi, świadczy raczej właśnie za zwiększeniem się oporu obwodowego. Fakty powyższe pozostają w zupełnej zgodzie z teorią osmotyczną snu, według której — jak wyżej — krew podczas snu, stając się gęstszą (dużo ciałek przy stosunkowo małej ilości płynu) z trudnością tylko przepływa przez naczynia włosowate — ztąd i opieszalszy powrót jej do serca.

Dalej, jeśli rzeczywiście podczas snu ilość krwi krążącej ulega zmniejszeniu, to i mniej jej w jednostce czasu powinno przepływać przez kapilary nerek, a *eo ipso* i moczu powinien wydzielać się w mniejszej ilości — czemu wreszcie powinno też sprzyjać obniżenie się ciśnienia krwi. To też w samej rzeczy ilość moczu podczas snu, zwłaszcza w nocy, znacznemu ulega zmniejszeniu — spada do minimum (JOLYET). Tak więc zmniejszenie ciśnienia tętniczego (*hypotensio*), zmniejszenie się częstości tętna oraz ilości moczu stanowią tu trzy przejawy znamienne i łącznie świadczące na korzyść zmniejszenia się ilości krwi, krążącej podczas snu.

Wręcz przeciwnie rzecz się ma z plazmą śródtkankową — ilość jej podczas snu się zwiększa — zaznacza się to już w czasie tegoż mniej lub więcej wyraźną jakoby obrzękłością twarzy, powiek, moszny (préœedeme); nadto autor niejednokrotnie stwierdzał, że ucisk skóry, wtedy dokonany, pozostawia na niej ślad (wgłębienie?)

znacznie dłużej, aniżeli ucisk tegoż samego miejsca, takiejże siły i w takiejże jednostce czasu wywarty w czasie czuwania. Otóż to powiększenie się ilości cieczy śródtkankowej, t. j. statycznej, zaznaczające się jednocześnie z mniejszem wypełnieniem układu krwionośnego, świadczy jeno, że zachodzi ono na koszt plazmy dynamicznej (osocza krwi).

Jeśli wreszcie sen rzeczywiście jest wynikiem nadmiernego przesiąkania z naczyń płynnej części krwi, to w czasie tegoż liczba czerwonych ciałek, zawartych w danej objętości jej, powinna się znacznie zwiększyć, i, co za tem idzie, ilość wchłanianego tlenu w czasie snu również powinna się znacznie potęgować. Otóż dochodzenia PETTENKOFER'a i VORT'a dowiodły, że z ogólnej ilości tlenu, absorbowanego przez człowieka w ciągu doby, tylko 33% absorbuje on w ciągu dnia, 67% zaś w ciągu nocy. REGNAULT i REISER wykazali, że podczas snu zimowego, w jaki zapadają niektóre zwierzęta, te ostatnie, pomimo tego że oddychają mniej, zyskują na wadze, dlatego że więcej wchłaniają tlenu, niż zwracają go w postaci CO<sub>2</sub>. Biorąc tedy pod uwagę, że ilość powietrza, przyjmowanego przez płuca — *ex re* słabszego oddychania w czasie snu jest mniejsza, że częstość oddechów jest mniejsza — średnio o  $\frac{1}{4}$  (JOLYET), a więc, że *eo ipso* ilość powietrza, przyjmowanego przez płuca w jednostce czasu, musi być znacznie mniejsza, nadto, że i ilość krwi, przepływająca przez płuca w takiejże jednostce czasu, skutkiem zwolnienia szybkości krwioobiegu okazuje się również mniejsza, *resp.* że skutkiem powolnego następstwa dopływu (zmiany) świeżych ilości krwi utlenianie jej też musi być mniej szybkie, czyli krótko mówiąc, że ilość powietrza, przychodzącego w zetknięcie z czerwonymi ciałkami jest mniejsza, a szybkość dopływu ciałek tych, dążących do takiego zetknięcia, jest również mniejsza, zdawałoby się, że wchłanianie tlenu podczas snu powinno być również znacznie słabsze. Tymczasem badania wykazują, że rzecz się ma wręcz przeciwnie, że ilość tlenu, wchłanianego podczas snu, znacznie przewyższa ilość tegoż wchłanianego w czasie czuwania. Otóż pozorną tę niezgodność wyjaśnia właśnie teoria osmotyczna: ponieważ krew po utracie pewnej ilości swej plazmy (osocza) podczas snu staje się *eo ipso* względnie bogatszą

w czerwone ciała, przeto za każdym impulsem serca ciałek tych do płuc napływa znacznie więcej. Otóż zwiększona owa liczba czerwonych ciałek, wchłaniając również większą ilość tlenu, niemal podwójnie wynagradza straty, jakie ustroj mógłby ponosić skutkiem przeszkód, stawianych sprawie utleniania *ex re* osłabienia oddychania, utrudnienia krążenia (zmniejszenie się ilości płynnej części krwi w naczyniach, słabsza czynność serca i obniżka ciśnienia).

Na korzyść omawianej teorii obok innych wymienionych wyżej przejawów świadczy nie dokrwistość mózgowa — wynik skurczu naczyniowego (*vasoconstrictio*) — spostrzegana podczas snu osobników, u których dokonano trepanacji kości czaszkowych. Świadczą też za nią eksperymenty DASTRE'a, LOYE'a i LANGLOIS'a, którzy, robiąc obfite zastrzykiwania sztucznej surowicy izotonicznej podczas snu, jaki wywoływali chloroformowaniem, stwierdzili nader nieznaczną eliminację płynu przez nerki lub innymi drogami — a natomiast nagromadzenie się go w tkankach. Ze spostrzeżeń więc tych wynika, że znieczulenie, wywołane chloroformem, staje się powodem silnego parcia (prądu) osmotycznego krwi ku tkankom — co znów stanowi silny argument na korzyść omawianej teorii.

(Archives gener. de Medecine. N. 15. 1906 r.).

F. Gr.

87. O zatruciach kremem znajdujemy notatkę w Gazette des hôpitaux. N. 48 r. b. (André Le Coq, Th. de Paris. 1906). Z dochodzeń, tu podjętych, wynika, że o zatrucie takie winiść należy nie przymieszki mineralne, jakie wypadkiem z naczyni, do przyrządzania kremu służących, do tegoż dostaćby się mogły, nie różne ingrediencye, do zaprawy służące — lecz jaja, treść główną tegoż stanowiące.

Zatrucia mogą się zdarzać nie tylko przy użyciu jaj zepsutych, lecz i przy posługiwaniu się jajami świeżymi. Jaja świeże mogą tu okazywać własności trujące bądź skutkiem zakażenia w czasie koncepcyi, bądź skutkiem białka jajowego w jajowodzie, zawierającym często drobnoustroje chorobotwórcze. Jaja zaś, które już w czasie użycia były zepsute, oddziałują trująco bądź z tychże względów, bądź i ze względu na ich rozkład, czego wynikiem jest wytwarzanie się ptomain i toksyn.

