

GAZETA LEKARSKA

I. O metodach barwienia drobnowidzowych preparatów krwi.

Podaje

dr Kamilla Horwitzówna.

Już w 1889-ym roku przepowiedział HAYEM, że przyszłość medycyny należy do hematologii, która przyniesie rozwiązanie wielu zagadnień klinicznych. Dziś nauka ta coraz bardziej wciska się do różnych działów medycyny; ze stałym rozwojem znaczenie jej coraz bardziej wzrasta. Wszędzie, gdzie chodzi o subtelniejsze rozpoznanie różniczkowe, uciekamy się do badania krwi. Pod względem wrażliwości na wszelkie zmiany chorobowe w organizmie możemy krew porównać z termometrem. Stan jej jest miarodajny nie tylko przy rozpoznaniu i prognozie chorób krwi i narządów krwiotwórczych, których znajomość w ostatnich czasach ogromnie się pogłębiła, ale jest on także często niezbędną pomocą przy przepowiedni w chorobach zakaźnych, przy nowotworach złośliwych i t. p.

Dla dalszego rozwoju hematologii poważne znaczenie ma technika badania krwi. A nie jest ona tak prosta. Chodzi głównie o drobnowidzowe badanie. Na tem polu należy zaznaczyć wielki postęp. Dawniej badano świeżą krew w jej naturalnem zabarwieniu, poprzestawano na liczeniu białych i czerwonych ciałek. Ten sposób, wprowadzony przez VIRCHOW'a i MAXA SCHULTZE'go, pozwolił z początku na zdobycie wielu pozytywnych wiadomości, dotyczących się różnych postaci białaczki. Potem jednak nastąpił zastój, trwający dziesiątki lat. Leukocytozę uważano jedynie za wynik wzmożonej czynności gruczołów chłonnych, odróżniano ją niedostatecznie od poczynającej się białaczki. Niedoskonała metoda badania wstrzymywała dalszy rozwój nauki o krwi. Umożliwił go dopiero EHRlich, wprowadzając barwienie preparatów krwi, utrwalonych uprzednio na szkiełku przykrywkowym zapomocą podniesionej temperatury lub środków chemicznych. Metoda ta ma praktycznie tę zaletę, że pozwala na przechowywanie preparatów, na dokładne i wielokrotne ba-

danie ich, co jest wykluczone, gdy mamy do czynienia ze świeżą krwią, a przytem przedstawia dużą łatwość wykonania. Pozbawia nas ona tylko widoku dwóch, zresztą klinicznie niezbyt ważnych szczegółów: układania się krążków w rulony i amebowatych ruchów komórek. Wzamian za to dostarcza wielu ważnych danych. Jej zawdzięczamy dokładne odróżnianie poszczególnych postaci białych ciałek krwi, racjonalne określenie białaczki, leukocytozy wiełojądrowej, znajomość zjawisk zwyrodnienia i regeneracyi czerwonych krążków i t. p. Zużycie nieco większej ilości czasu, jakiego wymaga badanie, nie może być uważane za ujemną stronę metody, nie chodzi bowiem o szybkie postawienie rozpoznania, lecz dokładne zbadanie obrazów krwi we wszystkich ich szczegółach.

Pomijając dość prostą w wykonaniu, a jednak skomplikowaną w opisie, technikę utrwalania krwi na szkiełkach, przejdziemy od razu do barwienia. Ma ono różny cel. Albo chodzi o szybkie zorientowanie się i tu wystarczają płyny, barwiące jednocześnie hemoglobinę i jądra, a więc hematoksylina - eozyna lub hematoksylina - oranż. Kiedy indziej pożądane jest jedynie zabarwienie pewnej określonej postaci komórek, np. komórek tucznych (*Mastzellen*) lub eozynofilowych, bez uwzględnienia innych, co się osiąga według zasady maksymalnego odbarwienia; tu wystarcza np. metylenblau, metylgryn. Najważniejsze jest jednak t. zw. panoptyczne barwienie, które uwydatnia jak najwięcej elementów krwi w możliwie różnorodnych barwach. Do tego najlepiej używać przynajmniej trzech barwników i to nie w kolejnem następstwie, które przedstawia niedogodności w obliczeniu czasu barwienia i rozcieńczenia barwnika, lecz jednocześnie, jako barwienie skombinowane, które ma niezaprzeczenie dużo zalet. Aby wyjaśnić jego działanie, powtórzę za EHRLICH'em prosty przykład zastosowania pikrokarminu, t. j. mieszaniny obojętnego amoniaku - karminu i jakiegoś pikrynatu. Karmin ma silne powinowactwo do jąder, kwas pikrynowy do zarodki. Stąd np. preparat mięśnia ukaże nam substancję mięśnia na żółto, jądra na czerwono. Ale jeśli zamiast kwasu pikrynowego, weźmiemy inny barwik azotowy, zawierający więcej grup azotowych, np. heksanitrodifenylanin, to zabarwienie karminowe zniknie, ustępując miejsca rozlanemu odcieniowi aurancyi. Tłómaczy się to przez większe powinowactwo chemiczne tego barwnika do wszystkich tkanek i do jąder, przez co oddziaływanie karminu zostaje zniesione. Tkanka łączna i kostna za chowują się inaczej względem mieszaniny pikro - karminu; gdyż tu rozlane zabarwienie zależne jest wyłącznie od natężenia karminu, a nie od zastosowania przeciwważnika chemicznego. W pierwszym razie mieliśmy do czynienia z chemicznem związaniem barwnika, w drugim — z mechanicznem wchłonięciem barwy przez tkankę, gdyż ono reaguje jedynie na zmiany fizyczne. W pierwszym wypadku można zastosować jednoczesną metodę barwienia skombinowanego, w drugim — jedynie barwienie kolejne. Przy barwieniu utrwalonych preparatów krwi mamy do czynienia wyłącznie z czysto chemicznymi procesami, możemy więc zawsze stosować barwniki skombinowane. Kombinacje te dla krwi mogą być albo: 1) kwaśne, jak np. mieszanina eozyny-aurancyi - nigrozyny, która barwi hemoglobinę pomarańczowo, jądra czarno, ziar-

nistość czerwoną; albo 2) zasadowe — bądź z dwóch barwników złożone, więc z metylenblauu, metylgrynu, metylfioletu, fuksyny, bądź z trzech — z fuksyny, bismarkbraunu i chromgrynu; albo 3) mieszaniny neutralne, wprowadzone przez EHRICH'a, uzyskały obecnie powszechne prawo obywatelstwa. Polegają one na tem, że prawie wszystkie barwniki zasadowe łączą się z kwaśnymi w związki neutralne, jak np. octan rozaniliny z pikrynatem amoniaku daje pikrynat rozaniliny. Do tworzenia łatwo rozpuszczalnych związków nadają się zasadowe barwniki, zawierające grupę amonu, a więc metylgryn, metylenblau, ametystfiolet, i kwaśne — sole kwasów polisiarkowych, szczególniej oranż G, kwaśna fuksyna, narceina. Do tej ostatniej kategorii barwników należy najwięcej teraz używany tryacyd EHRICH'a, który się składa z oranżu G, fuksyny S i metylgrynu. Elementy, barwiące się tylko taką mieszaniną neutralną, noszą nazwę neutrofilowych. To też, gdy chodzi o badanie neutrofilowej ziarnistości, barwienie tryacydem jest niezdebnę. Daje ono zielonkawo - błękitne jądra, żółto - czerwone krążki, ceglastą ziarnistość eozynofilową, liljową — neutrofilową, nie barwi zaś wcale ziarnistości komórek tucznych.

Pominę inne, dobrze znane metody, jak hematoksyлина - eozyna, metylenblau - eozyna i t. p., a zatrzymam się na paru mniej wypróbowanych, które znam z własnego doświadczenia. Na wyniki musiało w części wpłynąć to, że barwiłam preparaty nie krwi samej, lecz szpiku kostnego embryonów, który oczywiście jest mniej równomiernie rozpostarty na szkiełkach i przedstawia mniej wyraźne obrazy. Ponieważ w badaniach moich chodziło mi głównie o białe, bezziańiste komórki szpiku, t. zw. myeloblasty [NAEGELI], więc zastosowałam te metody, które je szczególnie uwzględniały. Należą tu:

1. *Scharlach - Methylgrün - Pyronin* PAPPENHEIM'a, zabarwienie, składające się z dwóch łatwo rozpuszczalnych zasadowych i jednego kwaśnego barwnika, ma się nadawać do uwydatnienia zasadowej zarodki limfocytów. PAPPENHEIM tak je zaleca: „Przy tem zabarwieniu zasadowa zaródź limfocytów występuje świetnie ciemno - karminowo, gdy tymczasem zaródź innych komórek ukazuje się mniej lub więcej matowo - brunatnie, czerwono - żółto lub bezbarwnie. Podczas gdy zaródź limfocytów wyróżnia się przy tem barwieniu silniej od wszystkich innych komórek bezbarwnych i bezziańistych, jest nam nieraz bardzo trudno odróżnić ją od zarodki pewnych młodych erytrocytów, zawierających jeszcze mało hemaglobiny, a wielkie jądra i brzeg wązki. W tym wypadku jądra muszą umożliwiać odróżnienie, tylko jednak przez odcień zabarwienia, a nie przez budowę, która tu, tak jak przy wszystkich barwieniach anilinowych, uwydatnia się niedostatecznie. Za wskazówkę może posłużyć także ta okoliczność, że zaródź limfocytów występuje siatkowato postrzępiona, zaś zaródź erytrocytów jest jednolita i ma gładkie brzegi. Następnie z tego barwienia zdaje się wynikać, że zaródź limfocytów, zgodnie z rezultatami barwienia metodą jodu i eozyny, reaguje zasadowo, o czem można się przekonać przez dodanie alkaliów do próbówki z wodnym roztworem barwnika. W końcu notujemy jeszcze ten ciekawy wynik, że zaródź komórek olbrzymich zachowuje się stale tak, jak zaródź limfocytów i szczególnie przy

barwieniu metylgrynem - pyroniną barwi się świetnie karminowo⁴. Winniśmy zatem przy tem zabarwieniu znaleźć: 1) jądra erytrocytów błękitnawo - zielone, jądra leukocytów czerwono - fioletowe; 2) hemoglobinę czerwonawą, megakloblasty o wąskiej zarodki, podobnej do zwykłych dużych limfocytów; 3) ziarnistość zasadową jaskrawo - czerwona, eozynofilową — pomarańczową; 4) zaródź matowo - brunatnawo-żółtą, u eozynofilowych komórek jaskrawo czerwoną, u limfocytów karminowo - czerwoną.

Być może, że metoda ta jest dobra dla preparatów krwi; dla szpiku kostnego jest ona, według mego doświadczenia, niezdatna. Znalazłam bowiem, że pas zarodki, który mnie się wydaje czerwono - fioletowym, a nie karminowym, barwi się tak nie tylko w bezziaarnistych komórkach szpiku, które, nawiasem mówiąc, PAPPENHEIM uważa za limfocyty z powodu ich zachowania się w stosunku do barwnika. Ten sam odcień przyjmuje także zaródź komórek ziarnistych i krążków z jądrem. Przypuszczam jednak, że gdy chodzi o krew, trudności te odgrywają daleko mniejszą rolę, bo krążki z jądrem nie występują nigdy w krwi prawidłowej, a rzadko w patologicznej, zaś komórki ziarniste zawierają w niej wiele jąder lub jądra wielokształtne, z czego je łatwo rozpoznać można. W szpiku zaś, gdzie krążki z jądrem występują stale obficie, a bezziaarniste białe ciała mają jądro bardzo podobne do limfocytów, bo nie wielokształtne, metoda ta nie pozwala na dobre zróżniczkowanie elementów.

