

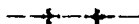
GAZETA LEKARSKA.

I. Przyczynek do kwestyi powstawania antytoksyny błoniczej w zwykłych warunkach życia zwierząt i przy sztucznem uodpornianiu ich.

Przeźwilenie

S. Dzierzgowskiego

w Towarzystwie Lekarzy rosyjskich, poświęcone pamięci prof. MARCELEGO NENCKIEGO.



Szanowni Panowie! Chociaż cierpienie, zwane błonicą, zawdzięcza swe powstawanie obecności w ustroju swoistych bakterii [laseczników LOEFFLER'a], jednakże, jak nam wiadomo, istotnymi sprawcami choroby nie są same bakterie, t. j. ich ciało, lecz wydzielane przez nie substancje trujące. Wobec tego kwestya powstawania odporności zwierząt przeciwko błonicy sprowadza się do kwestyi wyrobienia w ustroju zwierząt odporności na działanie jądów, wydzielanych przez laseczniki błonicy, jądów, oznaczanych ogólnem mianem toksyny dyfterytycznej. Doświadczenia BEHRING'a i KITASATO dowiodły, z jednej strony, że przez stopniowe wprowadzanie co raz to większych porcji toksyny błoniczej do ustroju zwierzęcego, ostatni przywyka do tego tak, że z czasem można zwierzęciu bezkarnie wprowadzić sto a nawet tysiąc razy większą ilość toksyny niż ta, jaka początkowo była dlań dawką śmiertelną i że, z drugiej strony, w czasie wyrabiania się tej obojętności na działanie toksyny, w ustroju a mianowicie we krwi ukazują się i nagromadzają substancje, które posiadają własność paraliżowania działania jadu zarówno w samym ustroju zwierzęcia, jako też poza nim. To przyzwyczajenie się do toksyn przyjęto nazywać odpornością, a substancje, zobojętniające jady—antytoksynami. Właściwa antytoksyna zdolność paraliżowania szkodliwego wpływu jadu zależy od posiadanej przez nią zdolności wstępowania z toksyną w związek chemiczny ¹⁾, wskutek czego powstaje trzecia, całkiem nieszkodliwa substancja.

¹⁾ S. DZIERZGOWSKI. O stosunku surowicy przeciwbłoniczej do toksyny błoniczej. Gaz. Lekarska.

Komórki ustroju wydzielają na zewnątrz antytoksynę, która służy do zobojętnienia toksyny, bądź to wydzielanej przez obecne w ustroju bakterye, powodujące zakażenie miejscowe, bądź też wprowadzonej sztucznie do ustroju. Raz podrażnione przez toksynę, napływającą do nich z miejsca swego powstawania lub z miejsca wprowadzenia jej do organizmu, komórki ustroju nie przerywają swej czynności wydzielniczej jeszcze nawet wówczas, gdy podnieta do niej została usunięta, t. j. gdy toksyna została już zobojętnioną, wskutek czego następuje nagromadzenie w ustroju wytwarzanej przez jakiś czas jeszcze antytoksyny. Z miejsca swego powstawania antytoksyna przez układ chłonny i żylny dostaje się do ogólnego obiegu krwi, w której nagromadza się jej coraz więcej. Badania, dokonane w celu ilościowego określenia rozprowadzenia antytoksyny w ustroju ¹⁾, przekonały, że ilość antytoksyny, zawartej w tkankach i narządach, jest nader mała w porównaniu z ilością krążącą we krwi. Ostatnia stanowi ów zapas, z którego, w razie ponownego zakażenia, ustrój czerpie antytoksynę i nagromadza ją w okolicy, dotkniętej zakażeniem. Które komórki w ustroju przyjmują udział w wytwarzaniu antytoksyny, na to stanowczej odpowiedzi dać dziś jeszcze niepodobna, należy jednakże przypuszczać, że antytoksyna powstaje w tych właśnie miejscach, na które skierowane jest działanie toksyny. Najlepszym dowodem tego może służyć fakt, że obojętna mieszanina toksyny i antytoksyny nie pobudza ustroju uodpornionego do wyrabiania antytoksyny ²⁾, podczas gdy toksyna, wprowadzona do jakiegokolwiek tkanki uodpornionego ustroju nawet w ilości minimalnej, w porównaniu z ilością krążącej we krwi antytoksyny potęguje zawsze siłę ostatniej. Fakt ten wskazuje, że: 1) wprowadzona do ustroju toksyna, jedynie dlatego może wywrzeć właściwe sobie działanie, że okolica ciała, na którą zostało ono skierowane zawiera tak małą ilość antytoksyny, iż nie jest w stanie zobojętnić wprowadzonej toksyny, i 2) że w tem właśnie miejscu muszą wytwarzać się nowe ilości antytoksyny, toksyna bowiem z miejsca, w które została wprowadzona, może być przeniesiona do jakiejś innej okolicy ciała jedynie przez układ krwionośny, gdzie musiałaby zostać zobojętnioną, t. j. przejść w stan, w którym nie jest już w możności działać pobudzająco na wydzielanie się w ustroju nowych ilości antytoksyny. To, co wyżej powiedziano, znajduje potwierdzenie w fakcie, że wprowadzenie toksyny wprost do obiegu krwi nie wywołuje zwiększonego wytwarzania i nagromadzenia się antytoksyny w ustroju uodpornionym i że toksyna, w ten sposób wprowadzona do ustroju, nie wywiera działania ogólnego na ustrój.

[Patrz tablicę na str. 319].

Ilość antytoksyny, wydzielanej przez ustrój pod wpływem wprowadzonych doń jednakowych ilości absolutnych toksyny, zależy: 1) u jednego i tego samego osobnika od miejsca zastrzyknięcia; 2) u różnych osobników tego samego gatunku od własności osobniczych; wreszcie 3) od gatunku zwierzęcia (*species*).

¹⁾ S. DZIERZGOWSKI. O zawartości antytoksyny w cieczach ciała oraz poszczególnych narządach koni, uodpornionych przeciw błonicy. Pamiętnik Tow. Lekarskiego. T. 93. Z. I.

²⁾ S. DZIERZGOWSKI. Przyczynek do sprawy uodpornienia krwi przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłonicy. Gazeta Lekarska.

T A B L I C A 1-sza.

K o Ń № 221				K o Ń № 221				K o Ń № 223				K o Ń № 228			
Zastrzyknięto do prawej v. jugularis 150 ctm. sz. toksyny, siły: 0,007 ctm. sz. m. śmierci, dawki dla świnki morskiej wagi 250 grm.				Zastrzyknięto do lewej v. jugularis 150 ctm. sz. toksyny, zobojętnionej dwaraz większą ilością antytoksyny, niż potrzeba.				Zastrzyknięto do prawej v. jugularis 150 ctm. sz. toksyny przez 1/2 nagrzewanej do zagotowania.				Zastrzyknięto do prawej v. jugularis 150 ctm. sz. bulionu, który był używany do przygotowania toksyny.			
Pora dnia	Godzina	Minut	Ciepłota ciała	Pora dnia	Godzina	Minut	Ciepłota ciała	Pora dnia	Godzina	Minut	Ciepłota ciała	Pora dnia	Godzina	Minut	Ciepłota ciała
R.	10	50	38,0	D.	1	15	37,6	R.	11	20	38,0	D.	2	10	38,3
"	11	5	38,0	"	1	30	37,8	"	11	35	37,9	"	2	25	38,4
"	11	20	37,9	"	1	45	37,8	"	11	50	37,9	"	2	40	38,5
D.	11	50	38,0	"	2	—	37,9	"	12	5	37,4	"	2	55	38,5
"	12	20	38,4	"	2	30	38,4	"	12	20	37,7	"	3	10	38,5
"	12	50	38,8	"	3	—	38,7	"	12	35	37,8	"	3	30	38,5
"	1	20	39,2	"	3	30	38,9	"	12	50	38,2	"	3	50	38,4
"	1	50	39,2	"	4	—	39,0	D.	1	15	38,4	"	4	10	38,4
"	2	20	39,4	"	4	30	39,2	"	1	40	38,7	"	4	30	38,4
"	2	50	39,4	"	5	—	39,2	"	2	—	38,8	"	5	—	38,4
"	3	20	39,5	"	5	30	39,2	"	2	30	38,8	"	5	30	38,4
"	3	50	39,5	W.	6	—	39,2	"	3	—	38,9	W.	6	—	38,5
"	4	20	39,5	"	6	30	39,2	"	3	30	38,9	"	6	30	38,5
"	4	50	39,6	"	7	—	39,1	"	4	—	39,0	"	7	—	38,5
"	5	10	39,6	"	7	40	39,1	"	4	30	39,0	"	7	30	38,5
"	5	50	39,6	"	8	20	39,1	"	5	—	39,0	"	8	—	38,6
W.	6	10	39,6	"	8	—	39,1	"	5	30	39,3	"	8	30	38,6
"	6	50	39,7	"	9	—	39,1	"	6	—	39,3	"	9	—	38,6
"	7	10	39,8	N.	10	20	39,2	W.	6	30	39,2	"	9	30	38,7
"	7	50	39,8	"	11	40	39,2	"	7	—	39,0	"	10	—	38,7
"	8	10	39,7	"	12	20	39,1	"	7	30	39,1	"	10	30	38,9
"	8	50	39,9	"	1	—	39,0	"	8	—	39,1	"	11	—	39,2
"	9	10	39,9	R.	6	—	39,2	"	8	30	39,1	"	12	—	39,0
"	9	50	39,9	"	7	—	39,2	"	9	—	39,0	R.	7	—	38,2
N.	10	10	39,9	"	8	—	39,2	N.	10	—	39,0	"	8	—	38,1
"	10	50	39,8	"	9	—	39,0	"	11	—	39,9	"	9	—	38,1
"	11	10	39,5	"	10	—	39,1	"	12	—	38,9	"	10	—	38,0
"	11	50	39,1	"	11	—	39,1	R.	7	—	38,8	"	11	—	38,0
R.	6	—	38,8	D.	12	—	39,2	"	8	—	38,8	D.	12	—	38,0
"	7	—	38,8	"	1	—	39,2	"	9	—	38,8	"	1	—	38,0
"	8	—	38,6	"	2	—	39,1	"	10	—	38,8	"	3	—	38,0
"	9	—	38,6	"	3	—	39,0	"	11	—	38,8	W.	6	—	38,0
"	10	—	38,5	"	4	—	39,0	D.	12	—	39,0	"	8	—	38,1
"	11	—	38,8	"	5	—	39,0	"	1	—	39,0	N.	12	—	38,0
D.	12	—	38,7	W.	6	—	39,1	"	2	—	39,1	"			
"	1	—	38,5	"	7	—	39,1	"	3	—	38,9				
"	2	—	38,5	"	8	—	39,0	"	4	—	38,8				
"	3	—	38,4	"	9	—	39,0	"	5	—	38,9				
"	4	—	38,3	"	10	—	38,8	W.	6	—	38,7				
"	5	—	38,5	"	12	—	38,7	"	7	—	38,9				
"	6	—	38,4	R.	6	—	38,2	"	8	—	38,7				
W.	8	—	38,2	"	7	—	38,0	"	6	—	38,5				
"	9	—	38,3	"	8	—	38,1	R.	8	—	38,4				
N.	10	—	38,3	"	9	—	38,1	"	10	—	38,1				
"	12	—	38,0	"	10	—	38,1	"	12	—	38,1				
R.	6	—	38,1	D.	1	—	38,2	D.	6	—	38,1				
"	8	—	38,0	W.	6	—	38,5	W.	12	—	38,0				
"	10	—	38,1	R.	6	—	38,3								
D.	12	—	38,0	"	10	—	38,4								
"	2	—	38,0	D.	12	—	38,4								
"	4	—	38,0												
W.	6	—	38,1												
N.	10	—	38,0												