W zatruciach — białko, zwłaszcza przy użyciu jaj świeżych, o wiele ważniejszą odgrywa rolę, niż żółtko, a może i jedyną jest ich przyczyną. Objaśnia się to z jednej strony sposobem formowania się jego w ustroju matczynym, z drugiej zaś tem, że dla przygotowania kremu zbija się je na pianę surowem, podczas gdy żółtko zostaje wyjałowione przy pieczeniu ciasta. Nadto drobnoustroje, znajdujące się w kremie, ze względu na zawartość w nim cukru, mleka i żelatyny, zyskują tu doskonale podłoże dla swojego rozwoju. Żółtko natomiast utrzymuje swe własności trujące w tych przypadkach, w których posługiwano się jajami już zepsutymi — tutaj bowiem zwykle pieczenie nie wystarcza już do zniszczenia ptomain i toksyn.

Rozbiór chemiczny w przypadkach tego rodzaju zatrucia wykazywał w kremie oraz przewodzie pokarmowym osób, zmarłych wskutek spożywania jego, substancye, pod względem chemicznym bardzo zbliżone do alkaloidów, różne jednak od wszelkich znanych trujących związków wymienionego typu.

Z powyższego wynika, że w celach zapobiegawczych należałoby wyrzec się przynajmniej kremów, *resp.* ciast kremowych, których składowe części, t.j. białko i żółtko, a zwłaszcza pierwsze, nie mogłyby być dokładnie wyjałowione drogą pieczenia.

F. Gr.

88. BILHARZ. Farmakodynamiczne leczenie gruźlicy.

Od czasu jak BREHMER ustalił tezę uleczalności suchot, walka z tą rozpowszechnioną chorobą bardzo się ożywiła. Pierwsze miejsce w leczeniu zajęły środki higieniczno-dietetyczne, obok nich jednak także środki apteczne. Drugi szlżak, prof. SOMMERBRODT we Wrocławiu, polecił stosowanie wewnętrzne kreozotu, który pomimo niektórych wad wielokrotnie z powodzeniem był stosowany.

Sprawozdania z uzdrowisk dla suchotników wypadłyby o wiele mniej pomyślnie, gdyby obserwacya trwała dłużej. Bardzo często chorzy po opuszczeniu dobrych warunków higienicznych zakładu dość prędko doznają pogorszenia. Ta okoliczność przemawia przeciw lekceważeniu farmakodynamicznego leczenia gruźlicy płuc. Autor od kilku lat stosuje w mo-

żliwie dużych dawkach sulfogwajakolat potasu (*kalium sulfogwajacolicum*), zmieszany z ossyną (*ossinum*), zgęszczonym tranem. Mieszaninę tę najlepiej jest zażywać w ciepłym mleku lub czarnej kawie. Ustrój znosi ją doskonale miesiącami bez wszelkiej szkody dla żołądka. Przeciwnie wkrótce spostrzegać się daje zwiększenie łaknienia, czemu towarzyszy znaczna poprawa stanu ogólnego i zwiększenie wagi ciała.

Dzieci żółtawate znakomicie znoszą ten środek, a wygląd ich po jakimś czasie zmienia się nie do poznania. Autor przytacza parę przypadków, w których olbrzymie pakiety gruczołów albo daleko posunięte zmiany gruczołowe w kościach zostały w ten sposób uleczone. Dlatego też gorąco zaleca stosowanie tego środka.

(Therapeut. Monatshefte. N. 3. 1906).

S. P.

#### 89. ROSENGART. Przyczynki do postaci klinicznych miażdżycy naczyń brzusznych.

Autor spostrzegał sporo przypadków miażdżycy naczyń brzusznych. Cierpienie to klinicznie cechują następujące objawy: odchodzenie wiatrów, bolesne wzdęcia kiszek, szczególnie w prawym podżebrzu, niekiedy kolki i odbijania, sprowadzające czasami ulgę. Chorzy są bardzo pobudliwi. Sen jest wadliwy i trwa krótko; chorzy budzą się bardzo wcześnie często pod wpływem wiatrów i ścieśnienia w dołku. Łaknienie jest dobre. Stolce zazwyczaj nieco opieszale. Żołądek najczęściej trawi prawidłowo, niekiedy zaś znajdujemy nieco zwiększoną zawartość kwasu solnego w zawartości żołądka. Ze strony serca i układu naczyniowego stopniowo występują objawy, wskazujące miażdżycowe pochodzenie objawów brzusznych: zwiększona częstość tętna, powiększenie stłumienia serca, szmer skurczowy, niekiedy jednocześnie ze wzmożeniem 2 tonu aorty, spotęgowane napięcie tętnicze oraz podniesienie ciśnienia krwi. Niejednokrotnie autor spostrzegał przytem niezbyt prostnicy z silnym wydzielaniem śluzu, pryszczycą skóry dokoła otworu кишки stolcowej, oraz guzy hemoroidalne. W tym okresie rzadko tylko spostrzegać się daje lekki i niestały białkomocz. Niekiedy obraz chorobowy pozostaje przez szereg lat niejasny, aż pierwszy, niekiedy tylko bardzo krótki napad stenokardji rzuci światło na istotę rzeczy.

Do tego czasu lekarze skłonni są, wobec wzmożonej zazwyczaj pobudliwości chorych, rozpoznawać u nich niestrawność nerwową, albo nadkwaśność, gdyż nierzadko istnieje w takich razach nieznaczne zresztą zwiększenie wydzielania kwasu solnego i t. d. Niekiedy chorzy robią wrażenie neurasteników. Najczęściej mamy tu do czynienia z mężczyznami, opowiadającymi o przepracowaniu.

Przy starannem badaniu udaje się często już bardzo wcześnie zrobić rozpoznanie, kierując się wczesnym występowaniem miażdżycy w innych okolicach ciała. Niekiedy stwierdzimy lekką niedostateczność serca ze znaczną różnicą w częstości tętna przy stanie i leżeniu albo po nieznacznym ruchu. Niekiedy znów będzie nam chory opowiadał o zawrotach, bólach głowy, osłabieniu pamięci, którym to objawom WINDSCHEID przypisuje tak wielkie znaczenie w obrazie chorobowym stwardnienia tętnic mózgowych. Charakterystyczny jest także objaw, zaznaczany również przez WINDSCHEID'a: słaba tolerancja wysokości u chorych, którzy dawniej znosili duże ilości bez wszelkich dolegliwości. Nierzadko słyszymy skargi na stały szum w uszach, zwykle prawem, przyczem badanie uszu nie daje żadnego wyjaśnienia tego zjawiska. Wyżej wzmiankowane objawy brzuszne często występują wówczas, gdy istnieją już od pewnego czasu wyraźne objawy miażdżycy w innych okolicach ciała (sercu, mózgu i t. d.); nierzadko jednak występują, jako pierwsze objawy miażdżycy.