2. Błękit 1 a z u r o w y (*Azurblau*) MICHAËLIS'a ma się nadawać najlepiej do barwienia na czerwono ziarenek i jąder leukocytów. MICHAËLIS mówi o nim: „Z wielką pewnością udaje się to barwienie zawsze na niedojrzałych, neutrofilowych ziarenkach myelocytów szpiku kostnego. Ziarenka komórek tucznych (*Mastzellen*) barwią się, o ile nie rozpuszczają się we wodzie, intensywnie czerwono - fioletowo. Jądra przyjmują także jaskrawą czerwono - fioletową barwę, jeśli komórki są dobrze rozpostarte. Im mniej zaś one są rozpostarte, tem bardziej odcień zabarwienia zbliża się do błękitnego. Naogół biorąc, jądra limfocytów stają się więcej czerwone, niż jądra leukocytów wielojądrowych, które ukazują odcień błękitny“. Jak widzimy, już sama technika barwienia przedstawia pewne trudności, gdyż chodzi o preparaty dobrze rozpostarte, co np. ze szpikiem jest prawie niemożliwe. Prócz tego, trzeba ciecz barwnikową mieszać z 1⁰/₀₀-ym roztworem eozyny, co łatwo wywołuje osad. MICHAËLIS sam przyznaje, że „błędem metody jest to, że niezawsze można z pewnością uniknąć osadów barwnika“. Dobrze sobie z tym daje radę GRAWITZ, usuwając bibułą powłokę, tworzącą się na powierzchni mieszaniny, a sprowadzając ów osad. Dzięki temu otrzymuje on dobre wyniki i gorąco poleca tę metodę. Co do mnie, rzadko mi się udawało wywołać słabe czerwono - fioletowe zabarwienie jąder; przeważnie bywały one bladobłękitne. Najpiękniej występowała jaskrawo - błyszcząca, czerwono - fioletowa ziarnistość myelocytów. I tu także komórki, które nie mają nic wspólnego z limfocytami, przyjmowały niewątpliwie błękitne zabarwienie zarodki.

3. T r y a c y d 1 a z u r o w y (*Azur - Triacid*) PAPPENHEIM'a różni się pod względem składu od tryacydu EHRLICH'a tem, że zamiast metylgrynu

zawiera azur - metylenblau. Właściwością tej metody jest barwienie na ciemno zarodki limfocytów i uwydatnienie ziarnistości komórek tucznych, która, jako zasadowa, barwi się błękitnie, a także innych ziarnistości. Metodę tę wychwala szczególnie PASCHEN, uważając ją za doskonalszą od metody EHRLICH'a, przy której limfocyty mają wygląd nagich jąder, a zasadowa ziarnistość się nie barwi. I ja muszę tej metodzie dać pierwszeństwo przed dwiema poprzedniami. Niezawsze wprawdzie udaje się otrzymać wyraźne obrazy według przepisu; mogą jednak napewno potwierdzić wyraźne zabarwienie zarodki bezzianistych komórek szpiku, a nadewszystko muszę podnieść doskonałe zabarwienie ziarnistości komórek tucznych, znacznie przewyższające wyrazistością zabarwienie metylenblauem. Występują tu także charakterystycznie wszystkie odcienie przejściowe w zabarwieniu między ciemno - błękitnymi zasadowymi, czerwono - fioletowymi neutrofilowymi i ogniste eozyniłowymi ziarenkami, pojawiającymi się nieraz obok siebie w jednej komórce, o bardzo zmiennej wielkości.

Mimo istnienia tak wielu metod barwienia, odczuwamy brak metody doskonałej, nadającej się szczególnie do badania szpiku kostnego. BLOCH i HIRSCHFELD mówią wyraźnie, że wówczas dopiero będziemy mogli poznać histologię szpiku kostnego z jej subtelnymi szczegółami i „absolutnie pewnym zróżnicowaniem poszczególnych postaci komórek“, gdy znajdziemy taką doskonałą metodę. Z tego powodu musiały upaść podejmowane przez niektórych autorów próby odnalezienia różnic barwnikowych pomiędzy limfocytami, a bardzo podobnymi do nich myeloblastami, czyli bezzianistymi komórkami szpiku. Przytoczymy je pokrótce.

PAPPENHEIM chciał zapomocą barwienia dowieść tożsamości limfocytów i myeloblastów. Swoją metodę „metylgryn - pyronin“ uważa za swoją do barwienia limfocytów. Ich zasadowa zaródz staje się przytem karminowo - czerwona. Ponieważ zaródz bezzianistych elementów szpiku nabiera tego samego odcienia, więc PAPPENHEIM uważa je za identyczne z limfocytami krwi, które, jak wiadomo, pochodzą z układu naczyniowo - chłonnego. Ale dowód ten jest niewystarczający.

Uznał to w końcu i PAPPENHEIM, bo zmienił nieco swój pogląd; zgadzając się bowiem w pewnej dyskusji (*Aerztl. Verein Hamburg*), że zwykle komórki osocza barwią się podobnie, jak limfocyty, wyrzeka się sam właściwości swojej tego barwienia limfocytów. Uważa on oba te rodzaje komórek za różne pod względem cytogenetycznym i dodaje, że ich zupełnie analogiczne zachowanie się barwnikowe nie uprawnia bynajmniej do utożsamienia ich pod tym względem. To samo dałoby się powiedzieć o myeloblastach i limfocytach, a więc możnaby argumentami samego PAPPENHEIM'a obalić jego twierdzenie o limfatycznej naturze myeloblastów.

Tak samo mało można ufać dowodzeniom MICHAËLIS'a i WOLFF'a, którzy chcą oprzeć odróżnienie limfocytów i „pseudolimfocytów“ w wysiękach na ich zachowaniu się względem barwienia.

I NAEGELI popada w jednostronność, chcąc znaleźć histo-chemiczne uzasadnienie oddzielenia myeloblastów od limfocytów. Znalazł on je w różnem

natężeniu zdolności do barwienia się jąder i zarodzi u obu rodzajów komórek: u małych limfocytów zaródź jest więcej zasadowa i barwi się mocniej, u myeloblastów — jądro. Ale ta delikatna różnica zależy także, jak NÄEGELI obecnie sam przyznaje, od czasu utrwalania preparatu, który trudno ściśle uregulować; dlatego dowodzenia tego nie można uważać za nietykalne, tembardziej, że zachodzi kwestya, czy osocze [krwi, względnie szpiku kostnego] nie ma wpływu na zasadowość komórki. O tem muszą zdecydować dalsze badania.

Inni autorowie, jak USKOFF, GULLAND, BENDA, LUBARSCH, doszli do przekonania, że zapomocą analizy barwnej nie można z pewnością odróżnić komórki pochodzenia śledzionowego od szpikowej lub limfatycznej. Podobnego zdania są SCHUR i LÖWY, którzy przyznają, że, mimo starań, nie udało im się znaleźć różnicy w barwieniu się między limfocytami a jednojądrowymi bezziarnistymi podstopniami komórek ziarnistych.

Z powyższego wynika, że nawet najnowsze metody barwienia, podawane po części jako swoiste dla limfocytów, nie są w stanie przeprowadzić barwnikowego odróżnienia limfocytów i myeloblastów, odróżnienia, warunkowanego danymi biologicznymi, patologicznymi i embryologicznymi.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. -- Patrz Nr. 11].

III.

A. P., lat 16. 3 tygodnie przed zapisaniem się do szpitala bóle opasujące Po 2-eh dniach zupełny paraliż kończyn dolnych i zatrzymanie moczu. O b j e k t y w n i e: *paraplegia inferior completa*. *Gibbus* od dzieciństwa. Anestezya zupełna na wszystkie rodzaje czucia. *Incontinentia urinae et alvi*. Brak odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA. R o z p o z n a n i e: *spondylitis tbc.*

Na 3 tygodnie przed zapisaniem się do szpitala chory poczuł obustronne, opasujące bóle w dolnej części grzbietowego odcinka kręgosłupa. Te bóle trwały 2 dni i znikły po zastosowaniu jakiegoś smarowania. Trzeciego dnia wystąpił nagle zupełny paraliż obu kończyn dolnych; chory twierdzi stanowczo, że nawet odrętwienia w nogach nie czuł przedtem zupełnie, że wystąpiło ono również nagle, stopień zaś paraliżu kończyn dolnych, jaki stwierdzić można obecnie, nie różni się niczem od tego, jaki był przed 3-ma tygodniami. Przez całe te 3 tygodnie bólów nie było zupełnie. Na dzień przed wystąpieniem paraliżu nastąpiło zatrzymanie moczu; co się tyczy oddawania kału, to na początku choroby robiono choremu ciągle lawatywy, w ostatnich zaś dniach chory nie może utrzymać kału i nie czuje zupełnie, kiedy go oddaje (*incontinentia alvi c. insensibilitate*). Jednocześnie z objawami nerwowymi wystąpił kaszel, ogólne osłabienie, poty nocne i *meteorismus*. 2 tygodnie temu wytworzyła się odleżyna w okolicy krzyża. Kiedy chory miał 5 lat, robiono mu operacye na kościach twarzy i głowy. 2 lata temu przechodził zapalenie stawu lewego łokciowego. Garb na plecach chory ma podobno od wczesnych lat dzieciństwa.

St. praes. 11 maja 1903 r. Chory *ex aspectu* robi wrażenie 10—12-letniego chłopca: mała, blada, wychudła twarzyczka; wzrost mały; system kostny i mięśniowy rozwinięte nadzwyczaj niedostatecznie; błony śluzowe bladawe, *syndactylia* 2-go i 3-go palców stopy lewej. Obrzęków, wysypki niema. Na krzyżu odleżyna, w postaci czerwonej powierzchownej ranki z otworem pośrodku wielkości miedzianej dziesiątki. Na czaszce [kilka centym. powyżej lewego oka] widać głębokie i długie zagłębienie z blizną po środku; na lewej połowie twarzy u przodu ucha powierzchowna blizna pooperacyjna. Lewy staw łokciowy w stanie niezupełnej ankiлоzy.

S y s t e m n e r w o w y. Ze strony nerwów czaszkowych niema zmian widocznych. Żrenice reagują prawidłowo na światło; ruchy gałek ocznych na wszystkie strony zachowane. Czucie na twarzy zachowane; język chory wysuwa w linii prostej. Wzrok i słuch normalne. Ruchy głowy na wszystkie strony zachowane.

K o ń c z y n y g ó r n e również nie wykazują żadnych zmian patologicznych ani w sferze ruchowej, ani czuciowej. Odruchy z *m. triceps* — słabe; z *periosteum* — również osłabione z obu stron.

T u ł ó w. Chory nie jest w stanie unieść się na łóżku o własnych siłach; jeżeli się go podniesie i sadza na pościeli, to zachowuje to położenie, przytrzymując się mocno pościeli, ale i wtedy nawet prędko się męczy i prosi, ażeby go położyć.

C z u c i e wykazuje zaburzenia znaczne: z przodu granica dla czucia dotykowego znajduje się z prawej strony w okolicy 4-go żebra, z lewej — trochę niżej [6—7 żebro]; dla czucia bólowego: z prawej strony mniej więcej VII—VIII żebro, z lewej — na jednym poziomie z pępkiem. Czucie ciepłikowe na piersi i brzuchu zachowane aż do pachwiny, gdzie chory z obu stron ani ciepła, ani zimna już nie odczuwa. Na tylnej powierzchni tułowia czucie dotykowe i bólowe zachowane aż do II—III kręgu grzbietowego. Czucie ciepłikowe zachowane aż do krzyżowego odcinka kręgosłupa.

W okolicy dolnych szyjowych i górnych grzbietowych kręgów wyraźny garb postaci łukowatej, nie tworzący wyraźnego kąta, nie bolesny przy naciśnięciu. Odruch brzuszny = 0.

K o ń c z y n y d o l n e. *Paralysis flasque* obu kończyn. Ruchy czynne w stawach kolanowych i biodrowych, i w palcach zupełnie zniesione. Przy ruchach biernych nie wyczuwa się żadnego wzmoczonego napięcia mięśniowego. C z u c i e [dotykowe, bólowe, ciepłikowe i mięśniowe] zupełnie zniesione. Co do czucia mięśniowego, zauważyć należy, że chory nie odczuwa nawet maksymalnych ruchów biernych, wykonywanych z całą kończyną.

PR, AR = 0; odruch jądrowy = 0.

Przy drażnieniu podeszwy występują czasami ruchy palców, wywołane działaniem mięśni międzykostnych [zginanie 1-ych falang a rozginanie innych]; duży palec po większej części w ruchach tych udziału nie bierze. Przy kluciu goleni i stopy występują t. zw. ruchy obronne (*Abwehrbewegungen*), których intensywność powiększa się w miarę tego, jak podrażnienie dokonywa się niżej [t. j. bardziej na obwodzie]; przy głębokich nawet ukłuciach w okolicy uda ruchy te nie występują zupełnie.

Ze strony narządów miednicy: *relentio urinae et incontinentia alvi cum insensibilitate*.

Ze strony narządów wewnętrznych krepitacje w całym prawym płucu i nieznaczne stłumienie poniżej prawego obojczyka. Tętno 128. Tony serca czyste.

19.V. *St. idem*. Tworzy się nowa odleżyna.

22.V. Bóle w brzuchu, zjawiające się napadowo.

24.V. Wczoraj chory zaczął oddawać urynę bezwiednie.

Na przedniej powierzchni lewego uda silne ukłucie wywołuje opóźnione, ale dość silne uczucie bólu. W innych miejscach znieczulenie zupełne.