Wprowadzenie toksyny do tkanki podskórnej wywołuje obfitsze wytwarzanie się antytoksyny, niż zastrzykiwanie w mięśnie; co się zaś tyczy wpływu własności osobniczych, to siła otrzymanej od różnych koni antytoksyny, przy zupełnie jednakowych warunkach uodporniania ich, waha się w granicach 1 : 10. Zależnie od ilości antytoksyny, wytwarzającej się przy zastrzykiwaniu toksyny w ilościach proporcjonalnych do wagi ciała, różne rodzaje zwierząt można ugrupować w następujący szereg: koń, koza, królik, pies, człowiek. Ilość jednakże powstałej przy uodpornianiu antytoksyny nie może służyć za miernik osiągniętej odporności. Istotnie, nieraz się zdarza, że zwierzęta, których krew zawiera olbrzymią ilość antytoksyny, niekiedy setki tysięcy razy większe niż potrzeba do zubożenia zastrzykniętej w tkankę toksyny, giną od tej ostatniej, podczas gdy inne, należące do tego samego rodzaju osobniki, w których krwi krąży bez porównania mniejsza ilość antytoksyny, po takiej samej dawce toksyny prawie nie chorują. Fakt ten łatwo da się wytłómaczyć, jeżeli pod odpornością przeciwko toksynie będziemy pojmowali zdolność komórek ustroju do szybkiego wydzielania antytoksyny w ilości, dostatecznej do zubożenia stykającej się z niemi toksyny, a właściwą ustrojowi zdolność nagromadzania antytoksyny będziemy uważali za następstwo posiadanej przez komórki zdolności wydzielania antytoksyny, nawet po usunięciu podniety do tego, t. j. po zubożeniu toksyny. Dla przykładu wyobraźmy sobie ustrój, którego komórki pod wpływem podrażnienia, wywołanego przez toksynę, są w stanie jedynie wolno i w małej ilości wydzielać antytoksynę, lecz zato raz do tego pobudzone, będą tę czynność spełniać całymi dniami, a nawet tygodniami. Następstwem takiej właściwości komórek będzie nagromadzenie w osoczu krwi znacznych ilości antytoksyny, czyniące ustrój, jeżeli można się tak wyrazić poli-antytoksycznym. Jeżeli do takiego ustroju wprowadzić znowu znaczną ilość toksyny, to zdarzyć się może, że znajdujące się w zetknięciu z nią komórki, z powodu że mogą wydzielać antytoksynę jedynie wolno i mało, zginą, zanim wytworzą jej tyle, ile potrzeba do zubożenia wprowadzonej toksyny i zanim znajdująca się w obfitości we krwi antytoksyna zdąży przybyć im na pomoc. Zjawisko to często daje się spostrzegać przy uodpornianiu zwierząt. Za jeden z przykładów tego należy uważać opisaną przez BEHRING'a i WŁADIMIROWA nadczułość na wpływ toksyny (*Ueberempfindlichkeit*). Wskutek przemęczenia komórek nadmierną czynnością wydzielniczą, przy ponownem wprowadzeniu do ustroju toksyny, wyczerpane komórki nie są tu już w stanie wydzielić dostatecznej ilości antytoksyny i zamierają, co pociąga za sobą także śmierć całego ustroju, który ginie pomimo, że we krwi jego krążyła duża ilość antytoksyny. Szczególniej jaskrawo uwidocznia się różnica pomiędzy odpornością a poli-antytoksycznością przy porównywaniu wyników, otrzymywanych u różnych zwierząt przy uodpornianiu ich. Weźmy np. dla porównania dwa typy zwierząt, mianowicie konia i psa. Wskutek uodporniania konia przez 2—2½ miesięcy zapomocą zastrzykiwania toksyny takiej siły, że 0,01—0,005 ctm. sz. jej jest najmniejszą dawką śmiertelną dla świnki morskiej, ważącej 250 grm., po ostatniem zastrzyknięciu w ilości 100 ctm. sz. nagromadza się już zazwyczaj tak znaczna ilość antytoksyny, że surowica krwi zawiera jej od 100—300 jednostek normalnych. W cią-

gu takiego samego okresu czasu przy uodpornianiu psa dochodzi się do takiej samej dawki toksyny tejże samej siły, zawartość jednakże antytoksyny w surowicy krwi wynosi zaledwie 5—10 jednostek normalnych. Jeżeli przyjmiemy, że waga konia wynosi średnio 30 pudów, a psa 1 pud, to okazuje się, że pies, któremu zastrzyknięto ostatni raz 100 ctm. sz. toksyny, otrzymał na każdą jednostkę wagi 30 razy więcej toksyny, niż koń przy takiej samej dawce, co znaczy że stopień odporności, osiągniętej u psa, czyli zdolność przyswajania toksyny jest 30 razy większa niż u konia. Tymczasem jednocześnie siła surowicy psa jest 20—60 razy słabsza od surowicy konia, a absolutna ilość antytoksyny, krążącej we krwi psa jest od 600—900 razy mniejsza niż u konia. Różnica pomiędzy odpornością a poli-antytoksycznością występuje w tym przykładzie nader jaskrawo.

Zdolność osiągania poli-antytoksyczności zużytkowujemy w celu przygotowania surowicy przeciwdyftertycznej. Zdolność tę posiadają w najwyższym stopniu konie, chociaż i u tych zwierząt waha się ona w granicach bardzo szerokich i zależy nie tylko od własności osobniczych, lecz także od wieku, rasy i sposobu uodporniania.

Dotąd była mowa jedynie o odporności, osiąganey przez ustroj zwierzęcy sztucznie, dzięki wstrzykiwaniom toksyny dyftertycznej, lub wydzielających ją bakterii; poza tem jednakże są zwierzęta z natury już odporne na błonicę. U jednych z nich odporność bywa słabiej wyrażona, tak, że chociaż nie zarażają się one drogą naturalną, t. j. są w stanie oprzeć się małym ilościom zarazki, jednakże mogą ulec zarażeniu przy sztucznem wprowadzeniu do ustroju ich zarazka w większej ilości; u innych znowu odporność bywa nader silnie wyrażona, tak, że nawet bardzo duże dawki, wprowadzone sztucznie do ustroju, nie są w stanie spowodować zakażenia. Za przykład odporności pierwszego rodzaju mogą służyć psy, drugiego zaś szczury. Badania krwi tych zwierząt wykazały brak antytoksyny we krwi ich i dlatego też wrodzona odporność musi być uważana za zjawisko całkiem odrębne, zasadniczo różniące się od odporności sztucznie osiąganey, której towarzyszy zawsze obecność antytoksyny we krwi. Dla tego rodzaju odporności przyjęła się nazwa celularnej. Zdaje mi się jednakże, że w zasadzie pomiędzy celularną a antytoksyczną odpornością niema różnicy, oba bowiem rodzaje odporności zależne są od wydzielania antytoksyny przez komórki ustroju, a cała różnica pomiędzy nimi sprowadza się do tego, jak długo komórki są w stanie wydzielać antytoksynę po usunięciu podniecy, wywołującej tą czynność, t. j. po zubożeniu toksyny. Łatwo przewidywać, iż tej hipotezie będzie zrobiony zarzut, że bynajmniej nie dowiedziono, aby komórki ustroju szczura w walce z toksynami wydzielały antytoksynę. Istotnie, zarzut to jest słuszny, jeżeli jednakże przypomnimy sobie jak wielka różnica w sile surowicy otrzymywana była przy uodpornianiu konia i psa, to łatwo możemy przypuścić, że podobna różnica może istnieć również pomiędzy siłą surowicy psa a szczura, t. j., że przy uodpornianiu szczura w ustroju jego nagromadza się jeszcze mniej antytoksyny, niż w tychże warunkach u psa.

Jeżeli przypuścimy, że w ustroju szczura podczas uodporniania nagromadza się bardzo mało antytoksyny, to nie wyda nam się dziwnem, że nie możemy

jej wykryć we krwi tego zwierzęcia, surowica bowiem jego nie tylko posiada własność powodowania martwicy tkanek na miejscu zastrzyknięcia, lecz także odznacza się niezwykłą jadowitością dla świnek morskich, używanych za wskaźnik przy wykrywaniu obecności antytoksyny. Prócz tego należy jeszcze dodać, że istnieje wiele przeszkód technicznych, które nie pozwalają na osiągnięcie u szczurów odporności w wysokim stopniu, gdyż dzika natura zwierząt nie znosi niewoli, a tymczasem wyższe stopnie odporności, warunkując możliwość wykrywania obecności antytoksyny we krwi, osiągnąć się dają jedynie zapomocą dłuższy czas trwających zabiegów uodporniających i pomyślnych dla ustroju zwierzęcia warunków życia. Kwestya, w jaki sposób komórki ustroju szczura przeciwdziałają wprowadzonym doń toksynom, mojem zdaniem musi być rozstrzygnięta tak samo, jak odnośne pytanie, postawione wyżej odnośnie do komórek ustroju psów.

U koni zaraz po pierwszym wstrzyknięciu toksyny siła antytoksyny, zawartej w surowicy krwi, wzmagą się nieraz 500 i nawet więcej razy, tak że wystarczy niekiedy 0,05 ctm. sz. surowicy do zubożenia dziesięciokrotnej dawki śmiertelnej toksyny, przyjętej za jednostkę miary. Ponieważ ukazanie się antytoksyny we krwi było bezpośredniem następstwem wprowadzenia toksyny do ustroju, przeto nastręcza się z zupełnie logiczny wniosek, że antytoksyna została przez ustrój wydzielona w celu przeciwdziałania toksynie. Tymczasem, gdybyśmy zechcieli sprawdzić fakt podobny na psach, to byśmy przyszli do wręcz przeciwnego, a całkiem fałszywego wniosku, mianowicie że komórki ustroju psa nie wydzielają antytoksyny pod wpływem toksyny, ponieważ po pierwszym zastrzyknięciu ostatniej, skutek nader skąpego przyrostu antytoksyny i silnej jadowitości surowicy psów dla zwierząt, zapomocą których zazwyczaj określana bywa siła antytoksyny, nigdy nie udawałoby się wykryć nawet obecności jej we krwi.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WĘWĘTRZNYCH (I. b.) SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

Przyczynek do nauki „o niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej (anaemia perniciosa progressiva idiop.)“

Napisał

Prym. dr Antoni Krokiewicz.