Co się tyczy częstości zmian miażdżycowych w naczyniach trzewiowych, to, w przeciwstawieniu do zdania dawniejszych autorów (ROKITANSKY i in.), HASENFELD utrzymuje, że te zmiany należą do dość częstych. Przez analogię z patogenezą chromania przestankowego albo dusznicy bolesnej tłumaczy sobie autor powstawanie objawów kiszki przy stwardnieniu tętnic trzewiowych w następujący sposób: małokrwistość mniejszych lub większych naczyń kiszki sprowadza wówczas, gdy istnieje zwiększone zapotrzebowanie pracy kiszki, kolki, skurcz i porażenie oddzielnych odcinków kiszki, a przez to wzdęcie (*meteorismus*). ZUNTZ wykazał, że przyczynę wzdęcia stanowi zaburzenie krążenia w ścianie kiszki. Dochodzi ono do skutku nie wskutek za-

stoju zawartości kiszek i niedostatecznego odchodzenia gazów nazewnątrz, lecz wskutek upośledzonego wchłaniania gazów przez ścianę kiszek do krwi. Zdanie to podziela KREHL, który przyjmuje jeszcze jednoczesne obniżenie napięcia mięśniowego. Zarówno przy zakrzepie, jak i przy zatorze tętnic kiskowych spostrzega się po większej części nagle występowanie choroby (GERHARDT, KUSSMAUL, NOTHNAGEL) — w postaci silnej kolki i krwawej biegunki. NOTHNAGEL rozróżnia 2 typy: przy pierwszym występuje krwawa biegunka obok bardzo silnej kolki, przy drugim występują objawy zamknięcia kiszek. W przypadku SCHNITZLER'a widzimy jednak zatkanie obu tętnic kreszkowych, przebiegające tylko z silną kolką i zaparciem stolca. To zatkanie tętnic musiało istnieć już od lat kilku, nie ujawniało się zaś tylko dzięki dobrze funkcjonującemu krążeniu ubocznemu (*a. pancreatico duodenalis* i głębokie *aa. haemorrhoidales*) i powolnemu rozwojowi zakrzepu. Krwawy sto-

lec, jako oznaka zawału krwotocznego kiszek, wystąpił dopiero wtedy, gdy wskutek osłabienia serca w następstwie operacji krążenie oboczne stało się niedostateczne.

Przy rozważaniu różniczkowo-rozpoznawczem należy mieć na względzie cały szereg innych chorób brzusznych. Zależnie od wzdęcia i umiejscowienia tegoż, charakteru i lokalizacji bólu i t. d. można myśleć o kolce wątrobowej, wyrostkowej, uwięźnięciu kamienia w moczowodzie, wpochwieniu kiszek i t. d.

Należy rozważyć wszystkie dane kliniczne i zwrócić uwagę na obecność objawów stwardnienia tętnic w innych okolicach ciała. Jak wielkie są trudności dyagnostyczne, widać z kilku przytoczonych przez autora przypadków. W 3 przypadkach (ROMBERG, SCHNITZLER, ORTNER) została nawet wykonana operacja, która dopiero wyświetliła istotę cierpienia.

(München. med. Wochenschr. N. 20. 1906).

S. P.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27 Lutego 1906 r.

TREŚĆ. 1) Sokołowski. — Przedstawienie chorego, dotkniętego ograniczoną odmą piersiową. 2) Nengebauer F. — 1) Przedstawienie chorego o mieszanych cechach płciowych wtórnych z niedorozwojem gruczołów płciowych. (*Infantilismus et feminismus*). 2) Demonstracja torbieli lewego jajnika, usuniętej u 75-letniej staruszki. 3) Karwacki L. — Przecinki choleryczne i rzekomo choleryczne.

1) SOKOŁOWSKI przedstawił chorego, dotkniętego ograniczoną odmą piersiową. Przy padek dotyczył osobnika młodego, dotąd względnie zdrowego. Chory przybył do oddziału szpitalnego 8 stycznia 1906 r., w dwa tygodnie po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych; jest z zawodu szlifierzem szklanym, kaszlał od dość dawna. Wychodząc z pracowni, gdzie temperatura bywa zwykle bardzo wysoka, chory nagle dostał gwałtownej duszności i bólu w lewym boku. Objawy te były tak silne, że jeszcze w dwa tygodnie po ataku przywieziony do szpi-

tala chory nie mógł przemówić ani słowa i znajdował się w stanie bardzo groźnym: dominowały niezwykle silna duszność o typie wdechowym, sinica twarzy i zamroczenie sensoryum, na pierwsze spojrzenie odnosiło się wrażenie znacznego zwężenia krtani.

Badanie jednakże tej ostatniej nie wykazało w niej żadnych zmian. Badanie klatki piersiowej wykazało wypuklenie na pewnej przestrzeni po lewej stronie, brak zupełny oddechu, głosu i drżenia głosowego, nieco poniżej zaś tej okolicy drżenie głosowe wzmożone. Serce przesunięte na prawo. Rozpoznanie wahało się między uciskiem na duże oskrzele, a ograniczoną odmą piersiową. Roentgenogramy, dokonane w tym okresie, najdokładniej wykazały, że miała miejsce właśnie ta ostatnia.

Po 10 dniach pobytu w szpitalu duszność stopniowo poczęła się zmniejszać, sinica ustę-

pować, i chory czuje się obecnie bardzo dobrze i pracuje, jakkolwiek objawy fizyczne w płucu uległy zaledwie bardzo nieznacznej zmianie.

2) NEUGEBAUER przedstawił: 1) 27-go mężczyznę od 4 lat bezdzietnie żonatego o mieszanym cechach płciowych wtórnych oraz niedorozwoju gruczołów płciowych. *Infantilismus et feminismus*. Wzrost średni, krtań i głos kobiece, ani śladu zarostu męskiego na twarzy niema. Warstwa podskórna tłuszczowa obfita, jak u kobiet. Owłosienie sromu kobiece. *Membrum sexuale* prawidłowo ukształtowane, natomiast moszna mała. Zawarte w niej jądra i przyjądrza szczątkowe. Pomimo znacznego niedorozwoju jąder naprężenia członka istnieją, i spółkowanie odbywa się, lecz nigdy ani śladu ejakulacji nie było. Popędy płciowe bardzo słabe. Żona osobnika tego zgłosiła się do N. wskutek *sterilitatis*. Ponieważ N. zasadniczo żąda badania obu małżonków, żądał więc przybycia męża dla zbadania. Rezultat badania ujawnił, że wszelkie leczenie żony względem *sterilitatis*, chociażby się znalazły warunki mechaniczne, zapłodnienie utrudniające, byłoby bezcelowe. N. kładzie więc nacisk w przypadkach *sterilitatis matrimonii* zasadniczo zbadać i żonę i męża. Dalej podnosi kwestię, czy wobec tak jawnego i znacznego niedorozwoju gruczołów płciowych wogóle poddawać osobnika takiego leczeniu, czy też, jak radzi HEGAR, z góry oszczędzić pacjentowi wydatku na kurację i nie narażać go na rozczarowanie, obiecując to, co nigdy nie nastąpi. N. osobiście nie miałby przekonania do jakiegokolwiek terapii owego niedorozwoju u swego pacjenta, przytacza jednak w tej kwestyi ogłoszone w r. b. w Paryżu spostrzeżenie lekarzy de BEURMAN-N'a i RUBINOWICZ'a, które i z innych przyczyn zasługuje na uwagę. Dziewczyna lat 21, urodzona w Saint-Denis, zgłosiła się do szpitala Saint-Louis wskutek *intertrigo* w pachwinie. Przy badaniu organów płciowych okazało się, że pacjentka jest męskim wrzekomym obojnakiem o *hypospadiasis peniscrotalis* — oraz jądrach w rozszczepionej mosznie; peryodów nigdy nie było, natomiast istnieją erekcje, ejakulacje (spermatozoidów nigdy nie znaleziono), narządy płciowe silne, męskie, masturbacja. Ani macicy, ani pochwy nie było. Wszelkie cechy płciowe wtórne żeńskie: długie włosy na głowie, brak zarostu męskiego, sutki pozorne, wielkie