26.V. Ukłucie czuje chory na przednio-wewnętrznej powierzchni lewego uda na górnych $\frac{2}{3}$ częściach; czucie dotyku i czucie ciepłikowe zniesione w tem miejscu.

Incontinentia urinae et alvi. Wczoraj i dziś zauważono podczas wizyty lekarskiej co następuje: pewna ilość moczu odeszła strumieniem, poczem pod koniec oddawania moczu nastąpiły 2—3 następujące po sobie bezpośrednio skurcze [krótkie, przerywane strumienie moczu], zaś później mocz przestał odchodzić zupełnie, tak że nie można było stwierdzić odchodzenia moczu kroplami.

29.V. Powierzchnowa odleżyna na wewnętrznej powierzchni obu kolan i na wewnętrznej powierzchni stawów skokowych z obu stron. Znaczny obrzęk obu stóp, mniejszy na obu goleniach. Od czasu do czasu występuje bardzo silny ból przy ukłuciu środkowego odcinka przedniej powierzchni lewego uda. Wszędzie indziej anestezja na wszystkie rodzaje czucia z wyjątkiem podeszew i podeszwy powierzchni palców, gdzie chory odróżnia dotyk od ukłucia szpilką.

31.V. Chory apatyczny, senny, brak łaknienia. Tętno 120. Przy kluciu kończyn dolnych występują wzmiankowane już „ruchy obronne”; najwybitniej występują te ruchy przy ukłuciach podeszwy i tylnej powierzchni stopy; w mniej-

szym stopniu zjawiają się te ruchy przy ukluciu przedniej powierzchni goleni oraz tylno-wewnętrznej powierzchni uda. Ruchy te polegają na lekkim zgięciu i doprowadzeniu uda, lekkim zgięciu kolana oraz na nieznacznym, powolnym zgięciu tylnym stopy (*flexio dorsalis pedis*). PR [jak przedtem]=0; AR d z i s i a j z u p e ł n i e w y r a ż n e, ż y w e; odruch podeszwy: z lewej strony — osłabiona *flexio plantaris*; z prawej — słabo zaznaczony objaw BABIŃSKIEGO. *Cremaster refl.*=0; *paraplegia inferior completa; incontinentia urinae et alvi.*

1.VI. Stan ogólny subiektywnie lepszy. Brak łaknienia; silne pragnienie.

2.VI. Wczoraj wieczorem ciepota 39°. Osłabienie ogólne; stęka bez przerwy. PR=0; AR—żywe z obu stron.

3.VI. *St. idem.*

4.VI. Gorączka; tętno 132. Odruchy ze ścięgna ACHILLESA żywe; ze strony prawej czasami *Fussclonus*.

5.VI. Chory skarży się na kaszel. Obrzęk powieki lewej i dłoni lewej. Bolesność przy opukiwaniu brzucha.

6.VI. Nad ranem—*exitus letalis.*

S e k c y i nie udało się wykonać.

Reasumując pokrótce powyżej opisany przypadek, mamy tu do czynienia z 16-letnim, niedorozwiniętym fizycznie chłopcem, który przed kilku laty przechodził kilka operacji kostnych, od dzieciństwa zaś ma garb na plecach. Choroba niniejsza rozpoczęła się na 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala od silnych bólów opasujących, które w ciągu 2-ch dni ustąpiły, zaś na 3-ci dzień zjawił się nagle zupełny paraliż obu kończyn dolnych z zatrzymaniem moczu i bezwiednym oddawaniem kału. Jednocześnie wystąpiły objawy ze strony płuc, które wraz z objawami ogólnymi [osłabienie, poty nocne], wskazują niewątpliwie na gruźlicę. Przy badaniu ustroju nerwowego okazało się, co następuje: paraliż wiotki obu kończyn dolnych wraz ze znieczuleniem kompletnym na wszystkie rodzaje czucia kończyn dolnych i części dolnych tułowia; dalej—brak zupełny odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA; przy wywoływaniu odruchu z podeszwy otrzymuje się zginanie pierwszych falang palców i rozginanie następnych [1-szy palec zwykle nie bierze udziału w tych ruchach]. Brzuszne i jądrowe odruchy=0. Garb niebolesny, o postaci łukowatej, w okolicy kręgow dolnych szyjowych i górnych grzbietowych. Ze strony narządów miedniczych zrazu stwierdzić było można zatrzymanie moczu i bezwiedne oddawanie kału, w ciągu choroby zatrzymanie moczu przeszło również w bezwiedne jego oddawanie (*incontinentia urinae*). Wreszcie zaznaczyć należy odleżyny na krzyżu i kończynach dolnych. Wobec stwierdzonych objawów gruźlicy płucnej [stłumienie z prawej strony poniżej obojczyka, trzeszczenia w całym prawym płucu, podniesienie ciepłoty, poty nocne i t. d.], a dalej wobec wyżej wzmiankowanego garbu nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z gruźliczem cierpieniem kręgow (*spondylitis tuberculosa*), które dało w następstwie objawy ze strony rdzenia. Pod względem klinicznym przebieg tego,

pospolitego zresztą, cierpienia przedstawia się bardzo niezwykle i ze stanowiska patologii rdzenia zasługuje na specjalne omówienie.

Istnieje ogólnie obowiązująca zasada, przyjęta na podstawie danych eksperymentalnych i przeniesiona później do kliniki, że o ile ognisko w rdzeniu lub jego ucisk znajduje się powyżej ośrodków danego odruchu w rdzeniu, to w obrazie klinicznym występuje ten odruch, jako wzmózony, i w części ciała, otrzymującej unerwienie z miejsca, leżącego poniżej ogniska, bywa wzmózone napięcie mięśniowe. Objaśniano to sobie w ten sposób, że w tych warunkach zmniejsza się lub znika zupełnie wpływ hamujący ośrodków mózgowych na odruchy. Tak np. odruch kolanowy i odruch ze ścięgna ACHILLESA, oraz napięcie mięśniowe zazwyczaj bywają wzmózone w mniejszym lub większym stopniu, o ile mamy do czynienia z ogniskiem lub z uciskiem w części grzbietowej lub szyjowej rdzenia. W naszym przypadku natomiast pomimo, że *gibbus* znajdował się w dolnej części szyjowej i górnej grzbietowej, mieliśmy paraliż wiotki obu kończyn dolnych (*paraplégie flasque*) z całkowitem zniesieniem odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA z obu stron.

Przypadek nasz wobec tego staje w sprzeczności z powyżej zauważonym prawem i być może, należy do kategorii przypadków, którą wprowadzili do patologii BASTIAN i THORNBURN w 1882 r. Uczeni ci, wbrew panującym poglądom klinicznym i danym eksperymentalnym, orzekli, że wzmózenie odruchów następuje tylko w tych przypadkach, kiedy rdzeń nie uległ zupełnemu przerwaniu na 2 części, natomiast, jeżeli w górnej części grzbietowej lub w szyjowej rdzeń ulega takiemu uszkodzeniu, że przerywa się zupełnie, to odruchy w części ciała poniżej uszkodzenia nie tylko nie są wzmózone, ale przeciwnie giną i nie wracają więcej; dalej, nigdy w takich razach niema wzmózonego napięcia mięśniowego, ale następuje wiotki paraliż kończyn dolnych. Temu zjawisku uczeni powyżsi przypisywali znaczenie tem większe, że, według ich mniemania, ośrodki i łuki odruchowe w odciętych dolnych częściach grzbietowych i lędźwiowych rdzenia, jak również i nerwy obwodowe i mięśnie odnośne, wogóle wszystkie działy ustroju nerwowego, od których zależna jest sprawność aktów odruchowych, nie wykazują żadnych zmian organicznych.

Znikanie odruchów w tych przypadkach objaśnia BASTIAN, opierając się na badaniach JACKSON'a, w ten sposób, że przez zupełne przerwanie rdzenia w części szyjowej, pozostałe jego odcinki wyjęte są z pod działania mózdzku, któremu JACKSON przypisywał zdolność pobudzania aktów odruchowych, w przeciwieństwie do hamującej czynności mózgu w tym kierunku. Pierwsze prace BASTIAN'a przebrzmiały bez echa; dopiero późniejsze obserwacje tegoż autora, stwierdzające zjawiska powyżej przytoczone, zwróciły uwagę neurologów i zapoczątkowały szereg spostrzeżeń odnośnych.

M. ŁAPINSKIJ poświęcił w ostatnich czasach [1901] tej sprawie obszerną pracę¹⁾, w której poddaje ścisłej krytyce wszystkie ogłoszone dotąd przypad-

¹⁾ Sostojanie refleksow w paralizowannoj czasti tjeła pri totalnych pererywach spinawo mozga.

ki, mające stwierdzać, według autorów, prawo BASTIAN'a-THORNBURN'a, ogłasza dwa własne przypadki oraz przytacza doświadczenia, dokonane na zwierzętach. Podług ŁAPIŃSKIEGO, terażniejszy stan rzeczy w tej sprawie przedstawia się w sposób następujący. Żaden z przypadków dotąd ogłoszonych, nie wyłączając nawet tych 6-u [BRUNS'a, HOCHÉ'go, HABEL'a, EGGER'a, PFEFFER'a i SENATOR'a], które przez SENATOR'a uważane są za bezwzględne dowody słuszności prawa BASTIAN'a, nie jest wolny od mniej lub więcej ciężkich zarzutów. Niektóre z tych przypadków nie mogą być zaliczane do kategorii przypadków BASTIAN'a, nie odpowiadały bowiem zasadniczemu warunkom, jakie podaje BASTIAN; albo uszkodzenie rdzenia wywołało jego przerwanie nie w górnej grzbietowej części, jak tego chce BASTIAN, a w dolnej [np. przypadek GERHARDT'a, uważany przez BRUNS'a i van-GEHUCHTEN'a za potwierdzenie prawa BASTIAN'a]; albo nie było wcale przerwania rdzenia, ale tylko jego ucisk [np. przypadki KADNER'a i HOCHÉ'go]. Dalej, w tych przypadkach, gdzie zostało już niewątpliwie stwierdzone przerwanie rdzenia w podawanym przez BASTIAN'a odcinku, albo zupełnie nie badano lędźwiowych odcinków rdzenia oraz nerwów i mięśni kończyn dolnych [przypadki KADNER'a, HABEL'a], albo też nie zwrócono dostatecznej uwagi na pozytywne wyniki tych badań i nie wyprowadzono z nich należytych wniosków.

Tak np. w przypadku EGGER'a stwierdzono zmniejszoną liczbę komórek przednich rogów w części lędźwiowej rdzenia oraz zmiany zanikowe w mięśniach czterogłowym; w przypadku BRUNS'a również znajdowano zmiany w składowych częściach łuku odruchowego dla kończyn dolnych; w części lędźwiowej rdzenia uległy zmianom patologicznym słupy CLARCKE'a, w *n. cruralis* znaleziono zmiany anatomiczne, które OPPENHEIM i SIEMERLING określili, jako międzymięższkowe zapalenie nerwu (*neuritis parenchymatosa*); wreszcie w mięśniach *gastrocnemius* i *rectus femoris* również znaleziono mniej lub więcej znaczne zmiany patologiczne.

Wobec tego ŁAPIŃSKI objaśnia zniknięcie odruchów w tych przypadkach po prostu zmianami organicznymi w odnośnym łuku odruchowym i nie widzi dobrej racji, dla której należałoby tu fakt znikania odruchów czynić zależnym od przerwania rdzenia w górnej grzbietowej lub szyjowej jego części.

Autor ten przytacza wreszcie przypadki, wprost przeczące prawu BASTIAN'a, przypadki, w których po całkowitem przecięciu rdzenia niektóre odruchy [bądź ścięgniste, bądź skórne], były zachowane [BARBE, BRAUER, KAHLER-PICK, GERHARDT], albo też znikaly tylko na bardzo krótki przeciąg czasu, a później powracały [przypadki FÜRBRINGER'a i samego BASTIAN'a]. W przypadku FÜRBRINGER'a np., dotyczącym 60-letniego starca, któremu spadł na plecy ciężar i zmiażdżył III i IV kręgi grzbietowy, a w następstwie i rdzeń w odcinkach odnośnych, przerwanie rdzenia było zupełne, o czym autor przekonał się na sekcji. Kliniczny obraz wykazywał zupełną paraplegię kończyn dolnych, zupełne znieczulenie na wszystkie rodzaje czucia klatki piersiowej, tułowia i kończyn dolnych; odruchy ścięgniste znikły zupełnie, ale na 3-i dzień po urazie wystąpiły już zupełnie wyraźnie. [C. d. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.



Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieła „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Bernu i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i PH. PAGNIER'a].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

Ważną jest rzeczą w leczeniu neuroz podawanie odpowiedniego pożywienia. Tak DÉJERINE jak i DUBOIS poddają chorych przez pierwszy tydzień kuracyi dyecie mlecznej. Ułatwia to niezmiernie dawkowanie pożywienia stosownie do wydatków i potrzeb organizmu. Zaczyna się od 1 litra dziennie, dochodząc stopniowo do 4 — 5 l. Po upływie tygodnia chory dostaje 100 — 200 gr. mięsa, parę jaj, *purée* z jarzyn i t. d. Dyeta zresztą może być rozmaicie skombinowana; chodzi o to, ażeby dostarczyć jak najwięcej substancji pożywnych w stosunkowo małej objętości.

Masaż, elektryzacja i hydroterapia w oddziale prof. DÉJERINE'a są mało stosowane, lekarstwa prawie również nieużywane. Główny nacisk w całym przebiegu kuracyi położony jest na leczenie stanu umysłowego chorego, czyli na psychoterapię.

Zanim przejdziemy do bliższego rozpatrzenia tej metody, musimy się zapoznać z poglądami prof. DÉJERINE'a i DUBOIS na istotę psychoneuroz.

Głównem zjawiskiem w psychoneurozach jest udział umysłowości chorego i jego wyobrażeń (*représentations mentales*). Zboczenia życia psychicznego nie są w danym przypadku wtórne i wywołane jakąś zmianą tkanki mózgowej; przeciwnie, pochodzenie choroby jest czysto ideowe; idea, wyobrażenie wytwarza i rozwija objawy chorobowe. Dotychczas szukano przyczyn neurastenii, histeryi, hipochondryi i t. p. w nieprawidłowych funkcjach rozmaitych narządów; leczono więc te narządy w najrozmaitszy sposób, zapominając o rzeczy głównej, t. j. o leczeniu psychiki chorego. Nerwowość zaś jest chorobą psychiczną, a jako taka, musi być psychicznie leczona.

Racjonalne leczenie neuropatów polega na przywróceniu choremu zdolności panowania nad sobą; środkiem do tego jest kształcenie woli, a raczej, jak twierdzi DUBOIS, rozumu (*raison*). Biologia wykazuje, że równolegle z objawami psychiki naszej powstaje w mózgu pewna praca. Autonomia istoty moralnej jest pozorna. Reakcyje psychiczne są zawsze wywołane podnieceniami zewnętrznymi, które wytwarzają następnie pewne skojarzenia myśli. Logicznem więc jest przyjąć, że nie może być zjawisk psychicznych bez równoległej powstającej pracy mózgu, bez zmian fizyko-chemicznych, zachodzących w komórce mózgowej. *Nihil est in intellectu quod non sit in cerebro*—głosi prof. DUBOIS.

W życiu praktycznem, a zwłaszcza w dziedzinie spostrzeżeń lekarskich, przypuścić musimy, że normalnemu intelektowi odpowiada normalny mózg; każdemu zaś stanowi duszy i nastrojowi odpowiada pewien stan pewnych grup komórek mózgowych. Między pracą umysłową a zmęczeniem, przez nią spowodowanem, zachodzi taki sam widoczny związek, jaki istnieje między pracą mięs-

niową a zmęczeniem. Przypuszczać należy, że z czasem można będzie w tej dziedzinie wykazać prawo zachowania energii.

Ponieważ każdy akt jest związany ze współrzedną pracą mózgową, ze zmianami chemizmu komórek, musimy przypuścić, że niema chorób umysłowych, nerwowych bez podścieliska materialnego. Że te zmiany niezawsze są dostrzegalne, przypisać należy tylko niedoskonałości naszych metod badania.

Umysł ludzki jest w stałej zależności od działających nań czynników: zależność ta jest nieunikniona w chwili, gdy już następuje reakcja i trwa dopóki nie zjawia się impulsy przeciwne, zmieniające kierunek, nadanego przez poprzednie impulsy, ruchu.

Poddajmy człowieka, źle postępującego w naszym mniemaniu, wpływowi lepszych czynników, nagromadźmy w tej duszy pojęcia i wrażenia, mogące wytworzyć w nim szlachetniejsze uczucia, a możemy z pewnością twierdzić, że nastąpi w jego postępowaniu zwrot, spowodowany zmianą charakteru.

Tego rodzaju koncepcya prowadzi nas logicznie do wyrozumiałości, do tej wyrozumiałości, która przebacza, zamykając oczy na przeszłość, a patrząc z ufnością w przyszłość. Wtedy nie będą nas irytowały ani dziwactwa historyczki, ani brudne postęпки egoisty.

W pojęciu deterministycznym wola, jako władza niezależna nie istnieje. Nasze decyzje, nasze chcenia są zawsze uwarunkowane pewnymi pobudkami, których przezwyciężyć w chwili, gdy już następuje reakcja, nie możemy. We wszystkich przejawach t. zw. woli DUBOIS nie widzi właśnie tego, co ją powinno charakteryzować, t. j. w y s i ł k u (*effort*). Dlatego swój system leczenia psychoneuroz nazywa on kształceniem nie woli lecz rozumu (*raison*). Nasze idee wtedy nas popychają do czynu, gdy stają się przekonaniem; wtedy niema walki i wtedy powstaje ruch taki, jak ciała spadające pod wpływem ciężenia ku ziemi. Wahanie ustaje w chwili, gdy na podstawach wyrozumowanych wytworzymy w sobie wrażenia i uczucia silniejsze od poprzednich. Pamiętać przytem należy, że najważniejszym bodźcem działania jest jasne wytknięcie celu.

Dokładne zrozumienie determinizmu biologicznego nie tylko nie zmniejsza moralności, lecz jest najlepszą podstawą psychicznej ortopedyi.

DUBOIS wyjaśnia ten pozorny paradoks w sposób następujący.

Człowiek zawsze miał i zawsze mieć będzie jeden tylko cel: zdobycie szczęścia. Większość ludzi widzi szczęście w zaspokojeniu swoich pragnień i w jak największym użyciu życia. Przeszkody, jakie napotyka w pogoni za tym celem, wywołują w człowieku bunt, a przynajmniej niezadowolnienie. Szczęście jego jest więc zależne od warunków zewnętrznych, jest zatem względne i przemijające. Inni pracują w nadziei na nagrodę w przyszłym życiu; niektórzy zaś, nie gardząc dobrami doczesnymi, spodziewają się w niebie lepszej przyszłości.

Zastanowiwszy się trochę głębiej nad życiem, dojdziemy do przekonania, że szczęście nasze mniej zależy od warunków zewnętrznych, aniżeli od stanu naszej duszy, t. j. od naszej psychiki. Intensywność cierpienia, jakie odczuwamy wobec spotykających nas nieszcześć, zależy przedewszystkiem od nastroju, z jakim przyjmujemy te przeciwności losu. Najczęściej przyczyną dotykających nas ciosów jesteśmy my sami, nasze wady, nasza anormalna umysłowość. Jeżeli nie jesteśmy bezpośrednią przyczyną cierpień swych, to wypływają one z dziedziczności, płacimy za naszych poprzedników.

Ludzkość więc, spragniona szczęścia, powinna kłaść główny nacisk na rozwój moralny; środkiem zaś, prowadzącym do tego celu, jest wychowanie. Wychowanie to rozpoczyna się wraz z życiem, a zadania wychowawczego powinni się podjąć rodzice. Pamiętać należy, że wady, odkryte w dzieciństwie, zależą od umysłowości wrodzonej, której źródłem jest dziedziczność, atawizm, oraz czynu-

niki, działające na dziecko w stadium embryonalnym. Można biadać nad surowością nieubłaganą praw dziedziczności, lecz niewolno czynić istoty, której się dało życie, odpowiedzialną za swój ustrój fizyczny lub moralny. Wychowanie powinno mieć na względzie poprawienie skłonności wadliwych, obudzenie poczucia moralnego, wyćwiczenie rozumu takie, ażeby tenże mógł od razu spozstrzedz podniety i przyczyny, uwarunkowujące postępowanie. Wytworzona w ten sposób moralność będzie dla człowieka drogowskazem wówczas nawet, gdy już wyjdzie z pod wpływu wychowawczego rodziców lub opiekunów.

Ortopedia psychiczna napotyka o wiele więcej trudności, gdy się ma do czynienia z osobnikiem dorosłym, w którym wady i ułomności charakteru są do pewnego stopnia skonsolidowane. Między wadą charakteru, a chorobą umysłowości nie ma różnicy, gdyż jedno i drugie jest wynikiem anormalnej psychiki. Fałszywym jest przekonanie, że **ch o r o b a u m y s ł o w a** jest wynikiem przyczyn fizycznych, podczas gdy t. zw. wada charakteru ma mieć podścielisko czysto psychiczne. Paralelizm psychofizyczny zmusza nas do twierdzenia, że umysłowość anormalna zależna jest od nienormalnego stanu mózgu, ten stan zaś może być wynikiem przyczyn fizycznych i moralnych, działających na wytworzenie tak samo wady charakteru, jak i zбочenia umysłowego.

Zadaniem lekarza, tak samo jak i wychowawcy, jest skonstatowanie anormalności stanu umysłowego (*mentalité anormale*), zbadanie jej przyczyn moralnych lub fizycznych [mając zawsze na względzie działanie detarminizmu], nareszcie zastosowanie ortopedji psychicznej, zapomocą czynników moralnych i fizycznych. Przy tem wszystkim należy nie zapominać, że powinno się otoczyć chorego lub wychowanka atmosferą życzliwości i sympatyj, co jest koniecznym warunkiem dopięcia zamierzonego celu.

Człowiek jest istotą bierną, reagującą tylko na rozmaite podniety. Wszystkie funkcje ludzkiego organizmu od najprostrzych do najzawilszych, nie wyłączając najwyższych przejawów ludzkiego umysłu, powstają zawsze przez jeden i ten sam mechanizm: pobudzenie peryferyczne, drażniące zakończenia nerwów czuciowych, transmisja do centrów zhierarchizowanych i wreszcie odruch, odbicie mniej lub więcej dalekie na grupy nerwowo - czuciowe motoryczne lub myślowe.

Przyczyna zбочeń, które patologia nam podaje, może być fizyczna lub psychiczna; samo przez się się rozumie, że przyczyny te mogą działać wspólnie. Smutek np. jest pewnym stanem duszy, jest to zjawisko psychiczne, lecz musimy przyjąć zarazem *substratum* materialne, ponieważ każdemu zjawisku świadomości towarzyszy odpowiedni stan cerebralny. Smutek może być wywołany przyczyną natury psychicznej, np. utratą drogiej osoby, lecz może być również spowodowany przyczyną somatyczną, np. działaniem toksyn na ośrodki nerwowe. Zarówno w jednym, jak i w drugim wypadku zachodzą zmiany w tkance mózgowej; w jednym i w drugim wypadku nowy jakiś czynnik psychiczny, jakaś idea, może wywołać powrót do stanu normalnego. W intoksykacji alkoholycznej np., jeżeli człowiek nie utracił jeszcze zupełnie świadomości, oszłomienie może momentalnie zniknąć pod wpływem jakiejś emocji, wstydu i t. d.

Jeżeli człowiekowi udaje się przezwyciężyć pewien wpływ szkodliwy, bądź fizyczny, bądź psychiczny, to staje się to dzięki zmianom, zaszłym w mózgu danego osobnika. Uleczenie może być spowodowane otruciem, jak np. u pijanego, któremu wino już wyszumiało z głowy, może być ułatwione przez spokój i przez działanie czynników terapeutycznych, lecz może także być rezultatem idei, wyobrażenia, wywołanego drogą asocjacji. Wszelka myśl wytwarza w mózgu pracę intensywną, czynność materialną, szereg procesów fizykochemicznych, poczem komórka nerwowa powraca mniej lub więcej szybko do

stanu normalnego. Weźmy np. chorego w pełni zatrucia uremicznego. Będąc w stanie ciągłego podniecenia, odmawia on posiłku, przyjęcia lekarstw; pomimo prośb rodziny chce on opuścić łóżko. Zjawienie się lekarza wywołuje natychmiastową zmianę i chory pod wpływem uspakajających słów doktora posłusznie wraca do łóżka i poddaje się dalszym przepisom.

Bezwarunkowo działa tu wpływ sugiestyjny lekarza — osoby obcej, — która pod każdym względem imponuje choremu i dzięki której chory odzyskuje panowanie nad sobą.