— + — + —

Rozpoznanie kliniczne niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej (*anaemia perniciosa progressiva essentialis*) częstokroć natrafia na wiele trudności; zazwyczaj zwykło się opierać na wyniku badania hematologicznego. Badanie krwi wykazuje naówczas w przeważnej liczbie przypadków zmniejszoną znac-

nie liczbę krążków czerwonych krwi, znacznie zmniejszoną ilość hemoglobiny, różnokształtność (*poikilocytosis*) i różnobarwność (*polychromatophilia*) krążków czerwonych krwi, obecność normoblastów i megaloblastów. Pomiędzy różnokształtnymi krążkami czerwonymi krwi przeważają postaci mikrocytów i makrocytów. Krążki czerwone krwi trudno się barwią. Leukocyty są zwykle na szczycie choroby w zmniejszonej liczbie bez wybitnych cech morfologicznych i mikrochemicznych.

Według EHRlich'a, LAZARUS'a, STRAUSS'a nie można rozpoznawać niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej, jeśli we krwi brak megaloblastów, t. j. dużych, jądrzastych krążków czerwonych. SENATOR uznaje jako charakterystyczny objaw dla samoistnej niedokrwistości złośliwej postępowej obecność we krwi megalocytów, ale wykonywających ruchy ameboidalne obok poikilocytozy, megaloblastów, normoblastów, krążków czerwonych, zawierających ziarenka basofilne, leukocytów, okazujących zmiany skrobiowate (*glycogene Degeneration*) i względnie dużą zawartość hemoglobiny na liczbę erytrocytów. Zdaniem MICHAELIS'a, do rozpoznania niedokrwistości złośliwej postępowej pierwotnej konieczne są tylko gigantoblasty we krwi; gdzie we krwi obok gigantoblastów znajdują się i normoblasty, tam nie można rozpoznawać niedokrwistości złośliwej postępowej pierwotnej, ale niedokrwistość wtórorzędna, która może śmierć spowodować, ale i może być wyleczoną, jeśli się nam uda usunąć przyczynę chorobową. Natomiast GRAWITZ a poniekąd i JAKOB nie przypisują obrazowi mikroskopowemu we krwi żadnego donioślejszego znaczenia ze względu na możliwość rozróżniania w ten sposób niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej a wtórorzędnej. GRAWITZ spostrzegał klinicznie przypadek ciężkiej niedokrwistości w przebiegu przewlekłego zatrucia ołowiem, gdzie krew zawierała bardzo dużo megaloblastów a chory rychło wyzdrowiał, podczas gdy w 2-ch przypadkach niedokrwistości złośliwej postępowej pierwotnej, zakończonych śmiercią nie mógł napotkać we krwi megaloblastów pomimo skrzętnego poszukiwania. Również JAKOB przy ciężkich wtórorzędnych niedokrwistościach znajdował we krwi te same zmiany, co przy niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej.

Podobnie jak z obrazem hematologicznym, który nie jest utrwalony w przebiegu niedokrwistości złośliwej postępowej, rzecz się ma i ze zmianami anatomicznymi. Zazwyczaj oględziny pośmiertne stwierdzają w danym przypadku: stłuszczenie mięśnia sercowego, naczyń krwionośnych, nerek, gruczołów błony śluzowej żołądka i kiszek, wynaczynienia na dnie oka tudzież utkanie płodowe szpiku kości długich.

W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na zachowanie się błony śluzowej żołądka i kiszek w przebiegu niedokrwistości złośliwej postępowej samoistnej. NOTHNAGEL, FENWICK, LEWY, NOLLE, EISENLOHR, OSLER, EWALD stwierdzili zanik błony śluzowej żołądka i kiszek w następstwie przebytego przewlekłego zapalenia błony śluzowej, przyczem najpierw stłuszczenie komórek gruczołowych a później zanik błony śluzowej z rozwojem tkanki łącznej a nawet ze zwyrodnieniem włóknistym [NOTHNAGEL] się wytwarza. EWALD dla końcowego okresu tegoż procesu chorobowego stwarza nazwę „*anaduemia*“.

HANSEMANN zauważył pod drobnowidzem [22 przyp.] w przypadkach niedokrwiłości złośliwej postępowej samoistnej jedynie tylko zanik gruczołów błony śluzowej żołądka i kiszek bez rozrostu tkanki łącznej [proces chorobowy *sui generis*]; podobnie JUERGENS w jednym przypadku. W najnowszych atoli czasach FABER i BLOCH, tudzież RUBINSZTEIN uważają zmiany zanikowe w jelitach w części jako objaw pośmiertny, w części jako następstwo rozciągnięcia błony śluzowej wskutek rozdęcia kiszek a tylko w żołądku stwierdzają rozległe zapalenie błony śluzowej z następowym zanikiem tejże.

Utkanie embryonalne szpiku w kościach długich nie jest charakterystyczne dla niedokrwiłości złośliwej postępowej, gdyż szpik kostny czerwony znajduje się w przypadkach niedokrwiłości towarzyszącej gruźlicy [LITTEN], ciągłym krwotokom [E. NEUMANN], rakowi żołądka [EISENLOHR]. Częstokroć utkanie embryonalne szpiku kostnego w przebiegu niedokrwiłości złośliwej postępowej pierwotnej jest bardzo mało zaznaczone [EICHHORST], a ENGEL opisuje przypadek niedokrwiłości postępowej złośliwej, gdzie szpik w kościach długich zachowywał się zupełnie prawidłowo, był żółty i okazywał utkanie tłuszczowe.

W r. 1902 miałem sposobność spostrzegania na mojem oddziale przypadku niedokrwiłości złośliwej postępowej samoistnej, który zakończył się zejściem śmiertelnem. Ponieważ przypadek ten był dokładnie badany za życia i po śmierci, przeto uważam za stosowne podać go do wiadomości—a to tem rychlej, że stanowić może cenny przyczynek pod względem klinicznym i anatomicznym w nauce o niedokrwiłości złośliwej postępowej.

W. Jędrzej, lat 32, flisak, zgłosił się do szpitala dnia 11. VIII. 1902 r. Poprzednio miał być zawsze zdrow; dopiero od 3-ch miesięcy doznaje bólów w okolicy żołądka i podżebrza prawego, upośledzenia łaknienia, przyczem stolec częściej zaparty niż wolny. *Excessus in baccho et venere negantur*. Przymiotu nie przechodził.

Stan chorego w dniu przyjęcia do szpitala następujący:

Dnia 12. VIII. Budowa ciała i odżywienie nędzne. Skóra blada, o żółtawym odcieniu; w tkance podskórnej około kostek mierny obrzęk; na spojówkach gałkowych ślad żółtaczki.

Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Z przodu granica dolna płuca prawego na linii sutkowej sięga do 7-go żebra, lewego do 5-go żebra; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej do 12-go żebra: dość ruchoma. Odgłos wypukowy z przodu na klatce piersiowej wszędzie pełny; szmery oddechowe prawidłowe. Z tyłu na klatce piersiowej po obu stronach od dolnego kąta łopatki ku dołowi przytłumienie i tamże szmery oddechowe przyciszone; zresztą wypuk wszędzie pełny, wdech pęcherzykowy a wydech niesłyszalny. Liczba oddechów 22.

Słuchanie serca na mniejszej powierzchni. tony serca bardzo głuche; tętno miękkie, 96 na minutę, regularne. Tętnice obwodowe dość wąskie.

Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku nieco wrażliwy; powłoki brzuszne wiotkie. Język obłożony; w jelitach grubych pluskanie.

Wątroba nieznacznie powiększona i obniżona; śledziona nieco powiększona, dość miękka

Narząd moczopłciowy bez zmian. Mocz oddziaływa kwaśno, barwy wino-żółtej, czysty; nie zawiera ani białka, ani cukru; chlorki prawidłowe; indykan słabo zwiększony.

Narządy nerwowe bez zmian; odruchy kolanowe ścięgnięte nieco wzmożone.

Ogólne osłabienie znacznego stopnia; bóle w kończynach dolnych.

W pierwszych dwóch tygodniach pobytu w szpitalu chory od czasu do czasu okazywał pod wieczór ciepłotę 37,7 C. a rano wymiotował; później ciepłota wieczorna dochodziła najwyższej 37° C. a rano 36,6° C.

Dnia 31. VIII. Na czczo wydostano z żołądka 100 ctm. sz. zawartości obojętnej z resztkami pokarmów.

Dnia 3. IX. Badanie krwi wykazuje: Liczba krążków czerwonych krwi w 1 ctm. sz. 460000 przy 25% hemoglobiny [GOWERS]. Krążki czerwone krwi okazują poikycytozę i polichromatofilię; barwią się bardzo słabo i niejednostajnie. Brak normoblastów i megaloblastów. Liczba ciałek białych w 1 ctm. sz. 6000, przyczem stwierdzić można było 64% neutrofilów, 35% limfocytów i to prawie wyłącznie małych, 1% eozynofilów.

Dnia 4. IX. Nad ranem wymioty z domieszką żółci; brzuch miernie wzdęty; upośledzenie łaknienia; stolec zaparty, obrzęk kończyn dolnych większy. Tętno 96, regularne, dość dobrze napięte; szum w uszach; znaczne osłabienie. W kale badaniem drobnowidzowem stwierdzić można jajka „*trichocephalus dispar*“.

Dnia 15. IX. Liczba krążków czerwonych 450000; hemoglobiny 20% [GOWERS]. Brak normoblastów i megaloblastów; nieznaczna poikycytoza i polichromatofilia. Liczba leukocytów 6000 [stosunek leukocytów ten sam]; tętno 90; zresztą *status idem*.

Dnia 23. IX. Liczba krążków czerwonych 520000; hemoglobiny 23% [GOWERS]. Brak normoblastów i megaloblastów. Leukocytoza 2000. Osłabienie spore; obrzęk na kończynach dolnych większy; wymioty ustały; rozwołnienie znaczne.

Dnia 5. X. Liczba krążków czerwonych 340000; hemoglobiny 15% [GOWERS]; liczba leukocytów 1300 [75% neutrofilnych, 24% małych limfocytów, 1% eozynofilowych]. Brak normoblastów i megaloblastów; mierna poikycytoza i polichromatofilia. Tętno serca bardzo głucho; przy pierwszym tonie nad wierzchołkiem serca silny podmuch; zresztą *s. i.*

Dnia 12. X. Badanie dna oka, przedsięwzięte na klinice okulistycznej Uniwersytetu Jag., stwierdziło wynaczynienia punktowate na siatkówkach obu oczu w pobliżu plamek żółtych, blade tarcze przy prawidłowym kalibrze naczyń krwionośnych.

[D. n.].