nagromadzenie tłuszczu bez wymacalnych zrazików gruczołowych, głos kobiecy, klatka piersiowa kobieca nie owłosiona, brak włosów pod pachami, owłosienie sromu kobiece, rysy twarzy kobiece — lecz kończyny górne i dolne długie, męskie. Im więcej zdradza rozwój organów płciowych męskich w niedorozwoju, tem więcej cechy wtórne płciowe stają się kobiecemi. Ponieważ samopoczucie danego osobnika jest męskim, po uświadomieniu o zaszłej pomyłce w określeniu płci sam zażądał zmiany metryki na męską pod pretekstem, że jako mężczyzna więcej będzie zarabiał. Zdaje się jednak autorom, że żądanie jego więcej jest oparte na charakterze popędów płciowych. W rodzinie już dwukrotnie notowano wrzekome obojnactwo. Brat matki i siostra matki są wrzekomymi obojnakiem męskimi. Siostra matki, mylnie za dziewczynę wychowana, jest dziś jeszcze prostytutką w Londynie, pozatem zaś żyje w związku wolnym z inną kobietą. W rodzinie panują zboczenia umysłowe. Ojciec bez zarostu męskiego, w 26 roku życia *débauché*, *maléquilibré*, matka: *débilite intellectuelle*, brat matki, *pseudo hermaphrodite* męski, zakończył życie samobójstwem tak samo, jak i brat pacjentki samej.

Pacjentka sama zdradza również zboczenia umysłowe, tak, że autorowie przewidują w przyszłości obłąkanie.

Spostrzeżenie to, jak wiele innych, dowodzi, że zniekształcenie organów płciowych, na co wskazują wywiady co do rodziny, jest tylko częściowym objawem zwyrodnienia ogólnego.

Pacjentka kocha się w innej pannie, zachowuje u siebie tasiemkę kolorową, należącą do kochanki — tasiemka i chustka od nosa kochanki wywołują u niej poczucie płciowe — fetyszym, jednak spółkowania z nią nie próbowała, natomiast niejednokrotnie oddawała się mężczyznom — pomimo, że śladów biernej pederastyi na odbycie nie udowodniono.

W szkole pacjentkę nazywano: *garçon manqué* albo też *mademoiselle monsieur*.

Nareszcie autorowie podnoszą kwestię, czy heteroseksualny rozwój cech płciowych wtórnych nie jest skutkiem braku normalnego nasienia własnego, czyli *hypospermatyzacji*, i mają zamiar poddać osobnika tego przez dłuższy czas opoterapii — *spermią*.

Energiczne działanie tyreoidyny, adrenaliny uznane jest powszechnie. N. opierając się na doświadczeniu własnym, uznaje tak samo działanie *ovarini* oraz *opomammini*, dla czegożby *spermina* nie miała również okazać się środkiem, fizjologicznie działającym?

2) N. demonstruje wielkości orzecha kokosowego torbiel lewego *parovarium* o poczwórnym skręcie szypuły, wyciętą dziś rano u 75-letniej staruszki na drodze laparatomii.

Przyczyną, dla czego pacjentka zgłosiła się na operację, była nie torbiel jako taka, lecz objawy, wywołane skręceniem szypuły czyli bóle. Guz w jamie brzusznej można było przesunąć we wszystkich kierunkach, ku górze aż ku przeponie, rozpoznanie więc było nieco utrudnione, czy chodzi o torbiel jajnika, ewentualnie przyjajnika, czy też o torbiel mezenterjalną. Ciekawe było zabarwienie torbieli. Zawartość czyniła wrażenie ciemnej, czarnej — wypadło więc przypuszczać zawartość krwistą — *apoplexia cystomatis* — tem bardziej wobec skręcenia szypuły — a jednak zawartość okazała się płynem surowiczym przezroczystym bez domieszki krwi, gdy podłożono pod guz lampkę elektryczną lub badano guz, trzymając go pod światło.

3) KARWACKI L. wygłosił rzecz p. t. „Przecinki choleryczne i rzekomo-choleryczne”. Celem pracy powyższej było sprawdzenie sposobów wyodrębniania i hodowli przecinków w ogólności oraz rewizje cech, służących do różniczkowania wibryonów cholerycznych i rzekomo-cholerycznych.

Próba na czerwień choleryczną do odróżniania przecinków się nie nadaje. Przy prze-

prowadzeniu przecinków przez ustroje zwierzęce prelegent przekonał się, że przecinki, wyhodowane ze krwi zwierząt, padłych na posocznicę, tracą zdolność dawania odczynu nitrozoidolowego. Liczba rzęsek, pospolicie uznawana za najważniejszą z cech morfologicznych różniczkowych, nie posiada również bezwzględnej wartości; żaden z wykrytych dotąd przecinków cholerycznych nie posiada wprowadzić więcej nad jedną rzęskę, politrychia jednakże nie stanowi stałej cechy zwykłych przecinków wodnych.

Osobiste badania prelegenta wykazały, że, co się tyczy własności hemolitycznych, to częściej spotykają się one u przecinków rzekomo cholerycznych, niż cholerycznych, ztąd poważnej wartości różniczkowej cecha ta nie posiada. Sprawdzenie metody WURTZ'a i wskaźników ACHARD'a i BENSARD'a (przecinki choleryczne nie rosną na agarze, który już służył za pożywkę innemu szczepowi cholerycznemu, przecinki zaś wodne rozwijają się na nim bez przeszkody) wykazało zupełną ich różniczkową niedostateczność.

Chorobotwórczość dla zwierząt nie posiada w tym kierunku również najmniejszej wartości rozpoznawczej. Co się tyczy aglutynacji, to prelegent jest zdania, że nie należy jej uważać za taki sprawdzian, który sam przez się decyduje o przynależności przecinka do tej lub innej grupy, że nie może służyć za kryterium specyficzności przecinka. Jedynie pewnym, jak dotąd, czynnikiem różniczkowo-rozpoznawczym jest objaw PFEIFFER'a.