Niewątpliwie ten sam rezultat da się osiągnąć przez dyetę mleczną, środki moczopędne i t. d., lecz działanie ich jest powolniejsze; są zaś przypadki, w których lekarz powinien bezwarunkowo uciekać się do psychoterapii, widząc, że działa ona zarówno na psychikę, jak i na mózg chorego.

Psychoterapia dająca się tylko do pewnego stopnia stosować w chorobach takich, jak paraliż postępowy, *meningitis*, intoksykacje i t. d., powinna być stosowana jako leczenie zapobiegawcze u osobników usposobionych do zбоcezeń nerwowych. Panowanie jej powinno zaś być wszechwładne przy leczeniu psychoneuroz.

Objawy psychoneuroz są niezliczone. Prawie wszystkie zjawiska patologiczne, towarzyszące chorobom organicznym, mają swoich sobowtórów w neurozie. Charakterystyki zatem neuroz należy szukać nie w symptomatach, lecz w psychice chorego, która mniej lub więcej odbiega od typu umysłowości normalnej.

Anormalność psychiczna nerwoców objawia się w trzech zasadniczych rysach: po pierwsze — nadzwyczajna podatność do sugestyi, powtórę — zbyt łatwe uleganie zmęczeniu (*fatigabilité*) i po trzecie — zwiększona wrażliwość. Wszelkie reakcje są u nerwoców zazwyczaj przesadzone; objaśnia się to nie tylko przez siłę tych reakcji i łatwość, z jaką one powstają, lecz i przez zбоczenie od normalnego typu odruchów; spotykamy bowiem w neurozach rozmaite, niespodziewane irradycje.

Podatność ludzka do sugestyi jest niezmierną. Sugestia zabarwia nasze wrażenia, spacza nasz sąd, wytwarza rozmaite złudzenia, których zwyczajnie przedstawia zawsze wiele trudności, pomimo przywoływania całego naszego rozumu na pomoc. Podatność do sugestyi jest właściwie wadą i jednostką, chcąc zachować w całości swój zdrowy rozsądek oraz zapewnić sobie zdrowie psychiczne, powinna w każdej chwili odwoływać się do swego rozumu i kontrolować swoją umysłowość. Mieć rozwinięty zmysł krytyczny, jest najlepszą ochroną przeciwko zбоcezeniom funkcyjnym, powstającym drogą wyobrażeń umysłowych (*représentations mentales*). Nikt w gruncie rzeczy nie jest zupełnie odporny wobec sugestyi; wszystko zależy od momentu psychologicznego, w jakim znajduje się osobnik sugestyonowany, oraz od pewności siebie osoby sugestyonującej.

Wychowanie powinno dążyć do wyzwolenia od nierozumnej, bezkrytycznej podatności do sugestyi. Umysł człowieka powinien umieć odrzucić sugestie szkodliwe, a pozostawić te, które prowadzą go po drogach prawdy.

Drugą cechą charakterystyczną nerwoców jest łatwość, z jaką oni ulegają zmęczeniu. Zbytnie zmęczenie wywiera bardzo szkodliwy wpływ na intelekt najzdrowszego człowieka i może spowodować objawy psychoneurozy. Jasnym jest jednak, że zmęczenie podziała szybciej i silniej na jednostki o systemacie nerwowym do pewnego stopnia osłabionym: byle bagatela może wytrącić je z równowagi umysłowej. W zmęczeniu ważną rolę gra pewien element psychiczny, na który nie zwrócono dotąd dostatecznej uwagi; jest to przekonanie, że się jest zmęczony, przekonanie bynajmniej nie proporcjonalne do stopnia rzeczywistego wyczerpania. Źródło tego przeświad-

czenia leży we wrodzonej skłonności człowieka do pesymizmu, zmęczenie zaś potęguje zwykle tę skłonność. Zmęczenie rzeczywiste podwaja się a u t o s u g e s t y ą zmęczenia, przyczem zjawia się uczucie nudy i zniechęcenia.

Nieraz pod wpływem zachęty do pracy, lub też radosnej nowiny znika uczucie zmęczenia; nie trzeba jednak przypuszczać, że mamy w tym przypadku do czynienia z dynamogenią, nie mamy tu bowiem, wytworzenia nowych sił, nowej energii; zostają tylko wyzwolone siły istniejące, potencjalne, unieruchomione poprzednio przez świadomość zmęczenia.

To co publiczność nazywa l e n i s t w e m, jest w rzeczywistości stanem patologicznym mózgu, nie zaś wadą charakteru. Obowiązek lekarza lub wychowawcy, wobec stanu psychicznej niemocy, polega na dokładnem zanalizowaniu stanu fizycznego i psychicznego danej jednostki i na znalezieniu punktu oparcia dla podniesienia energii i pobudzenia do czynu. Odrodzić uspione poczucie obowiązku, podniecić uczucia altruistyczne, jest rzeczą pożyteczną zarówno w przypadkach ogólnie uznanych jako chorobliwe, jak i w tych, które się piętnują mianem lenistwa, gnuśności. Umiejętność lekarza zasadza się na znalezieniu środka najpotężniejszego i najszybciej działającego. Niekiedy rdzeń rzeczywisty zmęczenia jest dość wielki, a wtedy potrzebny jest mniej lub więcej długi wypoczynek; niekiedy wystarcza działanie dynamofoniczne zachęty, wyobrażenia wzmacniającego, paru uwag moralnych. Są osobniki nieraz bardzo wyczerpane, dotknięte przytem całym szeregiem cierpień, jak bóle głowy, dyspepsy, wychudzone do wysokiego stopnia; odzyskują one jednak energię po jednej rozmowie psychoterapeutycznej, w której umiano znaleźć należyta dźwignię; spotykamy jednak i takich, którzy, nie mając zgoła symptomatów patologicznych, cierpią przez całe życie na gnuśność, osłabienie psychiczne, ostające się przed wszystkimi środkami fizycznymi lub moralnymi. Podobna analiza zmęczenia niezbędna jest dla lekarza, który chce się uciec do wpływu psychoterapii. Powinien on umieć prowadzić chorego wśród labiryntu analizy psychologicznej swoich wrażeń i uczuć. W większości przypadków jest to jedyny sposób wyleczenia chorego i przywrócenia mu na zawsze poczucia, które samo jedynie jest źródłem mocy, t. j. przekonania o swojej energii i sile.

Większa część wrażeń, które bezpośrednio, t. j. drogą refleksów lub pośrednio, czyli drogą wyobrażeń, wywołują nasze czyny, otrzymywana jest za pomocą naszych pięciu zmysłów. Tą drogą jedynie otoczenie oddziaływa na człowieka i w ten sposób też wytwarzają się niezliczone heterosugestye, którym podlegamy często ze zbyt wielką biernością. Są też wrażenia bardziej mgliste, nieokreślone, mniej różniczkowane, które pochodzą z głębi organizmu; wrażenia takie są wynikiem pobudzeń centrów niższych, których działalność również jest odruchową. Tu jest źródło licznych impulsów niezupełnie uświadomionych, a mogących również wywołać reakcję, jeżeli im się nie przeciwstawi pobudek wyższego rzędu, wytworzonych przez intelekt.

Wrażenia, o których mowa, t. j. wrażenia czuciowe nie dają się dokładnie wymierzyć; każda jednostka reaguje odmiennie, gdyż samo w r a ż e n i e jest zjawiskiem psychicznem. W zjawisku takim, jak ból, powodowany np. ukłuciem szpilki, mamy 1) zjawisko fizyczne—podrażnienie zakończeń nerwowych; 2) zjawisko fizjologiczne — transmisją drgań nerwowych wzdłuż włókien nerwowych i 3) zjawisko psychiczne, czyli wrażenie bólu, percepcję bólu, powstającą w centrach specjalnych, których lokalizacya nie jest jeszcze znana, znajdująca się jednak prawdopodobnie w warstwie korowej mózgu.

Ta właśnie percepcya zmienia się wraz ze stanem psychicznym każdego. Wrażenie może być usunięte przez roztargnienie, może być spotęgowane przez zwróconą nań uwagę, może nareszcie być wytworzone samoistnie, bez podnieć zewnętrznych, li tylko przez wyobrażenie.

Wszystkie prawie czynniki fizyczne, jak np. powietrze, światło, stan barometryczny i t. d. działają mniej lub więcej na człowieka, lecz wrażenia, wywołane przez te czynniki u ludzi nerwowych, są często spotęgowane, lub spacone przez najrozmaitsze autosugestyje, dzięki którym powstają hiperestezyje, synestezyje i t. d. Interwencya wyobrażenia, autosugestyi, występuje wyraźnie, gdy rozpatrzmy wpływ pożywienia. Jeżeli wyłączymy alkohol, kawę, herbatę, tytoń, których nadużycie wytwarza rzeczywiste zaburzenia w organizmie, oraz niektóre pokarmy, istotnie trudne do strawienia, to możemy stanowczo twierdzić, że dobre funkcjonowanie organizmu mało stosunkowo zależy od pożywienia. Ostrożność neuropatów w tym kierunku jest stanowczo przesadzona. Żyją oni, przesiąknięci rozmaitymi autosugestyjami, wyrzekając się coraz to innych pokarmów. Co gorzej, są lekarze tak mało znający umysłowość neuropatów, że postępują, jak gdyby postawili sobie za zadanie pogorszyć stan pacjentów, przepisując im surową dyetę. Skutek najczęściej bywa opłakany, gdyż dyeta owa, z jednej strony, wytwarza niedostateczne odżywianie organizmu, z drugiej — co ważniejsza — dopomaga do rozwoju hipochondryi, utwierdzając pacjenta w mniemaniu, że jest organicznie chorym.

Należałoby postępować wręcz przeciwnie i starać się przedewszystkiem o obalenie całego rusztowania teoryi i obaw, zbudowanych przez wyobraźnię chorego.

Przechodząc do ostatniego z wymienionych stygmatów psychoneuroz — z większonej wrażliwości, — DUBOIS zaznacza, że wbrew teoryom LANGE'go, JAMES'a, SERGI i innych, uważa on wzruszenie jako zjawisko czysto psychiczne. W mózgu ludzkim, obok myśli obojętnych są i takie, które zapomocą szeregu asocjacji wytwarzają stany uczuciowe. Tym stanom towarzyszą zazwyczaj rozmaite zjawiska fizyczne: łzy, bicie serca, i t. d., które ze swej strony oddziaływając, potęgują wzruszenie. Wzruszenie ma zatem początek ideogenetyczny, w następstwie zaś możemy mieć irradycje refleksów, podrażnienie innych ośrodków, zbudzenie wyobrażeń poprzednich, instynktowych lub nabytych; wszystko to składa się na zjawisko, które nazywamy wzruszeniem (*émotion*). Reakcyje fizyologiczne nie mogą zajść bez wytworzenia nowych wrażeń, idących teraz w kierunku dośrodkowym. Te nowe wrażenia potęgują poprzednie wzruszenie i mogą je podtrzymać nawet wtedy, gdy już jesteśmy uspokojeni; mogą nawet powstać nowe emocye, jak np. uczucie wstydu, przykrości, żeśmy się dali unieść gniewowi i t. p. Cały, ten szereg uczuć tworzy nasze życie psychiczne i śmiesznem jest chcieć to wszystko tłómaczyć „reakcją naczyniowo - ruchową“ [LANGE].

Niektóre uczucia, [strach np.] bądź to przez przyzwyczajenie indywidualne, bądź przez instykt rasy, mogą się stać podświadomymi, lecz początek ich jest zawsze ideogenetyczny, dla zrodzenia bowiem uczucia strachu potrzebna jest mniej lub więcej wyraźna świadomość niebezpieczeństwa. Znieśmy ideę niebezpieczeństwa i uczucie strachu, które się z nią łączy, a przetniemy wzruszenie.

C Powyższe uwagi mają wielkie znaczenie przy leczeniu psychoneuroz. хорzy najczęściej uważają wzruszenie jako reakcyę somatyczną „swoich nerwów“, zapominając o tem, że percepcya wytwarza emocye wówczas tylko, gdy budzi asocjacyę myśli wzruszających (*troublantes*). Skoro więc przyjmniemy, że wrażliwość, uczuciowość jednostki jest zjawiskiem natury umysłowej, to możemy stanowczo utrzymać, że drogą r e e d u k a c y i wrażliwość nerwowców może być zmniejszona.

Neuropaci są w wysokim stopniu nadeczułymi i przez to nie mogą przyjmować spokoju tego, co im życie niesie. Ta przesadna wrażliwość nie tylko każe im powiększać rzeczywiste przeszkody, podnosić najmniejsze przypadki do wielkości katastrof i t. d.; wytwarza ona wzruszenia na podstawie li tylko wyobrażeń.