III. PRZYCZYNEK DO BUDOWY WRZODU PIERWOTNEGO.

Podał

Robert Bernhardt,

ordynator Szpitala św. Łazarza.

—+—+—

[Dokończenie — Patrz Nr. 13].

Co się tyczy warstwy ziarnistej, to na obwodzie wrzodu składa się ona z 6—8 szeregów komórek, w środkowej jednak części redukuje się do 3—2, a nawet 1-go szeregu. Tutaj warstwa ta niekiedy zupełnie znika, a wówczas komórki koleczaste bezpośrednio stykają się z rogowymi. Warstwa rogowa jest wogóle dosyć gruba i składa się po większej części z komórek niekompletnie zrogowaciałych, których jądra wyraźnie występują przy barwieniu. W warstwie tej widywałem też niekiedy drobne kuliste twory, które się barwiły tak, jak substancje rogowe. W naskórku widać też trochę komórek wędrujących.

W łączno-tkankowej części skóry oddzielnie rozpatrzyć możemy warstwę brodawkową z podbrodawkową i oddzielnie głębsze warstwy podłoża (*corium*). W brodawkach skóry [o ile te ostatnie są zachowane, p. w.] i w warstwie podbrodawkowej przede wszystkim zwracają uwagę zmiany naczyń i nacieczenie komórkowe. Liczba naczyń kalibru wyłącznie włosowatego jest tutaj bardzo znaczna i nawet zdaje się być większa niż w warunkach normalnych. Kierunek naczyń — wyraźnie prostoliniowy, światło wybitnie rozszerzone i miejscami szczelnie wypełnione czerwonymi krążkami krwi. Śródbłonek znacznie zgrubiały. Wysokie komórki śródbłonkowe, obficie zaopatrzone w protoplazmę, wyraźnie się uwydatniają, a ich jądra barwią się bardzo dobrze. Przestrzeń między naczyniami w pomienionych warstwach zajęta jest przez rozlane nacieczenie komórkowe, obfite w środkowych, umiarkowane zaś w częściach obwodowych wrzodu twardego. Nacieczenie to, bynajmniej nie trzymające się biegu naczyń, składa się w przeważającej liczbie z komórek łączno-tkankowych, umiarkowanej liczby plazmatycznych i limfocytów oraz niewielkiej komórek tucznych. Leukocyty widywałem bardzo rzadko i to tylko w postaci oddzielnych egzemplarzy.

O ile w opisanych warstwach spotykamy rozlane zmiany skóry, o tyle w głębszych częściach podłoża (*corii*) widzimy wyłącznie ogniskowe nacieczenia, ściśle związane z naczyniami krwionośnymi — z żyłami, rzadziej z kapilarami. Światła żyły są wogóle znacznie rozszerzone, same zaś naczynia są otoczone przez węższe lub szersze, niezawsze prawidłowego kształtu pierścienie, złożone z komórek łączno-tkankowych i plazmatycznych, rzadziej z limfocytów i tucznych. Pierścienie te, a raczej pochwy najwidoczniej odpowiadają warstwie

zewnątrzej naczyń i stąd też odbywa się wrastanie komórek z jednej strony w otaczającą tkankę łączną skóry, z drugiej — w ciekłą warstwę środkową samej żyły. Warstwa wewnętrzna i śródbłonek żył po większej części biernie się zachowują w całej tej sprawie. Tylko w trzech większych żyłach, znajdujących się już na granicy tkanki podskórnej, stwierdzić mogłem wybitny rozrost warstwy wewnętrznej, powodujący znaczne zwężenie światła tych naczyń (*endophlebitis obliterans*). Naczynia włosowate nie różnią się co do swego wyglądu od opisanych w warstwie brodawkowej, niektóre jednak z nich są również jak i żyły otoczone cienkimi pochewkami komórkowymi. Zupełnie inaczej zachowują się tętnice. W nich sprawa patologiczna polega na znacznym zgrubieniu ścian, podczas gdy nacieczenia komórkowego dokoła tych naczyń brak. Różnica ta jest tak stała i tak widoczna, iż mimowoli rzuca się w oczy. Otóż, warstwa zewnętrzna tętnic jest znacznie zgrubiała i przedstawia się jako zbita tkanka łączna z grubymi wiązkami włókien klejodajnych i niewielką liczbą jąder. Warstwa ta odgranicza się bardzo wyraźnie od otaczającej tkanki łącznej samej skóry. Warstwa środkowa również uległa wybitnemu zgrubieniu, a to przeważnie dzięki rozrostowi tkanki mięsnej, której pałeczkowate jądra występują tutaj w daleko większej niż normalnie liczbie. W warstwie tej widać też jednak [zwłaszcza przy barwieniu metodą VAN GIESON'a] dosyć liczne lubo cienkie prześciółki łączno-tkankowe, pozostające w widocznym związku z warstwą zewnątrzną naczyń. Wewnętrzna warstwa pozostała bez widocznych zmian, śródbłonek jednak jest zgrubiała, a miejscami zdaje się nawet bujać. Powyższe sprawy powodują znaczne zwężenie światła tętnic, które w drobnych naczyniach dochodzi do zupełnego niemal zamknięcia.

Opisane zmiany zauważyć można we wszystkich bez wyjątku tętnicach, począwszy od najdrobniejszych, a skończywszy na średnich. Tylko w tętnicach większego rozmiaru zmiany te są jeszcze mało widoczne, zaledwie naszkicowane, co jednak nie dotyczy śródbłonek, gdyż ten i tutaj już uległ dosyć znacznemu zgrubieniu.

Naczynia chłonne są wogóle umiarkowanie rozszerzone, poza tem — bez widocznych zmian. Gdziekolwiek tylko zauważyć można dokoła nich niewielkie gromady komórek.

Tkanka łączna skóry w obrębie wrzodu pierwotnego nie wszędzie się jednakowo przedstawia. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej tkanka ta jest widocznie dosyć luźna. W głębszych znowu warstwach podłoża, a mianowicie w częściach, odpowiadających środkowi wrzodu, tkanka łączna jest niezmiernie zbita. Wiązki włókien klejodajnych są grube, jednolite i posiadają przebieg bardziej do prostoliniowego zbliżony. Ku obwodowi jednak tkanka ta stopniowo traci wspomniane cechy, tal, że na samym odwodzie wrzodu wygląd jej prawie się nie różni od normalnej. Na szczególną uwagę zasługuje jeszcze bujanie stałych komórek łączno-tkankowych skóry, w których też tu i owdzie widzieć można figury karyokinetyczne. Liczba tych komórek jest o wiele większa niż normalnie, kształt — różnoraki, zaś wielkość częstokroć bardzo znaczna. Większe komórki posiadają niekiedy 2 — 3 jądra, obfitują w protoplazmę i zaopatrzone są dosyć długimi i licznymi wypustkami [komórki

takie napotykałem najczęściej w głębszych warstwach środkowej części wrzodu]. Bujanie komórek łączno-tkankowych odbywa się mniej więcej równomiernie w obrębie całego wrzodu. Istnieją jednak pewne punkty, nie pozostające zresztą w związku ani z naczyniami krwionośnymi, ani z chłonnymi, w których rozrost ten widocznie odbywa się daleko energiczniej. Tutaj skupia się znaczna liczba komórek łączno-tkankowych, które siatkowato oplatają wiązki włókien klejodajnych, lub też łączą się w dosyć długie i grube, falisto-biegające i krzyżujące się smugi.

Sieć włókien sprężystych jest wogóle dobrze zachowana. Choć ilościowo zmniejszona, występuje ona dosyć wyraźnie nawet w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, w głębszych zaś częściach podłoża tkanka ta ani ilościowo, ani jakościowo nie różni się od normalnej. Co się tyczy tkanki sprężystej naczyń krwionośnych, to pozostała ona bez widocznych zmian.

W gałązkach nerwowych, dosyć licznie reprezentowanych w tkance wrzodu, stosowanymi przeze mnie metodami barwienia nie nieprawidłowego wykryć nie zdołałem.

Barwienie na drobnoustroje dało wyniki ujemne.

Bynajmniej nie kusząc się o wyprowadzanie ogólnych wniosków z pojedynczego przypadku, pozwolę sobie jednak zwrócić uwagę na to, że nawet w tak wczesnym okresie wrzodu pierwotnego, kiedy o właściwym stwardnieniu mowy jeszcze niema, rozrostowe [hyperplastyczne] sprawy występują już b. wyraźnie zarówno w naskórku, jak i w tkance łącznej samej skóry. Co się tyczy t. zw. nacieczenia komórkowego, to powstaje ono dokoła żył a po części i naczyń włosowatych. Udziału tętnic w tej właśnie sprawie w danym przypadku nie stwierdziłem, zaś o naczyniach chłonnych nie mogę powiedzieć nic stanowczego. Komórki, stanowiące nacieczenie wrzodu twardego, powstają przeważnie wskutek bujania pierwiastków komórkowych błony zewnętrznej żył, choć nadmienić trzeba, iż stałe komórki łączno-tkankowe również odgrywają b. wybitną rolę przy wytwarzaniu nacieczenia. Bujanie jak tych, tak tamtych odbywa się zupełnie równolegle, widocznem jest jednak, że komórki błony zewnętrznej naczyń rozmnażają się daleko energiczniej. Potwierdzałoby to w ogólnych zarysach poglądy BIESIADECKIEGO. Aby zaś nacieczenie wrzodu miało się składać niemal wyłącznie z komórek plazmatycznych, tego w moim przypadku bynajmniej nie mogę potwierdzić. Powracając jeszcze raz do bujania stałych komórek tkanki łącznej skóry, zauważę, iż miejscami widywałem obrazy, wyraźnie wskazujące na powstawanie młodej tkanki łącznej. Czy jednak [jak chcą niektórzy] sprawa rzeczywiście dochodzi do wytwarzania nowej substancji włóknistej, tego z moich preparatów nie mogłem dociec. Tkanka sprężysta zachowuje się zupełnie biernie: ginie ona stopniowo — w miarę wzmagania się sprawy patologicznej.

L I T E R A T U R A

1) A. BIESIADECKI. Beiträge zur physiol. u. pathol. Anatomie d. Haut. Sitzb. d. K. Akad. d. Wissensch. II Abth. 1867.

A. BIESIADECKI. Poszukiwania, dokonane w zakładzie patologiczno-anatomicznym uniwersytetu Jagiellońskiego w r. 1870. Kraków 1871.

2) CASPARY. Zur Anatomie d. Ulcus durum etc. Archiv f. Derm. u. Syph. 1876, str. 45.

3 i 4) AUSPITZ i UNNA. Die Anatomie d. syph. Initialsclerose. Archiv. f. Derm. u. Syph. 1877, str. 161.

UNNA. Ein weiterer Beitrag z. Anatomie d. syph. Initialsclerose. Archiv. f. Derm. u. Syph. 1878, str. 543.

UNNA. Die Histopathologie d. Hautkrankh. 1894, str. 521.