T. Korzon.

## O D C I N E K.

## WARSZAWSKI DOM WYCHOWAWCZY

Ks. BAUDOUINA

w świetle historii.

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

Podał

D-r B. KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Ordynator Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

Ponieważ historia szpitala Dz. Jezus, jako jednostki zbiorowej, mieszczącej dziś w sobie dom wychowawczy i wiele oddziałów szpitalnych, jest ściśle związaną z historią Domu Wychowawczego, jako najpierwszej, pod inną tylko nazwą powstałej fundacji ks. Baudouina, nie przeto dziwnego, że w toku niniejszej mej notatki historycznej, nazwa szpitala Dz. Jezus będzie się tak często powtarzać, iż wydać się może, że szerszy zakres, niż w tytule zamierzyłem, swojej pracy nadam, zajmując się historią szpitala Dz. Jezus, a nie Domu Wychowawczego wyłącznie.

Tego rodzaju traktowanie przedmiotu jest wszakże nieuniknione, jak o tem zresztą dalszy ciąg mej pracy Sz. czytelników przekona.

Dom Wychowawczy bowiem dał początek szpitalowi i tylko z biegiem czasu częściowo się od niego wyodrębnił. I dziś jednak jako część większej całości, t. j. szpitala Dzieciątka Jezus istnieje, nosząc skromne miano Domu Wychowawczego, choć raczej, jako seniorowi należy mu się słusznie bodaj zupełnie odrębna nazwa.

Prócz bardzo źródłowej pracy, poświęconej historii szpitala Dz. Jezus, napisanej przez Juliana BARTOSZEWICZA, a wydanej przez Redakcję „Gazety Lekarskiej” w r. 1872, znajdujemy niewiele wogóle prac poświęconych temu przedmiotowi. Pamiętnik Religijno-Moralny z r. 1860 przytacza kilkanaście źródeł, skąd można

wiadomości o życiu ks. Baudouina czerpać; należy rozumieć to w ścisłym niemal znaczeniu, bo prawie wyłącznie w przytoczonych źródłach znajdujemy wiadomości tylko biograficzne, nie ma jednakże przeważnie tam żadnych poważniejszych danych, dotyczących historii powstania samego szpitala Dz. Jezus.

Nieco więcej danych historycznych, nas obchodzących, znaleźć, można w wydanej na korzyść szpitala Dz. Jezus w 1818 roku przez Wincentego Piotra Gawareckiego, sędziego Sądu Sprawiedliwości Kryminalnej Województwa Płockiego i Augustowskiego broszurce — pod tytułem: „Wiadomość o życiu i czynach ks. Piotra Gabryela Boduina etc. etc.”. Najpoważniejszą jednakże pracą, dotyczącą interesującego nas przedmiotu jest, jak to wyżej wspomnieliśmy — obszerny traktat w tej sprawie, na mozołnych i źródłowych studiach oparty, przez J. Bartoszewicza napisany.

Naturalnie, że w toku niniejszej mej notatki historycznej wypadnie mi najwięcej z tej pracy korzystać, a nieraz i całe ustępy z niej wyjmować.

Że zaś historia szpitala Dz. Jezus, t. j., dzisiejszego Domu Wychowawczego łącznie z innymi częściami szpitala, przeznaczonemi dla innych celów, niż Dom Wychowawczy, jest ściśle związaną z życiem ks. Piotra Gabryela Baudouina, jako z jego twórcą, słusznem wydaje mi się zacząć niniejszą notatkę od podania krótkich bodaj danych biograficznych, dotyczących tego, o którym wyraził się Krasicki, że:

„Nie ten godzien pamięci, kto gnębił, kto  
[zdzierał  
Nie ten co lży wyciskał, lecz kto je ocie-  
[rał“.

Ks. Piotr Gabryel Baudouin, urodził się we Francji w mieście Avesnes (według Gawareckiego i innych biografów — w mieście Ar-

verne) we Flandryi 5 kwietnia 1679 roku z za-  
możnej rodziny. Początkowo miał zamiar po-  
święcić się służbie wojskowej i w tym celu udał  
się do Paryża, gdzie nawet przez czas jakiś w  
wojsku przebywał, ulegając jednak wpływowi  
wujka swego, Zakonnika Zgromadzenia Kartuz-  
zów, zmienił pierwotny swój zamiar służenia  
w wojsku i wstąpił mając lat 21 do Zgromadze-  
nia Misyjonarzy<sup>1)</sup> u św. Łazarza w Paryżu. Nie-  
bawem wyższa władza duchowna mianowała go  
prof. św. Teologii w seminarium Wersalskiem,  
następnie zaś w Auxerre, z czego wnosić moż-  
na, że się po za świętobliwością odpowiednimi  
zdolnościami i wykształceniem odznaczał. W ro-  
ku 1717 wskutek zlecenia swej władzy wyje-  
chał do Warszawy i tam w Zgromadzeniu ks.  
Misyjonarzy u Świętego Krzyża przebywał, a że  
łatwiej i prędzej, niż inni księża francuzcy nau-  
czył się władać językiem polskim, ułatwiło to  
mu znacznie spełnianie wielu obowiązków para-  
fialnych w zastępstwie innych księży u Święte-  
go Krzyża.

W seminarium u Św. Krzyża wykładał po-  
czątkowo teologię i filozofię, wkrótce jednakże  
został rektorem tegoż seminarium i zdobywszy  
uznanie wielkie, stał się jedną z najpoważniej-  
szych postaci Zgromadzenia. Zmarł 10 lutego  
1768 roku.

To są bardzo krótkie wiadomości biogra-  
ficzne, dotyczące ks. Baudouina. Teraz zaś za-  
znaczyć musimy, że po za zasługami innemi, ja-  
kie ten zacny kapłan z tytułu już sumiennego  
spełniania swych duchownych obowiązków po-  
łożył, należy mu się wiekopomna sława za stwo-  
rzenie mimo niepokonalnych na pozór trudności  
wielkiego dzieła, a mianowicie położenia w dniu  
24 czerwca 1754 roku (Bartoszewicz), kamienia  
węgielnego pod budowę szpitala, który w 1757  
roku pod nazwą: „Szpital Główny Zgromadzenia  
Księży Misyjonarzy i Sióstr Miłosierdzia Dzie-  
ciątka Jezus“ wykończonym został.