Podatność do sugestyi i łatwość autosugestyonowania się grają wybitną rolę w powstawaniu wzruszeń u neuropatów; one to potęgują zmęczenie, wrażliwość, wytwarzają łatwowierność i skłonność do przyjmowania wrażeń bez żadnego krytycyzmu. Neuropata znajduje się wciąż w błędnem kole. Wskutek swego psychicznego ustroju odbiera on wrażenia nienormalne, najczęściej spotęgowane; wynika stąd zmęczenie, wyczerpanie, które ze swej strony powiększa wrażliwość.

Z trzech źródeł zmęczenia [praca fizyczna, praca umysłowa i wzruszenia], wzruszenia są najsilniejszą przyczyną wyczerpania nerwowego. W życiu nie podobna uniknąć wzruszeń, lecz można przez zdrową filozofię życiową, przez higienę moralną, wykształcenie krytycyzmu uodpornić człowieka, zwiększyć zasób jego energii, — i w tem właśnie leży zadanie psychoterapeuty.

[C. d. n.].

Dr E. Dembička [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

39. Finger. Zapobieganie i leczenie poronne rzeżączki.

Idea poronnego leczenia rzeżączki jest dość stara. Już w XVIII stuleciu było ono zalecane w postaci wstrzykiwania do cewki preparatów rtęci i srebra w mocnych roztworach [0,5 — 2,0 : 30,0] przez MASITANNS'a, WARREN'a, SIMONDS'a i innych. Punktem wyjścia było twierdzenie, że im ostrzejsze jest zapalenie, tem krócej trwa ono. Wskutek tego usiłowano lekami wywoływać silne zapalenie. W pierwszej połowie XIX stulecia dzięki pracom DEBENEY'a, CARMICHAEL'a, a przeważnie RICORD'a sposób ten wszedł prawie w powszechne użycie. Jednak wobec 50 — 60% niepowodzenia wskutek tego rodzaju leczenia, objawiającego się pod postacią bólów, zatrzymywania moczu, ropni okołocewkowych, zapalenia gruczołu krokowego, pęcherza, przyjądrzy — sposobu tego zaniechano i w 7-ym dziesiątku zeszłego stulecia przeszedł on do historii.

Od czasu odkrycia gonokoka i stwierdzenia głównej jego własności, jako pasożyta czysto nabłonkowego, znowu powstała myśl o poronnem leczeniu, polegająca na usiłowaniu niszczenia tego pasożyta w pierwszych chwilach po zarażeniu, wtedy, gdy rzeżączka zaczyna się objawiać, mianowicie, gdy występuje nieznaczne sklejanie się ujścia zewnętrznego, lekkie klucie w cewce, nieznaczna wydzielina śluzowa. W tak wczesnym okresie pasożyt znajduje się na powierzchni nabłonka. Różni autorowie, wychodząc z przekonania, że pasożyt rzeżączkowy w pierwszych chwilach znajduje się blisko ujścia zewnętrznego i najdalej w dołku czółenkowatym, zastosowywali różne metody techniczne. Tak WELANDER [1887] doradza gruntowne oczyszczenie nabłonka tamponikiem z waty i zastrzyknięcie 2%-owego roztworu lapisu. FELEKI [1894] radził penszowanie 4—5%-owym lapisem; ULLMANN [1897] — wyłyżczkowanie nabłonka w dołku czółenkowatym zapomocą ostrej łyżeczki i zastrzyknięcie 2% lapisu. AHLSTRÖM [1900] zastrzykuje przez 4 — 5 dni 2 razy dz. 2—4% protargol i przez 3—5 dni 1—2% protargol w ciągu 10 — 15 minut. BLASCHKO [1902] zastrzykuje 4%-owy protargol lub 2%-owy albargin w ciągu 3—5 minut. EN-

GELBRETH [1908] radzi w ciągu 3-ch dni niszczenie nabłonka lapisowaniem [1% — 1/3% roztwór] w odstępach 6 — 12 godzinnych. Według sprawozdania powyższych autorów, metody te dały 40 — 60% wyników dodatnich. Lecz według F. znaczenie tych zabiegów maleje wobec tego, że rzadko kiedy chorzy zwracają się w tak wczesnych okresach cierpienia, że wskutek niedługich obserwacji mogło to być czasami tylko mniemane wyleczenie, że według osobistych spostrzeżeń F., rzeźączka rozpada się na dwie grupy: o łagodnym i ciężkim przebiegu; dla pierwszej grupy wspomniane powyżej metody są zbyt skuteczne, dla drugiej niedostateczne. Natomiast F. radzi niezwłocznie przystępować do systematycznego leczenia rzeźączki i zaczynać od wstrzykiwania mocnych [1% — 2%] roztworów protargolu lub argoniny.

Osobnicze zapobieganie—metoda również stara, jak poronne leczenie—polega na zastosowaniu bezpośrednio *post coitum* pewnych odkażających środków. Środki te powinny odpowiadać dwóm warunkom: powinny być pewne i nieszkodliwe. Pewnego środka właściwie medycyna nie posiada. Co się tyczy nieszkodliwości, to środki t. zw. przeciwgnilne ściągające (*adstringentia antiseptica*)—*argentum nitr.*, *argentamin*—już w roztworach bardzo słabych wywołują silne podrażnienie cewki z obfitą wydzieliną śluzową, niekiedy ropną. Środki zaś t. zw. czyste przeciwgnilne [protargol, argonin, albargin] w słabych roztworach nie wywołują podrażnienia, ale i nie mają żadnego znaczenia, w silniejszych — wywołują znaczne podrażnienie. To następcze podrażnienie przy częstszem stosowaniu wspomnianych środków przybiera charakter przewlekłego niezytu cewki z przemianą nabłonka, ze zwyrodnieniem śluzowem. Również wspomniane podrażnienie ma złą stronę ze względu na to, że chory po zastosowaniu środka zapobiegawczego zjawiające się objawy zapalenia cewki składa na karb tylko podrażnienia, gdy tymczasem mogło nastąpić rzeczywiste zarażenie, i chory dość długo nie zasięgał porady lekarskiej, więc mimowoli pogorszył stan swego cierpienia; lub przeciwnie, gdy nie było faktycznego zarażenia, a tylko podrażnienie, chorzy zmuszeni byli zwracać się do lekarza.

Wobec takich ujemnych stron zastosowywania wspomnianych środków zapobiegawczych, F. uważa zalecanie ich za zupełnie nieusprawiedliwione.

(*Deut. med. Wochenschrift*, 1905. N. 7).

B. Zaleski.

40. König. Znaczenie syfilisu wątroby w rozpoznawaniu guzów jamy brzusznej.

Syfilis trzew, który, jak wiadomo, odgrywa pewną rolę w cierpieniach narządów wewnętrznych, może wystąpić u osób na pozór zupełnie zdrowych, nie mających żadnych oznak syfilitycznych, i rozwinąć się może na tle dziedzicznego i nabytego syfilisu.

W pracy tej autor omawia syfilityczne cierpienia wątroby o tyle, o ile one wywołują powstawanie guzów, których rozpoznanie jest naturalnie bardzo wielkiej wagi. Przytacza on 3 typowe przypadki, spostrzegane w krótkim stosunkowo czasie w klinice chirurgicznej szpitala Charité.

W jednym przypadku, tyczącym się pacjentki, 28 lat mającej i od 5 lat cierpiącej na dotkliwe przypadłości w okolicy żołądka i wątroby, wyczuwano guz prawostronny pod wątrobą, idący w kierunku nerki, ruchomy. Przepuszczano guz nerki. Przy laparotomii okazało się, iż guz wychodzi z prawego płata wątroby i wisi na cienkiej nóżce, że na powierzchni wątroby jest więcej guzów rozmaitej wielkości, okrągłych, twardych, po środku wciągniętych. Wobec zrostów mocnych dolnej powierzchni wątroby z żołądkiem przepuszczano, iż tam jest pierwotne ognisko chorobowe w postaci raka. Zastosowane jednak później leczenie przeciwsyfilityczne [wcierania szaruchy i Ka-

li *jadatum*] zupełnie usunęło przypuszczalny nowotwór i pacjentka do tej pory jest zdrowa. Rozumie się, iż syfilityczna natura choroby nie ulega żadnej wątpliwości, choć w wywiadach brak było wszelkich danych co do przebycia syfilisu. W drugim przypadku u kobiety, do tej pory zupełnie zdrowej, w krótkim jakoby czasie utworzył się guz w prawem podżebrzu, rozpoznany jako rak pęcherzyka żółciowego. Przy laparotomii stwierdzono gumat wątroby, który został usunięty. I tutaj brak było danych co do przebycia syfilisu. Trzeci przypadek tyczył się młodego osobnika, cierpiącego od paru lat na bóle *in scrobiculo*, przechodzące w prawe podżebrze. W dołku stopniowo utworzył się płaski twardy guz, rozpoznany jako guz wątroby. Przy laparotomii okazało się, iż lewy płat wątroby jest powiększony, a w nim wykryto rozmaitej wielkości liczne guziczki (*Knoten*).

Wycięty celem zbadania guziczek, okazał się gumatem. Stwierdzone u tegoż pacjenta *keratitis interst.* i *chorioretinitis* pozwalają rozpoznać *syphilis congenita*. Z opisanych powyżej spostrzeżeń widzimy, jak często syfilis wątroby daje powód do omyłek rozpoznawczych.

Jak więc rozpoznać syfilityczne guzy wątroby?

Jak wiemy, dwa cierpienia syfilityczne wątroby mogą powołać powstanie w niej guzów: 1) *hepatitis interst. syph.* i 2) *hepatitis gummosa*.

W *hepatitis interstitialis* tworzą się guzy ruchome, z powierzchni wątroby wychodzące, okrągłe lub formy nerkowatej, na nóżce wiszące i otrzymujemy kształt wątroby, znany pod nazwą „wątroby zrazowej“ (*Lappenleber*). W *hepatitis gummosa* mamy jeden większy lub dużo guzów, siedzących w miąższu wątroby, położonych w jej granicach opukowych.

Przy różniczkowem rozpoznaniu gumatów wątroby należy pamiętać o możliwości gruźlicy [co prawda bardzo rzadkiej], pierwotnego raka, a głównie przerzutowych nowotworów (*carcinoma, melanosarcoma*).

Również i guzy, powstające przy *hepatitis interst.*, dają nieraz powód do omyłek rozpoznawczych. Tak zwane „*Lappenleber*“ może być także pochodzenia mechanicznego; wątpliwość rozstrzygnąć mogą niekiedy wywiady, w których brak jednak najczęściej wszelkich danych co do przebytego syfilisu. O charakterze guzów sądzimy niekiedy *ex juvantibus*, należy jednak pamiętać, iż w niektórych przypadkach syfilisu wątroby, leczenie specyficzne pozostaje bez dodatniego wpływu.

Leczenie syfilitycznych guzów wątroby polega na stosowaniu środków przeciwsyfilitycznych, zdarzają się jednakże przypadki, co prawda—bardzo rzadkie, w których dla ich usunięcia należy uciec się do operacji.

(*Berliner klin. Wochenschr.* 1905 r. N. 6).

J. Rosenberg.

41. F. Julinsberg. Badania doświadczalne nad wchłanianiem rtęci przy leczeniu wcieraniami.

Sprawa wchłaniania rtęci przy wcieraniach szaruchy już od dawna zajmowała wielu badaczy, do tej pory jednak uważać należy kwestyę tę za nierozstrzygniętą. Teoretycznie możliwe są 4 sposoby wchłaniania rtęci:

1. Rteć szaruchy przy wcieraniu mechanicznie przechodzi w skórę w zmienionej postaci.
2. Rteć może tworzyć na skórze związki chemiczne, które umożliwiają jej wchłanianie.
3. Rteć na skórze przechodzi w stan lotny i w tej postaci przechodzi przez skórę do organizmu.
4. Rteć w stanie lotnym może być wdychana przez płuca i stąd wchłaniana.

Według większości dawniejszych i wszystkich nowszych autorów, rtęć szaruchy nie przenika w niezmienionej postaci w skórę; mikroskopowe badania skóry po wcieraniach szaruchy doprowadziły autora również do tego samego wniosku. MIALHE, VOIT, FÜRBRINGER dowodzą, iż podczas wcierania szaruchy na skórze zachodzi utlenianie rtęci, poczem tworzą się rozpuszczalne jej związki, łatwo wchłaniające się przez skórę.

W celu rozstrzygnięcia kwestyi, czy i wiele rtęci przechodzi przez skórę, wielu badaczy, jak również i autor, przeprowadziło szereg doświadczeń, w których przy pomocy opatrunku, szczelnie pokrywającego natartą kończynę, i odpowiedniej maski, noszonej podczas wcierania, była prawie wyłączona możliwość wdychania rtęci.