5) PISARROWSKI. Die niederen Organismen d. harten Schankers. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. 1880, str. 390.

6) NEISSER. Ziemssen's Handbuch. T. XIV, str. 684.

7) WWFEDENSKI. K strojeniu sifiliczeskawo pierwicznawo skleroza. S.-Petersburg. 1892.

8) M. v. ZEISSL. Lehrbuch d. vener. Krankh. Stuttgart. 1902, str. 255.

9) V. CORNIL. Leçons sur la syphilis. Paris. 1879, str. 19—49.

10) MAURIC. Syphilis primitive et syph. secondaire. Paris. 1890, str. 307.

11) Z. JULLIEN. Traité pratique des maladies vénériennes, Paris. 1899, str. 602.

12) S. EHLMANN. Die Pathologie d. Initialsclerose. Wr med. Wochenschr. 1901, Nr. 36.

13) R. RIEDER. Zur Pathol. u. Therap. d. Mastdarmstricturen. Archiv. f. klinisch. Chirurgie. 1897. T. 55, str. 730.

ODCINEK.



Sanatorium dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Opisał

Dr J. Skłodowski,

ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus.



W listopadzie ubiegłego roku wykończone zostało w Zakopanem i oddane do użytku publicznego pierwsze wielkie na ziemiach polskich sanatorium przeciwgruźlicze, które nie tylko rozmiarami, lecz i całem urządzeniem wewnętrznem śmiało współzawodniczyć może z podobnymi zakładami za granicą. Aczkolwiek nowe to uzdrowisko przeznaczone jest dla ludzi zamożnych, opłacających z własnej kieszeni koszty kuracyi, nie posiada więc tego wzniosłego znaczenia humanitarne, co zakłady lecznicze dobroczynne, niemniej przeto odpowiada ono ważnej potrzebie społecznej i stanowi wielki postęp w rozwoju medycyny praktycznej polskiej. Zapoznanie się więc z tym nowym, a własnym, szansem ochronnym w walce z gruźlicą jest, jak sądzę, obowiązkiem zarówno lekarzy naszych, jak ogółu.

Miejsce, na którem stoi sanatorium, znajduje się już poza obrębem właściwej wsi Zakopanego i poza granicami stacyi klimatycznej, w odległości 4½ kilometra od dworca kolei. Leży ono na południowym zboczu Gubałówki, łagodnego grzbietu górskiego, który zasłania od północy dolinę Zakopiańską. Wzniesienie nad powierzchnią morza wynosi 1050 metrów, czyli około 150 m. więcej

od średniego poziomu Zakopanego. Klimat tej miejscowości posiada wszelkie zalety klimatu wysokogórskiego. Nieco większe wzniesienie, a zwłaszcza doskonała wystawa południowa dają jej nawet wyraźną przewagę nad innemi częściami doliny Zakopiańskiej. Wreszcie ustronne położenie sanatorium w okolicy niezamieszkałej uwalnia je od tych wszystkich stron ujemnych, jakie w samem Zakopanem wynikają ze zbytniego skupienia ludności przy braku odpowiednich urządzeń higienicznych.

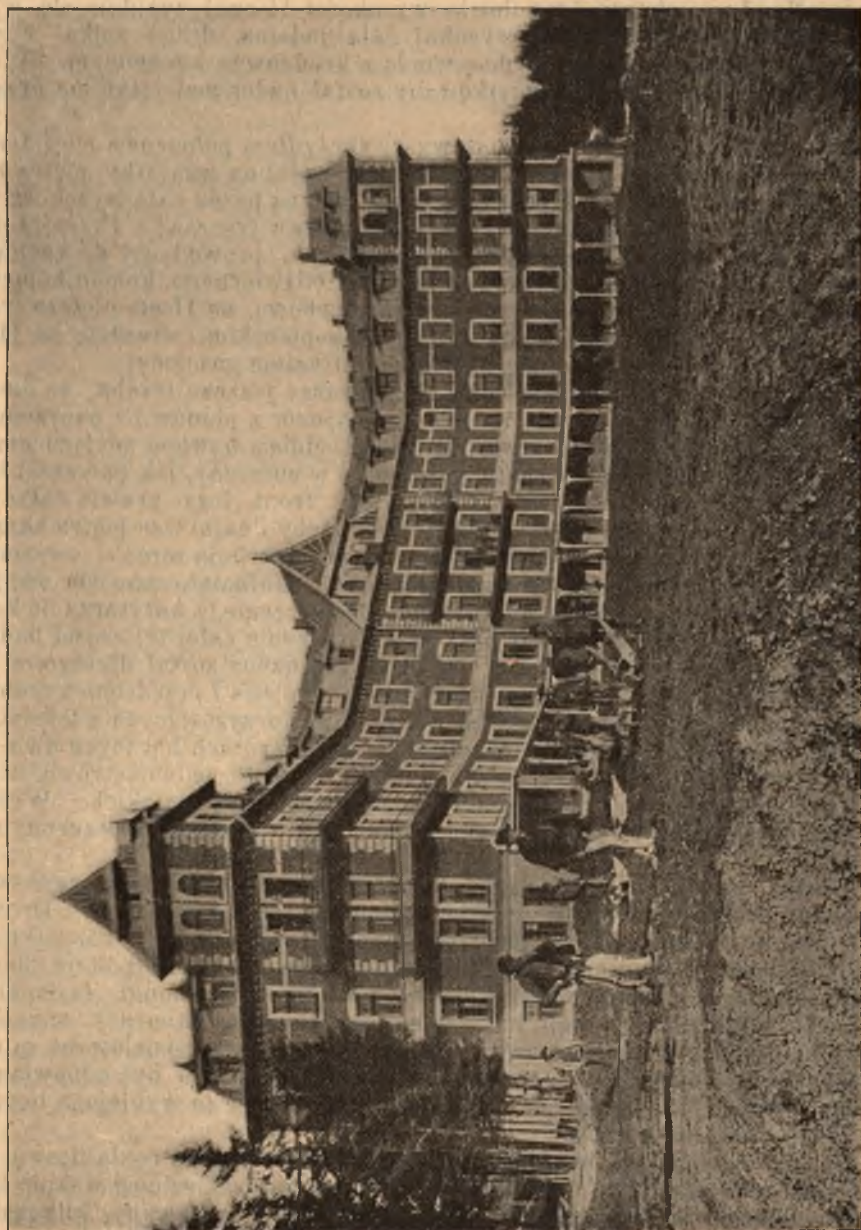
Od dworca kolejowego prowadzi do sanatorium naprzód trakt publiczny, wiodący ku Kościeliskom, a przerabiany obecnie na równą, szeroką szosę, dalej zaś droga bita prywatna, zbudowana wielkim nakładem, która, przeciąwszy przepustem kamiennym i mostem dwa potoki górskie, pnie się następnie dość stromo pod górę wzdłuż wschodniej granicy terytorium zakładowego. Posiadłość sanatoryjna zajmuje ogółem 14 morgów austriackich przestrzeni, w $\frac{3}{4}$ częściach dorodnym lasem świerkowym pokrytej. Ku północy od niej rozciągają się wzgórza Gubałówki, ku wschodowi i zachodowi obszerne lasy iglaste, wreszcie ku południowi teren naprzód pochyla się łagodnie, następnie zaś opada stromo do potoku Cichej Wody.

Czteropiętrowy gmach s a n a t o r i u m, zbudowany przez budowniczego krakowskiego PRAUSSA, według planów [porówn. te plany], opracowanych wspólnie z architektem BERINGEREM, stoi na obszernej polanie blisko granicy północnej. Linia jego frontu, dla lepszej ochrony od wiatrów, nie jest zupełnie prosta, lecz zlekka łamana, wklęsła, w ten sposób, że, gdy korpus główny zwrócony jest wprost na południe, skrzydła boczne mają wystawę południowo-wschodnią i południowo-zachodnią. Pokoje dla chorych mieszczą się na piętrach i tylko od frontu, są więc wszystkie jasne i słoneczne, ze wspaniałym widokiem na Tatry; wiele z nich posiada nadto balkony. Poza pokojami frontowymi ciągnie się na wszystkich piętrach przez całą długość gmachu szeroki, widny korytarz, z którego drzwi podwójne, oddzielone przestrznią, równającą się grubości muru, prowadzą do pokoi dla chorych. W ten sposób każdy z tych pokoi posiada od strony korytarza rodzaj sionki, która chroni od przeciągów, a zarazem służy za miejsce do wywieszania na noc odzieży, przeznaczonej do oczyszczenia. Tylne, czyli północne pokoje znajdują się tylko w skrzydłach bocznych, po trzy z każdej strony; w jednym mieści się służba dyżurna, w 2-ch innych łazienki i wateklozety.

Na parterze, który z uwagi na urządzoną przed nim leżalnię ma okna frontowe mniejsze i wyżej osadzone, a więc mniej otrzymuje światła, znajdują się tylko mieszkania służby, składy, kasa i szatnie; w pośrodku zaś przedsionek obszerny, prowadzący z jednej strony na leżalnię, z drugiej na schody i windę. Dwa duże, jasne pokoje narożne przeznaczone są dla gospodyni i lekarza asystenta. Prócz tego w skrzydłach, z boku i od tyłu, mieszczą się pokoje, łazienki i wateklozety dla służby i urzędników, oraz mieszkania rządcy i ochmistrzyni.

Na I-em piętrze skrzydło wschodnie obrócone jest od frontu na salon, drugi mniejszy salonik fortepianowy i czytelną; od północy zaś w dużym specjalnie urządzonym pokoju mieszczą się natryski. Na II-giem piętrze w tem samym skrzydle znajduje się [nad czytelną] gabinet konsultacyjny z poczekalnią, a nad pokojem natryskowym apteka i laboratorium lekarskie. Wreszcie na III-em piętrze tegoż skrzydła trzy niewielkie pokoje przeznaczone są: na salkę operacyjną, opatrunkową i sterylizacyjną [z aparatem odkażającym, parowym LEQUEUX]. Na najwyższem, IV-em piętrze skrzydła zachodniego znajduje się mieszkanie dyrektora.

Pokoje dla chorych na wszystkich piętrach jest ogółem 70, a mianowicie na I p.—15, na II—19, na III—21 i na IV—15. W tej liczbie jest 14 pokoi dwuosobowych. Pojemność pokoju pojedynczego waha się od 55-in do 70-in metrów sześciennych, dwuosobowego—od 100 do 120.



W tyle od środka korpusu głównego odchodzi jeszcze prostopadle trzecie skrzydło, w którym, ze względu na wznoszącą się pochyłość terenu oraz na przeznaczenie tej części budynku, poziom i wysokość pięter inne są niż w gmachu frontowym. Tu na parterze [właściwie na półpiętrze w stosunku do budynku frontowego] mieszczą się: kuchnia, kredens, płuczkarnia i dwie spiżarnie podręczne. Na I-em piętrze [w połowie wysokości II-ego] znajduje się wielka [15 metrów długa, 8 szeroka i 6 wysoka] sala jadalna, druga salka stołowa mniejsza i kredens, połączony osobną windą z kredensem kuchennym. Wreszcie strych ponad salą jadalną użytkowany został nader umiejętnie na urządzenie sporej, ładnej kaplicy.