Taki tytuł miał szpital do końca 1836 roku.  
W historii powstania szpitala, który przez ks.  
Baudouina był przeznaczony „na dom pod-  
rzutków i innych dzieci biednych  
rodziców” gra pewną rolę legenda o tem, że

jakoby ks. B., wracając pewnego razu od chore-  
go, spotkał psa, gryzącego na ulicy cząstkę,  
podrzuconego niemowlęcia, i to miało właśnie  
tak wpłynąć na świętobliwego kapłana, że za  
cel życia swego obrał opiekę nad biednymi i o-  
puszczonemi dziećmi. Czy fakt podobny miał  
miejsce, czy też tylko do rzędu legend zaliczyć  
go należy, o tem historycy nie pewnego nie mó-  
wią, bądź co bądź był on w zupełności możli-  
wym, tembardziej, że były to czasy wielkich  
klęsk, wojen i zarazy; a w czasach takich, jakie  
Polska po wojnach ze Szwedami przeżyła, nie-  
trudno było o zupełny upadek moralny połączo-  
ny z nędzą materyalną, a więc i pozostawienie  
niemowlęcia bez żadnej opieki na pastwę zwie-  
rząt nie było rzeczą niemożliwą; zresztą, czyż  
dzisiaj nawet niemożliwym byłby fakt podobny?

Dla nas ma znaczenie specyalne ta legen-  
da, bo wyraźnie wskazuje, że pierwszą myślą i  
zadaniem, celem życia ks. Baudouin'a było za-  
opiekowanie się biednymi, bez opie-  
ki pozostającymi dziećmi, że więc pier-  
wotnie pobudowany szpital był raczej do-  
mem podrzutków, domem wychowawczym,  
jak się dzisiaj część szpitala Dz. Jezus nazywa.

Ks. Śliwicki (Tygodnik Petersburski 1837,  
str. 528 i 529) opisując działalność ks. Bau-  
douina, podaje wiadomość, że ten że, zanim zdo-  
łał kupić z ofiar od osób miłosiernych kamieni-  
cę w parafii św. Krzyża, już miał pod swoją  
opieką około 200 dzieci, z których część: „już  
odlat kilku po różnych osobnych  
miejscach chowane były, i tam, ażeby  
w pobożności chrześcijańskiej i w róż-  
nych płci swojej przyzwoitych nau-  
kach ćwiczone były, wszelkiego do-  
zoru i pilności przykładał“. Dla nie-  
mowląt zaś — wynajdywał odpowiednie mamki.

Kamienica, którą ks. Baudouin w 1732 ro-  
ku z jałmużn nabył, leżała na Krakowskiem  
Przedmieściu na gruntach dawnej wsi Kałęczy-  
na, w tem miejscu, gdzie w następstwie był tak  
zwany Pałac Karasia obok gmachu Staszycy;  
tam po odpowiednim urządzeniu, zostały po-  
mieszczone Siostry Miłosierdzia, które zaopie-  
kowały się już mającymi swoją stałą siedzibę  
pierwszymi pupilami ks. Baudouina.

W dziejach powstania przyszłego szpitala  
zanotować należy nazwisko Urszuli z Bielińskich  
Czerwińskiej, kasztelanowej Małogoskiej, która

<sup>1)</sup> Nazwisko jego rozmaicie piszą różni biografo-  
wie, a mianowicie: Bauduin, Baudouin, Beaudouin, Boduin,  
Boduine, Bodue. Według Bartoszewicza — należy pisać  
„Baudouin“.

kupiwszy od Józefa Przyłuskiego, wojskiego Warszawskiego wieś Kręczki w pow. Błońskim położoną ofiarowała ją na własność: „Siostr Miłosierdzia, mającym nadzór nad przyjmowaniem i wychowaniem sierot, znalezionych po ulicach, albo ubogich rodziców pod opieką ks. Misyonarzy od św. Krzyża. W 1748 roku p. Czerwińska wprowadziła ks. Baudouina w urzędowe posiadanie owych wsi, zapisawszy w testamencie jeszcze 22 tysiące złotych polskich podrzutom. Wobec takiego zapisu należałoby zdaniem Bartoszewicza uważać panią Kasztelanową za współzałożycielkę domu Podrzutków razem z ks. Baudouinem.

Ks. Baudouina staraniom zawdzięczać należy i to, że nawet dwór królewski zainteresował się sprawą podrzutków, wskutek czego najwyższa ochmistrzyni dworu hrabina Kollowratowa urządziła w dniu 3 stycznia 1738 roku pierwszą na rzecz fundacji ks. B. loteryę fantową; była to bodaj pierwsza u nas loterya fantowa na cel dobroczynny.

W następstwie już w roku 1748 (8 kwietnia) mocą przywileju królewskiego wprowadzono tak zwaną dzisiaj loteryę klasyczną z przeznaczeniem dochodu z niej powstałego „na dokończenie Szkoły Kawalerskiej u XX. Pijarów i szpitala generalnego na ubogie dzieci etc.”.

Nawiasem dodać nam należy, że z tego źródła zgola nic, lub bardzo mało otrzymały obdarzone przywilejem królewskim instytucje, nie poszła bowiem, jak tego się spodziewano, sprzedaż biletów loteryjnych. Wśród drobnych datków, które z narażeniem zdrowia i nieraz godności swej ks. Baudouin, niezmordowany i nieustający w zabiegach i pracy, zbierał, do znaczniejszych zaliczyć należy ofiarę 9000 złp. od wojewody podlaskiego ks. Sapiechy, dalej ofiary (kamienica tak zwana Boguszevska na Krzywem Kole) Walentego Czapskiego, biskupa kujawskiego i wielu innych dobroczynnych osób, których wyliczeniem zajmować się nie mogę; jeśli o niektórych z nich w toku niniejszej wzmianki wspominałem, to jedynie dla tego, że albo w samem zaraniu fundacji ks. Baudouina do zaczętego dzieła rękę przyłożyły, lub też większą ofiarą sprawę jego poparły. Nie łatwo jednak szło owe zbieranie składek dla umożliwienia powstania wielkiego dzieła, jak o tem świadczy dziś

legendowe znaczenie mający opis faktu, jak spotkał ks. Baudouina.

Obchodząc zwyczajem swoim rozmaite domy w Warszawie, zaszedł ks. B. do domu pewnego magnata, gdzie jeden z gości, zajętych grą hazardowną, w odpowiedzi na prośbę o poparcie datkiem sprawy podrzutków, wymierzył świątobliwemu kapłanowi policzek.

„To dla mnie”, „a cóż dla moich dzieci”? rzekł zacy kapłan.

To odezwanie miało wywrzeć wpływ wielki, bo uwieńczone zostało większym datkiem na rzecz ukochanej przez ks. B. instytucji.

W miarę przybywania dochodów ks. Baudouin powiększał i wiejską posiadłość Kręczek, nabywając coraz to nowe grunta okoliczne, tak, że wkrótce w posiadaniu szpitala znalazły się prócz Kręczek, jeszcze Klimontów i Fałki, a wreszcie całe Umiastowskie dobra.

Prócz tego już w 1739 roku posiadał szpital jakieś domki na Solcu i Pradze; w tymże roku jako dochód zapisane są 121 złp. „du cabaret des villages” (z karczem wiejskich); sprzedaż wełny przyniosła w tym roku ks. B. dochodu 202 złp. i gr. 20. Całkowity dochód z jałmużn w r. 1740 wyniósł złp. 16252 gr. 12.