Badania te wykazały, iż w podobnych warunkach wydzielanie rtęci [z mocem, kałem], a więc i wchłanianie jest znacznie zmniejszone.

Doświadczenia tego rodzaju, przeprowadzone przez autora w dwóch przypadkach syfilisu z wyraźnymi objawami choroby, dowiodły, iż rtęć przy wyłączeniu jej wdychania nie okazuje prawie żadnego wpływu leczniczego.

By absolutnie wyłączyć możliwość wdychania rtęci, autor przeprowadził szereg doświadczeń na 4-ch psach w ten sposób, iż badał przede wszystkim powietrze pomieszczenia na obecność rtęci, dalej przy pomocy węża gumowego i rurki tchawiczej doprowadzał zwierzętom powietrze z ulicy, zupełnie wolne od rtęci, wreszcie nakładał na natartą kończynę odpowiedni opatrunek. Jednocześnie robiono doświadczenia na innych czterech psach, u których nie wyłączono wdychania rtęci.

Badania te wykazały, iż wchłanianie rtęci odbywa się i przy zupełnem wyłączeniu jej wdychania, że przez płuca i skórę wchłania się znaczna ilość, więcej jednak przez płuca, aniżeli przez skórę.

Opierając się na tem, iż z maści, rtęć zawierających, jak to pokazały badania KUNKEL'a, RUDOLPH'a, KREIS'a, znaczna jej ilość ulatnia się już przy temperaturze pokojowej, dalej na dodatniem leczniczem działaniu rtęci w metodach leczenia, w których wchłanianie jej przez skórę jest bardzo zmniejszone lub zupełnie wyłączone [badania MÜLLER'a, MERGET'a, WELANDER'a, AHMANN'a i innych] i zarazem na słabym jej wpływie tam, gdzie jej ulatnianie się jest znacznie zmniejszone lub zupełnie wykluczone, wreszcie opierając się na powyższych swych doświadczeniach, autor stawia następujące wnioski:

1. Rtgęć szaruchy po części wchłania się przez płuca, po części przez skórę.
2. Więcej rtęci wchłania się przez płuca.
3. Część rtęci, przechodząca przez skórę, wchłania się w postaci rozpuszczalnego związku chemicznego.
4. Nieznaczna tylko część ulatniającej się rtęci przechodzi przez skórę, być może w postaci związków rozpuszczalnych.

Widzimy więc, iż większa część rtęci wcieranej szaruchy przechodzi do organizmu przez płuca. Co się tyczy kwestyi, w jakiej postaci odbywa się to wchłanianie, to na zasadzie doświadczeń WIENCKE'go i autora [wcierał on szaruchę królikom, poczem zabijał je i badał powierzchnię i tkankę płuca, w której nie znajdował nigdy czystej rtęci, lecz jej związki], przypuścić należy, iż rtęć w postaci kuleczek, łatwo zatrzymujących się na wilgotnej powierzchni płuc, szybko tworzy tutaj rozpuszalny związek chemiczny i w tej już postaci wchłania się w krew.

42. I. Novak Przyczynek do nauki o wysypce septycznej.

Nie zważając na obfitą literaturę o różnorodnych postaciach wysypek w zakażeniach septycznych, autor opisuje jeden przypadek tego rodzaju, przedstawiający własności specjalne. Przypadek ten dotyczy 14-letniego chłopca, który przed dwoma laty cierpiał na ostry gościec stawowy. W kilka miesięcy potem wystąpiło obrzmienie dolnych kończyn, które znikło po zastosowanej kuracji, lecz wkrótce znowu wystąpiło w większych rozmiarach. Chory był przyjęty na klinikę wewnętrzną prof. JAKSCH'a dnia 29.V 1904 w stanie dość ciężkim. 13.VI wystąpiła wysypka na lewej połowie tułowia, 15.VI rozszerzyła się na lewe kończyny i 18.VI na prawą część ciała. Chory dostawał strofant, digital, diuretin, brom. 20.VI był przeprowadzony na klinikę dermatologiczną prof. PICK'a.

Badanie wykazało: płuca zdrowe, w sercu u wierzchołka 2 szmery: I głośny, II cichy; na aorcie I szmer, II głuchy ton; na zastawach trójdzielnych I szmer, II ton nieczysty; na tętnicy płucnej—I szmer, II ton wybitny. Tętno 120. Wątroba i śledziona powiększone. Napletek i moszna, znacznie obrzęknięte, kończyny dolne dość silnie.

Cała skóra, z wyjątkiem głowy zajęta jest przez wysypkę, na lewej stronie rozwiniętą więcej, niż na prawej. Skóra w obrębie wysypki obrzęknięta, napięta, sucha, z lekkim rozlanem zaczerwienieniem. Na skórze tej widać różnej wielkości, nieprawidłowego kształtu plaki, składające się z gęsto ułożonych guziczków, nie wystających nad powierzchnię, wielkości ziarnka maku lub prosa. Między poszczególnymi ogniskami na prawej połowie tułowia znajdują się dosyć znaczne cząstki skóry tylko obrzękniętej i zaczerwienionej. Na lewej zaś wspomniane ogniska guziczkowe zlewają się ze sobą i tworzą prawie na całej stronie powierzchnię różową, na której trudno już odróżnić pierwotną budowę z poszczególnych guzików. Podobna, lecz cokolwiek mniej rozwinięta wysypka znajduje się na lewym udzie; na pozostałych częściach dolnych i na górnych kończynach wysypka znajduje się w okresie budowy początkowej z pojedynczych guzików. Lewe kończyny są też więcej zajęte, niż prawe. W moczu niewielka ilość białka.

Do 24.VI wysypka rozwija się dalej, zajmując całe ciało. Ciepłota dochodzi do 40-u stopni.

Od 25.VI rozpoczyna się rozwój wsteczny i łuszczenie w postaci grubych, dużych łusek. W moczu znaczna ilość białka.

28.VI stan chorego znacznie się pogorszył. Mocz bardzo mało.

29.VI chory umarł.

Za życia chorego jeszcze dokonano upustu krwi, której badanie bakteriologiczne wykazało obecność paciorkowca.

Rozpoznano klinicznie: *Insufficiencia et stenosis valvulae mitralis. Nephritis. Sepsis. Lichen scarlatinaeformis septicus.*

Rozbiór zwłok wykazał między innymi: *Endocarditis chronica et recens ad valvulam bicuspidalem et tricuspidalem. Ecchymoses multiplices serosarum.*

Rozpatrując historię choroby tego przypadku, autor powiada, że mamy tu do czynienia z ostrem zakaźnem cierpieniem u osobnika, mającego przewlekłe zapalenie wsierdzia. Przy umiarkowanych, zwalniających wahaniach ciepłoty zjawiała się wysypka, podobna do płoniczej, umiejscowiona początkowo na jednej połowie ciała i powoli rozszerzająca się na stronę drugą, prawą. Największy rozwój wysypki połączony jest z najwyższą ciepłotą [40,1°], która przy rozpoczynającym się rozwoju wstecznym spada przesilnie.

Jednocześnie ze znikaniem wysypki wystąpiły objawy ostrego zapalenia nerek, które dotychczas były w stanie zastoju. Należy przypuszczać, że jak

to bywa i przy szkarlatynie, zapalenie to nastąpiło wskutek drażniącego działania produktów chorobotwórczych wymiany materji na nerki.

Zjawisko jednostronnego początku wysypki nie ma punktu wyjścia dla swojego wytłómaczenia, jak również nie wytłómaczonym jest podobny przebieg wysypki w szkarlatynie połogowej, gdzie jednostronny początek i prawdziwe rozprzestrzenianie się bywają rzeczywiście zadziwiającymi.

Omawiając rozpoznanie różniczkowe, autor sądzi, że mogą przyjść na myśl następujące postaci wysypek: szkarlatyna, odra, kur, t. zw. *exanthema variabile* POSPISCHIL'a, wysypka septyczna i wysypka lecznicza. Od szkarlatyny wysypka w opisanym przypadku daje się odróżnić na mocy różnicy krzywych ciepłoty, na mocy braku anginy, braku wysypki na twarzy i na mocy innego, bardziej grubego wyglądu samej wysypki. Odra i kur pod względem postaci i przebiegu zupełnie nie są podobne do opisaney wysypki. Dla *erythema variabile* charakterystyczny jest łagodny przebieg i minimalne podniesienie ciepłoty, co również nie odpowiada danemu przypadkowi. Wysypka lecznicza, która mogłaby wystąpić pod wpływem diuretyki i digitalisu, które chory przez pewien czas przyjmował przed zjawieniem się wysypki, wyklucza się bardzo łatwo na mocy wysokiej ciepłoty i ciężkiego przebiegu. Pozostaje wysypka septyczna, za którą przemawiają: obecność drobnoustrojów we krwi, świeże obostrzenie przewlekłego zapalenia wsierdzia, krwawe wybroczyny podskórne i w błonach surowicznych, ciężkie zapalenie nerek. Autor sądzi, że ma zupełne prawo przypuszczać, że w danym przypadku mamy do czynienia z wysypką septyczną, podobną do płoniczej, i że wysypka ta przedstawia zupełną analogię do t. zw. szkarlatyny połogowej (*Scharlach im Wochenbette*).

(Arch. f. Derm. und. Syphilis. 1905. T. 73. Z. 2 i 3).

B. Zaleski.

ODCINEK.

Kilka słów z powodu zamierzonej reorganizacji szpitali.

W dwóch poprzednich numerach Gaz. Lek. został przedstawiony projekt ustroju szpitali przy przejściu ich pod zarząd miasta. Projekt ten opierał się na założeniu, że miasto, magistrat staje się administratorem, gospodarzem szpitali, nadto zaś wszystkie poszczególne szpitale zachowują charakter odrębnych jednostek i pewną autonomię wewnętrzną.

Stąd logicznie wynika konieczność istnienia: 1) zarządu miejscowego w każdym poszczególnym szpitalu i 2) zarządu centralnego wszystkich szpitali miejskich przy Magistracie. W myśl tego, projekt uwzględnia istnienie przy każdym szpitalu Rady Szczegółowej szpitala, a przy Magistracie — wydziału szpitalnego, organu kierowniczego wszystkich szpitali miejskich. Skład zarządu miejscowego i centralnego przy Magistracie oparty został na dwóch zasadach: 1) zarząd tak złożonej instytucji, jak szpital, winien być oparty na zasadach kolejalnych; 2) w centralnym zarządzie przy Magistracie każdy szpital, jako odrębna instytucja, musi być reprezentowany przez swego przedstawiciela.

Z natury rzeczy ustrój szpitali prostszym być nie może; musi być w każdym szpitalu miejscowy zarząd, nadto zaś Magistrat, jako administrator

szpitali, musi mieć jakiś wydział, zarządzający działem szpitalnictwa. Jest to niewątpliwie ustrój najprostszy, jak świadczą o tem wzory z różnych miast i krajów.

Do tego projektu wprowadzono nadto nowy organ—ogólne zebranie ordynatorów w każdym szpitalu. Organ ten jednak udziału w zarządzie nie bierze, jest tylko ciałem naukowo-lekarskiem z głosem doradczym.

Taki ustrój szpitali, naszkicowany dla Warszawy, może być zastosowany, z pewnemi modyfikacyami, dla wszystkich miast Królestwa Polskiego, zwłaszcza dla tych, które posiadają kilka szpitali ¹⁾. Modyfikacye te wynikają z natury rzeczy: skład zarządów musi być mniejszy pod względem liczebnym.

Powyższy jednak projekt nie uwzględnia całej dziedziny szpitalnictwa Warszawskiego.

Naprzód, nie wszystkie wszakże szpitale Warszawskie przechodzą pod zarząd Magistratu: obok szpitali miejskich istnieją inne jeszcze prywatne, które zachowują zupełną niezależność od Magistratu. Jakkolwiek szpitale te mają zagwarantowaną na mocy ustaw autonomię wewnętrzną, jednakże muszą pozostać pod kontrolą jakiegoś organu sanitarno-lekarskiego. Z drugiej nadto strony, państwo zapewne nie zrzeknie się prawa kontroli i nad szpitalami miejskimi: miasto gospodarzy w szpitalach, jako administrator, właściciel; szpitale jednak miejskie będą zapewne również miały nad sobą jakiś urząd państwowy, jakąś kontrolę sanitarno-lekarską.

Jakiż to może być urząd?

Musi on rezydować przede wszystkim w Warszawie. Wkładać ten obowiązek na istniejącą inspekcję lekarską gubernialną nie podobna: olbrzymia względnie dziedzina szpitalnictwa Warszawskiego nie może pozostawać pod kierunkiem inspekcji gubernialnej, która ma określoną funkcję opieki nad higieną publiczną w gubernii.