W szyi, łączącej budynek frontowy ze skrzydłem północnem mieści się od zachodu główna klatka schodowa, która prowadzi na wszystkie piętra i półpiętra. We wschodniej zaś połowie tej szyi biegną przez całą wysokość gmachu dwie windy: osobowa [elektryczna] i do potraw [ręczna]. Przestrzeń pozostałą zajmują na parterze składy i korytarzyk, prowadzący do kuchni, na I-em piętrze przedsionek podjazdowy z lożą dla odźwiernego, komunikujący się bezpośrednio ze schodami głównymi i z windą osobową, na II-em piętrze trzecia jeszcze salka jadalna, utrzymana w stylu zakopiańskim, wreszcie na III-em piętrze dwa zapasowe pokoiki mieszkalne [ewentualnie gościnne].

Co do przedsionka podjazdowego, to zauważyć jeszcze trzeba, że nie leży on oczywiście na piętrze, jak wynika to napozór z planów i z poprzedniego opisu, lecz właściwie na parterze. W odpowiednim bowiem miejscu gmachu parter, wskutek pochyłości gruntu, przechodzi w sutereny, jak po części i cała tylna strona głównego budynku, podczas gdy front leży prawie całkowicie ponad ziemią. Nie należy jednak stąd wnosić, ażeby i najniższe piętro skrzydła gospodarskiego [północnego] leżało także pod powierzchnią terenu; owszem zagłębia się ono tylko bardzo nieznacznie w ziemię. Uniknięto bowiem owej niepożądaney ewentualności przez wyższe jego umieszczenie [z korytarza do kuchni wchodzi się po kilku stopniach], oraz przez otoczenie całej tej części budynku dość szerokim i głębokim wykopem. Podjazd urządzony został dlatego od tyłu, aby nie zakłócać spokoju chorym na leżalni. Wejście i przedsionek frontowy przeznaczone są wyłącznie na użytek pacjentów, korzystających z leżalni.

Oprócz schodów głównych znajdują się w skrzydłach bocznych dwie węższe klatki schodowe, przeznaczone dla służby. Czwarte, jednopiętrowe schody w pawilonie poprzecznym prowadzą do pomieszczeń gospodarskich. Wreszcie sala jadalna posiada osobne wyjście od północy po moście, przerzuconym nad wykopem

Gmach sanatorium zbudowany jest z cegły, pokryty blachą cynkową, belkowanie posiada przeważnie żelazne, podobnież schody i balkony. Drewnianą, olejno zaprawioną podłogę, posiada tylko piętro najwyższe, wszystkie inne pokryte są bądź linoleum na podstawie z desek gipsowanych [pokoje chorych, salony, jadalnie, korytarze, schody], bądź terrakotą [przedsionki, łazienki, wateklozety, salki chirurgiczne], lub cementem [kuchnia, kredensy, mieszkania niższej służby, korytarz parterowy]. Ściany wewnętrzne pomalowane są obecnie jasną farbą klejową, która w pokojach dla chorych ma być odnawiana dla każdego nowego pacjenta. W przyszłości zaś pokoje te wyklejone będą obiciem ceratowem, znywalnem.

Ściany zewnętrzne, tynkiem nie pokryte, wyłożone są cegłą licową, czerwona i fugowane starannie cementem. — Dla ochrony od wilgoci wokoło fundamentów gmachu biegnie głęboki kanał powietrzny, murowany, kilkocalowej szerokości, z którego woda ściekowa odpływa do rur kanalizacyjnych.

Przed frontem gmachu, wzdłuż całej długości parteru, ciągnie się leżalnia, czyli szeroka, kryta, nieoszlona weranda, na której ustawione są rzędem drewniane szezlongi, czyli t. zw. leżaki, po jednej stronie dla mężczyzn, po drugiej

dla kobiet. Wychodzące na nią okna parteru umieszczone zostały umyślnie na wysokości wzrostu człowieka, ażeby przez to zapewnić chorym większy spokój i dyskrecję podczas długich godzin przymusowego wypoczynku na świeżem powietrzu. Leżalnia zbudowana jest z cementu na wiązaniu z drutu metalowego, według systemu HENNEBIQUE'a, przez firmę lwowską Sosnowskiego i ZACHARYEWICZA. Płaski jej dach użytkowany będzie w przyszłości na taras, albo na prywatne leżalnie przy pokojach I-go piętra. Na razie punkt ten nie mógł być uwzględniony, ponieważ pierwotnie projektowana była leżalnia drewniana, o pochyłym daszku zakopiańskim.

Ogólny wygląd zewnętrzny gmachu, pomimo iż w budowie jego kierowano się głównie względami wygody, higieny i trwałości, bardzo jest okazały i estetyczny, co zawdzięczać należy głównie motywom zakopiańskim, zastosowanym w konstrukcyi dachu, w upiększeniach fasady, balkonów i leżalni według wzorów i wskazówek osobistych STANISŁAWA WITKIEWICZA. [C. d. n.].

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

17. *Rhizoma Scopoliae carniolicae*. Korzeniak Rudnicy pokrzywkowatej.

Rudnica pokrzykowata (*Scopolina atropoides*, v. *Hyoscyamus scopolia*, v. *Scopolia carniolica*, v. *Solatrium somniferum*, v. *Scopolia trichotoma*, v. *Atropa carniolica*), roślina, należąca do psiankowatych (*Solanaceae*), jest pospolitą w Krainie, Styrii, na Węgrzech, w Prusiech Wschodnich, na Śląsku. Przytrafia się również, według WAGI, w Galicyi około Krakowa, tudzież na Wołyniu i Podolu. Z postaci jest bardzo podobna do Pokrzyki wilczej jagody (*Atropa belladonna*).

W ostatnich czasach KETLY (*Therapie der Gegenwart*. 1903 Nr. 3. str. 117) wychwala bardzo łodygę podziemną [kłącze, korzeniak] wzmiankowanej rośliny przeciwko drżeniu, cechującemu t. zw. drżączkę (*paralysis agitans*).

Wiadomo powszechnie, że przeciwko drżeniu, będącemu głównym i najprzykrzejszym objawem drżączki (*paralysis agitans*), zyskaliśmy w ostatnich latach kilka bardzo cennych środków leczniczych. I tak: CHARCOT zaleca hyoscyaminę (*hyosciaminum*), ERB—hyoscynę, a mianowicie *hyoscinum hydrobromicum*, a MENDEL — duboizynę (*duboisinum*). Istotnie, hyoscyna bromowa (*hyoscinum hydrobromicum*), stosowana podskórnie, usuwa nieraz nagle najsilniejsze drżenie, przynajmniej na pewien czas. A jakkolwiek po miesiącu lub dwóch miesiącach wpływ hyoscyny ustaje i drżenie napowrót wraca, to jednakże po krótszej lub dłuższej przerwie środek wzmiankowany znowu staje się skutecznym, tak, że znowu chorego można uwolnić od tak dotkliwego objawu, jakim jest ciągłe drżenie, nie pozwalające choremu wykonywać żadnego ruchu celowego.

Hyoscyna ma jednakże ważną stronę ujemną: nawet przy bardzo ostrożnem dawkowaniu mogą czasami występować nieprzyjemne objawy podniecenia lub otrucia. Toż samo tyczy się i duboizyny. Dlatego też każdy nowy środek leczniczy również skuteczny, ale mniej niebezpieczny lekarze bardzo chętnie przyjmują. Takim właśnie środkiem leczniczym, jak zapewnia KETLY, ma być

korzeniak Rudnicy pokrzywkowatej (*pulvis rhizomae Scopoliae carniolicae*).

W r. 1897 PODACK zupełnie przypadkowo odkrył wzmiankowany środek leczniczy: zapoznał go z owym lekiem pacjent, wieśniak, cierpiący od 36-ku lat na drżawkę, a od 30-tu lat używający korzeniaka Rudnicy, który zawsze na pewien czas usuwał mu drżenie i przez to czynił go zdolnym do pracy.

Zresztą skuteczne działanie Rudnicy można łatwo objaśnić tem, że zawiera w sobie hyoscyaminę i hyoscynę, *resp.* skopolaminę. Wielką zaletę wzmiankowanego środka leczniczego stanowi ta okoliczność, że nie wywołuje żadnego działania szkodliwego.

KETLY wypróbował wpływ korzeniaka Rudnicy pokrzywkowatej w dwóch przypadkach drżączki (*paralysis agitans*) i w jednym przypadku nerwicy urazowej (*neurosis traumatica*). Drżenie, które było bardzo silne, ustąpiło już po kilku dniach stosowania wzmiankowanego środka leczniczego. Pomimo, że stosowano Rudnicę całymi miesiącami, nie spostrzegano nigdy żadnych objawów niepożądanych, nieprzyjemnych: ani objawów podniecenia, ani objawów otrucia. Jeden tylko chory skarżył się na nieznaczne uczucie suchości w gardle. W dwóch przypadkach drżączki drżenie nawet po paru miesiącach nie powróciło; ale zato w przypadku nerwicy urazowej drżenie wystąpiło zaraz po odstawieniu środka. Ponowne wszakże zastosowanie Rudnicy usunęło znowu objaw dokuczliwy.

Co się tyczy sposobu podawania i dawki, to należy podawać korzeniak Rudnicy pokrzywkowatej w postaci proszku raz dziennie po 0,30—0,40.

Rp. *Pulv. rhizomae Scopoliae carniolicae* 0,3—0,4

D. t. dos. Nr. XX

S. Raz dziennie jeden proszek.

Wiktor Grostern.

18. Veronalum. Weronal, nowy środek nasenny.

FISCHER i MERING (*Therapie der Gegenwart*. 1903. Nr. 3, str. 97) na mocy długich badań chemicznych, fizyologicznych i spostrzeżeń klinicznych zalecają nowy środek leczniczy pod nazwą w e r o n a l u.

Weronal jest to dietyl-malonyl-mocznik, który pod względem działania nasennego ma przewyższać wszystkie znane dotąd leki.

Przedstawia się pod postacią proszku krystalicznego, bezbarwnego, smaku gorzkiego. Rozpuszcza się w 12-tu częściach gorącej wody, a w 145-iu częściach wody letniej [20° C.].

Przeciwko zwyczajnej bezsenności wystarcza zwykle 0,5 weronalu, a przeciwko bezsenności, połączonej z silnym stanem pobudzenia, należy stosować dawkę większą — 1,0. U osób słabszych, np. u kobiet, najczęściej dawka jeszcze mniejsza, a mianowicie 0,3 wywołuje sen.

Jeżeli weronal podajemy w roztworze, sen występuje już w $\frac{1}{2}$ godziny po zażyciu leku. Dlatego też najlepiej stosować proszek weronalu w filiżance dobrze ciepłej herbaty. Można go również stosować wprost w proszku, albo w opłatku.

Dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne nie wykazały żadnych nieprzyjemnych objawów, zależnych od działania weronalu. Zresztą pod tym względem potrzebne są jeszcze dalsze spostrzeżenia

Wiktor Grostern.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— — — — —

Kilka słów w kwestyi projektowanej u nas bezpłatnej pomocy lekarskiej na wsi.

„Exaudiatnr et altera pars”.

Ponieważ sprawa bezpłatnej pomocy lekarskiej dla ludu w Królestwie Polskiem jest teraz w toku obrad, nie od rzeczy będzie, jeżeli wypowiem słów kilka w tej kwestyi. Osiem lat praktyki u nas w kraju w blizkiem sąsiedztwie z gubernią grodzieńską, gdzie od kilkunastu lat jest wprowadzona bezpłatna pomoc lekarska dla ludu [tak zwane „sielskija leczebnicy“, a przy nich lekarze, felczerzy i akuszerki] dały mi możność wyrobienia sobie gruntownego zdania o wadach i zaletach tego rodzaju instytucyi dla ludu.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że kraj nasz jest wogóle, dzięki wyższej kulturze i gęstemu zaludnieniu na niewielkim obszarze, w innych warunkach co do pomocy lekarskiej, niż Cesarstwo, a mianowicie, lud nasz jest w lepszym dobrobycie, chętniej udaje się po pomoc do lekarzy i ma ją znacznie bliżej, niż to się dzieje w Cesarstwie, a szczególnie na Litwie i Wołyniu, nie mówiąc już o guberniach, zamieszkałych przez tak zwanych inorodców.

Niektóre powiaty gub. grodzieńskiej zajmują 5 do 6-iu razy większe obszary, niż przeciętny powiat u nas; komunikacja jest bardzo utrudniona; koniecznem jest przeto, aby szpitale i „punkty” felczerskie były porozrzucane po całym powiecie równomiernie i gdyby nie to, chorzy zmuszeni by byli kilkadziesiąt do stu wiorst dojeżdżać do swego szpitala i lekarza.

W Królestwie powiaty są stosunkowo małe, zatem do szpitala, będącego, dajmy na to w środku powiatu, chorzy mają przeciętnie 2 mile drogi. Otóż biorąc pod uwagę ten fakt, a i wyższą kulturę naszego ludu, możemy *a priori* dojść do wniosku, że 1) dla ludu naszego, chętnie i daleko nieraz szukającego racjonalnej pomocy lekarskiej, nie będzie już dostateczny szpital ogólny, obsługiwany przez lekarza niespecjalistę, a zbyt spora liczba chorych, potrzebujących specjalnej pomocy lekarskiej, będzie i nadal udawać się do szpitali i lekarzy w Warszawie; przeto pożądanem jest, aby w szpitalach „bezpłatnej” pomocy lekarskiej udzielali stale lekarze specjaliści przynajmniej czterech typów; 2) szpitale, położone w środku powiatu, będą jak najlepiej odpowiadały ich celowi, ponieważ lekarze będą mieli niewielki obszar dla rozjazdów, a pacyenci zewsząd niedaleko do szpitali i lekarzy.

Nauka lekarska oddawna już weszła na tory specjalizacji i każdy przyzna, iż taki stan rzeczy jest niezbędny dla jej [nauki] rozwoju i dla ogółu chorych najkorzystniejszym; zatem nie może być niepożądaną specjalizacja pomocy lekarskiej i na prowincyi, chociażby tylko w grubszych zarysach.

Europa zachodnia doczekała się już tego od całego szeregu lat, przeważnie z inicjatywy prywatnej; nasz kraj, biedniejszy i mniej ukulturowany, nie może dorównać Zachodowi. Specjalne prywatne zakłady lecznicze nie mogą jeszcze utrzymać się u nas na prowincyi bez ofiarności publicznej lub rządowego subsydium; są wyjątki, lecz nader rzadkie i dla ogółu niedostępne. Lekarz — specy-

alista u nas na prowincyi jest jeszcze *rara avis*, z wyjątkiem Łodzi i większych miast gubernialnych.

Pozostaje zatem inicjatywa rządu; że zaś sfery rządzące noszą się teraz z myślą urzędzenia „bezpłatnej” pomocy na prowincyi, wskutek czego mają powstać na prowincyi szpitaliki, po kilka na każdy powiat, sądzą, że teraz właśnie możliwe będzie i pożądané zaszczepienie tej instytucyi idei specjalizacyi pomocy lekarskiej dla ludu.

Przy teraźniejszym stanie „bezpłatnej” pomocy lekarskiej [zarówno prawie w Cesarstwie jak i u nas w Płockiem] lekarz pomocy „bezpłatnej” jest lekarzem od wszystkich chorób i we wszystkich wypadkach, wymagających pomocy lekarskiej.

Nie ulega wątpliwości, że przy takiej różnorodności i masie zajęcia, nie może być mowy o zawsze racjonalnej pomocy lekarskiej: praca jest dorywcza, niesystematyczna, a pomoc przeważnie paliatywna; stąd i wkrótce rozgoryczenie leczącej się ludności i niechęć do lekarzy, którzy pracują dużo i z zaparciem się, niestety, zbyt często bezowocnie.

Zdolny lekarz internista nie będzie jednocześnie chirurgiem lub akuszerem bez zarzutu, i odwrotnie; będąc zaś zmuszony przyjąć codziennie ogromną, w porównaniu z lekarzami wolnopracującymi, liczbę różnorodnych chorych, traktuje ich, bo musi, powierzchownie, lub odsyła do specjalistów. W rezultacie lekarz staje się wkrótce zacofanym i rutynistą, a lud traci coraz więcej zaufanie do „bezpłatnej” pomocy.

Skuteczniej daleko można złemu zaradzić, urządzając na prowincyi „bezpłatną” pomoc przynajmniej w czterech, niżej podanych, grubszych gałęziach nauki lekarskiej.

W każdym powiecie powinny być 4 szpitale z odpowiednim personelem, położone w środku powiatu w niedalekiej, kilku wiorstowej odległości jeden od drugiego, a to w tym celu, aby 1) niestosownie skierowani pacjenci mogli być odsyłani bez poważniejszej straty czasu do pobliskiego, odpowiedniego dla nich „punktu”, 2) lekarze mieli możność narażania się i pomagania sobie w razie potrzeby, t. j. w zawilszych przypadkach i przy operacyach.

W jednym szpitalu powinien ordynować giniatra i akuszer, w drugim chirurg, w trzecim lekarz chorób epidemicznych i wogóle zakaźnych, pełniący jednocześnie funkcye lekarza „sanitarnego”; w czwartym lekarz chorób wewnętrznych i pozostałych.

Najbardziej oddalony punkt powiatu leżałby o 21 mniej więcej wiorst od środowiska, zajmowanego przez lekarzy; — przy takim ugrupowaniu i organizacyi, chorzy zyskaliby na jakości pomocy, niewiele tracąc na czasie, a każdy z lekarzy mógłby kształcić się w obranej przezeń specjalności z większym pożytkiem dla siebie, *respective* dla nauki lekarskiej.

Bezpieczeństwo publiczne i zdrowie zyskałyby bardzo w takim razie, ponieważ chorzy zaraźliwi oddzieleniby byli od reszty i leczeni przez oddzielnych lekarzy. Faktem jest, że w poczekalniach dla chorych i ambulatoriach zdarza się częstokroć udzielanie się chorób infekcyjnych, i w ten sposób pacjent, lub jego krewni wynoszą z sobą i roznoszą po domach zarodki różnorodnych chorób. Już sam wzgląd na możliwość udzielenia się w ten sposób chorób zakaźnych osobnikom skądinąd zdrowym, przemawia stanowczo za urządzeniem oddzielnych szpitali dla chorych infekcyjnych: co jest tolerowane w praktyce prywatnej, nie powinno być świadomie dopuszczane w instytucjach z tym charakterem, jaki powinny mieć szpitale, jako gwałt, zadany profilaktyce i higienie publicznej.

Koszt urządzenia i utrzymania w ten sposób projektowanej pomocy lekarskiej byłby jednakowy z dotychczasowym np. w Płockiem, a rezultat bez porównania i niewątpliwie lepszy.

Lud nasz wkrótce oswoiłby się z takim stanem rzeczy, to jest z istnieniem specjalizacji pomocy lekarskiej, a, co zatem, liczba nieostojnie skierowanych chorych byłaby coraz mniejsza; zresztą, pomogłoby w tym względzie wskazówki, udzielane ludowi w poszczególnych wypadkach przez inteligencję miejscową.

Powtarzam, iż nie obojętną jest kwestya, aby te cztery punkty lekarskie były położone nieopodal od siebie, ze względu na potrzebę częstokroć wspólnej narady lekarskiej w zawiłych przypadkach.

Przy każdym „punkcie“ powinna być apteczka, opatrzona mniej złożonymi lekami, zaś przy jednym z nich, najwygodniej przy szpitalu dla chorych wewnętrznych, nieinfekcyjnych, powinna być centralna apteka i prowizor, skąd pobliskie apteczki odbierałyby bardziej złożone i specjalne leki i środki. Preparowanie leków przez felczerów i „siostry“ nie powinno mieć miejsca, szczególnie jeżeli chodzi o środki silnie działające; a przytem funkcje te odciągają ich [szczególniej felczerów] od fachowych zajęć i dają pole do nadużyć różnego rodzaju, np. wyzysku interesantów przez ekspedytorów leków.

Stosownie do specjalności lekarza, powinien być przy każdym z nich odpowiednio wyszkolony felczer, a przy ginekologu i akuszerze — najmiej dwie akuszerki, gruntownie wykształcone w swym fachu.

Przy projektowanym przeze mnie sposobie organizacji pomocy lekarskiej, rozjazdowym lekarzem przeważnie byłby lekarz chorób epidemicznych i internista, mniej giniatra i akuszer, ponieważ nieprawidłowe porody mogłyby być zawczasu kierowane do szpitala i tam się odbywać; „chore“ miałyby tam stałą pomoc podczas porodu i opiekę w okresie połogowym. Znaną powszechnie rzeczą jest, że spora liczba chorób połogowych źródło swe ma w niezachowaniu profilaktyki połogowej wogóle, czyli w zbyt wczesnem podnoszeniu się z łoża po ciężkich porodach i w niezachowaniu najprostszych wymagań diety; otóż szpital zapobiegłby radykalnie tym ekscesom.

Chirurg mógłby operować zawsze prawie u siebie w szpitalu i w ten sposób z powodzeniem uniknąć częstej infekcji ran przy operowaniu w ciemnych i brudnych chatach włościańskich.

W teraźniejszym stanie „bezpłatnej“ pomocy lekarskiej [„ziemskiej“ w Cesarstwie, a zarówno „wiejskiej“ w Płockiem] każdy lekarz obowiązany jest być „od wszystkiego“, t. j. od wszystkich chorób i na wszelkie wypadki.