Ks. Śliwicki, wizytator Zgromadzenia i proboszcz parafii św. Krzyża, odbywszy w 1741 roku (15. III.) wizytę w szpitalu ks. Baudouina, księgi przejrzał i zapisawszy jako datę rozpoczęcia składek 1 czerwca 1736 roku, zualazł, że całkowity dochód za lat 5 wynosił złp. 111,600 gr. 3, a rozechód 111,518 gr. 3, pozostałość w kasie wynosiła złp. 82.

Jak już ówczesne książki rachunkowe wykazywały, dochody z ofiar dobrowolnych nigdy prawie nie przewyższały — wyzebranej przez dzielnego misyonarza jałmużny.

Ciekawe są niektóre dane z wykazów statystycznych, dotyczących pierwszej fundacji ks. Baudouina z roku 1736 i t. d., a mianowicie, gdy w 1736 roku było dzieci 45, zaraz w 1737 r. podniosła się ta cyfra na 241, w następnych za to latach znowu znacznie się zmniejszyła.

W r. 1742 dochodu było złp. 12419 gr. 9; rozechodu złp. 12100 gr. 6; w tem dochodu z dóbr szpitalnych złp. 288, z kapitałów i darów znaczniejszych na bieżące potrzeby złp. 2000, od różnych osób złp. 10131.

Mamek było w r. 1742 — 27, w 1748 — 58.

Bartoszewicz przytacza wiele tego rodzaju danych w swej pracy, ze względu jednak na brak miejsca w mej szczupłej notatce historycznej — muszę je pominąć milczeniem.

Pewnego rodzaju epokę w dziejach interesującej nas instytucji stanowi rok 1748, w tym roku bowiem po raz pierwszy w akcie prawnym użytym został tytuł „Dzieciątka Jezus”, co w urzędowej łacinie brzmiało „*hospitale infantium expositorum sub titulo: Infantis Jesu*”, obszerniejszy zaś nieco tytuł z owego czasu brzmiał: „*hospitale religiosarum virginum monialium sub nomine Infantis Jesu expositorum Varsaviae in suburbio Cracoviensi, noviter erectum et situatum*”.

Sądząc z innych danych historycznych, wyrażenie „*noviter erectum*” odnosi się do starego szpitala, innemi słowy do pierwotnej kamienicy ks. Baudouina, znajdujemy bowiem je jeszcze przed budową szpitala na placu, przez ks. B. zakupionym. Drugą erą w dalszym rozwoju podjętego przez ks. B. dzieła stanowi rozpoczęcie budowy szpitala, na gruntach na ten cel w parafii św. Krzyża zakupionych. Jak świadczą akta urzędowe, a między innymi i napis na portrecie ks. Baudouina, obecnie znajdującym się w kancelarii gmachu administracyjnego szpitala, w d. 24 czerwca 1754 roku został położony kamień węgielny pod nową wiekopomną budowę. Napis ten dosłownie brzmi jak następuje:

„Ks. Piotr Gabryel Baudouin, Francuz, Kapłan Misyonarz, w prawdziwym wyobrażeniu potomności tu się okazuje. On tego szpitala na polach zakupionych całego muru ciągiem łokci 3,039, a wysokości od gruntu łokci 18 w roku 1754 kwestą jest fundatorem. Ks. Hilzen, Biskup Smoleński, kamień (węgielny) poświęcił i z Królewicem (polskim) Ksawerym położył.

(Ks. Józef Andrzej) Załuski, Biskup Kijowski i (Czernichowski) kościół konsekrował w roku 1762 za panowania Augusta III (Króla Polskiego), a tegoż Króla i Królowej szczodrobliwośćią, oraz znakomitych i wszelakich obywateli hojnością skończył 1757 roku i przywilej na szpital generalny pod Imieniem Dzieciątka Jezus odebrał. Wieku swego lat 79 w roku 1768 dnia 10 Lutego żyć przestał. W czasie szczęśliwie panującego Stanisława Augusta (Króla Polskiego), trzecią częścią potrzebę (teraz wynoszącą nad półtrzeciakroć tysięcy) litościwego

wspomożyciela zawsze. Już w tym domu znajduje się teraz chorych ubogich i niewiniąt z obsługującymi osób 1000 umieszczonych, Opatrzność Boska wygadza i opłaca”.

W wyżej przytoczonym napisie jest mowa o uzyskaniu przez ks. Baudouina przywileju na szpital generalny. Przywilej ten dany przez króla Augusta III pod datą 22 maja 1758, a w dosłownem brzmieniu przez Bartoszewicza przytoczony, zmienił charakter pierwotny fundacji Baudouinowskiej, rozszerzając jej zakres. Rozróżnia on bowiem wyraźnie dwie instytucje; jedną „nowy szpital pod tytułem Dzieciątka Jezus, który Opatrzność Boska dotąd założyła i opatrzyła”, drugą — nowy, zamierzony szpital „utrzymanie, żywienie, wychowywanie, opatrywanie, jako też niesienie pomocy, tak w nędzy, jak i w chorobie ciała, jako i słabości umysłu biednym”. Ta druga instytucja miała według dalszego brzmienia przywileju być nie tylko szpitalem dla chorych „ale do wygody chorych i biedaków”; po zatem, ponieważ król chciał usunąć z Warszawy żebractwo, miał szpital dać przytułek i żebrakom, by „nie ważyli się za bramami zebrać jałmużny”. Oprócz tego, w przywileju królewskim znajdujemy dowody, że życzeniem króla było zrobienie ze szpitala jakiejś instytucji karnej.

Jednem słowem miało to być jeneralny przytułek dla wszelkiej niedoli ludzkiej, dla każdej nędzy pomimowolnej, czy dobrowolnej, jak mówi Bartoszewicz.

Prócz obowiązków zyskiwał szpital generalny i prawa, otrzymawszy władzę hierarchiczną nad innymi szpitalami w Warszawie, a głównie co się tyczy zarządu ich funduszami „nie nie wyjmując, nie nie zostawiając; *nihil excipiendo, nihil reservando*”.

W ten sposób prosty przytułek dla podbratku miał się stać wielką instytucją z nadto rozszerzonymi obowiązkami; wobec czego najlepsze chęci króla szkodę raczej, a nie korzyść dla dalszego rozwoju szpitala przy niezbyt obfitych zasobach materialnych, przynieść mogły.

Widział ten stan rzeczy ks. Baudouin i jego to staraniom należy zawdzięczyć wydanie przez króla Augusta III drugiego przywileju

w d. 21 maja 1761 roku, który wyraźniej obowiązki szpitala Dzieciątka Jezus, jako szpitala generalnego określał; miał to być szpital generalny dla wszystkich chorych i żebraków, którzy by nie znaleźli pomieszczenia w innych szpitalach, tylko weneryczni chorzy mieli być wyłącznie pomieszczani w szpitalu św. Łazarza. Do liczby chorych, mających się leczyć w szpitalu generalnym należeli „głupi i szaleni“, wobec czego obok szpitala św. Jana Bożego powstawał w Warszawie drugi zakład dla chorych umysłowych. Prócz tego, naturalnie po dawnemu miał dawać szpital generalny opiekę podzutom.