Do tych czynności musi być powołany specjalny urząd. Urząd ten jednakże nie może obejmować jedynie Warszawy, musi on ogarnąć całe Królestwo. Musi więc powstać centralny organ dla całego Królestwa Polskiego. Za koniecznością utworzenia jednego urzędu na całe Królestwo przemawiają bardzo poważne względy.

Jeśli szpitale Warszawskie znajdują się w stanie fatalnym, to wprost trudno znaleźć należyty wyraz dla określenia położenia szpitali prowincjonalnych. Nasze szpitale prowincjonalne są to nie zakłady lecznicze, lecz w znakomitej części jakies przytulki, domy schronienia: wszędzie bije wprost w oczy ubóstwo pomieszczenia i urządzenia wewnętrznego.

Nadto, jak to już wielokrotnie podnoszono w naszej prasie, tych szpitali jest tak mało, że o zaspokojeniu potrzeb ludności mowy być nie może. Istnieją całe powiaty, obszerne terytoria, które żadnego szpitala nie posiadają. I musi tak być dotąd, dopóki ustrój szpitali nie będzie zasadniczo zmieniony. Musi być jakaś instytucja, któraby czuwała nad rozwojem szpitali, któraby tworzyła nowe szpitale tam, gdzie ich dotąd niema i gdzie zachodzi potrzeba. Istniejące Rady Gubernialne Dobroczynności Publicznej absolutnie nie są zdolne podnieść szpitalnictwa: wszystkie braki, wynikające z ustroju zarządu, z biurokratycznego charakteru Rad, ubóstwa pod względem materialnym, zależnego w znacznej części od odcięcia społeczeństwa miejscowego od szpitali i t. p., działają daleko wybitniej na prowincyi niż w Warszawie. Nikt nie opiekuje się szpitalami istniejącymi, o tworzeniu nowych szpitali mowy być nie może przy dotychczasowych warunkach. Szpitale na prowincyi znajdują się w stanie zupełnego upadku i przy obecnem położeniu rzeczy podźwignąć się nie mo-

¹⁾ Lublin—4; Płock — 3; Łódź — 2; Łomża — 2; Suwałki—2; Kalisz—2; Siedlce—2; Radom—2.

gą. Jedynym środkiem ratunkowym może być oddanie dziedziny szpitalnictwa całego kraju pod kierunek odrębnego organu opiekuńczego, przy zachowaniu zasad wytycznych dla szpitali Warszawskich, t. j. oddaniu szpitali w administrację miast, pod kontrolą i wpływem społeczeństwa miejscowego. Tylko przy takich warunkach możliwe jest podniesienie szpitali w Królestwie.

Wzorów i dowodów przekonywających dostarcza nam i przeszłość: na czas istnienia Rady Głównej Opiekuńczej Królestwa Polskiego przypada najświetniejszy okres szpitalnictwa. Rzecz to rozumiała: była to wszak instytucja, która opiekowała się i czuwała nad rozwojem szpitali całego kraju, która, wychodząc z łona społeczeństwa, najlepiej mogła znać jego potrzeby.

Zresztą szpitale Królestwa, jako wytwór jednakięj kultury i rozwoju historycznego, posiadają pewne wspólne cechy i rysy, niezgodne z charakterem szpitali różnych prowincyi państwa.

Wreszcie za stworzeniem centralnego organu szpitalnego w Warszawie przemawiają i inne względy praktyczne. Wiadomo, że znaczny kontyngens chorych szpitali Warszawskich stanowią przyjezdni z Warszawy. Nawet przy rozwoju ilościowym i jakościowym szpitali prowincjonalnych wpływ ten nigdy nie ustanie: do Warszawy, jako do stolicy kraju, chorzy z prowincyi zawsze będą podążać. Okoliczność ta, przy racjonalnem rozwoju szpitalnictwa kraju, wywołuje konieczność pewnej łączności między szpitalami Warszawy i prowincyi. Łączność taką wytwarzać może jeden naczelny organ szpitalny w Warszawie, obejmujący szpitale całego Królestwa.

Dla wielu przeto powodów utworzenie centralnego organu szpitalnego dla całego Królestwa w Warszawie jest konieczne.

Taki centralny organ szpitalny Królestwa Polskiego, podobnie jak dawna Rada Główna Opiekuńcza, może mieć szerokie zadania i obowiązki.

Jednocześnie pomimo podobieństwa z dawną Radą Opiekuńczą muszą zachodzić i pewne różnice.

Jakkolwiek instytucja Rad Opiekuńczych w dziejach szpitali naszych zawsze stanowić będzie jasny ich moment, lecz życie idzie naprzód: zjawiają się wciąż nowe potrzeby. Od czasu działalności Rad Opiekuńczych zrodziło się obszerne i ważne zadanie społeczne: higiena publiczna. Dziedzinę tę powinien objąć centralny organ szpitalny Królestwa Polskiego. Instytucja ta przeto nie może ograniczyć swych zadań do opieki nad szpitalami i zakładami dobroczynnymi—musi nadtojąć ster higieny społecznej, zdrowia publicznego. Ma to być więc nie tylko Główna Rada Szpitalna, lecz Główny Urząd Zdrowia Publicznego Królestwa Polskiego.

Na zasadzie powyższego nie trudno już określić główne cele i zadania tej Rady Głównej Zdrowia Publicznego. Do obowiązków jej należeć musi: 1) kontrola sanitarno-lekarska nad wszystkimi szpitalami Królestwa, miejskimi i prywatnymi wszelkich kategorii i typów; 2) organizacja racjonalnej pomocy lekarskiej dla ludności całego kraju; w tym względzie tworzenie nowych szpitali stanowić będzie zasadniczy środek działalności Rady; 3) walka z chorobą, jako klęską społeczną.

Zresztą działalność takiej Rady objęłaby i inne poszczególne zadania, które trudno tu zawrzeć w luźnych uwagach. Do sprawy tej wrócimy innym razem.

M.

Wiadomości bieżące.

— Przywykliśmy sprawozdania z posiedzeń ogólnych różnych Towarzystw zwłaszcza filantropijnych, uważać za spełnienie formalności, zawarowanej ustawą i sprawozdania te po otrzymaniu wrzucać do kosza. A jednak uważne przejrzanie niejednego z nich pozwala wyciągnąć głębsze i pouczające wnioski. Weźmy np. świeżo rozesłane członkom „Sprawozdanie z działalności Towarzystwa kolonii letnich w m. Warszawie za rok 1904⁴”. Że Towarzystwo to, istniejące od 24-ch lat, było potrzebne i jest pożyteczne, dowodzi najlepiej jego rozwój, bo gdy w r. 1882 wysłało na wieś 54 dzieci, to w r. 1904 — jak się wyraził jego prezes, kol. S. MARKIEWICZ w przemówieniu dorocznym — „miało radość przyjscia z pomocą 3000-m ubogich rodzin w ciężkiej potrzebie ratowania sił i zdrowia słabowitej, wątłej dziatwy⁴”. Zdawałoby się, iż Towarzystwo, spełniające świetnie swe zadanie, tak ważne nie tylko pod względem higienicznym, lecz i społecznym, bo ratując życie i polepszając zdrowie tysiącom jednostek, oszczędza społeczeństwu mnóstwo sił produkcyjnych, powinno być ze szczególnem zamięłowaniem i skwapliwością popierane przez lekarzy. Zdawałoby się, iż ani jeden lekarz nie powinien do Towarzystwa tego nie należeć, lub choćby najskromniejszym datkiem z pomocą mu nie przyjść. Tymczasem na liście członków tego Towarzystwa, dołączonej do wspomnianego sprawozdania, po dzień 31 grudnia 1904 r. na 335 członków rzeczywistych figuruje 44 lekarzy, a na 457 członków zwyczajnych 20 lekarzy, razem = 64. Według kalendarza lekarskiego kol. POLAKA w r. 1905, liczba lekarzy w Warszawie wynosić ma około 950. Zmniejszmy tę cyfrę, z różnych powodów, więcej niż o $\frac{1}{3}$, to jest przypuśćmy, iż w Warszawie mieszka lekarzy tylko 640, to z obrachunku wypada, iż tylko 10% lekarzy tutejszych jest zapisanych w poczet członków tak pożytecznego stowarzyszenia, jak Towarzystwo kolonii letnich. Trudne do uwierzenia, a jednak prawdziwe! A trudniejsze jeszcze do uwierzenia jest to, iż na liście członków nie dopatrzysz się tych, o których wszystkim wiadomo, iż z praktyki zarabiają po kilka tysięcy rubli rocznie, a z procentów od kapitału posagowego mają drugie tyle dochodu. Nie spotkasz ich również zapisanych na członków kasy MIANOWSKIEGO, Towarzystwa higienicznego, różnych wydawnictw użytecznych i t. d., lecz zato wielu z nich są stałymi bywalcami na wszelkich widowiskach, koncertach, teatrach i t. d. Ich to gnuśność ducha i brakowi altruizmu przypisać w części należy winę, iż na 5605 dzieci, zakwalifikowanych do wyjazdu, Towarzystwo kolonii letnich wysłać mogło tylko 3001 [53,5%], a odmówiło prośbie 2604 em [46,5%]. W myśl przysłowia, iż niema złego, coby na dobre nie wyszło, Towarzystwo kolonii letnich powinno odrażać nieco kosztu i obesłać listę do mnóstwa lekarzy niezapisanych na stałych jego członków, z prośbą o jednorazowe choćby składki, a mamy nadzieję, iż Towarzystwu koszt ten sowicie się zwróci, nam zaś pozwoli wkrótce do niniejszej wiadomości bieżącej dorzucić, jako *post scriptum*, wniosek więcej pochlebny o poczuciu obywatelskiem naszych kolegów.

— W tych dniach oglądaliśmy świeżo otworzony Instytut szczepienia ospy, mieszczący się w oddzielnym budynku przy ulicy Nowogrodzkiej Nr. 32. Dzięki staraniom kol. POLAKA, kraj nasz posiada Instytut, odpowiadający wszelkim najnowszym wymaganiom, przewyższający pod względem urządzenia nicomal wszystkie tego rodzaju instytucje zagraniczne. Szczegółowy opis nowej pracowni podał dr POLAK w jednym z ostatnich numerów „Kroniki Lekarskiej⁴”.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza że z zapisu dra FELIKSA JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 136 za półrocze 1-sze roku 1905 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko - katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia [ulica Niecała N. 7] oznacza się termin do dnia 15-go czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, do wód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczonoego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przysłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesie Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, dr *M. Jakowski*.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21-go kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. drowej ZENOBII SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rub. 200,—ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnym w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia [ulica Niecała N. 7], na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15-go kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacji kandydatki. Szegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ulica Niecała N. 7] oraz w biurach PP Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, dr *M. Jakowski*.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez dra LEONA MANCEWICZA udzielone będzie w roku 1905, wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 42, jednej lub kilku niezamożnym zupełnie sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko - katolickiego, pozostałym po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obarczanej dziećmi pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko - katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia, dołączone być winno świadectwo 3-ch lekarzy — członków Kasy o położeniu meteryalnym proszących, oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia prośb: dzień 15-go czerwca r. b. Bliższe informacje udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ulica Niecała N. 7], na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia, dr *M. Jakowski*.

Prywatny Zakład Ginekologiczny

52-5

D-RA CZESŁAWA STANKIEWICZA

Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny.—Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse).—Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis).—Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarna. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu, może pozostać w zupełnej tajemnicy.—Opieka lekarska: właściciel zakładu, mieszkający przy zakładzie i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka.—Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40. Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów ustępstwa do 50%.

(Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie. TELEFON NR. 1846.

Elixir Polybromuré Yvon

26-19

Zawierający bromek potasu, zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsji, Hysterji, Neurastenii, Chorobom nerwowym wogóle, Nęwralgii, Spermatorrhoea, Diabetes, nerwowym bólowi żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.



BAUME BENGUÉ Analésique

Menthol - Salicylate de Methylene - Lanoline

Soulagement Instantané des Névralgies.

Rhumatismes. Goutte. Migraines. Sciatique. Maux de dents.

Étendre le Baume sur la peau et envelopper d'une serviette ou d'ouate.

D: BENGUÉ. Ph^o de 1^{re} Classe. 47. Rue Blanche. PARIS.

Po próby zechcą się W. P. Lekarze zwracać do pana Józefa Salzmana J. Warszawa, Senatorska 38, tel. 1341—skąd otrzymają je gratis i franco.

26-19