Od chorego na szkarlatynę, dyfteryt, lub tyfus plamisty, doktor jedzie lub idzie do porodu lub poronienia; a musi stawiać się niezwłocznie, nie zdążywszy częstokroć się przebrać lub jako tako dezynfekować.

Powróciwszy od septycznej np. gorączki, musi nieraz natychmiast zeszywać świeżą, jeszcze krwawiącą ranę ciętą, po przecięciu flegmony robi, bo musi, opatrunki innym chorym i t. d., a wszystko prędko, bo masa chorych czeka i niecierpliwi się.

Czy może być mowa w takich warunkach o dostatecznej dezynfekcji operatora, sali i narzędzi?

Nie ulega wątpliwości, że teraźniejszy system „bezpłatnej“ pomocy lekarskiej, projektowany i u nas, jest bardzo wadliwy; jeżeli mamy posiadać nowe instytucje na prowincyi, pocóż wprowadzać do nich stare, niezaprzeczenie ciężkie błędy, podczas gdy kraj nasz jest właśnie w tych szczególnie wadliwych warunkach, iż może ich unikać. Potrzeba wprowadzenia w życie tych instytucji nie jest tak nagląca, aby kwestyi nie można było jeszcze wprowadzić na lepsze tory.

Ponieważ kraj ma ponosić ciężary „bezpłatnej“ pomocy lekarskiej, niechże wzamian otrzyma instytucje rzetelnie pożyteczne i trwałe. Czas jeszcze na dyskusye i refleksye.

Dobrych bezwzględnie wzorów do naśladowania na tem polu nie mamy, albowiem inne kraje, prócz Rosyi, nie posiadają tego rodzaju pomocy lekarskiej; zaś „ziemskie“ urządzenia nie są idealne, o czem można się przekonać z lekarskich dzienników rosyjskich i co naocznie stwierdzili ci z kolegów, których los postawił na stanowisku lekarzy „ziemskich“.

Przechodzę teraz do kwestyi wyboru lekarzy na „punkty“. Jeżeli płaca będzie dostateczna, miejscowych kandydatów znajdzie się wkrótce aż nadto. Pierwszeństwo z czasem powinni mieć lekarze, obeznani ze swą specjalnością, zatem po odbyciu 3-ch, 4-ch lat praktyki w danej gałęzi nauki lekarskiej w szpitalu. Posady powinny być obsadzone drogą konkursu, a sędziami winni być ordynatorzy oddziałów szpitali warszawskich, podług specjalności, podlegających egzaminowi konkursowemu; poczet sędziów nie powinien być stały.

Poważny głos w przyjęciu wykwalifikowanych lekarzy i w kwestyi przedłużenia kadencji każdego z już funkcyjujących powinna mieć komisya, złożona z przedstawicieli wszystkich sfer miejscowej ludności i władz gminnych. Personel lekarski wyższy i niższy powinien bezwarunkowo władać językiem miejscowej ludności, w przeciwnym razie wyniknie „wieża Babel“.

Jakkolwiek racjonalnie urządzona będzie u nas kiedyś „bezpłatna“ pomoc lekarska na wsi, jednak lekarze wolnopraktykujący nigdy nie stracą racyi i podstaw dla bytu na prowincyi. Lekarz „bezpłatny“ zawsze będzie miał aż nadto zajęcia, lecząc klasy niezamożne, inteligencya zaś będzie stanowiła stały kontyngens pacjentów u lekarzy wolnopraktykujących; leczyc się będzie u nich i lud, ponieważ to jest kwestya osobistych zdolności lekarza i zaufania ze strony pacjentów, co razem wzięte jest większą ku nim siłą atrakcyjną, niż bezpłatność porady—ku lekarzom „bezpłatnym“. Że tak jest, widzimy to w tych miejscowościach, które już mają „bezpłatną“ pomoc lekarską.

Wacław Pawłowski.

[Sławatyczne gub. siedl].

Jeszcze w sprawie nierównomierności źrenic i nieprawidłowego ich oddziaływania.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W wydanej niedawno wyczerpującej i cennej Jego monografii p. t. „O źrenicy w stanie zdrowia i choroby“ autor przytaczając 321 prac, z literatury ogólnoeuropejskiej i powołując się na 5-ciu autorów polskich, pominął pracę moją, którą przed 3-ma laty ogłosiłem z pracowni prof. OPPENHEIM'a p. t. „Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu“. Medycyna 1899 № 48—52 i po niemiecku w „*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1901. Tom 20“. Opisałem w niej przypadek syfilisu mózgu, gdzie za życia u chorej w ciągu roku notowano między innymi objawami różnorodne wahania tak w wielkości, jak i w oddziaływaniu źrenic: to lewa źrenica była szersza, to prawa, raz jedna nie oddziaływała na światło lub przystosowanie, raz druga. Jako podkład anatomiczny tego objawu przypuszczałem stwierdzone zmiany syfilityczne na podstawie czaszki w *trigonum interpedunculare*, pomiędzy odnogami mózgowymi i w samych pniach nerwów okoruchowych, oprócz zaś tego nacieczenia gmatyczne z serowaceniami na miejscu skrzyżowania się szlaków wzrokowych (*chiasma nervorum opticomum*) z prawdopodobnem zajęciem włókien źrenicznych. Preparaty anatomiczne były demonstrowane na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego w d. 21-ym listopada 1899 r. Sprawę tę obszerniej omówiłem na str.

21—26 swej pracy, gdzie między innemi powiedziałem, iż przy zwrotnej nieruchomości żrenic, zwłaszcza gdy ta podlega tak częstym wahaniom, za mało uwzględniamy dośrodkową drogę łuku odruchowego. Nacieczenia syfilityczne, których cechą znamionną stanowi wahanie w natężeniu sprawy specyficznej, mogą stanowić znakomity podkład dla wahań w objawach klinicznych. Na fakty te prof. OPPENHEIM, kierujący moją pracą, szczególną uwagę polecił mi zwrócić. Przypominam się z moją pracą tembardziej, że badaniem podkładu anatomo-patologicznego dla objawu ARGYLL-ROBERTSON'a u nas nikt więcej się nie zajmował.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Na kwietniowym [od 27-30] Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Warszawie w dziale p. n. Położnictwo i choroby kobiet na wsi i w miasteczkach, odbędą się następujące odczyty i rozprawy nad nimi:

Projekt prawideł postępowania bezgimnastycznego podczas ciąży, porodu i położu. Referat zbiorowy odczyta dr S. CYKOWSKI.

Dr J. JAWORSKI: Przyczynek do metody praktycznego wyjaławiania rąk. Praca doświadczalna.

Drzy K. JASIELEWICZ i J. JAWORSKI: Szkoła babek wiejskich. O najwłaściwszym typie akuszerki dla prowincyi.

Dr S. BORYSSOWICZ: W sprawie pomocy ginekologicznej na prowincyi.

Dr J. STĘPNICKI [z Wyszkiwa]: Temat zastrzeżony.

Dr B. SZYMAŃSKI: W sprawie podniesienia poziomu wykształcenia akuszerki i lekarzy prowincjonalnych.

Dr FR. NEUGEBAUER: O wczesnem rozpoznawaniu i właściwem leczeniu pewnych cierpień kobiecych.

Dr J. IDZIKOWSKI: W sprawie organizacyi pomocy akuszerki na prowincyi.

Dr M. ZWEIFGBAUM: W sprawie stałej pomocy akuszerki dla ubogiej ludności miast i miasteczek.

Dr St. ZABOROWSKI: W sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do praktyki prowincjonalnej.

Dr St. KURTZ: W sprawie pomocy akuszerki przy fabrykach na prowincyi.

Dr G. CHODAKOWSKI: O przytułkach położniczych przy szpitalach na prowincyi. Przypuszczalny kosztorys i budżet.

Drzy: B. KORYBUT-DASZKIEWICZ i Wł. ŻÓRAWSKI: O stosowaniu kąpieli u noworodków w pierwszych dniach życia. Opis zmodyfikowanego sposobu ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. Przedstawienie zdjęć fotograficznych ze stosowania tego sposobu.

— Koledzy: TYMIENIECKI i LEŚNIEWSKI mianowani zostali ordynatorami nadetatowymi szpitala Dzieciątka Jezus, a kol. LEWIN—szpitala Żydowskiego.

— Dr KSAWERY LEWKOWICZ mianowany został docentem pediatrii w uniwersytecie Jagiellońskim.

— XIII Kongres psychiatrów i neurologów lekarzy francuskich i krajów o języku francuskim odbędzie się w Brukseli 1-go sierpnia r. b. Na porządku dziennym, postawiono kwestye: 1) *Catatonie et stupeur* [ref. CLAUS z Antwerpii], 2) *Histoire de la paralysie générale* [ref. KLIPPEL z Paryża], 3) *Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses* [ref. TRENEL z Saint-Yon].

Do dzisiejszego numeru Gazety Lekarskiej dołączamy ogłoszenie „Poradnik dla samouków”.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводжено Цензур. Вapмана, 21 марта 1903. Друк К. Ковалевскаго, Варшава Мазовецка 8.



UROSIN

(Sól litowa kwasu chinowego)

jedyny środek zalecany przez wynalazcę kuracyi kwasem chinowym D-ra Weissa, skutecznie działający i najtańszy środek przeciwko łamaniu w kościach i innym cierpieniom, spowodowanym nadmierną ilością kwasu moczowego, stosowany również w celach zapobiegawczych. Sposób użycia: 10 tabletek urosinowych po 0,5 gr. na dobę podczas ataków lub 6—8 tabletek zapobiegawczo działających w przeciągu 4—5 tygodni. Można także używać w odpowiednich dawkach jako

Sól musującą lub Wodę musującą

Cenniki i broszury wysyła się na żądanie.

Urosin w detalicznej sprzedaży znajduje się w aptekach, w hurtowej zaś w składach aptecznych i u fabrykantów:

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER et C-o, FRANKFURT a/M.



WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

WYKŁADY

O chorobach zakaźnych ostrych

przez

D-ra Władysława Biegańskiego

TOM DRUGI

Grypa. — Zapalenie płuc włóknikowe. — Gruźlica — Dyzenteryja. —
Cholera. — Zapalenie opon mózgowodzeniowych nagminne. — Tężec. —
Zimnica — Zakażenie węglikowe. — Nosaczna. — Wścieklizna.

Cena rb. 4 kop. 50, z przesyłką rb. 5.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej (Hoża 50)
i we wszystkich księgarniach.

Zakład leczniczy dla nerwowych chorych

D-ra L. Dydyńskiego

b. ordyn. klin. chorób nerw.

Warszawa, Bagatela 6. W osobnej willi wśród ogrodów. Cena pokoju wraz z leczeniem i wykwiutnem utrzymaniem 4—7 rb. dziennie. Ścisłe przeprowadza nie kuracyi dyetetycznych. Przy zakładzie lekarz miejscowy (Dr. Łubkowski)-