W przywileju tym po raz pierwszy są zaznaczone głośno zasługi ks. Baudouina. „Opatrzność Boska“, jak powiada król, „zażyła go“. Ks. Baudouina król stanowi dożywotnim rektorem szpitala generalnego z bardzo obszerną władzą, a po śmierci jego nazawsze ma być rektorem

kapłan zgromadzenia misjonarzy, do którego, jak wiemy, i ks. B. należał.

Ustanowiona też została stała rada opiekuńcza, składająca się z trzech osób, a mianowicie: biskupa poznańskiego, starosty warszawskiego i wizytatora misjonarzy, jacy będą, lub też ich zastępców.

Rektorowi, jako władzy wykonawczej, przyznano obszerne prawa w zarządzie szpitalem, mieszkanie i 5000 złp. rocznej pensji z funduszów szpitala. Wizytator, jako stały członek rady nadzorczej posiadał prawo zmieniania księży i sióstr miłosierdzia w szpitalu.

W ten sposób nowy szpital, chociaż był w stałej zależności od zgromadzenia ks. Misjonarzy, stanowiąc niejako jego własność, jednakże otrzymawszy radę nadzorczą, poddawał się zarządowi władzy krajowej nad szpitalami.

(C. d. n.).

## Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy zawiadomienie od prof. OTTA, że 5-y międzynarodowy kongres akuszersko - ginekologiczny, który miał się odbyć we wrześniu r. b. w Petersburgu,

z powodu przełomowych chwil, przeżywanych obecnie, odłożony został na rok przyszły.

— ZMARLI. Dnia 29 b. m. zakończył życie po dłuższej chorobie współpracownik i współwłaściciel pisma naszego, ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim, LEON FEINSTEIN, przeżywszy lat 41. Zmarły pozostawił po sobie szczery żal w sercach kolegów, którzy znali Go bliżej, jako człowieka zacnego i biegłego w swej specjalności lekarza. Kilka prac większej wartości praktycznej zmarły pomieścił w naszych czasopismach lekarskich.

— W Paryżu zmarł znany ze swych prac na polu higieny, medycyny sądowej i społecznej D-r BROUARDEL.

## Od Administracji.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji o każdym niedoręczonym numerze.*

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. Przepsując 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 samodzielnich 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

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydiftery-  
tyczna—Merck'a  
Surowica streptokoko-  
wa—Menzler'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 śródmiaższowego.

## Perhydrol

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

## Paraneprlin

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 przeciwnieśliznymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

## RP. Dionin 0,3 grm.

## Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma działania bocznego, morfiny i innych pochodn. tejsze.

## Bromipin 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, bladaczka, 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 mięśniowe 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, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypaknienie 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, przeciwnieślizny, specyfik przeciw nocnym potem suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potem 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



Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego skąd wód.

## VICHY CÉLESTINS

Stawosci kiedka, pęcherza, dniołgiwości wkrzyśch, podagra, cukrzyca.

## VICHY GRANDE-GRILLE

Stawosci wātroy i organów kōtō wydzielających.

## VICHY HOPITAL

Stawosci kiedka i kiszek

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

## PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mosolac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające wydnej cawili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

### Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, 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.

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.

## 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  
Faschingen i Selters.

### Zakład Leczniczy D-ra Emmericha

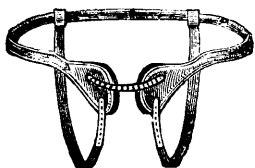
dla chorych

## Morfinistów - (Heroin. Cocain etc.), Alkoholików

i nerwowych B.-BADEN Założ. 1890 r.

Najłagodniejsze sposoby odzwyczajania od morfiny bez przymusu przy natychmiastowem usuwaniu szprycki w ciągu 4—6 tygodni. Odzwyczajanie od alkoholu według wypróbowanego sposobu. Prospekty darmo (Chorzy umysłowi wyłączeni). Właściciel i lekarz zarządzający Dr Arthur Meyer. 2-ch lekarzy.

Medal srebrny r. 1890



Bandaż.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych  
BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek  
F. BALUKIEWICZA  
Bieleńska 9, Hotel Paryżki.  
w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, przymem przyjmuje się reperacye w zakres fabryki wchodzące, po cenach najtańszych.

Pensjonat hydropatyczny

### D-ra J. Kołaczekowskiego w Szczawnicy.

Cały rok otwarty. Nowo założony park dla pensjonarzy wyłącznie przeznaczony. Kuchnia wykwinna i higieniczna. Ceny przystępne. Zarząd.

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.

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

## Warunki przedpłaty:

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna (róg Siennej).

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. Nr 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły załatwiać można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano.

## OGŁOSZENIA.

### Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla podbudzania 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, wsypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi..

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

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

### Collargol

Znakomity środek w chorobach septycznych, szczególnie w septycemii i sprawach puerperalnych, jak również jako środek zapobiegawczy przeciw gorączce połogowej. Nie ma szkodliwego działania następczego, nie wywołuje dreszczy. W roztworze do stosowania wewnątrzylnego, przez odbytnicę i wewnętrzne, jako „Ungentum Credé“ do wcierania. Również do leczenia ran i przemywań pęcherza. Tabletki po 0,05 i 0,25 g.

### Creosotal

Creosotal „Heyden“ jest najskuteczniejszym Antiptisicum, bardzo wybitnem wewnętrznem antiskrofulosum i w dużych dawkach pewnym i szybko działającym środkiem we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych (pneumonia etc.)

### Ungentum Heyden

Maść z calomelolu (calomel colloidale) do przeciwsyfilitycznych wcierań (Neisser). Nie plami skóry ani bielizny. W tubkach z podziałką po 30 i 60 g.

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.**



**Wstrzykiwania podskórne wyjąłowane.**  
**w I C. C.**

Strichnini nitrici. 0,001.

Chinin. bimuriatic. 0,10 — 0,20

Chinin dihydrobromic. 0,10

Coffein. natro - benzoic. 0,10 — 0,15 — 0,20

Cornutin. citric. Kobert. 0,005

Ergotin. dialysat. Bombel. - Bonjean. - Denzel. - Wiggers. 0,10

Pilocarpin. muriat. 0,01

Hetol 0,01 — 0,02 — 0,05

Yohimbin. hydrochlor. 0,01

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.**

UZNANY ZA NAJLEPSZY

**HAEMATOGEN**

Towarzystwa Akcyjnego Fabr. Chemicznej

**Trampedach i Sp. w Rydze,**

do nabycia w większych składach aptecznych i aptekach.

**Alfons Mann**

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Tłomackie 3—Telefon 1025.

Egzystuje od 1819 r.

Poleca: Apparaty ssące d-rów Bier'a i Klapp'a  
z Bonn, do leczenia chorób zapalnych.  
Jedwab', Catgut.

Igły chirurgiczne (Patent) w największym wy-  
borze. Cennik ilustrowany franco.